

**Die Gestaltung von
Marketinginstrumenten
für den Dienstleistungsbetrieb
ambulanter Pflegedienst**

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades
im Fachbereich 09
Agrarwissenschaften, Ökotrophologie, Umweltmanagement
der Justus-Liebig-Universität Gießen

eingereicht von
Dipl.oec.troph. Birgit Steuernagel
aus Detmold

Gießen 2006

Institut für Wirtschaftslehre des
Haushalts und Verbrauchsforschung
der Justus-Liebig-Universität Gießen

1. Gutachter: Prof. Dr. Jörg Bottler
2. Gutachter: Prof. Dr. Bernd Schnieder

Tag der Disputation: 2. Mai 2006

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	VII
Tabellenverzeichnis	VIII
Abkürzungsverzeichnis	IX
1 Einleitung	1
1.1 Problemdarstellung	1
1.2 Gang der Untersuchung.....	4
2 Dienstleistungen: Definition und Systematisierung	5
2.1 Definitionsansätze für Dienstleistungen.....	5
2.2 Konstitutive Merkmale von Dienstleistungen.....	8
2.3 Systematisierung der Dienstleistungen.....	12
2.4 Erweiterung der klassischen Ansätze zur Differenzierung von Dienstleistungen.....	15
2.5 Leistungsmerkmale von ambulanten Pflegediensten anhand der erarbeiteten Differenzierungskriterien	20
3 Betriebstyp ambulanter Pflegedienst und seine Leistungen.....	21
3.1 Morphologie des Betriebstyps ambulanter Pflegedienst.....	21
3.2 Spezifizierung des Dienstleistungsbetriebstyps ambulanter Pflegedienst anhand seines Leistungsprogramms und seines Leistungsschwerpunktes ...	26
3.3 Detaillierung des Leistungsschwerpunktes	27
4 Bestimmung relevanter Zielgruppen für ein Marketing in ambulanten Pflegediensten	32
4.1 Grundlagen des Stakeholder-Ansatzes nach MITCHELL/AGLE/WOOD (1997).....	34
4.2 Anwendung des Stakeholder-Ansatzes nach MITCHELL/AGLE/WOOD (1997) auf die Zielgruppen von ambulanten Pflegediensten.....	36
4.2.1 Definitive Zielgruppen	38
4.2.2 Dominante Zielgruppen.....	41
4.2.3 Abhängige Zielgruppen.....	46
4.2.4 Ruhende Zielgruppen	47
4.2.5 Vernachlässigbare Zielgruppen.....	48
4.3 Bestimmung der relevanten Zielgruppen.....	49

5	Entwicklung und Erweiterung der Marketinginstrumente im Hinblick auf den Betrieb ambulanter Pflegedienst	51
5.1	Entwicklung des Dienstleistungsmarketings	51
5.2	Traditionelle Marketinginstrumente und ihre Übertragung auf den Dienstleistungssektor	54
5.3	Grundlagen zur Gestaltung der Marketinginstrumente	64
6	Marketinginstrumente: Definition, Ziele, Übertragung auf ambulante Pflegedienste	68
6.1	Leistungspolitik	68
6.1.1	Definition und Ziele der Leistungspolitik	68
6.1.2	Überprüfung der bei ambulanten Pflegediensten zur Anwendung kommenden Instrumente der Leistungspolitik.....	71
6.2	Distributionspolitik	76
6.2.1	Definition und Ziele der Distributionspolitik.....	76
6.2.2	Überprüfung der in ambulanten Pflegediensten zur Anwendung kommenden Instrumente der Distributionspolitik	77
6.3	Kontrahierungspolitik.....	79
6.3.1	Definition und Ziele der Kontrahierungspolitik	79
6.3.2	Überprüfung der in ambulanten Pflegediensten zur Anwendung kommenden Instrumente der Kontrahierungspolitik.....	81
6.4	Kommunikationspolitik	83
6.4.1	Definition und Ziele der Kommunikationspolitik	83
6.4.2	Überprüfung der in ambulanten Pflegediensten zur Anwendung kommenden Instrumente der Kommunikationspolitik.....	89
6.5	Personalpolitik.....	97
6.5.1	Definition und Ziele der Personalpolitik	97
6.5.2	Überprüfung der in ambulanten Pflegediensten zur Anwendung kommenden Instrumente der Personalpolitik.....	102
6.6	Ausstattungspolitik	110
6.6.1	Definition und Ziele der Ausstattungspolitik.....	110
6.6.2	Überprüfung der in ambulanten Pflegediensten zur Anwendung kommenden Instrumente der Ausstattungspolitik	112
6.7	Prozesspolitik	114
6.7.1	Definition und Ziele der Prozesspolitik	114

6.7.2	Überprüfung der in ambulanten Pflegediensten zur Anwendung kommenden Instrumente der Prozesspolitik.....	116
7	In ambulanten Pflegediensten angewandte Teilinstrumente der Marketinginstrumente	121
7.1	Teilinstrumente der Leistungspolitik	121
7.1.1	Leistungsinnovation	121
7.1.2	Markierung.....	122
7.1.3	Leistungsmodifikation	124
7.1.4	Leistungselimination	125
7.1.5	Servicepolitik.....	125
7.1.6	Leistungsprogrammpolitik	126
7.2	Teilinstrumente der Distributionspolitik	126
7.2.1	Festlegung der Absatzwege.....	126
7.2.2	Entscheidungen zum Standort mit überwiegend betrieblichen Interessen.....	127
7.2.3	Entscheidungen zur Marketinglogistik.....	128
7.3	Teilinstrumente der Kontrahierungspolitik.....	129
7.3.1	Preispolitik	129
7.3.2	Zahlungsbedingungen	131
7.3.3	Lieferbedingungen	132
7.4	Teilinstrumente der Kommunikationspolitik	132
7.4.1	Werbung	132
7.4.2	Öffentlichkeitsarbeit	139
7.4.3	Corporate Communication	140
7.4.4	Persönlicher Verkauf.....	140
7.4.5	Sponsoring	143
7.4.6	Event-Marketing.....	144
7.4.7	Messen und Ausstellungen.....	144
7.5	Teilinstrumente der Personalpolitik	145
7.5.1	Personalbeschaffung	146
7.5.2	Personalentwicklung.....	147
7.5.3	Personalbindung.....	149
7.5.4	Personaleinsatz	151
7.5.5	Personalerscheinung	152

7.5.6	Personalbeurteilung	153
7.5.7	Interne Kommunikation	156
7.5.8	Externe Kommunikationsinstrumente mit interner Wirkung	157
7.5.9	Corporate Behavior	157
7.6	Teilinstrumente der Ausstattungspolitik.....	159
7.6.1	Erreichbarkeit des Dienstleistungsbetriebes.....	159
7.6.2	Räumliches Erscheinungsbild in der Öffentlichkeit.....	160
7.6.3	Corporate Design.....	160
7.7	Teilinstrumente der Prozesspolitik.....	161
7.7.1	Leistungsbereitschaft	161
7.7.2	Leistungserstellungsprozess.....	162
7.7.3	Kontrolle von Leistungsbereitschaft und Leistungserstellungsprozess	164
8	Schlussbetrachtung	172
9	Literaturverzeichnis.....	178
Anhang	185

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.1:	Felder der Entwicklung einer Marketingkonzeption für den Dienstleistungsbetriebstyp ambulanter Pflegedienst	3
Abbildung 2.1:	Ansätze zur Definition von Dienstleistungen.....	7
Abbildung 2.2:	Die konstitutiven Merkmale einer Dienstleistung im phasenbezogenen Zusammenhang	8
Abbildung 2.3:	Grundmodell zur Erfassung der Dienstleistungsproduktion nach CORSTEN (1990)	12
Abbildung 2.4:	Ansätze zur Systematisierung von Dienstleistungen	13
Abbildung 2.5:	Leistungstypologie nach ENGELHARDT ET AL. (1992), modifiziert durch MEFFERT und BRUHN (1995).....	14
Abbildung 2.6:	Ausmaß-Wirkungs-Zeit Ansatz.....	16
Abbildung 2.7:	Differenzierungskriterien für Dienstleistungen	19
Abbildung 3.1:	Spezifizierung des Betriebstyps ambulanter Pflegedienst anhand ausgewählter Merkmale innerhalb der Dienstleistungsbetriebe.....	27
Abbildung 3.2:	Spezifizierung des Leistungsschwerpunktes von ambulanten Pflegediensten	31
Abbildung 4.1:	Zielgruppentypologie nach MITCHELL/AGLE/WOOD (1997)	35
Abbildung 5.1:	Darstellung der Wahrnehmungspunkte einer Sachleistung zur Nutzenstiftung	61
Abbildung 5.2:	Darstellung der Wahrnehmungspunkte einer Dienstleistung - Standortgebundenheit der Leistungserstellung -	62
Abbildung 5.3:	Darstellung der Wahrnehmungspunkte einer Dienstleistung - Standortungebundenheit der Leistungserstellung -	63
Abbildung 5.4:	Beispiel einer Zielpyramide	65
Abbildung 6.1:	Erscheinungsformen der Kommunikation.....	84
Abbildung 6.2:	Erscheinungsformen der Öffentlichkeitsarbeit	92
Abbildung 6.3:	Elemente einer interaktiven Handlungskompetenz der Mitarbeiter in Dienstleistungsbetrieben.....	104
Abbildung 7.1:	Exemplarische Darstellung der Verbindung von Slogan und Bildzeichen ambulanter Pflegedienste.....	123
Abbildung 7.2:	Beispiel von abgebildeten Leistungserstellungssituationen als Werbeobjekt.....	133
Abbildung 7.3:	Modell des situativen Führens.....	158
Abbildung 7.4:	Beispiel für die Gestaltung eines Dienstwagens und eines Logos.....	161
Abbildung 7.5:	Der Pflegeprozess.....	164
Abbildung 7.6:	Fünf Schritte zu einem erfolgreichen Beschwerdemanagement.....	169
Abbildung 8.1:	Größe der Dienste nach Anzahl der Pflegebedürftigen	173
Abbildung 8.2:	Veränderung der Anzahl ambulanter Pflegedienste in den Jahren 1995 - 2003.....	173

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2.1:	Zusammenfassung der Leistungsmerkmale ambulanter Pflegedienste	20
Tabelle 3.1:	Merkmale, die für den Betriebstyp ambulanter Pflegedienst in der Menge der Merkmale aller Betriebe zutreffen können	22
Tabelle 3.2:	Kostenträger der ambulanten Pflegedienste und ihre Leistungsbereiche ..	29
Tabelle 4.1:	Mögliche Zielgruppen ambulanter Pflegedienste	32
Tabelle 4.2:	Beispiel einer Kombination der Bewertungskriterien aus dem Stakeholder-Ansatz nach Mitchell/Agle/Wood (1997) mit den möglichen Zielgruppen von ambulanten Pflegediensten zur Bestimmung ihrer Relevanz	37
Tabelle 5.1:	Entwicklung des Marketings in Deutschland.....	54
Tabelle 5.2:	Übersicht der Marketinginstrumente verschiedener Autoren	58
Tabelle 5.3:	Zusammenstellung der Marketinginstrumente mit ihren Teilinstrumenten ..	64
Tabelle 6.1:	Ökonomische und psychographische Ziele der Leistungsolitik	69
Tabelle 6.2:	Leistungsolitik: Detaillierung des Marketinginstruments	70
Tabelle 6.3:	Zielorientierung distributionspolitischer Ziele	76
Tabelle 6.4:	Distributionspolitik: Detaillierung des Marketinginstruments	77
Tabelle 6.5:	Kontrahierungspolitik: Detaillierung des Marketinginstruments.....	80
Tabelle 6.6:	Zielorientierung kommunikationspolitischer Ziele	85
Tabelle 6.7:	Kommunikationspolitik: Detaillierung des Marketinginstruments.....	87
Tabelle 6.8:	Unterscheidungskriterien für Messen und Ausstellungen	97
Tabelle 6.9:	Personalpolitik: Detaillierung des Marketinginstruments.....	101
Tabelle 6.10:	Anforderungen an das Kundenkontaktpersonal.....	103
Tabelle 6.11:	Zielrichtungen, Ziele und Methoden der Personalentwicklung.....	105
Tabelle 6.12:	Ausstattungsolitik: Detaillierung des Marketinginstruments	111
Tabelle 6.13:	Prozesspolitik: Detaillierung des Marketinginstruments	115
Tabelle 7.1:	Funktionen von Dienstleistungsmarken für Leistungsanbieter und Leistungsabnehmer.....	122
Tabelle 7.2:	Werbeziele und deren Kategorisierung	133
Tabelle 7.3:	Vor- und Nachteile von Allein- und Kollektivwerbung	135
Tabelle 7.4:	System von Werbemitteln	138
Tabelle 7.5:	Tipps für den Ablauf eines Erstgesprächs	143
Tabelle 7.6:	Gruppen von Beurteilungsfehlern.....	156
Tabelle 7.7:	In der Pflegedokumentation mindestens aufzuführende Informationen ...	167
Tabelle 8.1:	Eckdaten der Pflegestatistiken 1999, 2001 und 2003.....	172

Abkürzungs- und Symbolverzeichnis

[...]	Auslassung durch Verfasserin	LAB	Leistungsanbieter/in
[xxx]	Hinzufügung durch Verfasserin	lat.	lateinisch
§	Paragraf	LEP	Leistungserstellungsprozess
Abb.	Abbildung	LAN	Leistungsabnehmer/in
Abs.	Absatz	MA	Mitarbeiter/in
allg.	allgemein/e/n	mat.	materiell
AN	Angehörige/r	MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
AP	Apotheker/in	MDS	Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.
aPD	ambulante/r Pflegedienst/e	NFB	Nachbarn/Freunde/ Bekannte
Aufl.	Auflage	Nr.	Nummer
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch	o. g.	oben genannten
BSHG	Bundessozialhilfegesetz	PBV	Pflegebuchführungsverordnung
BST	Beratungsstelle/n	PDL	Pflegedienstleitung
bzgl.	bezüglich	PflegeVG	Pflegeversicherungsgesetz
bzw.	beziehungsweise	PK	Pflegekasse/n
d. h.	das heißt	Pkt.	Punkt/e
DL	Dienstleistung/en	PQsG	Pflegequalitätssicherungsgesetz
durchges.	durchgesehene	resp.	respektive
EDV	Elektronische Datenverarbeitung	RVO	Reichsversicherungsordnung
einschl.	einschließlich	SGB I	Sozialgesetzbuch, Erstes Buch
et al.	et alii	SGB V	Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch
etc.	et cetera	SGB XI	Sozialgesetzbuch, Elftes Buch
EZH	Einzelhandel	SH	Sanitätshaus/-häuser
f.	folgend	SHT	Sozialhilfeträger
ff.	fortfolgende	s.	siehe
GB	gesetzliche/r Betreuer/in	sog.	so genannten/r
gesetzl.	gesetzliche/n	spez.	speziell/e
ggf.	gegebenenfalls	stdl.	stündlich
gr.	groß/e	TR	Träger
HA	Hausarzt/-ärzte	u. E.	unseres Erachtens
HuP	Hilfe- und Pflegebedürftige/r	u. U.	unter Umständen
i. d. lfd.	in der/dem laufenden	überarb.	überarbeitete
i. d. R.	in der Regel	usw.	und so weiter
insb.	Insbesondere	V(v)gl.	vergleiche
i. e. S.	im engeren Sinn	www	world wide web
i. S. (v.)	im Sinne (von)	ZG	Zielgruppe
k. A.	keine Angabe/n	z. B.	zum Beispiel
KG	Kirchengemeinde/n	z. T.	zum Teil
KHP	Krankenhauspersonal	zw.	zwischen
KK	Krankenkasse/n		
kl.	klein(e)		

1 Einleitung

1.1 Problemdarstellung

Ambulante Pflegedienste stehen täglich im Wettbewerb um einen vorhandenen und einen potentiellen Absatzmarkt für ihre Leistungen. Während bei einem vorhandenen Absatzmarkt die Aufrechterhaltung und mögliche Intensivierung der Beziehung zu den Marktpartnern (Leistungsabnehmern) in den Vordergrund der Marketingaktivitäten rücken, geht es bei einem potentiellen Absatzmarkt um die Gewinnung neuer Marktpartner für den Betrieb. Die ambulanten Pflegedienste müssen bewusst daran arbeiten, die vorhandenen Leistungsabnehmer nicht zu verlieren und mögliche neue Leistungsabnehmer zur Inanspruchnahme ihrer Leistungen zu animieren.

Für die Beziehungsgestaltung sowohl zu dem bestehenden wie auch dem potentiellen Absatzmarkt bedarf es eines fach- und sachgerechten Marketings. Die AMERICAN MARKETING ASSOCIATION (AMA) definiert Marketing wie folgt: „The process of planning and executing the conception, pricing, promotion, and distribution of ideas, goods, and services to create exchanges that satisfy individual and organizational objectives.“¹

Eine fach- und sachgerechte Marketingkonzeption für ambulante Pflegedienste ist bisher weder in der Literatur nachzuweisen noch in der Praxis anzutreffen. Einerseits können Eigenarten in der Struktur ambulanter Pflegedienste als Ursache dafür gesehen werden. Andererseits trägt die Eigenart des Gesundheits- bzw. Pflegemarktes dazu bei. Wird unter einem Markt ein tatsächlicher oder gedachter Ort verstanden, an dem Angebot und Nachfrage nach einem bestimmten Gut oder einer Gütergruppe aufeinander treffen und sich die Preise nach dem Angebot und der Nachfrage richten, könnte nicht mehr von einem Pflegemarkt gesprochen werden.² Der Pflegemarkt erfährt staatlicherseits eine Reglementierung bzw. Regulierung durch die Instrumente Bedarfsplanung, Budgetlimitierung und/oder Leistungsausgrenzung und deren Finanzierung. LE GRAND (1991) bezeichnet diesen Markttyp als »Quasi-Markt«:

a) Auf der Anbieterseite konkurrieren erwerbs- und bedarfswirtschaftliche Betriebe miteinander. Für die erwerbswirtschaftlichen Betriebe müssten sich erhebliche Wettbewerbsnachteile durch z. B. angestrebte Gewinnausschüttung und Einkommensbesteuerung gegenüber den bedarfswirtschaftlichen Konkurrenten ergeben. Ferner konkurrieren die Leistungsanbieter mit der nicht-institutionellen Pflege durch die Angehörigen der Leistungsabnehmer.

¹ AMA - AMERICAN MARKETING ASSOCIATION (1985), www.cals.ncsu.edu

² GRÜNDGER (2001), S.7

b) Die Nachfrager sind nur zu einem geringen Teil volle Selbstzahler. Leistungsabnehmer und Zahler von Pflegeleistungen sind meist nicht identisch. Dies führt zu gespaltenen Austauschbeziehungen, da die Finanzierung der Pflegeleistungen in Teilen oder voll durch die Träger der Sozialversicherung (Kranken- und/oder Pflegekassen) und/oder der Sozialhilfe übernommen wird.³

Weiterhin gilt als Eigenart, dass die Inanspruchnahme von Leistungen der ambulanten Pflegedienste durch die Hilfe- und Pflegebedürftigen überwiegend durch eine dritte Institution vermittelt und gesteuert wird: Durch eine ärztliche Verordnung über Behandlungspflege nach SGB V oder durch die Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) für Leistungen nach SGB XI.

Für ambulante Pflegedienste hat diese Trennung von Leistungsabnehmern und Leistungszahlern Konsequenzen: Bei „[...] jeder angestrebten oder bestehenden [Aus]-Tauschbeziehung [haben die ambulanten Pflegedienste es] nicht mehr nur mit einem einzigen Nachfrager zu tun, sondern mit zwei autonom handelnden Marktparteien, deren Interessenlagen nicht nur unterschiedlich, sondern oft sogar [gegensätzlich] sind [...]“⁴ Die Kostenträger der Leistungen verlangen für ihre Mandanten eine Mindestqualität zu möglichst niedrigem Preis. Die Leistungsabnehmer erwarten die Finanzierung einer bestmöglichen Menge und Qualität durch den Kostenträger und gleichzeitig höchste Qualität durch den Leistungsersteller.⁵ Diese Eigenarten des Gesundheitsmarktes prägen das Marketing für ambulante Pflegedienste.

Zielgruppen, für die die o. g. Austauschbeziehungen gestaltet werden sollen, sind zunächst die Hilfe- und Pflegebedürftigen bzw. Patienten. Diese nehmen die Kernleistungen der ambulanten Pflegedienste in Anspruch. Aber nicht nur die Hilfe- und Pflegebedürftigen bilden eine Zielgruppe für die ambulanten Pflegedienste. Auf die Entscheidung, Leistungen von ambulanten Pflegediensten in Anspruch zu nehmen, haben weitere Zielgruppen einen mehr oder weniger großen Einfluss. Dazu zählen z. B. Angehörige, Freunde und Bekannte, Hausärzte der Hilfe- und Pflegebedürftigen sowie Krankenhauspersonal und Kirchengemeindevetreter. Aber auch die Mitarbeiter als Produktionsfaktor von ambulanten Pflegediensten bilden eine Zielgruppe für die Gestaltung von Austauschbeziehungen.

Unter Beachtung dieser Situation und nach Sichtung der relevanten Literatur lässt sich feststellen: Aufbauend auf der bestehenden Fachliteratur zum Dienstleistungsmarketing kann keine befriedigende, unmittelbare Übertragung der Marketinginstrumente auf den Betriebstyp ambulante Pflegedienste erfolgen.

³ LE GRAND (1991); GRÜNDGER (2001), S.8f.

⁴ GRÜNDGER (2001), S.8f.

⁵ GRÜNDGER (2001), S.8f.

In der speziellen Literatur zum Management ambulanter Pflegedienste gehen die Autoren regelmäßig von einem zu engen Marketingverständnis aus. Sie diskutieren unter Marketing nur die Öffentlichkeitsarbeit. Auffallend ist weiter, dass die Fachliteratur für ambulante Pflegedienste überwiegend von den Hilfe- und Pflegebedürftigen als Zielgruppe ausgeht. Weiteren Zielgruppen wird wenig Beachtung geschenkt.

Weiterhin konzentriert sich die Fachliteratur für Dienstleistungsmarketing fast ausschließlich auf die Beschreibung der klassischen Instrumente wie Leistungs-, Kontrahierungs-, Kommunikations- und Distributionspolitik. Eine Erweiterung der Instrumente gerade für das Dienstleistungsmarketing wurde in der Fachliteratur zwar angedacht, aber bis heute nicht konsequent umgesetzt.

Für eine umfassende Marketingkonzeption in ambulanten Pflegediensten sind diese Ansätze unbefriedigend. Im Kern ist die hier angestrebte Konzeption dadurch gekennzeichnet, dass sie – mit Blick auf die Realität des Marktes – erstens die traditionellen, auf die Leistungsabnehmer gerichteten Marketinginstrumente spezifisch für ambulante Pflegedienste weiterentwickelt, zweitens weitere Marketinginstrumente und drittens weitere Zielgruppen in die Konzeption mit einbezieht. Folgende Skizze (Abb. 1.1) soll dies veranschaulichen:

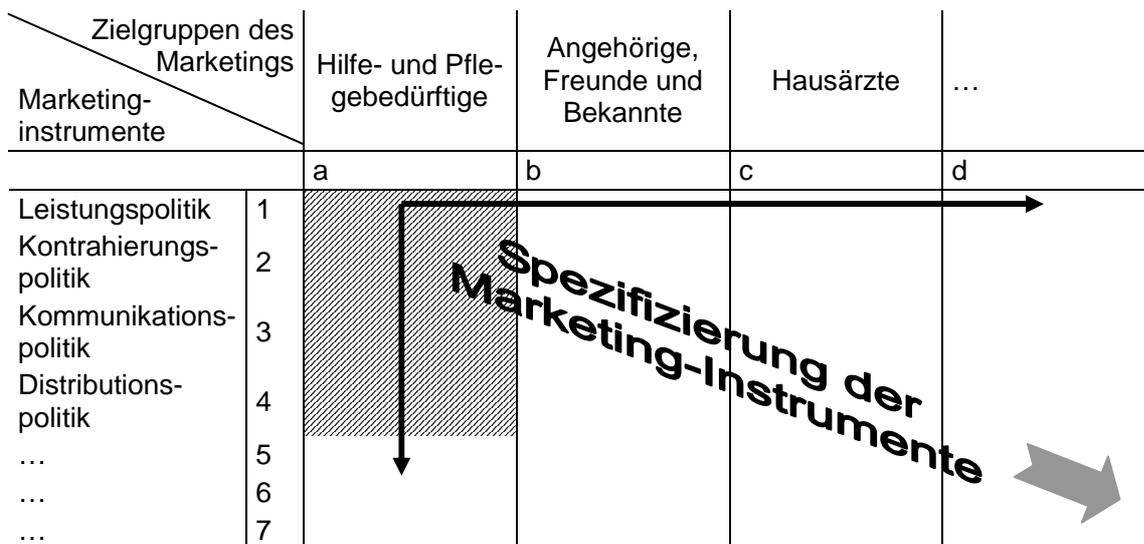


Abbildung 1.1: Felder der Entwicklung einer Marketingkonzeption für den Dienstleistungsbetriebstyp ambulanter Pflegedienst

Ausgehend von der Feststellung, dass eine Übertragung des Marketings für Sachleistungen auf Dienstleistungen mit Schwierigkeiten verbunden ist, dass eine allgemeine Theorie des Dienstleistungsmarketings auf Grund der Heterogenität der Dienstleistungen notwendig zu unverbindlich bzw. beliebig bleiben muss und dass es ansatzweise branchenspezifische Marketingliteratur für Dienstleistungen gibt, will diese Arbeit einen Beitrag dazu leisten, aus den Ansätzen der allgemeinen Theorie eine branchenspezifische Gestaltung der Marketinginstrumente für den Betriebstyp ambulanter Pflegedienst zu entwickeln.

1.2 Gang der Untersuchung

Zentrales Anliegen der Arbeit ist es, die Marketinginstrumente für den Einsatz in ambulanten Pflegediensten zu erarbeiten und zu gestalten.

Begonnen wird mit dem Begriff der Dienstleistung. Der Terminus Dienstleistung wird zunächst definiert und dessen konstitutive Merkmale werden beschrieben. Im Anschluss daran erfolgt eine Systematisierung der Dienstleistungen zu deren Differenzierung. Dazu sind Kriterien notwendig, die den Charakter unterschiedlicher Dienstleistungen wiedergeben können. Dies ist von besonderer Bedeutung, da sich das Marketing von Dienstleistungen von dem der Sachleistungen unterscheidet. Die Gestaltung der Marketinginstrumente wird von diesen Kriterien beeinflusst. Die Leistungsmerkmale ambulanter Pflegedienste auf der Grundlage der erarbeiteten Differenzierungskriterien stehen am Ende dieses Kapitels.

In einem weiteren Schritt wird der Betriebstyp ambulanter Pflegedienst beschrieben. Dies erfolgt anhand von Merkmalen, die diesen Betriebstyp in der Menge aller Betriebe identifizieren und ihn weiter durch ausgewählte Merkmale eindeutig beschreiben. Eine Detaillierung des Leistungsschwerpunktes ambulanter Pflegedienste schließt diesen Teil der Grundlagen ab.

Ein weiterer Grundlagenteil zeigt den Stand der Forschung zum allgemeinen Dienstleistungsmarketing und im Besonderen zum Marketing in ambulanten Pflegediensten auf. Schwerpunkt dieser Beschreibungen bilden die Marketinginstrumente und deren Teilinstrumente. Hier werden neben den vier klassischen Marketinginstrumenten auch drei ergänzende Instrumente aus der Literatur beschrieben und deren Zweckmäßigkeit für ein Marketing in ambulanten Pflegediensten diskutiert.

Im Anschluss daran erfolgt die Bestimmung relevanter Zielgruppen als erste Erweiterung der Bestandsaufnahme. Die Zielgruppen werden in ihren möglichen Funktionen für ambulante Pflegedienste skizziert und ihre Beziehung zu diesen herausgearbeitet. Berücksichtigung findet auch die Art und Weise des Kontaktes von ambulantem Pflegedienst und Zielgruppe. Wichtig für die Gestaltung der Marketinginstrumente ist die Analyse des Nutzens, den die Marktpartner aus dem Zusammentreffen ziehen.

In einem nächsten Schritt werden die erarbeiteten Marketinginstrumente und ihre jeweiligen Zielsetzungen beschrieben. Die Teilinstrumente der Marketinginstrumente werden auf deren Übertragbarkeit auf ambulante Pflegedienste geprüft. Die erarbeiteten Leistungsmerkmale ambulanter Pflegedienste bilden die Grundlage für diese Überprüfung.

Den Abschluss der Arbeit bildet die Beschreibung der zur Anwendung kommenden Teilinstrumente für ambulante Pflegedienste. Innerhalb dieser Beschreibung werden auch die weiteren Instrumente der Teilinstrumente mit einbezogen.

2 Dienstleistungen: Definition und Systematisierung

2.1 Definitionsansätze für Dienstleistungen

Zur Charakterisierung von Dienstleistungen - in Abgrenzung zu Sachleistungen - liegen in der Literatur unterschiedliche Definitionsansätze vor. Die gütertypologische Gliederung dieser Definitionsansätze basiert regelmäßig auf dem Hauptmerkmal der Stofflichkeit der Güter: der Materialität bzw. Immaterialität.

Die gerade in jüngerer Zeit vermehrt vorliegenden Definitionsansätze teilt PEPELS (1999) in beschreibende und analytische ein.⁶

Die beschreibenden Ansätze umfassen die negative Begriffsabgrenzung und die Aufzählung von Dienstleistungen. Die negative Begriffsabgrenzung geht davon aus, dass Dienstleistungen all jene Produkte sind, die nicht agrarisch oder industriell erstellt werden und dass insofern eine Abgrenzung zu Sachgütern besteht. Die Aufzählung listet alle Dienstleistungen in den jeweiligen Wirtschaftsbereichen entlang von Beispielen auf. Zu den Dienstleistungen zählen auch Tätigkeiten, die als Unterstützung der Produktion von Industriegütern (bzw. Sachgütern) anzusehen sind, z. B. EDV- und Buchhaltungstätigkeiten, innerbetriebliche Transportleistungen, etc.⁷

In den analytischen Ansätzen wird über die Herausarbeitung konstitutiver Merkmale versucht, eine Definition für Dienstleistungen zu formulieren. Dabei wird zwischen tätigkeitsorientierten, potentialorientierten, prozessorientierten, ergebnisorientierten und entgeltorientierten Auffassungen von dem, was als Dienstleistung anzusehen ist, unterschieden.⁸ Der tätigkeitsorientierte Begriff definiert Dienstleistungen weit und umfassend als was im Dienste eigener und/oder anderer Interessen steht oder unternommen wird.⁹ PEPELS (1995) grenzt Dienstleistungen als Verrichtung (Tätigkeit) gegen Entgelt ein. Es handelt sich nach PEPELS (1995) erst dann um Dienstleistungen, wenn für sie eine monetäre Bezahlung erfolgt. Somit fallen bei dieser Definition sämtliche Dienstleistungen heraus, die unentgeltlich erbracht werden, sei es in Eigenerstellung (Haushaltstätigkeiten, Pflegetätigkeiten, Kinderbetreuung etc.) oder als Fremdbezug (ehrenamtliche Tätigkeiten aller Art).¹⁰ Die potentialorientierte Begriffsfassung (Dienstleistung i. S. v. Fähigkeit und Bereitschaft interner Potentialfaktorkombination) zielt auf das bereitgestellte Leistungspotential ab, welches bei Bedarf abgerufen werden

⁶ Vgl. Abb. 2.1

⁷ PEPELS (1999), S.699

⁸ PEPELS (1999), S.700; MEFFERT/BRUHN (1995), S.24ff.; MEYER (1991), S.197f.; CORSTEN (1990A), S.17

⁹ "Jede menschliche Tätigkeit ist im eigentlichen und ursprünglichen Sinne eine 'Dienstleistung', das heißt eine Leistung im Dienste eigener und/oder anderer Interessen. Man kann auch sagen: Das, was der Mensch tut, um seine physische und psychische Arbeitskraft mit oder ohne Verbindung zur materiellen Güterwelt in den Zweckbereich der menschlichen Bedürfnisbefriedigung zu bringen, ist eine Dienstleistung." SCHÜLLER (1967), zitiert nach: MEYER (1983), S.11; MEFFERT/BRUHN (1995), S.24

¹⁰ PEPELS (1995), S.15; PEPELS (1999), S.700

kann.¹¹ In der prozessorientierten Begriffsfassung (Dienstleistung i. S. v. Prozessen die der Bedarfsdeckung Dritter dienenden) steht die raum-zeitsynchrone Interaktion von Leistungsanbietern und Leistungsabnehmern (externer Faktor: Lebewesen: Person, Tier; materielles Gut: z. B. Auto; Nominalgut: z. B. Geld; Information: z. B. für Steuerberater)¹² im Vordergrund.¹³ Erst wenn diese beiden Produktionsfaktoren sich aufeinander beziehen, entstehen für die Dauer des Zusammentreffens Dienstleistungen.¹⁴ Für den Leistungserstellungsprozess ist die Integration des externen Faktors „[...] eine echte *conditio sine qua non*, eine unabdingbare Voraussetzung [...]“.¹⁵ Ergebnisorientierte Definitionen von Dienstleistungen stellen das Leistungserstellungsergebnis in den Vordergrund. Entsprechend dieses Ansatzes handelt es sich erst dann um eine Dienstleistung, wenn der Leistungserstellungsprozess abgeschlossen ist. Das Leistungserstellungsergebnis selbst kann zwei Formen aufweisen: a) ein prozessuales Endergebnis; dabei wird die Wirkung des Endergebnisses über ein sichtbares Objekt erfahren z. B. ein geändertes Kleidungsstück, eine Zahnücke auf Grund eines gezogenen Zahnes, ein Haarschnitt und b) eine Wirkung (Nutzenstiftung, z. B. besseres Aussehen, Erhaltung des Gesundheitszustandes, Sättigung) als das eigentliche Ziel von Aktivitäten.¹⁶ In diesem Definitionsansatz wird nichts darüber ausgesagt, ob das Ergebnis für den Leistungsabnehmer einen positiven oder negativen Erfolg aufweist. Es handelt sich somit auch dann um Dienstleistungen, wenn das Ergebnis nicht den gewünschten Erfolg für den Leistungsabnehmer aufweist, z. B. wenn nach dem Friseurbesuch die Frisur nicht den Wünschen und Erwartungen des Leistungsabnehmers entspricht.

¹¹ MEYER (1991), S.197; HILKE (1989), S.11

¹² HILKE (1989), S.12

¹³ MEYER (1991), S.197; HILKE (1989), S.12

¹⁴ PEPELS (1999), S.700; MEFFERT/BRUHN (1995), S.24

¹⁵ HILKE (1989), S.12

¹⁶ MEYER (1991), S.197; PEPELS (1999), S.700

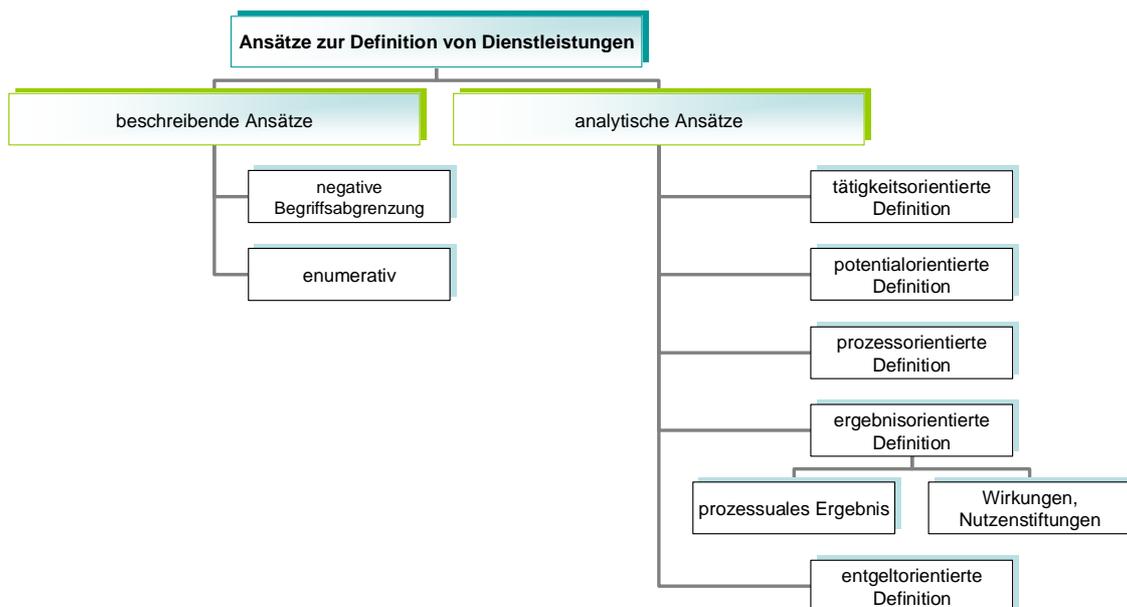


Abbildung 2.1: Ansätze zur Definition von Dienstleistungen

Diese Ansätze weisen Einschränkungen insofern auf, dass mit ihnen nicht alle Dienstleistungen auf unserem heutigen Markt erfasst oder beschrieben werden können. MEYER (1991) ist der Meinung, dass der enumerative und der negative Ansatz nicht geeignet erscheinen, eine Definition des Terminus Dienstleistung zu liefern. Ebenso PEPELS (1999) sowie MEFFERT und BRUHN (1995), die stattdessen eine Definition als Kombination aus den einzelnen analytischen Ansätzen vorschlagen.

In Bezug auf die Leistungen der ambulanten Pflegedienste ist es notwendig, den Stellenwert der einzelnen Dimensionen in einer Definition neu zu überdenken. So ist für die weitere Arbeit das Ergebnis nach dem Leistungserstellungsprozess und die damit verbundene Wirkung auf den externen Faktor von deutlich größerer Bedeutung als die Potential- oder Prozessdimension vor und während der Leistungserstellung. Für die vorliegende Arbeit tritt die Potentialdimension der analytischen Ansätze in den Hintergrund, da sowohl Sach- wie auch Dienstleistungsbetriebe zur Erstellung von absatzfähigen Produkten ein (Produktionsfaktor-)Potential aufweisen und dieses in einem betrieblichen Tätigkeitsprozess kombinieren müssen.

Die Hervorhebung der Wirkung von Dienstleistungen an einem externen Faktor wird in der folgenden Definition deutlich, mit der im Weiteren gearbeitet wird:

Als Dienstleistung wird eine immaterielle Einzelleistung verstanden, die sich in einer Wirkung (Initialisierung, Veränderung oder Erhaltung bestehender Zustände) an einem externen Faktor (Person oder Objekt) äußert. Dabei wird das Genre einer Person oder eines Objektes nicht verändert. Jede Einzelleistung selbst wird als betriebliche Leistungsfähigkeit angeboten

und durch eine betriebliche Tätigkeit erzeugt.

Die folgende Abbildung 2.2 stellt die Dienstleistungsdefinition grafisch dar und verdeutlicht die Zusammenhänge der in der Definition genannten Elemente.

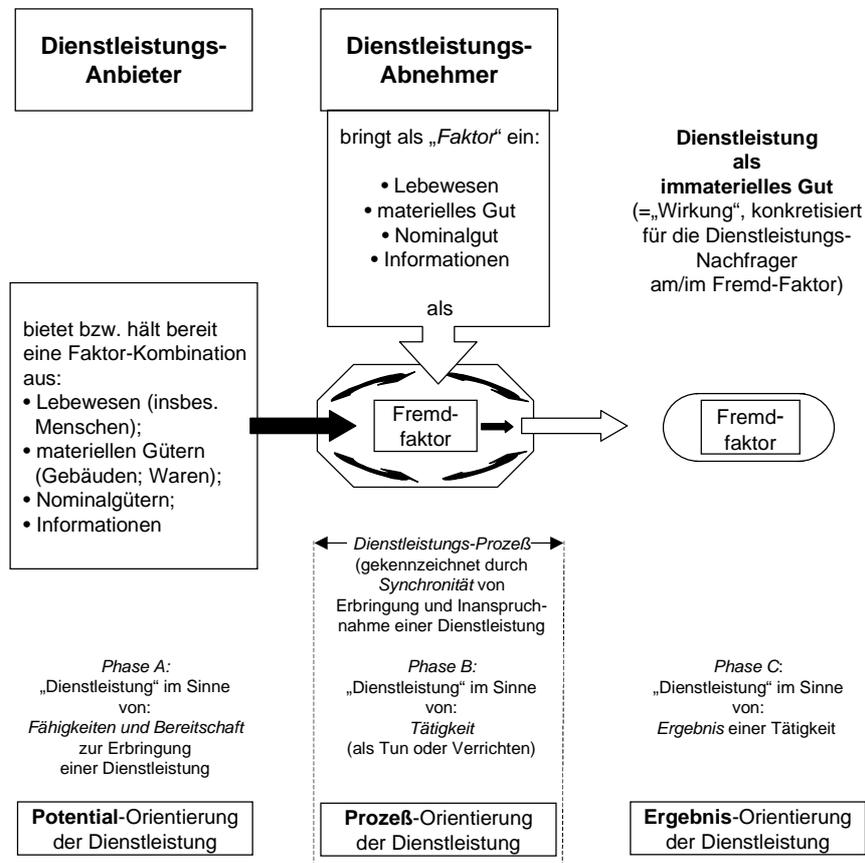


Abbildung 2.2: Die konstitutiven Merkmale einer Dienstleistung im phasenbezogenen Zusammenhang¹⁷

2.2 Konstitutive Merkmale von Dienstleistungen

Die für Dienstleistungen konstitutiven Merkmale zur Abgrenzung von Sachgütern sollen an dieser Stelle beschrieben werden. Es sind:

- a) Die Immaterialität mit den implizierten Merkmalen der:
 - a1) Intangibilität und der
 - a2) Nichtlagerfähigkeit und Nichttransportfähigkeit,
- b) die Wirkung am externen Faktor mit den daraus resultierenden Merkmalen der:
 - b1) Kundenintegration und der
 - b2) Individualität,

¹⁷ HILKE (1989), S.15

- c) die Mehrstufigkeit der Dienstleistungsproduktion mit den Stufen der:
- c1) Vorkombination und der
 - c2) Endkombination der Faktoren.

Zu a) Immaterialität

In den Definitionsansätzen in der Literatur stellt die Immaterialität das erste konstitutive Merkmal aller Definitionsansätze dar. Auch in der für diese Arbeit geltenden Definition ist dies so, obwohl bei genauer Betrachtung das Ergebnis einer Einzelleistung auch ein prozessuales Ergebnis sein könnte. Mit jedem Prozess als Ergebnis wird aber auch eine Wirkung oder eine Nutzenstiftung verfolgt bzw. erreicht. Somit ist in letzter Betrachtung auch dieses Ergebnis immaterieller Art.¹⁸

Mit der Immaterialität ist die Intangibilität eng verbunden. Die Intangibilität, d. h. die Nichtfassbarkeit, die Nichtgreifbarkeit von Dienstleistungen, erschwert die Vermittlung von Dienstleistungen und damit z. B. auch die Realisierung von Erlösen am Markt, da diese Leistungen für den Leistungsabnehmer nicht wahrnehmbar, d. h. die Wirkung des Ergebnisses vor Inanspruchnahme der Dienstleistung für ihn nicht bekannt sind. Daher wird seitens der Leistungserbringer versucht diese Leistungen sichtbar zu machen, in dem die Leistungsumgebung, die Arbeitsmittel oder auch die Leistungserbringer und die Leistungsabnehmer dar- bzw. vorgestellt werden. PEPELS (1999) bezeichnet diese Form der Darstellung als »physische Placebos«.¹⁹

Weiterhin sind mit der Immaterialität der Dienstleistungen die Merkmale Nichtlagerfähigkeit und Nichttransportfähigkeit verbunden. Dienstleistungen können nicht auf Vorrat produziert werden (vgl. Prozessorientierung). Sie müssen z. T. immer wieder neu erstellt werden. Die endgültige Produktion erfolgt erst mit dem externen Faktor zusammen.²⁰ Daraus folgt, dass Dienstleistungen häufig fremdbestimmt sind in ihrem Arbeitsanfall, was sich auf die vorgehaltene Leistungsbereitschaft auswirkt.

Zu b) Wirkung am externen Faktor

Aus diesem konstitutiven Merkmal leiten sich die Merkmale der Kundenintegration und der Individualität ab.

Die Kundenintegration beschreibt die Einbeziehung des externen Faktors als Produktionsfaktor in den Leistungserstellungsprozess zur Endkombination der Dienstleistung.²¹ Als externer Faktor treten Personen oder deren Objekte auf. Sie sind meist vom Leistungsanbieter nicht frei disponierbar. Dienstleistungen entstehen erst durch die Interaktion mit dem externen Faktor, im Gegensatz zu Sachleistungen, die ohne physische Abnehmerbeteiligung erstellt

¹⁸ HILKE (1989), S.13ff.

¹⁹ PEPELS (1999), S.701

²⁰ HILKE (1989), S.12

²¹ Zur Stärke des Integrationsgrades vgl. CORSTEN (1997), S.335ff.

werden können. Sachleistungen können produziert, gelagert und dann erst verkauft (i. S. v. Eigentumsübertragung) werden, während Dienstleistungen erst verkauft und dann zeitgleich produziert und konsumiert werden. Für diesen Sachverhalt, dass der Leistungsabnehmer sowohl als Produktionsfaktor als auch als Konsument auftritt, wird auch der Ausdruck des »Prosumers« verwendet.²² Durch das zeitgleiche Zusammentreffen von Leistungserstellung und Leistungsabnahme hat der Leistungsabnehmer einen großen Anteil an der Verwirklichung der zweckgerechten Qualität des Leistungsergebnisses. Je nach Kooperationsfähigkeit und –willigkeit kann er Art, Dauer und Ergebnis dieser Interaktion erheblich beeinflussen.²³

Persönlich erbrachte Dienstleistungen sind immer so individuell wie der Leistungsabnehmer oder die Objekte es sind. Selbst wenn Dienstleistungen als standardisierte Leistungserstellung – Abfolge von Tätigkeitsschritten, Handlungen – beschrieben werden können, wird diese doch von jedem Leistungsabnehmer (Person) anders wahrgenommen oder empfunden. Je nach Objekt trifft dies auch hier zu. So kann z. B. dasselbe Brillenmodell durch standardisierte Handgriffe für eine bestimmte Person passend geformt werden, während es gleichzeitig für jemanden anderen nicht passen würde. Von Bedeutung ist die Frage der Individualisierung als Gegenteil der Standardisierung der Dienstleistung sowohl aus produktions- wie auch aus absatzwirtschaftlichen Gesichtspunkten.²⁴ So kann eine Individualisierung bzw. Standardisierung sowohl im Leistungserstellungsprozess wie auch im Ergebnis der Dienstleistung erfolgen. Generell kann gefolgert werden, je höher der Standardisierungsgrad im Leistungserstellungsprozess oder im Ergebnis ist, desto austauschbarer werden der Dienstleistungsanbieter und damit die Dienstleistung für den Leistungsabnehmer. Je höher dagegen der Individualisierungsgrad des Leistungserstellungsprozesses oder das Ergebnis einer Dienstleistung ist, desto schwerer wird die Austauschbarkeit für den Leistungsabnehmer.²⁵ Neben dem Leistungserstellungsprozess oder dem Dienstleistungsergebnis kann auch das Potential der Produktionsfaktoren individuelle bzw. standardisierte Komponenten aufweisen. Darüber hinaus wird noch auf die Standardisierungsmöglichkeit der situativen Einflüsse hingewiesen, welche z. B. von dem Ort der Leistungserstellung, dem Zeitpunkt der Leistungserstellung oder den eingesetzten Arbeitsmitteln ausgehen können.²⁶

Durch die Integration des externen Faktors und dessen Individualität (Wirkungen: positive, negative, neutrale) in den Leistungserstellungsprozess kann trotz der Standardisierungsmöglichkeiten eine gleich bleibende Qualität des Leistungserstellungsergebnisses vom

²² CORSTEN (1997), S.341

²³ PEPELS (1999), S.702f.; HILKE (1989), S.27

²⁴ „Standardisierung einer Dienstleistung heißt dabei eine möglichst nach Art und Umfang gleiche vom externen Faktor unabhängige Erbringung einer Dienstleistung durch den Einsatz der gleichen internen Faktoren.“ MEYER (1984), S.206

²⁵ CORSTEN (1990A), S.27

²⁶ PEPELS (1999), S.703

Leistungsersteller i. d. R. nicht garantiert werden.²⁷ Besonders deutlich wird dies, wenn bei der Leistungserstellung auf beiden Seiten Menschen dominieren. Hier treffen zwei Individuen aufeinander, die sich möglicherweise im Bildungsstand, in den fachlichen Qualifikationen, sowie in ihren Verhaltensmustern und Interessen unterscheiden. Einfluss auf den Leistungserstellungsprozess und damit auf das Leistungserstellungsergebnis haben auch die Tagesform, Launen und Sympathien bzw. Antipathien der beteiligten Personen.²⁸

Zu c) Mehrstufigkeit der Dienstleistungsproduktion

Ebenfalls charakterisierend für Dienstleistungen ist die Mehrstufigkeit der Dienstleistungsproduktion.²⁹ In der Vorkombination der Faktoren wird ein Leistungspotential aufgebaut und in Form der Leistungsbereitschaft vorgehalten (Ergebnis der Vorkombination). Diese Leistungsbereitschaft kann entweder einen Beanspruchungsnutzen³⁰ oder einen Bereitstellungsnutzen³¹ stiften. Die Aufgaben innerhalb der Planung der Leistungsbereitschaft beziehen sich zum einen auf die Festlegung der zu realisierenden Bereitschaftsstufen und zum anderen auf die marktorientierte Ausrichtung der internen Kontaktfaktoren, die für die Endkombination relevant sind.³² In der Endkombination wird durch den Einsatz der Leistungsbereitschaft in Kombination mit weiteren internen Produktionsfaktoren und der Integration des externen Faktors die Leistung erstellt. Der externe Faktor ist grundlegende Voraussetzung für die Endkombination.³³

²⁷ HILKE (1989), S. 26f.

²⁸ HILKE (1989), S.27

²⁹ Vgl. Abb. 2.3

³⁰ Greifbar für den Leistungsabnehmer durch Nutzung der Leistung.

³¹ Wird durch den Leistungsabnehmer erst erfahren, wenn zum Zeitpunkt der Nachfrage nicht genügend Leistung vorhanden ist.

³² CORSTEN (1997), S.337

³³ CORSTEN (1990B), S.103ff.

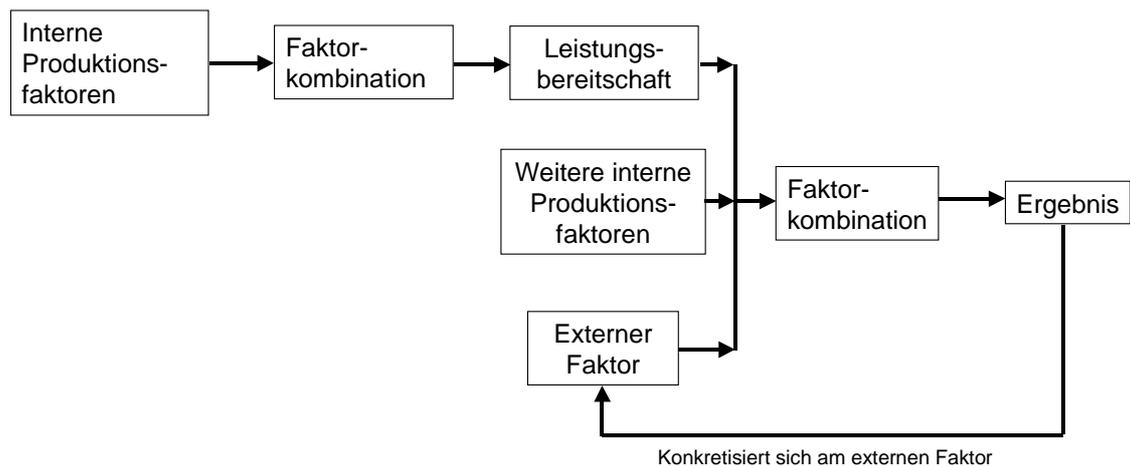


Abbildung 2.3: Grundmodell zur Erfassung der Dienstleistungsproduktion nach CORSTEN (1990)³⁴

2.3 Systematisierung der Dienstleistungen

Ziel der Systematisierung von Dienstleistungen ist es, eine ordnende Beschreibung der Realität zu erhalten, indem charakteristische Ausprägungen realer Phänomene auf der Grundlage von sachbezogenen Merkmalen benannt werden.³⁵ Die konstitutiven Merkmale des/der analytischen Ansatzes/Ansätze treffen auf alle Dienstleistungen zu.³⁶ Sie sind nicht geeignet, das Dienstleistungsspektrum in homogenere Gruppen zu untergliedern, um daraus dann Dienstleistungstypen bilden zu können. Das Ziel einer Typologie besteht in der "[...] Identifikation von spezifischen Leistungstypen, die typenübergreifend differenzierte, aber innerhalb eines Typs einheitliche Implikationen [...] besitzen."³⁷ Um Typologien zu bilden, werden typisierende Merkmale benötigt.

MEFFERT und BRUHN (1995) gliedern die Ansätze zur Systematisierung und damit zur Typenbildung in Ansätze der gütertypologischen und der institutionenorientierten Abgrenzung.³⁸

³⁴ CORSTEN (1990B), S.105

³⁵ CORSTEN (1990A), S.23

³⁶ Vgl. Abb. 2.1

³⁷ MEFFERT/BRUHN (1995), S.30

³⁸ MEFFERT/BRUHN (1995), S.30ff.; vgl. Abb.2.4

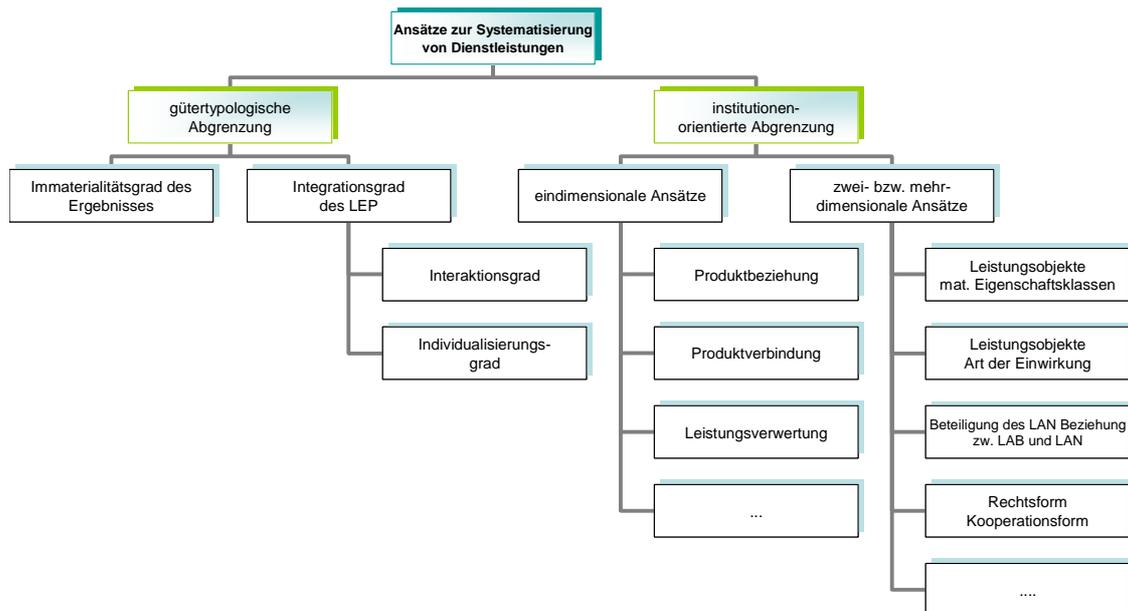


Abbildung 2.4: Ansätze zur Systematisierung von Dienstleistungen³⁹

Der gütertypologische Ansatz geht auf ENGELHARDT ET AL. (1992) zurück. Dieser Ansatz ist losgelöst von der klassischen Einteilung der Güter (Leistungen) in Sach- oder Dienstleistungen. In ihrem Ansatz verknüpfen die Autoren die zwei Dimensionen des Prozesses und des Ergebnisses miteinander: Die Prozessdimension weist als Extremausprägungen die Merkmale autonom (ohne Integration eines externen Faktors) und integrativ (mit Integration eines externen Faktors) auf und beschreibt den Integrationsgrad der Leistung. Die Ergebnisdimension besitzt als Extremausprägungen die Merkmale materiell und immateriell und beschreibt den Immaterialitätsgrad einer Leistung.⁴⁰

Nach diesem Ansatz besitzt jede Leistung unterschiedliche Anteile an den Ausprägungen des jeweiligen Merkmals. Aus den Dimensionen der Prozess- und Ergebnisorientierung entstehen durch Kombination der Merkmale vier Grundtypen von Leistungen.⁴¹ Diesem Ansatz lassen sich alle Sach- und Dienstleistungen zuordnen.

In einer Weiterentwicklung durch MEFFERT/BRUHN (1995) wird der Integrationsgrad, d. h. die Prozessdimension einer Leistung, in die Teilmerkmale Interaktionsgrad und Individualisierungsgrad zerlegt, um so noch homogenere Typen bilden zu können.

Der Interaktionsgrad stellt die Integration (jegliche Form der Einbindung) des externen Faktors in den Leistungserstellungsprozess mit dessen Extremausprägungen unabhängig und interaktiv dar. Der Individualisierungsgrad besitzt die Extremausprägungen Standardisierung

³⁹ Zusammenstellung nach CORSTEN (1990A), S.23ff.; MEFFERT/BRUHN (1995), S.30ff.

⁴⁰ ENGELHARDT/KLEINALTENKAMP/RECKENFELDERBÄUMER (1992), S.35

⁴¹ Vgl. Abb. 2.5 rechte Seite

von Leistungen und eine individuelle Abnehmerorientierung (abnehmerbezogene Spezifität der Bereitstellungsleistung und des sich anschließenden Leistungserstellungsprozesses).⁴²

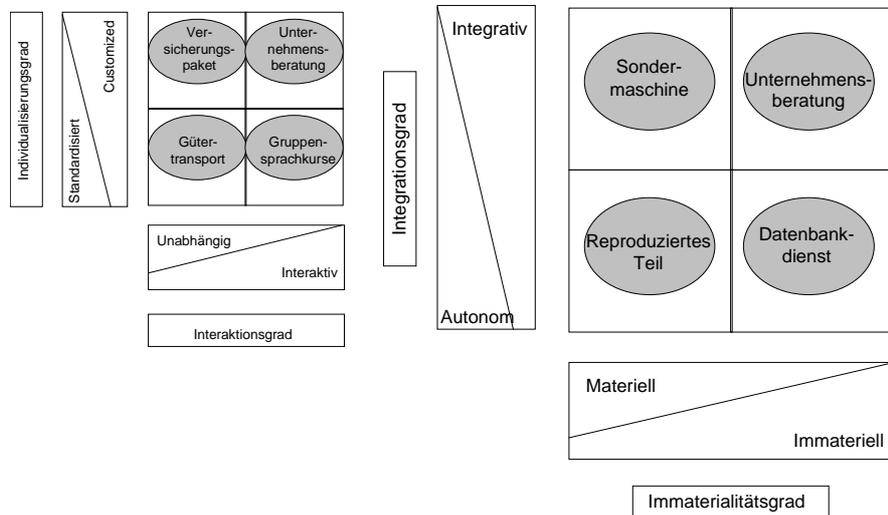


Abbildung 2.5: Leistungstypologie nach ENGELHARDT ET AL. (1992), modifiziert durch MEFFERT und BRUHN (1995)⁴³

In der institutionenorientierten Abgrenzung wird zwischen ein- und zwei- bzw. mehrdimensionalen Ansätzen zur Systematisierung von Dienstleistungen unterschieden.

Der eindimensionale Ansatz zieht jeweils nur ein Merkmal zur Abgrenzung von Dienstleistungen heran. CORSTEN (1990) hat eine umfassende, nicht auf Vollständigkeit gerichtete Aufstellung der unterschiedlichen eindimensionalen Ansätze vorgenommen.⁴⁴ Zwei- bzw. mehrdimensionale Ansätze beziehen mindestens zwei oder mehr Merkmale in die Systematisierung ein. Diese Merkmale können aus den eindimensionalen Ansätzen hervorgehen oder diese ergänzen. Eine stärkere Differenzierung der Dienstleistungen ist dadurch möglich.

⁴² MEFFERT/BRUHN (1995), S.31ff.; vgl. Abb. 2.5 linke Seite

⁴³ ENGELHARDT/KLEINALTENKAMP/RECKENFELDERBÄUMER (1992), S.35; MEFFERT/BRUHN (1995), S.31ff.

⁴⁴ CORSTEN (1990A), S.24f.

2.4 Erweiterung der klassischen Ansätze zur Differenzierung von Dienstleistungen

Im Hinblick auf die Charakterisierung der spezifischen Leistungen der ambulanten Pflegedienste ist es an dieser Stelle hilfreich, neben den institutionenorientierten Ansätzen ergänzend weitere heranzuziehen. Die in Kap. 2.3 beschriebenen Ansätze reichen nicht aus, um die Leistungen der ambulanten Pflegedienste eindeutig zu charakterisieren und von anderen Dienstleistungen abzugrenzen. In den zuvor beschriebenen Ansätzen bleibt das Merkmal Wirkung der Leistung und deren Veränderung im Zeitverlauf unberücksichtigt. Gerade letztere bildet aber einen wesentlichen Bestandteil der Differenzierung von Dienstleistungen und auf diese Arbeit bezogen ein wesentliches Merkmal, welches bei der Gestaltung der Marketinginstrumente zu berücksichtigen ist.

Mit Blick auf das Entstehen der Wirkung, den Bestand der Wirkung und die Wiederholungsfrequenz der Leistungserstellung zur Wirkungserhaltung/-wiederherstellung lassen sich drei Dienstleistungstypen voneinander unterscheiden, die unmittelbare, ablauforganisatorische Relevanz im Betriebsgeschehen der ambulanten Pflegedienste besitzen. Die Dienstleistungstypen können wie folgt beschrieben werden:⁴⁵

- a) Die angestrebte Wirkung wird mit einmaliger Inanspruchnahme der Dienstleistung erreicht, die Wirkung hat für einen relativ langen Zeitraum Bestand, z. B. geändertes Kleidungsstück, Hilfsmittelverleih, Beratungsleistungen zur Wohnraumanpassung.
- b) Die angestrebte Wirkung wird erst mit mehrmaligem Wiederholen von Dienstleistungen (Serie/Folge von Einzelleistungen) erreicht, z. B. Massagen, Therapieleistungen, Schwimmunterricht, Mobilisation, physikalische Maßnahmen.
- c) Die angestrebte Wirkung wird sofort nach Erstellung der Einzelleistung erreicht, hält aber nicht lange vor und muss daher in kurzen Abständen wiederholt werden, z. B. Sättigung durch Nahrungsaufnahme, Sauberkeit durch Waschen, Zahnpflege, Haarschnitt.

⁴⁵ Vgl. Abbildung 2.6

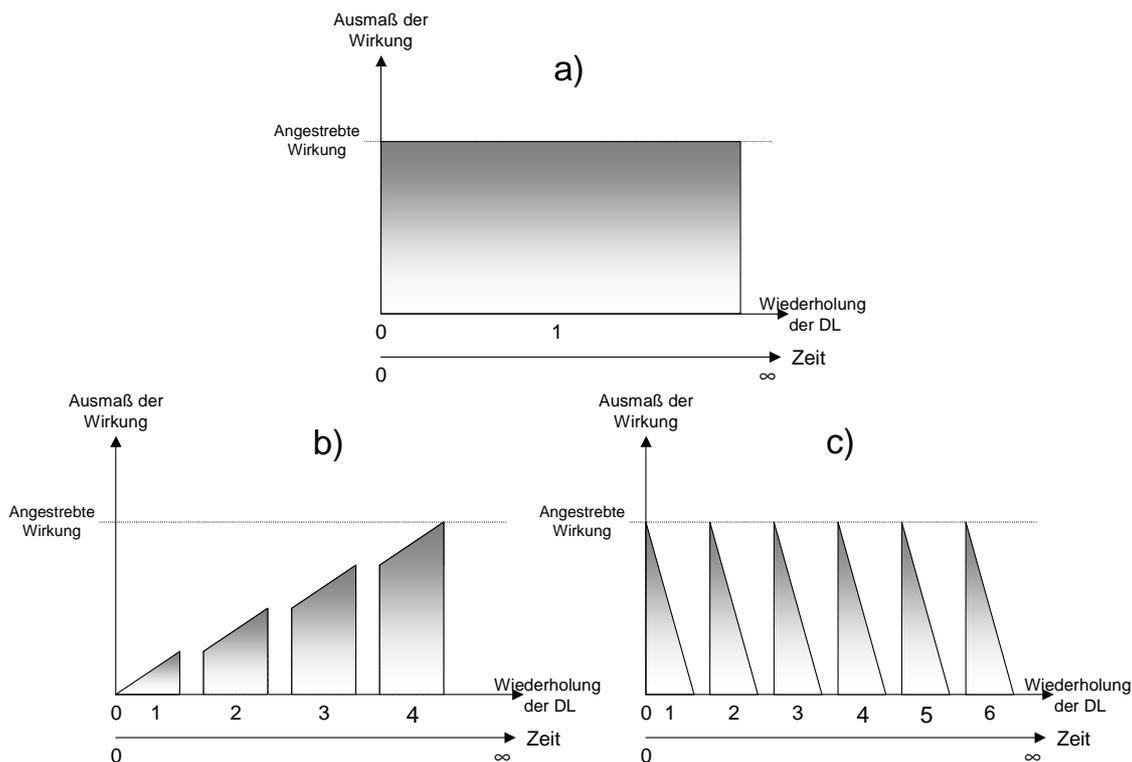


Abbildung 2.6: Ausmaß-Wirkungs-Zeit Ansatz

Neben dem Merkmal »Ausmaß der Wirkung der Leistung« ist die Interaktion zwischen dem internen und externen Faktor eine weitere, sehr gute Möglichkeit Dienstleistungen zu differenzieren. Dazu bietet sich der Ansatz nach MEYER (1984) an, welcher für die internen und externen Faktoren und deren Verknüpfung miteinander während der Leistungserstellung Merkmale zur Differenzierung von Dienstleistungen beschreibt.⁴⁶ Dieser Ansatz ist allerdings im Hinblick auf seine aufgestellten Merkmale für die Leistungen von ambulanten Pflegediensten als nicht ausreichend einzustufen, sodass eine Erweiterung dieses Ansatzes notwendig wird. Sie dient der Gewinnung eines umfassenden Differenzierungsschemas für Dienstleistungen, damit jede Dienstleistung eindeutig beschrieben werden kann. Die Differenzierungskriterien werden in Merkmale eingeteilt, die überwiegend auf die internen und/oder externen Faktoren oder deren Verknüpfung miteinander zutreffen.

Merkmale, die der *externe Faktor* in den Leistungserstellungsprozess einbringt, sind:

- **Faktoranzahl:** Die Dienstleistung wird nur für einen externen Faktor, individuell, oder für mehrere externe Faktoren gleichzeitig, kollektiv, erbracht (z. B. Theaterstück, Fußballspiel, etc.).⁴⁷

⁴⁶ MEYER (1984), S.203

⁴⁷ MEYER (1984), S.212

- *Intensität der Interaktivität zwischen den externen Faktoren:* Kommen mehrere externe Faktoren vor, während oder nach der Leistungserstellung miteinander in Kontakt und können sie sich dadurch gegenseitig positiv oder negativ beeinflussen oder sich gegenseitig stören oder stimulieren, handelt es sich um interaktiv erbrachte Dienstleistungen. Beispiele hierfür sind der Besuch eines Konzerts, Theaterstücks oder eines Fußballspiels. Bei isoliert erbrachten Dienstleistungen kommen verschiedene externe Faktoren nicht miteinander in Kontakt und können sich nicht gegenseitig beeinflussen. Beispiel hierfür ist ein Arztbesuch.⁴⁸
- *Intensität der externen Faktorintegration:* Endpunkte der Integration des externen Faktors sind die aktive oder passive Teilnahme am Leistungserstellungsprozess. Dabei ist für den Leistungsanbieter zu unterscheiden, ob die Teilnahme eher physisch, emotional oder intellektuell erfolgt.⁴⁹
- *Faktorart:* Personen- oder objektgerichtete Dienstleistungen richten sich danach, ob die Dienstleistungen an Personen oder an deren Objekten erbracht werden.⁵⁰

Merkmale, die bei der Verknüpfung des *internen und externen Faktors* während der Leistungserstellung auftreten sind:

- *Art des Vertragsverhältnisses zwischen Dienstleistungsbetrieb und externen Faktoren:* Dienstleistungen können seitens der externen Faktoren als einzelner Kaufakt einzelvertraglich oder als kontinuierliche Abnahme dauervertraglich abgenommen werden.
- *Art des gleichzeitigen Kontaktes zwischen den internen und externen Faktoren:* Direkter Kontakt zwischen den internen und externen Faktoren zur Leistungserstellung bedeutet das gleichzeitige Aufeinandertreffen der Faktoren während der Leistungserstellung. Indirekter Kontakt besteht, wenn die Dienstleistungen auf einem Trägermedium gespeichert und zu einem späteren Zeitpunkt vom Leistungsabnehmer abgerufen werden.⁵¹
- *Ort der Leistungserstellung bezogen auf den Betriebsstandort:* Dienstleistungen werden als standortungebunden bezeichnet, wenn sie unabhängig vom Standort des Dienstleistungsbetriebes erbracht werden können. Im Gegensatz dazu gelten sie als standortgebunden, wenn sie nur bzw. überwiegend am Betriebsstandort des Leistungsanbieters erbracht werden können.⁵²
- *Art und Intensität der Interaktionsorientierung während der Leistungserstellung:* Sie drückt aus, inwieweit das interaktive Geschehen zwischen den Faktoren von Bedeutung und wie intensiv es ist.

⁴⁸ MEYER (1984), S.212

⁴⁹ MEYER (1984), S.211f.

⁵⁰ MEYER (1984), S.211f.

⁵¹ MEYER (1984), S.208

⁵² BIEBERSTEIN (1998), S.164

Bei unterstützend-interaktiven Dienstleistungen wird überwiegend ein Gut in den Leistungserstellungsprozess eingebracht. Die Interaktion des Kontaktmitarbeiters beschränkt sich lediglich auf die Auftragsannahme und die spätere Herausgabe des Objektes. Von diesen Mitarbeitern wird eher Fachkompetenz als interaktive Kompetenz erwartet.

Problemorientiert-interaktive Dienstleistungen benötigen zur Leistungserstellung einen notwendigen Informationsaustausch zwischen dem Leistungsabnehmer und dem Leistungsanbieter. Die Interaktion zwischen den beiden Parteien hat wesentlichen Einfluss auf das Ergebnis der Dienstleistung.

Bringt sich der Leistungsabnehmer selbst mit in die Dienstleistung ein, handelt es sich um persönlich-interaktive Dienstleistungen, da sie meist emotional, intellektuell oder physisch auf den Leistungsabnehmer einwirken. Dauer und Intensität des persönlichen Kontakts sind meist besonders ausgeprägt.⁵³

- *Art des Kontaktes in Bezug auf die räumliche Identität der Faktoren:* Die Mittelbarkeit oder Unmittelbarkeit beschreibt die Gleichzeitigkeit des gegenseitigen Einwirkens von internen und externen Faktoren aufeinander. Dabei können sich die Faktoren gleichzeitig am selben Ort (unmittelbare Dienstleistung) oder aber zur selben Zeit an jeweils unterschiedlichen Orten (mittelbare Dienstleistung) befinden.⁵⁴

Merkmale, die der *interne Faktor* in den Leistungserstellungsprozess mit einbringt sind:

- *Spezifizierung der internen Faktorkombination:* Ist der Spezifizierungsgrad des internen Faktors für eine Dienstleistung besonders hoch, wird von einer individualisierten Dienstleistung gesprochen, ist der Spezifizierungsgrad dagegen gering, handelt es sich um eine standardisierte Dienstleistung.⁵⁵
- *Hauptkosten- und Einsatzfaktor für den Betrieb:* Die Differenzierung der Dienstleistungen erfolgt über den Hauptkosten- und Einsatzfaktor Mensch (Subjekt) oder Maschine (Objekt). Je nachdem ob die Leistungserstellung überwiegend durch Personen oder Maschinen vollzogen wird, werden Dienstleistungen als personal- oder maschinenintensiv bezeichnet.⁵⁶
- *Trennbarkeit der Leistungserstellung von den leistungserstellenden Personen:* Können die Dienstleistungen nicht von der leistungserstellenden Person getrennt und multipliziert werden, handelt es sich um personengebundene Dienstleistungen. Kann die Dienstleistung allerdings auch erbracht werden, ohne dass eine Person zwingend anwesend sein muss, handelt es sich um personenungebundene Dienstleistungen.⁵⁷

⁵³ SCHULZE (1991), S.285f.

⁵⁴ MEYER (1984), S.208f.

⁵⁵ MEYER (1984), S.206f.; vgl. auch Kap. 2.3

⁵⁶ MEYER (1984), S.202f.

⁵⁷ BIEBERSTEIN (1998), S.266

Diesem nach MEYER (1984) modifizierten Ansatz zeigt Abbildung 2.7. In diesem Differenzierungsschema sind der modifizierte Ansatz von ENGELHARDT ET AL. (1992) und der erarbeitete Ausmaß-Wirkungs-Zeit-Ansatz enthalten.

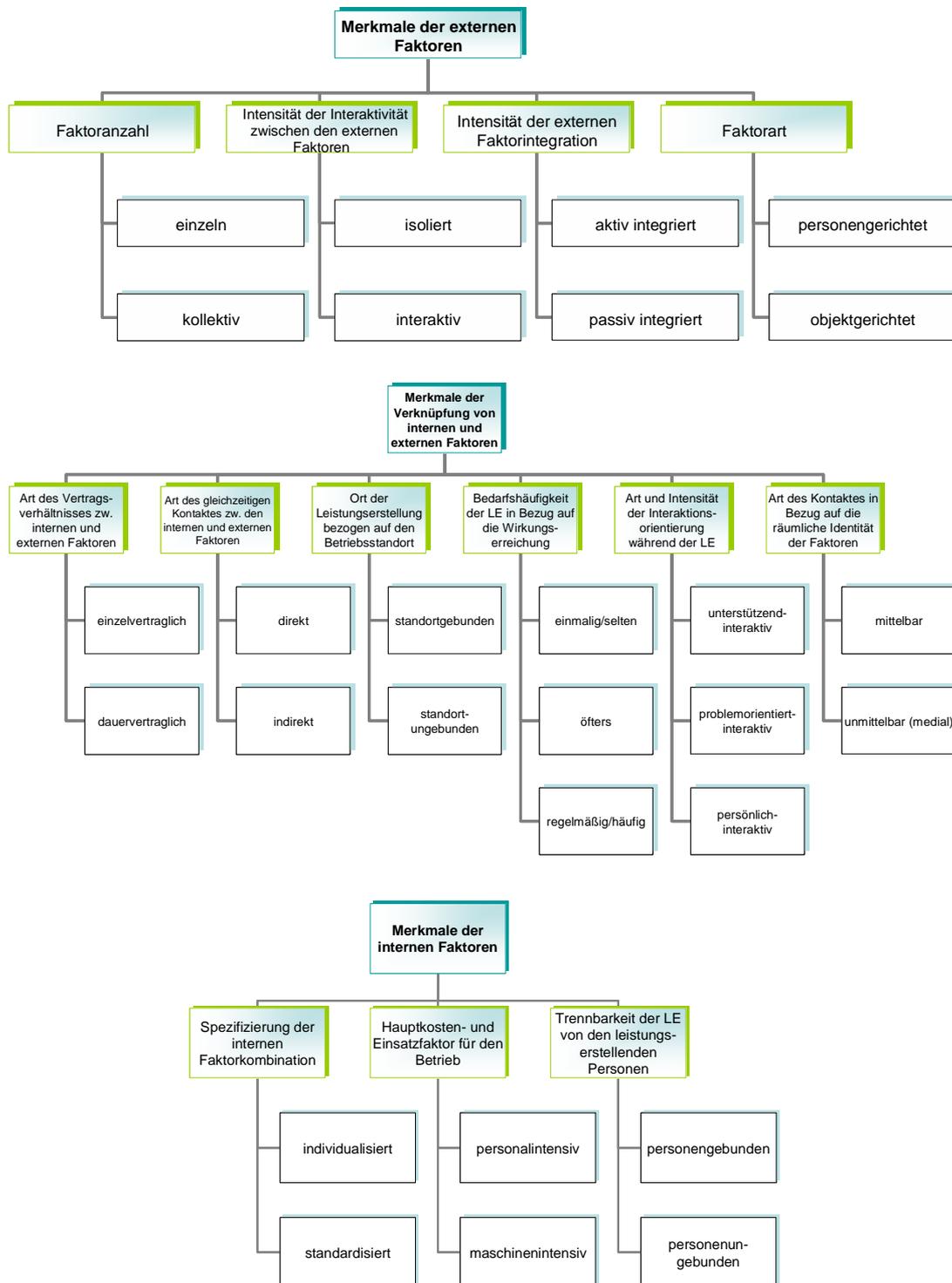


Abbildung 2.7: Differenzierungskriterien für Dienstleistungen⁵⁸

⁵⁸ MEYER (1984), S.203 modifiziert nach: MEYER (1991), S.204; BIEBERSTEIN (1998), S.266; SCHULZE (1991), S.285f.

2.5 Leistungsmerkmale von ambulanten Pflegediensten anhand der erarbeiteten Differenzierungskriterien

Für die weitere Arbeit ist es notwendig, die Leistungen der ambulanten Pflegedienste mit Hilfe des in Abbildung 2.7 erarbeiteten Differenzierungsschemas eindeutig zu beschreiben, da die Gestaltung der Marketinginstrumente wesentlich von diesen Kriterien beeinflusst wird.

Die Leistungen der ambulanten Pflegedienste lassen sich nach dem Ansatz von ENGELHARDT ET AL. (1992) als immateriell und integrativ typisieren. Durch die Unmittelbarkeit der Leistungserstellung handelt es sich bei den Leistungen der ambulanten Pflegedienste um interaktive Leistungen, die einen hohen Anteil an Individualität besitzen, da sie für jeden Leistungsabnehmer individuell erstellt werden. Während der Leistungserstellung selbst kommen die Leistungsabnehmer untereinander nicht in Kontakt, sodass die Leistungen in Bezug auf die Intensität der Interaktivität zwischen den externen Faktoren als isoliert bezeichnet werden können.

Ferner sind die Leistungen der ambulanten Pflegedienste personengerichtet und werden dauervertraglich abgeschlossen. Die Leistungserstellung erfolgt standortungebunden mit einer hohen Bedarfshäufigkeit und überwiegend individuell, obwohl einzelne Tätigkeitsschritte der Einzelleistungen als standardisiert gelten. Die Interaktion durch den internen Faktor ist persönlich-interaktiv, da sie auf die Leistungsabnehmer im emotionalen oder intellektuellen Bereich oder physisch einwirken. Dadurch entsteht eine hohe Vertrautheit zwischen den Faktoren.

Hauptproduktionsfaktoren der Leistungserstellung des ambulanten Pflegedienstes sind die Mitarbeiter, wodurch die Leistungen als personengebunden bezeichnet werden.

Tabelle 2.1 gibt die Leistungsmerkmale von ambulanten Pflegediensten wieder.

Tabelle 2.1: Zusammenfassung der Leistungsmerkmale ambulanter Pflegedienste

<ul style="list-style-type: none"> • einzelner externer Faktor • isolierter externer Faktor • aktive Integration des externen Faktors • überwiegend personengerichtet • dauervertragliche Leistungserstellung • direkte Leistungserstellung • standortungebundene Leistungserstellung 	<ul style="list-style-type: none"> • regelmäßige Leistungserstellung • persönlich-interaktive Leistungserstellung • mittelbare Leistungserstellung • individualisierte Leistungserstellung • personalintensive Leistungserstellung • personengebundene Leistungserstellung
--	--

Diese Merkmale, die die Leistungen der ambulanten Pflegedienste eindeutig beschreiben, müssen bei der Gestaltung der Marketinginstrumente berücksichtigt werden.

3 Betriebstyp ambulanter Pflegedienst und seine Leistungen

Betriebe lassen sich insbesondere durch Merkmale: Zielorientierung, Einsatz von Produktionsfaktoren, Faktorkombinationsprozess, Erstellung von Sach- und/oder Dienstleistungen, die allen Betrieben gemein sind, beschreiben und von anderen Phänomenen abgrenzen. Die Ausprägungen dieser und weiterer Merkmale führen zur Bildung und Unterscheidung von Betriebstypen.

Ein solcher Typ, der Betriebstyp ambulanter Pflegedienst, wird in einer ersten Schrittfolge in der Gesamtmenge aller Betriebe identifiziert. Nach dieser Identifizierung - in der Menge aller Betriebe - erfolgt eine weitere Beschreibung des Betriebstyps ambulanter Pflegedienst anhand von ausgewählten und zur Beschreibung geeigneten Merkmalen.

Den Schluss bildet ein Überblick über die möglichen Leistungen der ambulanten Pflegedienste und ihre Einordnung zu den Leistungs- bzw. Kostenträgern⁵⁹.

3.1 Morphologie des Betriebstyps ambulanter Pflegedienst

Zur Bildung von Betriebstypen lassen sich Merkmale heranziehen, die für alle Betriebstypen relevant sind, d. h. die für einen Autohersteller wie auch für eine Zahnarztpraxis gelten.

Dargestellt werden die zu Betriebstypen führenden Merkmale und deren Ausprägungen anhand eines morphologischen Kastens. Bei der Zusammenstellung der Merkmale ist zu berücksichtigen, dass bei jedem aufgeführten Merkmal es mindestens einen Betriebstyp geben muss, für den eine Merkmalsausprägung zutrifft.

Im ersten Schritt der Beschreibung des Betriebstyps ambulanter Pflegedienst wird untersucht, welche der Merkmalsausprägungen derjenigen Merkmale, die zur Kennzeichnung von Betrieben herangezogen wurden, für den Betriebstyp ambulanter Pflegedienst zutreffen können. Die Merkmale zur Beschreibung von Betriebstypen werden in Tabelle 3.1 aufgeführt. Im Anschluss werden diejenigen Merkmale, die für den Betriebstyp ambulante Pflegedienste zutreffen können, beschrieben.

⁵⁹ Es wird hier eine sprachliche Abgrenzung zu dem in der Kostenrechnung gebräuchlichen Begriff der Kostenträger (im Gesetz verwendet) gemacht, um Missverständnisse zu vermeiden.

Tabelle 3.1: Merkmale, die für den Betriebstyp ambulanter Pflegedienst in der Menge der Merkmale aller Betriebe zutreffen können⁶⁰

	Merkmal	a	b	c	d	e	f	g	h
1	Betriebszweck/-ziel⁶¹ (Angebotsverhalten)	<i>erwerbswirtschaftlich</i>	<i>eingeschränkt erwerbswirtschaftlich</i>	<i>bedarfswirtschaftlich</i>					
2	Widmung des Wirtschaftsergebnisses⁶²	<i>privatwirtschaftlich</i>	<i>gemeinwirtschaftlich/öffentlich</i>	<i>genossenschaftlich</i>					
3	Verhältnis von Verantwortung für den laufenden Geschäftsbetrieb und Eigentümer des Betriebs⁶³	<i>unternehmerdefiniert</i>	<i>eigentümerdefiniert</i>	<i>einlagengesellschafterdefiniert</i>					
4a	Betriebsgröße nach Zahl der Mitarbeiter⁶⁴	<i>klein</i>	<i>mittel</i>	<i>groß</i>					
4b	Betriebsgröße nach Umsatz⁶⁵	<i>klein</i>	<i>mittel</i>	<i>groß</i>					
4c	Betriebsgröße nach Bilanzsumme⁶⁶	<i>klein</i>	<i>mittel</i>	<i>groß</i>					
5	Eigentümer⁶⁷	<i>privat</i>	<i>öffentlich</i>						
6	Rechtsform des Betriebes⁶⁸	<i>privatrechtlich</i>	<i>öffentlich rechtlich</i>						
7	Leistungsarten nach Stofflichkeit des Leistungsergebnisses⁶⁹	<i>materiell</i>	<i>immateriell</i>	<i>gemischt</i>					
8	Leistungsprogramm⁷⁰	<i>speziell</i>	<i>fachgebunden</i>	<i>universell</i>					
9	Prinzipien der Preisbildung für die Leistungen⁷¹	<i>kostenorientiert</i>	<i>konkurrenzorientiert</i>	<i>nachfrage-/beschäftigungsorientiert</i>	<i>staatlich definiert</i>				
10	Freiheitsgrade bei der Preisbestimmung⁷²	<i>normiert</i>	<i>differenziert</i>	<i>ausgehandelt</i>					
11	Betriebsstandort⁷³	<i>international</i>	<i>national</i>	<i>regional</i>	<i>lokal</i>				
12	Freiheitsgrad des Standortes⁷⁴	<i>standortgebunden</i>	<i>standortungebunden</i>						

⁶⁰ Die Reihenfolge der Merkmale stellt keine Wertigkeit oder Rangfolge dieser dar. Ausprägungen, die für ambulante Pflegedienste zutreffen können sind kursiv gedruckt.

⁶¹ BOTTLE (1986), S.17ff.; THIEMEYER (1975), S.30ff

⁶² THIEMEYER (1975), S.30ff.

⁶³ GUTENBERG (1973), S.487f.

⁶⁴ JUNG (1994), S.16

⁶⁵ JUNG (1994), S.16

⁶⁶ JUNG (1994), S.16

⁶⁷ THIEMEYER (1975), S.19

⁶⁸ SCHIERENBECK (1989), S.28ff.

⁶⁹ ENGELHARDT/KLEINALTENKAMP/RECKENFELDERBÄUMER (1992), S.34f.; MEYER (1991), S.197f.

⁷⁰ CORSTEN (1997), S.33; MEFFERT (1998), S.447

⁷¹ WEIS (1993), S.243; SCHIERENBECK (1989), S.259ff; JUNG (1994), S.611ff

⁷² MEYER (1983), S.56; CORSTEN (1997), S.42

⁷³ SCHIERENBECK (1989), S.43

⁷⁴ SCHIERENBECK (1989), S.43

Fortsetzung

	Merkmal	a	b	c	d	e	f	g	h
13	Standortfaktoren ⁷⁵	materialorientiert	arbeitsorientiert	abgabe- und subventionsorientiert	energieorientiert	verkehrorientiert	absatzorientiert	klimorientiert	erholungsorientiert
14	Kooperationsfunktion ⁷⁶	absatzorientiert	beschaffungorientiert	leistungserstellungorientiert	leitungsorientiert				
15	Kooperationsrichtung ⁷⁷	horizontal	vertikal	lateral					

- 1) Der **Betriebszweck oder das Betriebsziel**⁷⁸ eines ambulanten Pflegedienstes kann entweder erwerbswirtschaftlich, eingeschränkt erwerbswirtschaftlich oder auch bedarfswirtschaftlich sein.
- 2) Die **Widmung des Wirtschaftsergebnisses**⁷⁹ eines ambulanten Pflegedienstes erfolgt privat- oder gemeinwirtschaftlich.
- 3) Nach dem **Verhältnis von Verantwortung für den laufenden Geschäftsbetrieb und dem Eigentümer des Betriebs**⁸⁰ können die ambulanten Pflegedienste sowohl ein Unternehmer- wie auch ein Eigentümerbetrieb sein. Eigentümer und Geschäftsführer können ein und dieselbe Person oder aber unterschiedliche Personen sein.
- 4a-c) Die **Betriebsgröße**⁸¹ wird meist anhand von drei Größen bestimmt: Nach der **Anzahl der Mitarbeiter**, nach dem **Umsatz** und nach der **Bilanzsumme**. Die ambulanten Pflegedienste bewegen sich bei allen drei Merkmalen in den Ausprägungen der Klein- und Mittelbetriebe; in den häufigeren Fällen aber im Bereich der Kleinbetriebe.
- 5) Das **Eigentum**⁸² ambulanter Pflegedienste kann sowohl in Händen privater (Privatpersonen oder private Gesellschaften) oder öffentlicher Eigentümer (Gebietskörperschaft oder in deren Eigentum befindliche Gesellschaft) liegen.
- 6) Die meisten ambulanten Pflegedienste weisen eine privatrechtliche **Rechtsform des Betriebes**⁸³ auf wie z. B. Einzelunternehmung, Personengesellschaft, Kapitalgesellschaft. Ist der Eigentümer eine Gebietskörperschaft (Gemeinde, Kreis etc.) kann der ambulante Pflegedienst sowohl eine privat-rechtliche als auch eine öffentlich-rechtliche Rechtsform aufweisen.

⁷⁵ SCHIERENBECK (1989), S.43

⁷⁶ MEYER (1983), S.52ff; CORSTEN (1997), S.44

⁷⁷ MEYER (1983), S.52ff; CORSTEN (1997), S.44

⁷⁸ THIEMEYER (1975), S.30ff.; BOTTLER (1986), S.17ff.

⁷⁹ THIEMEYER (1975), S.30ff.

⁸⁰ GUTENBERG (1973), S.487f.

⁸¹ JUNG (1994), S.16

⁸² CORSTEN (1997), S.32

⁸³ CORSTEN (1997), S.32; JUNG (1994); S.75ff

- 7) Die **Leistungsart nach der Stofflichkeit des Leistungserstellungsergebnisses (Immaterialitätsgrad des Ergebnisses)**⁸⁴) Das Ergebnis der Leistungserstellung in ambulanten Pflegediensten sind immaterielle Leistungen. Sie bewirken nach Erstellung einen veränderten Zustand entweder am Leistungsabnehmer selbst oder an einem seiner Objekte, z. B. der Wohnung. Der ambulante Pflegedienst ist somit den Dienstleistungsbetrieben zuzuordnen.⁸⁵
- 8) Das **Leistungsprogramm**⁸⁶ der ambulanten Pflegedienste ist ein Spezialprogramm. Es besteht in der Regel aus einer geringen Leistungsbreite (Grund- und Behandlungspflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung somit 3 Leistungslinien), dafür aber mit einer großen Leistungstiefe (ca. 20 Module / Leistungskomplexe bei der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung und mehr als 50 Leistungskomplexen bei der Behandlungspflege, Zahl der Leistungen innerhalb einer Leistungslinie). Trotz der Zusatzangebote von ambulanten Pflegediensten ist das Leistungsprogramm ein Spezialprogramm.
- 9) Die kostenorientierte Preisbildung meint hier das **Prinzip der Preisbildung für die Leistungen**⁸⁷ der ambulanten Pflegedienste. Durch die erzielten Preise werden - ohne hier ins Detail zu gehen - die laufenden Betriebsauszahlungen, Belastungen aus Risiken und Betriebsgewinnen finanziert.⁸⁸ Dies gilt sowohl für die Leistungen nach SGB XI, SGB V und BSHG, aber auch für Leistungen der Privatzahler, die von den Leistungsabnehmern unmittelbar bezahlt werden.
- 10) Bei den **Freiheitsgraden der Preisbestimmung**⁸⁹ ist für die ambulanten Pflegedienste zu unterscheiden, welche Ausprägung welche Leistungen betrifft. Für die Leistungen nach SGB V gilt die Normierung der Preise für die Leistungen. Alle ambulanten Pflegedienste erhalten für die gleiche Leistung den gleichen Preis.⁹⁰ Für die Leistungen nach dem SGB XI und dem BSHG werden die Preise auf der Grundlage der „leistungsgerechten Vergütung“ zwischen dem ambulanten Pflegedienst und den Leistungsträgern ausgehandelt und in einem Vergütungsvertrag vereinbart.⁹¹ Besitzen ambulante Pflegedienste keinen solchen Vergütungsvertrag können sie die Preise für ihre Leistungen unmittelbar mit den Hilfe- und Pflegebedürftigen vereinbaren.⁹² In der Praxis sieht es so aus, dass Vertreter der Parteien sich treffen und die Preise für die Leistungen aus-

⁸⁴ ENGELHARDT/KLEINALTENKAMP/RECKENFELDERBÄUMER (1992); MEYER (1991), S.197f.

⁸⁵ Vgl. Ergebnisse des Kap. 2.3

⁸⁶ CORSTEN (1997), S.33; MEFFERT (1998), S.447

⁸⁷ WEIS (1993), S.243; SCHIERENBECK (1989), S.259ff; JUNG (1994), S.611ff.

⁸⁸ HEIBER (1997), S.16ff.

⁸⁹ MEYER (1983), S.56; CORSTEN (1997), S.42

⁹⁰ Vgl. Rahmenverträge über häusliche Krankenpflege gemäß §132a SGB V der jeweiligen Bundesländer.

⁹¹ §§89 und 90 SGB XI; Siehe Vereinbarung über die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen nach SGB XI der jeweiligen Vertragsparteien (Pflegekassen, zuständige Sozialhilfeträger, Vertreter der ambulanten Pflegedienste).

⁹² §91 Abs. 1 SGB XI

handeln. Da viele ambulante Pflegedienste in Verbänden oder anderen Gesellschaften organisiert sind, die in diesen Verhandlungen stellvertretend für die einzelnen ambulanten Pflegedienste die Preisverhandlungen führen, ist es die Regel, dass mehrere ambulante Pflegedienste die gleichen Preise für ihre Leistungen verlangen, d. h. zuvor gleiche Vergütungsverträge mit den Leistungsträgern (Pflegekasse, Sozialhilfeträger) abgeschlossen wurden.

- 11) Ambulante Pflegedienste haben ihre **Betriebsstandorte**⁹³ meist lokal oder regional angesiedelt. Um welchen örtlichen Einzugsbereich es sich im Einzelnen handelt, wird in §2 Abs.1 des Versorgungsvertrages nach §72 SGB XI festgelegt: „Grundlage für die Festlegung der örtlichen Einzugsbereiche ist die kreisfreie Stadt oder der Landkreis“.⁹⁴ Werden Niederlassungen national gegründet, müssen eigene Versorgungsverträge in diesen Bereichen mit den jeweiligen Vertretern der Leistungsträger vor Ort abgeschlossen werden.⁹⁵
- 12/13) Beim **Freiheitsgrad des Standortes**⁹⁶ sind die ambulanten Pflegedienste Standort ungebunden. Sie können ihre Leistungen überall erbringen und sind nicht durch das Leistungsergebnis an einen Standort gebunden, wie z. B. das Fischereigewerbe. Deutlich wird dies auch durch die **Standortfaktoren**⁹⁷. Die ambulanten Pflegedienste werden sich eher für Standorte nach absatzorientierten Kriterien wie nach material- oder arbeitsorientierten Kriterien entscheiden. Sie wählen den Standort nach dem Standort ihrer Leistungsabnehmer. Dort, wo sie Bedarfe vermuten und entsprechende Klientel vorfinden, siedeln sie sich an, z. B. auch auf Mallorca oder den Kanarischen Inseln.⁹⁸
- 14) Ein weiteres Merkmal der ambulanten Pflegedienste ist die **Kooperationsfunktion**⁹⁹, d. h. die Art und Aufgabe der zwischenbetrieblichen Zusammenarbeit. Die ambulanten Pflegedienste können eine Leistungserstellungskooperation¹⁰⁰ mit anderen Pflegediensten eingehen. Manifestiert wird dies in einem Kooperationsvertrag.
- 15) Damit verbunden ist dann die **Kooperationsrichtung**¹⁰¹, d. h. der Grad, die Richtung der zwischenbetrieblichen Zusammenarbeit. Hier arbeiten die ambulanten Pflegedienste auf horizontaler Ebene zusammen.

Mit den beschriebenen Merkmalen aus Tab. 3.1 wird der ambulante Pflegedienst zwar beschrieben, jedoch treffen diese Merkmale in dieser Konstellation auch auf andere Dienstleis-

⁹³ SCHIERENBECK (1989), S.43

⁹⁴ §33 Abs.1 Bempf.ambPfl.

⁹⁵ §3 Abs.5 Versorgungsvertrag nach §72 SGB XI

⁹⁶ SCHIERENBECK (1989), S.43

⁹⁷ SCHIERENBECK (1989), S.43

⁹⁸ Vgl. Ergebnisse des Kap. 2.3

⁹⁹ MEYER (1983), S.52ff; CORSTEN (1997), S.44

¹⁰⁰ §9 Abs.1 Bempf.ambPfl.

¹⁰¹ MEYER (1983), S.52ff; CORSTEN (1997), S.44

tungsbetriebe zu, sodass eine weitere Spezifizierung notwendig wird, um den Betriebstyp ambulanten Pflegedienst eindeutig in der Menge der Dienstleistungsbetriebe zu charakterisieren.

3.2 Spezifizierung des Dienstleistungsbetriebstyps ambulanter Pflegedienst anhand seines Leistungsprogramms und seines Leistungsschwerpunktes

Die in Kap. 3.1 erarbeiteten Merkmale können in ihren Ausprägungen zwar für ambulante Pflegedienste zutreffen, beschreiben ihn aber noch nicht eindeutig, so dass zur weiteren Spezifizierung des Betriebstyps ambulanter Pflegedienst die Merkmale Leistungsorientierung (bezogen auf die Branche), Ortsgebundenheit der Leistungserstellung und der Leistungsschwerpunkt (der entsprechenden Branche) herangezogen werden.

Mit dem Merkmal der Leistungsorientierung können die Dienstleistungsbetriebe in hauswirtschaftliche und andere Dienstleistungsbetriebe unterteilt werden. BOTTLER 2004 definiert den hauswirtschaftlichen Dienstleistungsbetrieb wie folgt: „Als **hauswirtschaftlichen Dienstleistungsbetrieb** bezeichnet man ein zielorientiert tätiges, auf längerfristigen Bestand ausgeichtetes System, das unter Einsatz von Produktionsfaktoren (Menschen, Sachen, Informationen) in einem Faktorkombinations- und Transformationsprozess solche Dienstleistungen erbringt, die in Gestalt personaler Versorgung das Alltagsleben von Personen gewährleisten und fördern. [...]“¹⁰²

Das Spektrum der hauswirtschaftlichen Dienstleistungsbetriebe und der darin enthaltenen Betriebstypen, z. B. ambulante Pflegedienste, Altenpflegeheime, Hotel-, Kur- oder Gastronomiebetriebe, Gemeinschaftsverpflegungsbetriebe, etc. ist noch immer recht groß. Es wird daher das Merkmal der Ortsgebundenheit der Leistungserstellung benötigt, das den Betriebstyp ambulanter Pflegedienst in der Menge aller hauswirtschaftlichen Dienstleistungsbetriebe kenntlich macht. Das Merkmal ist Teil der Definition von hauswirtschaftlichen Dienstleistungsbetrieben und gibt an, ob die Leistungserstellung innerhalb oder außerhalb der Betriebsstätte bzw. des Haushalts der zu versorgenden Menschen erfolgt. Aufgrund dieses Merkmals erfolgt die Unterteilung in mobile, ambulante hauswirtschaftliche Dienstleistungsbetriebe und immobile, stationäre Dienstleistungsbetriebe.¹⁰³ Für die Leistungen von ambulanten Pflegediensten gilt, dass sie standortungebunden erbracht werden. Daraus ergibt sich, dass es sich bei einem ambulanten Pflegedienst um einen mobilen ambulanten hauswirtschaftlichen Dienstleistungsbetrieb handelt.

¹⁰² BOTTLER (2004), S.14

¹⁰³ Die Termini *ambulant* (lat. wandernd) bzw. *mobil* (lat. beweglich) bezeichnen die Nichtortsgebundenheit der Leistungserbringer im Gegensatz zu den Termini *stationär* (lat. in Ruhe befindlich) bzw. *immobil* (lat. unbeweglich), die die Ortsgebundenheit, die Unbeweglichkeit der Leistungserbringer beschreiben.

Doch auch im Bereich der mobilen ambulanten hauswirtschaftlichen Dienstleistungsbetriebe gibt es noch viele Dienstleistungsbetriebe, für die diese Merkmalskombination zutrifft. Die weitere Unterteilung der mobilen, ambulanten hauswirtschaftlichen Dienstleistungsbetriebe erfolgt über den Leistungsschwerpunkt, der dem Markt angeboten wird.

Leistungsschwerpunkte können Pflegeleistungen, Verpflegungsleistungen oder andere hauswirtschaftliche Leistungen sein. Leistungsschwerpunkt der ambulanten Pflegedienste bilden die Pflegeleistungen.

Somit zählt der Betrieb ambulanter Pflegedienst zu den hauswirtschaftlichen Dienstleistungsbetrieben, die ihre Leistungen ambulant erbringen und in ihrem Leistungsschwerpunkt überwiegend Pflegeleistungen anbieten.

Die eindeutige Beschreibung und Abgrenzung zu anderen Betrieben wird in Abb. 3.1 entlang der ausgewählten Merkmale grafisch dargestellt.

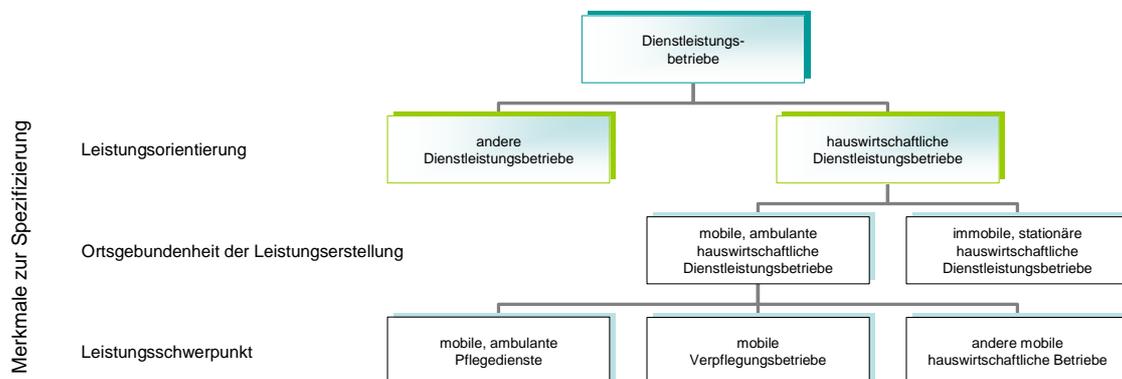


Abbildung 3.1: Spezifizierung des Betriebstyps ambulanter Pflegedienst anhand ausgewählter Merkmale innerhalb der Dienstleistungsbetriebe

Auch in der Definition des SGB XI zu ambulanten Pflegediensten finden sich die o. g. Merkmale wieder: „Ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) [...] sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihren Wohnungen pflegen und hauswirtschaftlich versorgen.“¹⁰⁴

3.3 Detaillierung des Leistungsschwerpunktes

Im Abschnitt zuvor wurde aufgezeigt, wie sich der Betriebstyp ambulanter Pflegedienst anhand von bestimmten Merkmalen aus der Menge aller Dienstleistungsbetriebe herauskristallisieren lässt. Im Folgenden sollen die Leistungen im Leistungsschwerpunkt des Betriebes

¹⁰⁴ §71 Abs.1 SGB XI

ambulanter Pflegedienst näher beschrieben werden. Auch hierzu werden wieder Merkmale herausgearbeitet oder verwendet, die eine detailliertere Beschreibung ermöglichen.

Der Leistungsschwerpunkt von ambulanten Pflegediensten liegt in den Pflegeleistungen, die an Personen, den Hilfe- und Pflegebedürftigen, erbracht werden. Sie erstellen aber auch hauswirtschaftliche Leistungen, die an den Objekten von den Hilfe- und Pflegebedürftiger vollzogen werden, wie z. B. die Reinigung der Wohnung, der Wäsche, etc. Daher können die Leistungen der ambulanten Pflegedienste nach der Faktorart in Dienstleistungen an Personen und Dienstleistungen an Objekten unterschieden werden.

Das Leistungsprogramm der ambulanten Pflegedienste selbst kann in Leistungen des Pflichtprogramms und in Zusatzleistungen außerhalb des Pflichtprogramms gegliedert werden und beschreibt dadurch das Merkmal Rang der Leistung innerhalb des Leistungsprogramms. Das Pflichtprogramm beinhaltet alle Leistungen, die der ambulante Pflegedienst gemäß der Versorgungsverträge bzw. Vereinbarungen mit seinen drei bedeutendsten Kostenträgern erbringt. Diese Gruppe der Kostenträger bilden die Krankenkassen, die Pflegekassen und die Träger der Sozialhilfe.¹⁰⁵ Tabelle 3.2 zeigt eine Übersicht der drei Kostenträger, der dazugehörigen Rechtsgrundlagen und der Leistungen, die sie den ambulanten Pflegedienst vergüten.

¹⁰⁵ Bei den Leistungsträgern Kranken- und Pflegekassen werden in der Arbeit keine Unterschiede zwischen gesetzlichen oder privaten gemacht.

Tabelle 3.2: Kostenträger der ambulanten Pflegedienste und ihre Leistungsbereiche¹⁰⁶

Kosten-träger	Rechts-grund-lage	Leistungsbereiche der Kostenträger
Krankenkasse	SGB V	<ul style="list-style-type: none"> • §37 Häusliche Krankenpflege Abs.1: Krankenhausvermeidungspflege Sie findet Anwendung, „[...] wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist oder wenn sie durch häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird.“ Sie „[...] umfaßt die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung.“ Abs.2: Behandlungspflege Sie dient der Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung. • §38: Haushaltshilfe Wenn dem Versicherten aus unterschiedlichen Gründen die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. • §23 Abs.1: Medizinische Vorsorgeleistungen Zu diesen Vorsorgeleistungen zählen Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel zur Vermeidung von Gesundheitsschwächung und zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit. <p>Zusätzlich kommen noch Leistungen der Reichsversicherungsordnung (RVO) hinzu, die sich allerdings in der Ausgestaltung dem SGB V anschließen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • §§198, 199: Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (häusliche Pflege und Haushaltshilfe).
Pflegekasse	SGB XI	<ul style="list-style-type: none"> • §36: Pflegesachleistungen Pflegesachleistungen bedeuten Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. • §37 Abs.3: Kontrollpflege Pflegebedürftige, die Pflegegeld beziehen, sind verpflichtet, in bestimmten Abständen einen Pflegeeinsatz durch eine Pflegeeinrichtung in Anspruch zu nehmen. • §39: Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung wird als Ersatzpflege für die fehlende Pflegeperson gewährt. • §40: Pflegehilfsmittel und technische Hilfen Pflegehilfsmittel dienen der Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden.
Sozialhilfeträger	BSHG	<ul style="list-style-type: none"> • §§68, 68a und 69, 69a-c: Hilfe zur Pflege , Leistungsansprüche gegenüber dem Sozialhilfeträger für Patienten, bei denen keine Pflegestufe anerkannt wurde oder Leistungen im Bereich der Pflegeversicherung, die über das Maß der Finanzierungszuständigkeit der Pflegekassen hinausgehen. Leistungen außerhalb des Katalogs der Pflegeversicherung. Sonstige Leistungen aus dem Bereich der Krankenversicherung, die von der Krankenkasse abgelehnt bzw. nicht finanziert werden, vom Sozialhilfeträger jedoch anerkannt wurden.¹⁰⁷

Als Zusatzleistungen werden jene Leistungen bezeichnet, die die ambulanten Pflegedienste zusätzlich, außerhalb des Pflichtprogramms anbieten. Diese sind nicht in den Leistungskatalogen der o. g. Kostenträger enthalten. Sie werden durch die Leistungsabnehmer selbst den ambulanten Pflegediensten vergütet. Alle Leistungen des SGB XI, die durch die Pflegekassen vergütet werden, werden als Sachleistungen im Sinne des SGB XI bezeichnet.

¹⁰⁶ Eine Übersicht über die Inhalte der mit diesen Leistungsträgern geschlossenen Verträge befindet sich im Anhang A.

¹⁰⁷ SIEBEGGER (1997A), S.16f.

Das Leistungsprogramm der ambulanten Pflegedienste teilt sich in unterschiedliche Leistungsbereiche auf. Das Leistungsprogramm selber kann aus Leistungskomplexen, –modulen oder Einzelleistungen bestehen.

Zu den Dienstleistungen an Personen im Pflichtprogramm zählen die Leistungen der Grund- und Behandlungspflege. Die Leistungen der Grundpflege umfassen gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in den Bereichen: Körperpflege, Ernährung, Mobilität, Krankenbeobachtung, vorbeugende Maßnahmen, Mobilisation und sonstige Leistungen.¹⁰⁸ Die Leistungen dieser Leistungskomplexe oder -module und deren Einzel-Leistungen sind in den jeweiligen Vergütungsvereinbarungen aufgeführt. Die Pflegesachleistungen der Pflegeversicherung sind für das Bundesgebiet nicht einheitlich. Hier liegen vordefinierte Leistungskomplexe vor, die sich z. T. in den Inhalten, in den Punktwerten und in der Anzahl der Leistungskomplexe unterscheiden.¹⁰⁹

Die Leistungen der Behandlungspflege beinhalten diagnostische und/oder therapeutische Maßnahmen, welche auf Anordnung und unter Überwachung eines Arztes stehen.

Zu den Dienstleistungen an Personen als Zusatzleistungen können Leistungen der Beratung oder Betreuung, der Mobilität oder spezielle Pflegen genannt werden. Die Beratungs- und Betreuungsleistungen sind Leistungen der Informationsvermittlung, Leistungen der Vermittlung z. B. zu anderen Altenhilfeeinrichtungen oder Leistungen der psycho-sozialen Unterstützung, wie z. B. Trauer- oder Sterbebegleitungen. Leistungen der Mobilität beinhalten Transportleistungen, z. B. Hol- und Bringdienste zu Veranstaltungen, Krankentransporte oder Begleitungsleistungen z. B. zu Ärzten, Behörden, Veranstaltungen. Spezielle Pflege hat eine besondere durch Gesetzesvorgaben bestimmte Ausbildung zur Voraussetzung. Für sie muss ein eigener Versorgungsvertrag mit dem Leistungsträger abgeschlossen oder in den allgemeinen Versorgungsvertrag ein Zusatz zu diesen Leistungen hinzugefügt werden. Diese speziellen Pflegen treten nur bei dem Leistungsträger Krankenkasse auf.

Alle hauswirtschaftlichen Leistungen und alle Leistungen, die mit technischen Hilfen im Zusammenhang stehen, zählen zum Pflichtprogramm an Objekten des Leistungsabnehmers. Die Leistungen der Hauswirtschaft umfassen vor allem die Reinigung der Wohnung und die Pflege und Reinigung der Wäsche. Bei den Leistungen der technischen Hilfen geht es vorwiegend um Vermittlungs- und Beratungsleistungen.

Hauswirtschaftliche Zusatzleistungen außerhalb des Pflichtprogramms können Reparaturleistungen am und im Haus bzw. der Wohnung, Überwachungsleistungen, z. B. Briefkasten leeren, oder sonstige Serviceleistungen, z. B. Blumen gießen, Haustiere versorgen etc., sein. Diese Tätigkeiten können durch die Mitarbeiter des Pflegedienstes oder durch von diesem

¹⁰⁸ §14 Abs.4 Nr. 1-3 SGB XI; §37 Abs.1+2 SGB V

¹⁰⁹ SIEBEGGER (1997A), S.15

vermittelte Betriebe oder Personen ausgeführt werden. In Abb. 3.2 wird diese Spezifizierung grafisch dargestellt.

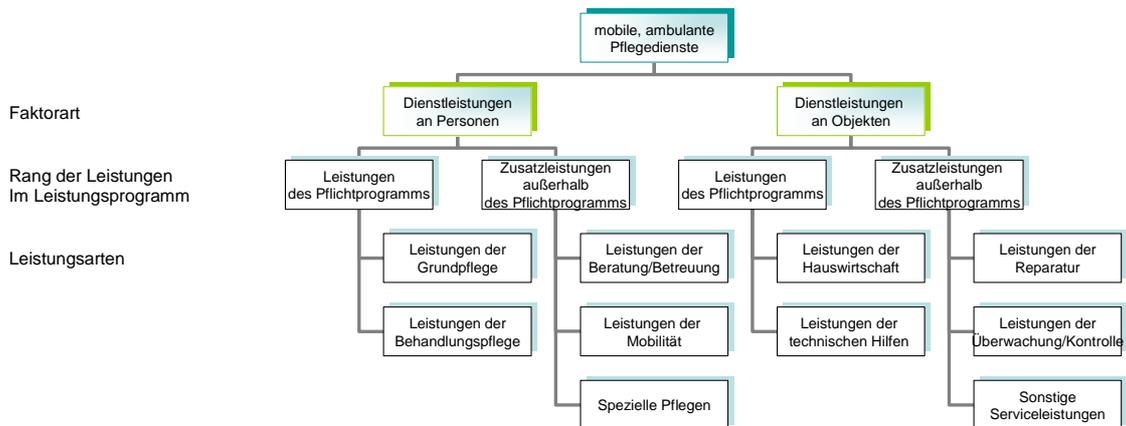


Abbildung 3.2: Spezifizierung des Leistungsschwerpunktes von ambulanten Pflegediensten

Diese Zusammenstellung zeigt die Leistungsstruktur von ambulanten Pflegediensten. Sie ist sehr stark durch die gesetzlichen Vorgaben geprägt. Weiterhin zeigt diese Abbildung theoretische Ansätze, die auf Literaturrecherchen fußen.

4 Bestimmung relevanter Zielgruppen für ein Marketing in ambulanten Pflegediensten

Im Zuge der betrieblichen Tätigkeiten hat der ambulante Pflegedienst mit vielen Anspruchsgruppen¹¹⁰ – hier im Weiteren Zielgruppen genannt – über die diversen Austauschbeziehungen Kontakt. Jede dieser Zielgruppen trägt mit ihrer Beziehung zum ambulanten Pflegedienst in unterschiedlichem Maße zur Existenzsicherung bei und hat im Gegenzug Ansprüche, die durch die betriebliche Tätigkeit des ambulanten Pflegedienstes erfüllt werden sollen.¹¹¹

Tabelle 4.1 gibt einen Überblick über Zielgruppen von ambulanten Pflegediensten; die Liste ist für jeden ambulanten Pflegedienst erweiter- bzw. reduzierbar.

Tabelle 4.1: Mögliche Zielgruppen ambulanter Pflegedienste

- | | |
|---|---|
| • Hilfe- und Pflegebedürftige (HuP) | • Pflegekassen |
| • Angehörige der HuP | • Krankenkassen |
| • Nachbarn/Freunde/Bekannte der HuP | • Sozialhilfeträger |
| • Gesetzl. Betreuer der HuP | • Medizinischer Dienst der Krankenversicherung |
| • Hausärzte | • Kirchengemeinden |
| • Krankenhauspersonal | • Pflegeberatungsstellen |
| • Mitarbeiter des ambulanten Pflegedienstes | • Fremdkapitalgeber |
| • Träger/Eigentümer des ambulanten Pflegedienstes | • Öffentlichkeit im Aktionsradius des ambulanten Pflegedienstes |
| • Apotheken | • Sanitätshäuser |
| • Einzelhandelsgeschäfte | • ... |

Für ambulante Pflegedienste sind Zielgruppen relevant – und dann im Marketing zu berücksichtigen -, wenn sie durch ihre Ansprüche und ihr Verhalten Einfluss auf die Betriebsexistenz ausüben können und wollen.¹¹²

Der Begriff Betriebsexistenz bedeutet, dass der Betrieb längerfristig bzw. auf Dauer angelegt ist und dabei die Erreichung eines angemessenen wirtschaftlichen Erfolgs auf der Geldebene und die Gestaltung der Leistungsaustauschbeziehungen zu seinen relevanten Zielgrup-

¹¹⁰ JANISCH (1993) definiert Stakeholder bzw. strategische Anspruchsgruppen wie folgt: „Unter **strategischen Anspruchsgruppen** bzw. **Stakeholders** werden dabei solche Handlungseinheiten bzw. soziale Gruppen verstanden, die ihre Interessen in Form von konkreten Ansprüchen an die Unternehmung formulieren und entweder selbst oder durch Interessenvertreter auf die Unternehmungsziele, deren Erreichung sowie auf die Tätigkeit und das Verhalten der Unternehmung massgeblichen Einfluss ausüben können und selbst von den Unternehmungszielen, deren Gewichtung und Erreichung sowie von der Tätigkeit und dem Verhalten der Unternehmung beeinflusst werden. Dabei ist der Einfluss strategischer Anspruchsgruppen auf die Unternehmung so gross, dass sich die Nicht-Erfüllung ihrer Ansprüche für die Unternehmung existenzbedrohend auswirkt bzw. die langfristig sinnvolle Ueberlebensfähigkeit der Unternehmung in Frage stellt. Andere soziale Gruppen, die zwar ebenfalls Ansprüche an die Unternehmung stellen, deren Nicht-Erfüllung aber keine existenzbedrohende Auswirkungen für die Unternehmung beinhalten, fallen [nicht unter den Begriff der strategischen Anspruchsgruppen bzw. Stakeholder].“ JANISCH (1993), S.4

¹¹¹ Vgl. Anhang B, in dem die Austauschbeziehungen und deren Einfluss für die Betriebsexistenz für mögliche Zielgruppen aufgeführt sind.

¹¹² Vgl. JANISCH (1993), S.4 und 125

pen auf der Sachgüter- und Dienstleistungsebene verfolgt.¹¹³ Die langfristige Überlebensfähigkeit des Betriebes wird durch Einhaltung der folgenden Existenzbedingungen gesichert:

- Wirtschaftlichkeitsbedingung:

Sicherstellung, dass der durch die Leistungserstellung für Hilfe- und Pflegebedürftige und andere Zielgruppen eintretende Verzehr von Sachgütern und Dienstleistungen (Substanzverlust) durch Leistungserträge, Subventionen, etc. (Substanzmehrung) auf Dauer mindestens gedeckt wird (Gelderfolg/Gewinn).

- Liquiditätsbedingung:

Sicherstellung, dass die Geldabflüsse durch Geldzuflüsse stets mindestens gedeckt sind (Liquidität).

- Interessenbedingung:

Sicherstellung von Versorgungs- und weiteren Leistungen, durch die das Interesse und die Bedürfnisse der relevanten Zielgruppen unter Beachtung rechtlicher und soziokultureller Standards mindestens hinreichend bedient werden (Leistungsaustauschbeziehungen).

Diese Existenzbedingungen gelten für jeden Betriebstyp, unabhängig davon, ob das betriebliche Oberziel gewinn- oder bedarfsorientiert ausgerichtet ist.

Aus einer Vielzahl von möglichen Zielgruppen¹¹⁴ müssen nun diejenigen Zielgruppen bestimmt werden, die einen erheblichen Beitrag zur Existenzsicherung leisten und auf die folglich Marketingmaßnahmen in ambulanten Pflegediensten gerichtet werden sollten.

Zur Bestimmung der Zielgruppen wird ein Modell herangezogen, mittels dessen einerseits die Wertigkeit bzw. Wichtigkeit von Zielgruppen bestimmt werden kann, das andererseits aber auch so flexibel ist, dass die einzelnen Zielgruppen situationsabhängig unterschiedlich stark in den Vordergrund treten und die Marketingstrategien daran angepasst werden können. Die Kombination von Wertigkeit einer Zielgruppe und der Dynamik, mit der sie durch den Betrieb, hier im Marketing, berücksichtigt werden muss, kann sehr gut durch den Stakeholder¹¹⁵-Ansatz nach MITCHELL/AGLE/WOOD (1997) dargestellt werden.¹¹⁶ Dieser wird im Folgenden beschrieben und für die Zielgruppen des ambulanten Pflegedienstes angewendet.

¹¹³ Vgl. JANISCH (1993), S.125; „Die Unternehmung wird von der dauerhaften Aufrechterhaltung ihrer Beziehungen zu ihren relevanten Umweltgruppen getragen.“ JANISCH (1993), S.144; THEUVSEN (2001), S.1

¹¹⁴ Vgl. Tab. 4.1

¹¹⁵ Der Begriff Stakeholder wird synonym mit dem Begriff Zielgruppe verwendet.

¹¹⁶ MITCHELL/AGLE/WOOD (1997)

4.1 Grundlagen des Stakeholder-Ansatzes nach MITCHELL/AGLE/WOOD (1997)

Der Ansatz bietet zur Bewertung der Zielgruppen (Anspruchsgruppen) drei Kriterien, mit deren Hilfe die Zielgruppen in relevante und weniger relevante eingeteilt werden können. Diese drei Bewertungskriterien sind:¹¹⁷

- **Macht (Power):** Das Kriterium drückt aus, wie viel Macht eine Zielgruppe besitzt, den eigenen Willen innerhalb wirtschaftlicher und/oder sozialer Beziehungen auch gegen Widerstände anderer Zielgruppen durchzusetzen.¹¹⁸ Die Macht selbst wird durch folgende Eigenschaften gekennzeichnet:
 - *Machtbasen* bilden alle ökonomischen und außerökonomischen Ressourcen, die zum Aufbau von Macht eingesetzt werden können, wie z. B. Geld, Informationen, Rechte, Persönlichkeitsmerkmale etc.
 - *Machtbereiche* bezeichnen inhaltlich abgegrenzte Handlungsfelder, auf die eine Zielgruppe Einfluss ausüben kann. Machtbereiche besitzen keine Wertigkeit.
 - *Machtstärke* kennzeichnet die Intensität der Einflussmöglichkeiten von Zielgruppen. Die Machtstärke ist mit der Wahrscheinlichkeit verbunden, tatsächlich die Macht einzusetzen.
 - *Machtausdehnung* bedeutet, auf wie viele Personen und Gruppen eine Zielgruppe Einfluss nehmen kann und welche »Machtbedeutung« diese für den Betrieb haben könnte.
- **Legitimität (Legitimacy):** Sie trifft auf Handlungen zu, die innerhalb eines sozialen Systems als angemessen und richtig gelten und von den im sozialen System beteiligten Gruppen und Personen (als allgemeingültig) anerkannt werden. Die Legitimität hat folgende Grundlagen:
 - *Regulative Legitimität:* Einhaltung der gesetzlichen und gesetzesähnlichen Bestimmungen.
 - *Normative Legitimität:* Aufbauend auf Werten und Normen, die von den Zielgruppen internalisiert wurden oder durch sozialen Druck zur Geltung gebracht werden.
 - *Kognitive Legitimität:* Orientierung der Zielgruppen an bestimmten ihnen zugewiesenen Handlungsrollen.
- **Dringlichkeit (Urgency):** Die Unmittelbarkeit, mit der sich der Betrieb mit den Ansprüchen (Bedürfnissen, Wünschen und deren Befriedigung) der Zielgruppen auseinandersetzen muss. Die Grundlagen der Dringlichkeit bilden:

¹¹⁷ MITCHELL/AGLE/WOOD (1997), S.865ff.; THEUVSEN (2001), S.7ff.

¹¹⁸ Bezogen auf die Austauschbeziehungen hat die Zielgruppe gegenüber dem ambulanten Pflegedienst keinen bis geringen, spürbaren oder gravierenden Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen.

- *Zeitempfindlichkeit*: Zeitpunkte, ab denen die Beachtung von Ansprüchen und Beziehungen durch betriebliche Verzögerungen für die Zielgruppe nicht mehr akzeptabel sind.
- *Kritischer Punkt*: Der Anspruchs- oder Beziehungswert zu den Zielgruppen.

Aus der Kombination der drei Kriterien lassen sich nach MITCHELL/AGLE/WOOD (1997) sieben Zielgruppentypen bilden (vgl. Abbildung 4.1).¹¹⁹

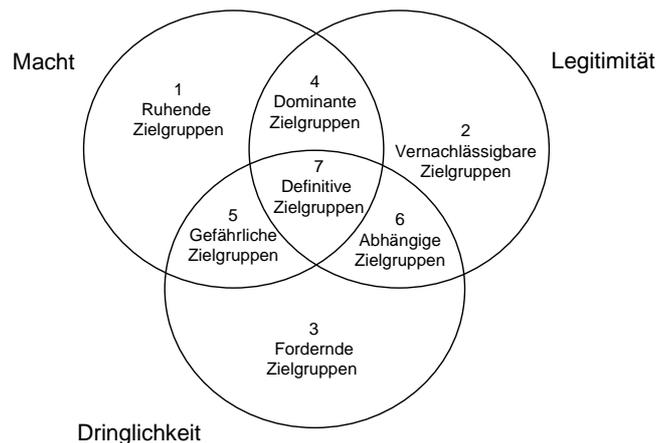


Abbildung 4.1: Zielgruppentypologie nach MITCHELL/AGLE/WOOD (1997)¹²⁰

Die einzelnen Typen werden wie folgt gebildet:

Zielgruppen mit nur einem Kriterium – latente Zielgruppen:¹²¹

- 1) Ruhende Zielgruppen: Sie besitzen Macht, aber keine dringlichen Ansprüche, für die sie ihre Macht einsetzen könnten. Sie sind nicht legitimiert, ihre Ansprüche einzufordern.
- 2) Vernachlässigbare Zielgruppen: Sie besitzen dem Betrieb gegenüber eine Legitimität, besitzen aber weder Macht noch haben sie dringende Anliegen an den Betrieb.
- 3) Fordernde Zielgruppen: Sie tragen lautstark ihre Anliegen dem Betrieb vor, haben aber weder die Macht noch die Legitimität, ihre Forderungen dem Betrieb gegenüber durchzusetzen. MITCHELL ET AL. (1997) beschreiben diese Zielgruppe als „[...] „mosquitoes buzzing in the ears“ of managers [...].“¹²²

Zielgruppen mit zwei Kriterien – erwartungsvolle Zielgruppen:¹²³

- 4) Dominante Zielgruppen: Sie bilden die Mehrzahl der Zielgruppen, die sowohl über Macht als auch über Legitimation verfügen, im Moment aber keine Dringlichkeit sehen, ihre

¹¹⁹ MITCHELL/AGLE/WOOD (1997), S.872ff.

¹²⁰ MITCHELL/AGLE/WOOD (1997), S.874 zitiert und modifiziert nach: THEUVSEN (2001), S.10

¹²¹ MITCHELL/AGLE/WOOD (1997), S.874ff; THEUVSEN (2001), S.10f.

¹²² MITCHELL/AGLE/WOOD (1997), S.875

¹²³ MITCHELL/AGLE/WOOD (1997), S.876ff; THEUVSEN (2001), S.11f.

Macht gegenüber dem Betrieb einzusetzen. Die Grundlage ihrer Beziehung zum Betrieb ist vertraglich oder organisatorisch abgesichert. Der Betrieb wird sie immer aufmerksam beobachten.

- 5) Gefährliche Zielgruppen: Sie tragen ihre Anliegen mit hoher Dringlichkeit dem Betrieb vor und verfügen über Macht, diese Anliegen auch durchzusetzen. Allerdings sind die Anliegen meist nicht legitim.
- 6) Abhängige Zielgruppen: Sie können sich mit ihren legitimen, dringenden Forderungen nicht gegenüber anderen Zielgruppen durchsetzen und benötigen daher Unterstützung von Dritten.

Zielgruppen mit drei Kriterien – endgültige Zielgruppen:¹²⁴

- 7) Definitive Zielgruppen: Hier finden sich dominante Zielgruppen wieder, die ihre Ansprüche nicht gewahrt sehen und daher ihre Macht einsetzen, diese in dem Betrieb einzufordern. Auf diese Zielgruppen wird der Betrieb seine Aufmerksamkeit besonders richten.

Mit den Kriterien Macht und Legitimität kann die Wertigkeit bzw. die Relevanz einer Zielgruppe für den Betrieb bestimmt werden. Das Kriterium Dringlichkeit bringt eine Dynamik in die Bewertung ein, die es erlaubt, Zielgruppen im Zeitverlauf wechselnden Typen zuzuordnen. Mit diesem Ansatz kann der Betrieb schnell auf wechselnde Verhaltensweisen der Zielgruppen reagieren und sein Marketingverhalten daran orientieren bzw. entsprechend ausrichten.

4.2 Anwendung des Stakeholder-Ansatzes nach MITCHELL/AGLE/WOOD (1997) auf die Zielgruppen von ambulanten Pflegediensten

Die Zielgruppen werden in diesem Ansatz jeweils bezüglich der Kriterien Macht, Legitimität und Dringlichkeit bewertet. Dabei ist zu betonen, dass es sich um eine Momentaufnahme handelt. Durch mögliche Veränderungen in den Rahmenbedingungen wie z. B. gesetzl. Regelungen oder das Verhalten von Hilfe- und Pflegebedürftigen können die Bewertungskriterien anders besetzt werden. Trotzdem wird der Ansatz dazu genutzt, die Zielgruppen herauszuarbeiten, die eher im Fokus des Marketings liegen sollten als andere.

Tabelle 4.2 zeigt beispielhaft eine Zuordnung der Kriterien zu den Zielgruppen unter der Frage, ob diese eines der Kriterien einsetzen können und würden. Grundlage der Entscheidungen bilden die Austauschbeziehungen zwischen dem ambulanten Pflegedienst und seinen möglichen Zielgruppen und den daraus entstehenden Folgen für die Betriebsexistenz.¹²⁵

¹²⁴ MITCHELL/AGLE/WOOD (1997), S.878; THEUVSEN (2001), S.10f.

¹²⁵ Vgl. Anhang B

Tabelle 4.2: Beispiel einer Kombination der Bewertungskriterien aus dem Stakeholder-Ansatz nach MITCHELL/AGLE/WOOD (1997) mit den möglichen Zielgruppen von ambulanten Pflegediensten zur Bestimmung ihrer Relevanz

		Bewertungskriterien		
		Macht	Legitimität	Dringlichkeit
Zielgruppen		a	b	c
Hilfe- und Pflegebedürftige	1	X	X	X
Angehörige	2	X	X	X
Nachbarn/Freunde/Bekannte	3	X		
Gesetzl. Betreuer	4		X	X
Hausärzte	5	X	X	
Krankenhaus/Krankenhauspersonal	6	X	X	
Mitarbeiter	7	X	X	
Träger/Eigentümer	8	X	X	
Apotheken	9		X	
Pflegekassen	10	X	X	
Krankenkassen	11	X	X	
Sozialhilfeträger	12	X	X	
MDK	13	X	X	X
Kirchengemeinden	14		X	
Pflegeberatungsstellen	15		X	
Fremdkapitalgeber	16	X	X	
Öffentlichkeit im Aktionsradius	17		X	
Sanitätshäuser	18		X	
Einzelhandelsgeschäfte	19		X	

Die Zielgruppen des ambulanten Pflegedienstes sind im Beispiel aufgrund der Merkmalshäufigkeit wie folgt den Typen zugeordnet:

Definitive Zielgruppe/n (XXX): Hilfe- und Pflegebedürftige, Angehörige, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung;

Dominante Zielgruppe/n (XX): Hausärzte, Mitarbeiter, Träger/Eigentümer, Krankenhaus/-personal, Pflegekassen, Krankenkassen, Sozialhilfeträger, Fremdkapitalgeber;

Abhängige Zielgruppe/n (XX): Gesetzliche Betreuer;

Ruhende Zielgruppe/n (X): Nachbarn/Freunde/Bekannte, Pflegeberatungsstellen;

Vernachlässigbare Zielgruppe/n (X): Apotheken, Kirchengemeinden, Sanitätshäuser, Einzelhandelsgeschäfte, Öffentlichkeit im Aktionsradius.

Die Merkmalskombination fordernd und gefährlich trifft in diesem Beispiel auf keine Zielgruppe zu, die entsprechende Zielgruppenkategorie bleibt unbesetzt.

Als Fazit dieser Beurteilungsmethode ergibt sich: Alle in den Schnittmengenbereichen des Ansatzes enthaltenen Zielgruppen besitzen für das Marketing Relevanz.

Die relevanten Zielgruppen werden nun in der Reihenfolge der Zielgruppen-Typologie beschrieben. Dabei werden spezifische Beziehungen zwischen der jeweiligen Zielgruppe und dem ambulanten Pflegedienst kenntlich gemacht. Jede dieser Beziehungen hat bzw. kann Einfluss auf das Betriebsgeschehen und somit auf die Betriebsexistenz des ambulanten Pflegedienstes nehmen.

4.2.1 Definitive Zielgruppen

- Hilfe- und Pflegebedürftige

Als Hilfe- und Pflegebedürftige werden Personen bezeichnet, „[...] die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung [...]“ für die täglichen Verrichtungen in höherem Maße Hilfe benötigen.¹²⁶ Dies kann Hilfe für gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens, einer hauswirtschaftlicher Versorgung, der häuslichen Krankenpflege oder der Behandlungspflege sein.¹²⁷ Die Hilfe- und Pflegebedürftigen leben in ihrem eigenen Haushalt oder in einer häuslichen Umgebung, entweder alleine oder bei ihren Angehörigen. Dieser Haushalt liegt im örtlichen Einzugsbereich des ambulanten Pflegedienstes.¹²⁸

Durch die Leistungen des ambulanten Pflegedienstes erfährt der Hilfe- und Pflegebedürftige physische und psychische Bedürfnisbefriedigungen. Dabei bezieht sich die Bedürfnisbefriedigung auf die Bereiche der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität, der hauswirtschaftlichen Versorgung und der Kommunikation.¹²⁹ Leistungen ambulanter Pflegedienste helfen, einen stationären Aufenthalt solange wie möglich zu vermeiden.¹³⁰

Auf die Entscheidungen, welcher ambulante Pflegedienst die Leistungen erbringt, welche Leistungen in Anspruch genommen werden und wann die Leistungserstellung erfolgen soll, kann der Hilfe- und Pflegebedürftige je nach Gesundheitszustand Einfluss nehmen.

Die Hilfe- und Pflegebedürftigen selbst gelten für den ambulanten Pflegedienst als (externer) Produktionsfaktor, da ohne sie keine Leistungserstellung erfolgen kann. Bei einer Nichtabnahme der Leistungen erhält der ambulante Pflegedienst kein Entgelt (Ertrag und Geldzufluss). Dies führt zu Gewinnminderung (Verlust) und evtl. Liquiditätsengpässen.

Da die Hilfe- und Pflegebedürftigen in den Leistungserstellungsprozess mit einbezogen sind, haben sie einen großen Einfluss auf die Qualität der Leistung. Sie sind bedingt zugleich auch

¹²⁶ §14 Abs.1 SGB XI; §68 Abs.1 BSHG

¹²⁷ §14 Abs.4 SGB XI; §38 Abs.1 SGB V; §36 Abs.1 SGB XI; §37 Abs.1 SGB V; §37 Abs.2 SGB V

¹²⁸ §72 Abs.3 AGB XI; §75 Abs.2 SGB XI; §34 Abs.1 Bempf.ambPfl.

¹²⁹ §14 Abs.4 SGB XI

¹³⁰ §3 Abs.1 SGB XI; §37 Abs.1 SGB V

Kontrolleure der Leistungserstellung, d. h. sie überwachen den Leistungserstellungsprozess und das Leistungserstellungsergebnis.

- Angehörige der Hilfe- und Pflegebedürftigen

Mit Angehörigen der Hilfe- und Pflegebedürftigen sind Personen gemeint, die eng mit diesen in Verbindung stehen und entweder mit ihnen in einem Haushalt, in einem Haus oder entfernt von dessen Haushalt leben. Der Grad der Verwandtschaft bleibt dabei unberücksichtigt. Meist sind die pflegenden Angehörigen die Ehefrauen, Töchter oder Schwiegertöchter.¹³¹ Sie werden zum Kreis der Pflegepersonen i.S. des SGB XI gerechnet, wenn sie den Hilfe- und Pflegebedürftigen wenigstens 14 Stunden wöchentlich in seiner häuslichen Umgebung pflegen.

Während kurzfristige Pflege und Versorgung von den Angehörigen meist noch selbst geleistet wird, entscheiden sich viele Angehörige bei langfristigen Einsätzen oder bei nicht zu erfüllenden Anforderungen des Hilfe- und Pflegebedürftigen, einen ambulanten Pflegedienst hinzuzuziehen.¹³²

Angehörige erfahren durch die Leistungen des ambulanten Pflegedienstes eine psychische und/oder physische Entlastung oder Unterstützung ihrer eigenen Person und Situation, da oft der Verzicht auf soziale Kontakte, Freizeitgestaltung und Einschränkungen im eigenen Berufsleben die Folge der Pflege sein können.¹³³ Überforderungen und langfristiger Dauerstress können reduziert werden. Somit können negative Folgen für die Hilfe- und Pflegebedürftigen reduziert werden, indem die Angehörigen nicht mehr die Pflege z. T. widerwillig oder mangelhaft erbringen und damit sogar eine Gefährdung der Hilfe- und Pflegebedürftigen darstellen.¹³⁴ Durch die Inanspruchnahme eines ambulanten Pflegedienstes tragen sie nicht mehr die Hauptlast der Pflege und Versorgung alleine, sondern werden zu Partnern.¹³⁵

Als Angehörige können sie Einfluss auf die Entscheidungen ausüben, welche Leistungen der Hilfe- und Pflegebedürftige in Anspruch nehmen soll, welcher ambulante Pflegedienst die Leistungserstellung übernimmt und wann die Leistungserstellung erfolgt.

Die meisten Angehörigen übernehmen immer noch einen großen Anteil der Pflege und Versorgung selbst, überwachen bzw. kontrollieren die Leistungserstellung der ambulanten Pflegedienste und können je nach Schwere des Falls bzw. der Situation Maßnahmen und Beschwerden gegen den ambulanten Pflegedienst einleiten.

¹³¹ HAUBROCK/ALOISI/GRZESIAK (1996), S.5

¹³² HOERSCHELMANN (1997), S.71

¹³³ HAUBROCK/ALOISI/GRZESIAK (1996), S.5

¹³⁴ HOERSCHELMANN (1997), S.72ff; HAUBROCK/ALOISI/GRZESIAK (1996), S.5

¹³⁵ HOERSCHELMANN (1997), S.16

Da eine verlässliche Informationsweitergabe in der ambulanten Pflege große Bedeutung hat, sind die Angehörigen besonders wichtige Informanten für den ambulanten Pflegedienst, da sie ihn bzw. die Mitarbeiter über den Zustand des Hilfe- und Pflegebedürftigen detailliert informieren können.¹³⁶ Treten Veränderungen im Gesundheitszustand des Hilfe- und Pflegebedürftigen auf, die eine Umstellung bzw. Neugestaltung der Leistungserstellung bedeuten, werden die Angehörigen zu Ansprechpartnern, mit denen Veränderungen im gesundheitlichen Bereich erörtert werden können.

Übersteigen die Entgeltforderungen für die Leistungen des ambulanten Pflegedienstes den Betrag der Pflegesachleistung durch die Pflegeversicherung, können nachrangig nach den Hilfe- und Pflegebedürftigen die Angehörigen auch zu Käufern der Leistungen werden.

- Medizinischer Dienst der Krankenversicherung - MDK -

Das Aufgabenspektrum des MDK ist breit gefächert. Es umfasst die Begutachtung und die Beratung der Patienten der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung.¹³⁷ Die Entscheidung, ob eine Leistung gewährt wird oder nicht, liegt vor allem bei den Kranken- oder Pflegekassen.¹³⁸

Die Aufgaben des MDK für die Krankenversicherung sind die Einzelfall-Begutachtungen z. B. bzgl. der Notwendigkeit und Dauer der häuslichen Krankenpflege oder die Beratung und Überprüfung, ob und welches Hilfsmittel für den Antragsteller geeignet ist.¹³⁹ In der beratenden Funktion unterstützt der MDK die Krankenkassen, z. B. in Fragen der Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Versorgung oder in Fragen der Weiterentwicklung der Vergütungssysteme. Weiterhin ist der MDK an den Vertragsverhandlungen mit den Leistungserbringern beteiligt.¹⁴⁰

Für die Pflegekassen führt der MDK die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich durch. Er begutachtet die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit, spricht eine Empfehlung einer Pflegestufe aus, macht Vorschläge zu Maßnahmen, gibt Empfehlungen über Art und Umfang von Pflegeleistungen und spricht eine Empfehlung für einen individuellen Pflegeplan aus.¹⁴¹

Ferner führt er im Auftrag der gesetzlichen Pflegekassen Qualitätsprüfungen durch, in dem er die Leistungen der Pflegeeinrichtungen mit den vereinbarten Qualitätsstandards vergleicht.¹⁴²

¹³⁶ HOERSCHELMANN (1997), S.16

¹³⁷ §275 SGB V

¹³⁸ MDK (2001)

¹³⁹ §275 Abs.2 und 3 SGB V

¹⁴⁰ MDK (2001)

¹⁴¹ MDK (2001); §18 SGB XI

¹⁴² MDK (2001); §80 SGB XI

Eine weitere beratende Funktion für die gesetzlichen Pflegekassen übt der MDK in grundsätzlichen Fragen der Weiterentwicklung und Gestaltung des pflegerischen Versorgungssystems aus. Er beteiligt sich beratend an dem Abschluss von Rahmenverträgen über eine wirtschaftliche und wirksame pflegerische Versorgung, wirkt beratend bzgl. Fragen der Finanzierung und des Betriebs von Pflegeeinrichtungen mit und ist Mitglied der kommunalen Pflegekonferenzen.¹⁴³

4.2.2 Dominante Zielgruppen

- Hausärzte der Hilfe- und Pflegebedürftigen

„Die ärztliche Behandlung umfaßt die Tätigkeit des Arztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist. Zur ärztlichen Behandlung gehört auch die Hilfeleistung anderer Personen, die vom Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten ist.“¹⁴⁴ Diese Hilfeleistung anderer Personen bedeutet für die Hausärzte die Übertragung eines Teils ihrer Aufgaben auf ambulante Pflegedienste, indem sie für einen Hilfe- und Pflegebedürftigen eine Verordnung zur häuslichen Krankenpflege bei der zuständigen Krankenkasse beantragen. Die Anordnung der Hilfeleistung anderer Personen und die Verordnung der häuslichen Krankenpflege sind Teile der vertragsärztlichen Versorgung.¹⁴⁵ Mit dieser Verordnung werden Leistungen der Grund- und/oder Behandlungspflege an den ambulanten Pflegedienst übergeben. Die hausärztliche Versorgung beinhaltet neben anderen auch „[...] die Einleitung oder Durchführung präventiver oder rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen.“¹⁴⁶

Hausärzte kontrollieren die Leistungserstellung der ambulanten Pflegedienste durch den Verlauf der Genesung und können bei Bedarf angemessene Maßnahmen einleiten. Sie sind für den ambulanten Pflegedienst Ansprechpartner im Krankheitsbild des Hilfe- und Pflegebedürftigen und bei der Zusammenstellung der zweckmäßigen Leistungen. Mit ihnen erfolgt ein regelmäßiger Informationsaustausch über den Zustand des Hilfe- und Pflegebedürftigen. Gibt es Veränderungen im Gesundheitszustand des Hilfe- und Pflegebedürftigen und macht dies eine mögliche Änderung der Behandlungspflege aus, kann sich der ambulante Pflegedienst gleich an den betreuenden Hausarzt wenden, um mit ihm die möglichen Änderungen in der Behandlungspflege zu besprechen.

¹⁴³ MDK (2001)

¹⁴⁴ §28 Abs.1 SGB V

¹⁴⁵ §73 Abs.2 SGB V

¹⁴⁶ §73 Abs.1 SGB V

- Mitarbeiter des ambulanten Pflegedienstes

Die Mitarbeiter eines ambulanten Pflegedienstes sind dessen wesentliche Produktionsfaktoren. Ohne sie kann keine Leistungserstellung stattfinden. Sie sind diejenigen, die die Leistungen vor Ort bei den Hilfe- und Pflegebedürftigen erbringen. Sie sind somit direkte Ansprechpartner der Hilfe- und Pflegebedürftigen für Fragen, Anregungen und Beschwerden in Bezug auf die Leistungen des ambulanten Pflegedienstes. Mit ihnen werden die Fragen z. B. über die Pflegetätigkeiten, Antragstellungen etc. erörtert. Sie stellen je nach Dienstrang mit dem Hilfe- und Pflegebedürftigen einen individuellen Leistungsplan (Pflegeplanung) nach Inhalt und Zeiten zusammen.

Beruflich sind sie in den Bereichen der Altenpflege, der Krankenpflege oder der Hauswirtschaft ausgebildet. Neben den fachlichen Qualifikationen brauchen sie in diesem Arbeitsfeld soziale Kompetenzen, wie z. B. hohe Selbstständigkeit und eigenverantwortliches Arbeiten, Individualität und Flexibilität in der Leistungserstellung, Anpassungs- und Überzeugungspotential.¹⁴⁷

Durch ihre Arbeit erzielen sie Einkommen, können sich persönlich weiterbilden oder aber persönliche Bestätigung erfahren. Sie besitzen direkten Einfluss auf die Qualität der Leistungen und tragen damit in hohem Maße zur Kundenzufriedenheit bei.

Für die Kommunikation zwischen verschiedenen Kontaktgruppen sind sie ein wichtiges Bindeglied. So können sie möglicherweise zwischen den Hausärzten und den Hilfe- und Pflegebedürftigen in bestimmten Situationen vermitteln oder den neuen Pflegeplan mit diesen zusammen abstimmen.

- Träger/Eigentümer des ambulanten Pflegedienstes

Träger¹⁴⁸ sind die Eigentümer des Betriebes ambulanter Pflegedienst. Dabei stellen die Betriebe die Instrumente ihrer Träger zur Verwirklichung deren jeweiligen Zielsetzungen dar.¹⁴⁹ Sie „[...] weisen den [Betrieben] entsprechende Zwecksetzungen zu, die mit wirtschaftlichen Mitteln, d. h. durch betriebliche Tätigkeiten zu verwirklichen sind (von Wysocki 1966, S.215).“¹⁵⁰ Träger können dabei Einzelpersonen, Personengruppen, Körperschaften des privaten Rechts oder öffentliche Körperschaften sein.¹⁵¹

Einzelpersonen i. S. v. Einzelunternehmern als Träger leiten den Betrieb regelmäßig selbst. Häufig gründen sie einen Betrieb wegen wachsender Unzufriedenheit über ihre ehemalige Arbeitsstätten mit dem Wunsch nach einem kooperativen, mitarbeiterorientierten Betriebs-

¹⁴⁷ HOERSCHELMANN (1997), S.16

¹⁴⁸ Die Beschreibung der Zielgruppe erfolgt an dieser Stelle sowohl als Person als auch als Institution.

¹⁴⁹ BOTTLE (1982), S.24

¹⁵⁰ BOTTLE (1982), S.24

¹⁵¹ JUNG (1994), S.76/109

klima und einem nahezu hierarchie- und konkurrenzlosen Arbeiten unter Anerkennung und in dem sie sich selbst und ihre Vorstellungen bzgl. der Leistungserstellung verwirklichen können.¹⁵² Weiterhin erfahren sie einen im positiven Sinne besetzten Nutzen von Macht, einen gewissen sozialen Status/Erfolg und ggf. eine Mehrung des Eigenkapitals durch den Gelderfolg.¹⁵³ Als Eigentümer und Führungskraft prägen sie die Ziele des Betriebes. Weiterhin sind sie für den Erfolg des Betriebes i. S. v. Überleben bzw. Existenzsicherung durch die Gestaltung eines zielorientiert handlungsfähigen Systems verantwortlich. Sie prägen durch ihre eigenen Vorstellungen und Wünsche die Konzeption, die Kultur insb. das Arbeitsklima. Gegenüber den Hilfe- und Pflegebedürftigen tragen sie eine große Verantwortung und stehen im Brennpunkt der verschiedenen Ansprüche/Interessen der anderen möglichen Zielgruppen.¹⁵⁴

Institutionelle Träger „[...] übernehmen [z. T.] die Führung und Teile der Administration des [Betriebes] sowie die Beaufsichtigung der Betriebsführung.“¹⁵⁵ Häufig sind die institutionellen Träger politisch zusammengesetzt und als Vereine organisiert.¹⁵⁶ Sie treten als Vertragspartner organisiert durch ihre Dachverbände bei Aushandlungen von Rahmenverträgen, Richtlinien, Vergütungsverhandlungen etc. z. B. im SGB XI Bereich in Erscheinung. Wie die personellen Träger prägen sie das Leitbild des Betriebes. Einen Teil ihrer finanziellen Mittel bringen institutionelle Träger z. B. durch Geld- oder Sacheinlagen, Mitgliedsbeiträge, Spenden, Erlöse von Lotterien und Kredite vom Kapitalmarkt auf.¹⁵⁷ Die laufenden Betriebskosten können neben den Leistungsentgelten durch pauschale Zuwendungen aus den o. g. finanziellen Mitteln der institutionellen Träger aufgebracht werden. Mögliche Defizite können leichter ausgeglichen werden. Besonders private institutionelle Betriebe stehen häufig vor dem Problem, dass ihre Fremd-/ Kapitalgeber Einfluss auf die fachliche, wirtschaftliche und organisatorische Gestaltung des Leistungsangebots nehmen wollen bzw. sich dieses Recht einräumen lassen.¹⁵⁸ Damit sind diese Betriebe z. T. nicht mehr frei in ihren Entscheidungen, was sich auch auf die durch sie betriebenen ambulanten Pflegedienste auswirkt.

- Krankenhaus/-personal

Das Krankenhauspersonal beinhaltet sowohl Ärzte als auch das Pflegepersonal der Stationen, in denen die Patienten während eines Krankenhausaufenthalts behandelt werden. Hinzu zählen auch noch die Beschäftigten des Sozialdienstes des Krankenhauses.

¹⁵² HAUBROCK/ALOISI/GRZESIAK (1996), S.12ff.

¹⁵³ JANISCH (1993). S.159ff.

¹⁵⁴ NÄF (1998), S.92

¹⁵⁵ NÄF (1998), S.95

¹⁵⁶ NÄF (1998), S.95

¹⁵⁷ DÖRRIE (1997), S.349

¹⁵⁸ DÖRRIE (1997), S.349

Diese Personen sind mögliche Ansprechpartner für Hilfe- und Pflegebedürftige in Fragen der Weiterversorgung für die Zeit nach einem Krankenhausaufenthalt. Sie informieren über die Leistungsmöglichkeiten ambulanter Pflegedienste, dürfen aber aus wettbewerbsrechtlichen Gründen keinen bestimmten Pflegedienst empfehlen.

Als Informanten für den ambulanten Pflegedienst gelten sie, wenn dieser Informationen über das Krankheitsbild bzw. den Krankheitsverlauf des Hilfe- und Pflegebedürftigen zur weiteren Pflege und Behandlung benötigt.

Als potentieller Mitarbeiterpool für den ambulanten Pflegedienst gilt vor allem das Pflegepersonal des Krankenhauses.

- Pflegekassen

Im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtung haben die Pflegekassen „[...] eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechende pflegerische Versorgung der Versicherten zu gewährleisten [...]“¹⁵⁹ Dies ist im Sicherstellungsauftrag verankert. Zur pflegerischen Versorgung und damit zur Erfüllung des Sicherstellungsauftrags schließen sie mit den Trägern der Pflegeeinrichtungen oder sonstigen Leistungserbringern Versorgungsverträge und Vergütungsvereinbarungen ab.¹⁶⁰ „Die Pflegekassen dürfen ambulante [...] Pflege nur durch Pflegeeinrichtungen gewähren, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht (zugelassene Pflegeeinrichtungen).“¹⁶¹ Die Versorgungsverträge beinhalten Art, Inhalt und Umfang der allgemeinen Pflegleistungen, die für die Dauer des Vertrages für die Versicherten zu erbringen sind.¹⁶² Mit Abschluss dieses Versorgungsvertrages gelten die ambulanten Pflegedienste als zugelassen.¹⁶³ Durch den Abschluss des Versorgungsvertrages sind die „[...] Pflegekassen verpflichtet, die Leistungen der Pflegeeinrichtung [...] zu vergüten.“¹⁶⁴ Die Höhe der Vergütung wird durch eine Vergütungsvereinbarung bestimmt, die zwischen dem Träger des ambulanten Pflegedienstes, der Pflegekasse und dem Träger der Sozialhilfe abgeschlossen wird.¹⁶⁵ „Die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung wird [...] für alle Pflegebedürftigen nach einheitlichen Grundsätzen vereinbart.“¹⁶⁶

¹⁵⁹ §69 SGB XI

¹⁶⁰ §69 SGB XI

¹⁶¹ §72 Abs.1 SGB XI

¹⁶² §72 Abs.1 SGB XI

¹⁶³ §72 Abs.4 SGB XI

¹⁶⁴ §72 Abs.4 SGB XI

¹⁶⁵ §89 Abs.2 SGB XI

¹⁶⁶ §89 Abs.1 SGB XI

Ebenfalls im Versorgungsvertrag wird der örtliche Einzugsbereich der (potentiellen) Hilfe- und Pflegebedürftigen festgelegt. Er wird so bemessen, dass lange Wartezeiten durch kurze Anfahrtswege möglichst vermieden werden.¹⁶⁷

- Krankenkassen

Die Krankenkassen sind die Kostenträger für die Leistungen der häuslichen Krankenpflege.¹⁶⁸ Sie wird neben der ärztlichen Behandlung gewährt, wenn dadurch ein Krankenhausaufenthalt vermieden oder verkürzt werden kann. „Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung [...]“¹⁶⁹ für maximal vier Wochen im Krankheitsfall. Besteht über diesen Zeitraum hinaus Bedarf, können die Krankenkassen dies durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung prüfen lassen.¹⁷⁰ Häusliche Krankenpflege wird nur dann gewährt, wenn keine im Haushalt lebende Person diese Tätigkeit ausführen kann.¹⁷¹

Die Krankenkassen übernehmen die Kosten für eine Haushaltshilfe, wenn den Hilfe- und Pflegebedürftigen eine Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist.¹⁷² Eine Haushaltshilfe wird aber nur dann gewährt, wenn die versicherte Person nicht in der Lage ist, ihren Haushalt selbstständig zu führen und keine weitere Person im Haushalt lebt, die dieses übernehmen könnte.

Die Krankenkasse kann für die Versorgung mit einer Haushaltshilfe entweder eigene geeignete Personen anstellen oder andere geeignete Personen, Einrichtungen oder Betriebe mit der Leistungsversorgung beauftragen. Mit ihnen werden Verträge über die Dienstleistungen geschlossen.¹⁷³

Die Krankenkassen sind in bestimmten Fällen verpflichtet, die Erbringung von Leistungen durch den MDK prüfen zu lassen.¹⁷⁴ Zu solchen Überprüfungen gehören z. B. „[...] ob und für welchen Zeitraum häusliche Krankenpflege länger als vier Wochen erforderlich ist (§37 Abs.1), [...]“¹⁷⁵ oder vor einer Bewilligung eines Hilfsmittels, ob dieses erforderlich ist.¹⁷⁶

¹⁶⁷ §72 Abs.3 SGB XI

¹⁶⁸ §37 Abs.1 SGB V

¹⁶⁹ §37 Abs.1 SGB V

¹⁷⁰ §275 Abs.2 SGB V

¹⁷¹ §37 Abs.3 SGB V

¹⁷² §38 Abs.1 SGB V

¹⁷³ §132 Abs.1 SGB V

¹⁷⁴ §275 Abs.1 SGB V

¹⁷⁵ §275 Abs.2 SGB V

¹⁷⁶ §275 Abs.3 SGB V

- Sozialhilfeträger

„Die Sozialhilfe umfaßt Hilfe zum Lebensunterhalt und Hilfe in besonderen Lebenslagen.“¹⁷⁷ Sie soll dem Empfänger ermöglichen, ein Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht.¹⁷⁸ Zu den Leistungen der Hilfe in besonderen Lebenslagen zählt die Hilfe zur Pflege. Sie umfasst die häusliche Pflege, Hilfsmittel, teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege und vollstationäre Pflege.¹⁷⁹ Die Beschreibung der Personen, die Hilfe zur Pflege bekommen können, ist identisch mit dem Wortlaut des Begriffs der Pflegebedürftigkeit in der Pflegeversicherung (§14 SGB XI). Wird der Hilfe- und Pflegebedürftige nach dem Pflegeversicherungsgesetz einer bestimmten Pflegestufe zugeordnet, so ist diese auch bindend für das BSHG.¹⁸⁰ Wie auch schon im Pflegeversicherungsgesetz beschrieben, soll der Hilfe- und Pflegebedürftige erst durch ihm nahe stehende Personen versorgt werden, bevor er Leistungen nach dem BSHG erhält.¹⁸¹ Die Leistungen des BSHG sind denen der Pflegeversicherung nachgeordnet.¹⁸²

- Fremdkapitalgeber

Fremdkapitalgeber sind meist Banken, seltener Privatpersonen, die dem ambulanten Pflegedienst Kredite für einen bestimmten Zeitraum zur Verfügung stellen. Neben den Krediten erhält der ambulante Pflegedienst von den Fremdkapitalgebern Vertrauen in seine Tätigkeit und Loyalität ihm gegenüber. Die persönlichen Beziehungen sind zu Beginn sehr intensiv und nehmen, soweit es zu keinen Rückzahlungsverzögerungen kommt, mit der Zeit ab und beschränken sich im Wesentlichen auf automatisierte Zahlungsvorgänge.

Fremdkapital hilft dem ambulanten Pflegedienst, seine Liquidität aufrechtzuerhalten oder neue Investitionen zu tätigen.

4.2.3 Abhängige Zielgruppen

- Gesetzlicher Betreuer der Hilfe- und Pflegebedürftigen

Betreuer bieten Hilfe und Unterstützung für den Hilfe- und Pflegebedürftigen. Der Hilfe- und Pflegebedürftige soll durch die Hilfe und Unterstützung des Betreuers seine Angelegenheiten weitestgehend in seinem eigenen Interesse wahrnehmen.¹⁸³

¹⁷⁷ §1 Abs.1 BSHG

¹⁷⁸ §1 Abs.2 BSHG

¹⁷⁹ §68 Abs.2 BSHG

¹⁸⁰ §68a BSHG

¹⁸¹ §69 BSHG

¹⁸² §69c Abs.4 BSHG

¹⁸³ „Mit dem rechtlichen Begriff Betreuer ist ausnahmslos derjenige gemeint, dem nach Abschluß eines gerichtlichen, vormundschaftsrechtlichen Verfahrens durch Beschluß eines Gerichts und durch Aushändigung eines Ausweises bescheinigt wird, für eine andere Person in bestimmten Lebensbereichen Erklärungen oder Handlungen verbindlich vornehmen zu können.“
ERB (1998), S.38

Sie sind für bestimmte Bereiche die gesetzlichen Vertreter¹⁸⁴ des Hilfe- und Pflegebedürftigen und können Einfluss auf die Entscheidungen ausüben, welche Leistungen in Anspruch genommen werden sollen, welcher Pflegedienst die Leistungserstellung erbringen und zu welchen Zeiten die Leistungserstellung stattfinden soll. Letztlich entscheidet aber immer der Hilfe- und Pflegebedürftige selbst, da sich der Betreuer dem Willen des Hilfe- und Pflegebedürftigen unterordnen muss.¹⁸⁵

Durch den intensiven und persönlichen Kontakt zum Hilfe- und Pflegebedürftigen ist der Betreuer Ansprechpartner für Belange in seinem definiertem Bereich und fungiert gleichzeitig als Kontrolleur für die Mitarbeiter bzw. die Leistungserstellung des ambulanten Pflegedienstes.¹⁸⁶

Für den ambulanten Pflegedienst ist er weiterhin Ansprechpartner in Belangen des Hilfe- und Pflegebedürftigen und Informant über diese. Er muss in die Adressenkartei als Ansprechperson für den Hilfe- und Pflegebedürftigen des ambulanten Pflegedienstes aufgenommen werden.

4.2.4 Ruhende Zielgruppen

- Nachbarn/Freunde/Bekannte der Hilfe- und Pflegebedürftigen

Nachbarn, Freunde oder Bekannte des Hilfe- und Pflegebedürftigen können Initiatoren sein, einen ambulanten Pflegedienst in Anspruch zu nehmen. Dies kann z. B. aus eigener Erfahrung heraus geschehen, weil sie selbst die Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes in Anspruch nehmen oder weil es in ihrem persönlichem Umfeld Personen gibt, die einen ambulanten Pflegedienst beauftragt haben. Übernehmen sie selbst einen Teil der Pflege, können sie zu Pflegepersonen im Sinne des SGB XI werden. Sie werden dann auch zu Ansprechpartnern und Informanten für den ambulanten Pflegedienst.

- Pflegeberatungsstellen

In Beratungsstellen für Pflege werden Ratsuchende über das vielfältige Angebot an Hilfen für ältere und pflegebedürftige Menschen in einer Stadt oder einem Landkreis kostenlos informiert und beraten. Hier stehen Berater für alle Fragen zum Thema Pflege zur Verfügung. Sie beraten trägerunabhängig und informieren über ambulante, teilstationäre, vollstationäre und/oder komplementäre (ergänzende) Hilfen. Trägerunabhängig bedeutet, dass die Beratung unabhängig vom Anbieter der Pflegeleistungen erfolgt.

¹⁸⁴ Gesetzl. Vertreter: Befugnis, mit Dritten Rechtsgeschäfte durchführen zu können.

¹⁸⁵ ERB (1998), S.40f.

¹⁸⁶ ERB (1998), S.41f.

Ziel der Pflegeberatung ist es, das Angebot an Pflegediensten und -einrichtungen sowie der ergänzenden Hilfen den Rat- und Hilfesuchenden zugänglich zu machen. Durch die Schaffung der trägerunabhängigen Beratungsstellen werden die bereits bestehenden Beratungsangebote der verschiedenen Träger nicht in Frage gestellt. Bei Bedarf wird auch die Vermittlung einer Hilfe übernommen. Für den ambulanten Pflegedienst ist es wichtig, bei diesen Beratungsstellen bekannt zu sein, damit eine Vermittlung gerade zu diesem Dienst stattfinden kann.

4.2.5 Vernachlässigbare Zielgruppen

- Apotheken

Die Apotheker sind Lieferanten der Heil- bzw. Arzneimittel z. T. auch weiterer Hilfsmittel wie Hygieneartikel, Verbandstoffe usw.. Je nach Intensität der Arzneimittelbedürftigkeit der Hilfe- und Pflegebedürftigen beschaffen die ambulanten Pflegedienste diese Medikamente. Für die ambulanten Pflegedienste ist es wichtig, dass sie zu diesen in ihrem Umfeld gelegenen Apotheken ein gutes Verhältnis haben, damit z. B. auch Hilfs- und Arzneimittelabholungen außerhalb der Öffnungszeiten stattfinden können oder die Apotheken die Medikamente für die Stammkunden vorrätig haben.

- Kirchengemeinde

Mit Kirchengemeinde sind die Vertreter und -innen der Konfessionen im Einzugsbereich des ambulanten Pflegedienstes zu verstehen. Durch ihre Verpflichtung, dem alten, kranken oder behinderten Menschen zu helfen, können sie als Mittler für den ambulanten Pflegedienst auftreten. Andererseits können sie dem ambulanten Pflegedienst helfen, wenn ein Hilfe- und Pflegebedürftiger geistlichen Beistand benötigt und den ambulanten Pflegedienst bittet, den jeweiligen Pfarrer zu benachrichtigen.

- Sanitätshäuser

Die Sanitätshäuser¹⁸⁷ haben zweierlei Funktionen für die ambulanten Pflegedienste: Sie sind zum einen Lieferanten für Pflegehilfsmittel, zum anderen liefern sie technische Hilfen für die Pflegebedürftigen. Dazu gehören z. B. Windeln, Verbände, Handschuhe, Gehhilfen, Umbauten im Bad usw.. Laut PflegeVG schließen die Pflegekassen mit den Pflegeeinrichtungen Verträge über die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln ab.¹⁸⁸ Die Sanitätshäuser sind die Lieferanten für diese Pflegehilfsmittel und technischen Hilfen. Bei Bewilligung technischer Hilfen

¹⁸⁷ Die Beschreibung der Zielgruppe erfolgt an dieser Stelle sowohl als Person als auch als Institution.

¹⁸⁸ §78 Abs.1 SGB XI

durch die Pflege- oder Krankenkasse übernehmen die Sanitätshäuser die Lieferung und Wartung/Instandhaltung der Hilfsmittel.

Über Pflegehilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind, können die ambulanten Pflegedienste mit den Sanitätshäusern Abrufverträge schließen. Je nach Vertrag werden die entsprechenden Pflegehilfsmittel in entsprechender Menge zum jeweilig vereinbarten Zeitpunkt bereitgestellt.

Sie sollten für den ambulanten Pflegedienst gut und schnell erreichbar sein, damit bei ungeplanten Situationen schnell auf vertraute Sanitätshäuser zurückgegriffen werden kann.

- Einzelhandelsgeschäfte

Unter Einzelhandelsgeschäften¹⁸⁹ werden primär die Betriebe der Lebensmittelbranche oder die Supermärkte verstanden. Es sind jene Geschäfte gemeint, die im Standortbereich des ambulanten Pflegedienstes und damit auch in der Nähe der Hilfe- und Pflegebedürftigen angesiedelt sind. Sie können den ambulanten Pflegedienst im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung unterstützen, indem sie für die Hilfe- und Pflegebedürftigen die Lebensmittel zusammenstellen und in Form eines Bringservices diese zu den Hilfe- und Pflegebedürftigen nach Hause liefern.

- Öffentlichkeit im Aktionsradius des ambulanten Pflegedienstes

Zu der Öffentlichkeit im Aktionsradius zählen alle Personen und Gruppen, denen ein ambulanter Pflegedienst nicht direkt, aber durch seine Anwesenheit, seinen Standort und sein Verhalten auffällt und die sich eine Meinung über den ambulanten Pflegedienst bilden. Dazu gehören z. B. die Nachbarn/Anwohner, die Gemeindevertretung oder Stadtverwaltung, sämtliche Gewerbetreibende innerhalb des Einzugsgebiets, etc.

Der ambulante Pflegedienst benötigt von dieser Öffentlichkeit Akzeptanz, Vertrauen, Wohlwollen, eine gute Meinung und vor allem Legitimität i. S. v. allgemeiner Anerkennung und Berechtigung.

4.3 Bestimmung der relevanten Zielgruppen

Besonders relevant für den ambulanten Pflegedienst sind diejenigen Zielgruppen, die einen Einfluss auf die Betriebsexistenz nehmen können. Entsprechend dem Modell von MITCHELL/AGLE/WOOD (1997) sind dies alle Zielgruppen, die sich in der Schnittmenge der drei

¹⁸⁹ Die Beschreibung der Zielgruppe erfolgt an dieser Stelle sowohl als Person als auch als Institution.

Kriterien Macht, Legitimität und/oder Dringlichkeit befinden. Die für diese Arbeit wichtigen Zielgruppen sind entsprechend Tabelle 4.1 und Abbildung 4.1:

- Hilfe- und Pflegebedürftige,
- Angehörige der Hilfe- und Pflegebedürftigen,
- Medizinischer Dienst der Krankenversicherung,
- Hausärzte,
- Mitarbeiter,
- Träger/Eigentümer der ambulanten Pflegedienste,
- Krankenhaus/-personal,
- Pflegekassen,
- Krankenkassen,
- Sozialhilfeträger,
- Fremdkapitalgeber,
- Gesetzliche Betreuer.

Aus dieser Auswahl werden auf Grund der rechtlichen Gegebenheiten von SGB XI, SGB V und BSHG und den Besonderheiten hinsichtlich Zulassung und Vergütung auf dem Pflegemarkt durch eben diese Gesetze folgende Zielgruppen ausgeschlossen: Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, die Pflegekassen, die Krankenkassen und der ortsansässige Sozialhilfeträger. Diese Zielgruppen bilden mit den zwischen ihnen und dem ambulanten Pflegedienst geschlossenen Verträgen die Grundvoraussetzung zur Existenz des ambulanten Pflegedienstes. An ihren Austauschbeziehungen kann mit Hilfe der Marketinginstrumente nicht viel für die Existenzbedingungen getan werden.

Weiterhin werden noch zwei weitere Zielgruppen aus den o. g. ausgeschlossen: die Fremdkapitalgeber und die Träger/Eigentümer der ambulanten Pflegedienste. Der Gruppe der Fremdkapitalgeber kommt zwar für einen bestimmten Zeitraum eine gewisse Dominanz zu. Die Beziehung selbst aber hat im täglichen Arbeitsfeld der ambulanten Pflegedienste nichts oder nur sehr gering etwas mit seinen zu erstellenden Leistungen zu tun. Die Beziehung zwischen dem Fremdkapitalgeber und dem ambulanten Pflegedienst läuft eher im Hintergrund ab. Für den Träger oder Eigentümer ist der Betrieb sozusagen das ausführende Organ zur Umsetzung der Ziele, die er durch den Betrieb erreichen bzw. verwirklichen will. Da die Marketingziele aus den betrieblichen Oberzielen abgeleitet werden, und in den Oberzielen die Ansprüche des Trägers/Eigentümers enthalten sind, ist es nicht notwendig für diesen eine eigene Marketingstrategie zu entwickeln.

Somit verbleiben für das Marketing in ambulanten Pflegediensten noch folgende als relevant einzustufende Zielgruppen: **die Hilfe- und Pflegebedürftigen, die Angehörigen, die Mitarbeiter, die Hausärzte, das Krankenhaus/-personal und die gesetzlichen Betreuer.**

5 Entwicklung und Erweiterung der Marketinginstrumente im Hinblick auf den Betrieb ambulanter Pflegedienst

Wie PEPELS (1999) bemerkt, “[...] geht die Marketing-Literatur zumeist immer noch von Sachleistungen aus. [...] Dabei stellt sich heraus, daß eine einfache Übertragung der Erkenntnisse des Sachleistungsmarketing auf Dienstleistungen an enge Grenzen stößt. [...]”¹⁹⁰ Auch MEYER (1991) merkt an, dass “[...] in vielen Marketinglehrbüchern auf Besonderheiten des Dienstleistungsmarketing nicht oder nur am Rande hingewiesen [...]”¹⁹¹ wird.

Neben einem Überblick über die historische Entwicklung des Dienstleistungsmarketings, wird im Folgenden die Erweiterung der traditionellen Marketinginstrumente im Hinblick auf die Besonderheiten von Dienstleistungen diskutiert. Den Abschluss bilden einige Grundlagen, die für die Gestaltung der Marketinginstrumente von Bedeutung sind.

5.1 Entwicklung des Dienstleistungsmarketings

Seit Anfang der 80er-Jahre wird in der amerikanischen und zunehmend auch in der deutschen Marketingwissenschaft dem Dienstleistungsmarketing deutlich größere Beachtung geschenkt, als dies noch 20 Jahren zuvor der Fall war.¹⁹² Bis dahin widmeten sich die Autoren überwiegend den Problemen der Vermarktung von Konsumgütern (Sachleistungen).¹⁹³ Mit Zunahme der Dienstleistungsbetriebe, der Entwicklung von Dienstleistungen als eigenem Produkt und der gleichzeitigen Entwicklung eines Käufermarktes für Dienstleistungen wurde es notwendig, den Absatz von Dienstleistungen zunehmend zu unterstützen. Gleichzeitig beschäftigten sich die Wissenschaftler mit dem Gut Dienstleistungen und versuchten seitdem, die Besonderheiten bzw. die Andersartigkeit von Dienstleistungen gegenüber Sachleistungen zu beschreiben. Bis heute ist die Diskussion über die Besonderheiten der Dienstleistungen nicht abgeschlossen. Je nach Autor werden diese oder jene Aspekte hervorgehoben.¹⁹⁴

Mit zunehmender Bedeutung und Beschäftigung mit Dienstleistungsmarketing ist nach MEFFERT UND BRUHN (1995) zu beobachten, dass es mehr Bemühungen gab, jeweils ein branchenspezifisches Marketing zu entwickeln als eine Theorie des Dienstleistungsmarketing. Die Autoren sehen den Grund in dem Ausmaß des Geltungsbereichs der bestehenden Dienstleistungsmarketingtheorie, die sich mit dem sehr heterogenen Sektor der Dienstleis-

¹⁹⁰ PEPELS (1999), S.699

¹⁹¹ MEYER (1991), S.196

¹⁹² MEFFERT (1995A), S.3

¹⁹³ CORSTEN (1997), S.334

¹⁹⁴ Vgl. auch Kap. 2

tungen konfrontiert sieht.¹⁹⁵ Durch diese Heterogenität ergeben sich Schwierigkeiten bei der Übertragbarkeit einer allgemeinen Theorie auf die unterschiedlichen Dienstleistungsbranchen. Ein weiterer Grund, sich mit Dienstleistungsmarketing näher zu beschäftigen, ist die nicht ohne weiteres mögliche Übertragbarkeit des Marketings von Sachleistungen auf Dienstleistungen. Diese weisen, wie schon erwähnt, gegenüber den Sachleistungen Besonderheiten auf, die ein spezielles Marketing nötig machen.¹⁹⁶ Gerade diese Besonderheiten von Dienstleistungen veranlassten die amerikanischen Marketingwissenschaftler Anfang der 60er-Jahre zur Bildung von ersten Ansätzen für ein eigenes Dienstleistungsmarketing.¹⁹⁷

In Deutschland wurden - soweit man sich mit Dienstleistungsmarketing beschäftigte - Dienstleistungen lange Zeit mit den technischen Kundendienstleistungen gleichgestellt, die die zentralen Kundensachleistungen unterstützend begleiten. Durch das intensive Beschäftigen mit Dienstleistungen, entwickelten deutsche Wissenschaftler aus den amerikanischen und den skandinavischen Ansätzen ein eigenständiges, institutionelles Dienstleistungsmarketing.¹⁹⁸ Aber nicht alle Autoren vertreten die Meinung, dass es einer eigenen Theorie für das Marketing von Dienstleistungen bedarf. Sie weisen allerdings darauf hin, dass der Unterschied zwischen dem Sachleistungs- und dem Dienstleistungsmarketing in den spezifischen Schwerpunkten und Charakteristika der Dienstleistungen begründet liegt und die Marketinginstrumente darauf hin auszurichten sind.¹⁹⁹

Die Entwicklung des Marketinggedankens beginnt in der Absatzwirtschaftslehre, in der es um die Distribution geht, mit der Frage: Wie kommen die Produkte zum Kunden? Als nächste Stufe wird Marketing als marktorientierte Führungsfunktion gesehen, die z. T. mit einer übergreifenden Unternehmensphilosophie gleichgesetzt wird.²⁰⁰ Heute wird Marketing als ein erforderlicher Koordinierungsprozess zwischen der Produktion und dem Konsum gesehen, den es im Sinne einer Interaktion zu beeinflussen und zu gestalten gilt.²⁰¹ Die Entwicklungsstufen des Marketinggedankens finden sich auch in den (Dienstleistungs-)Marketingdefinitionen wieder:

1. „Marketing ist die Erfüllung derjenigen Unternehmensfunktionen, die den Fluss von Gütern und Dienstleistungen vom Produzenten zum Verbraucher bzw. Verwender lenken.“²⁰²

¹⁹⁵ MEFFERT/BRUHN (1995), S.3

¹⁹⁶ Vgl. Kap. 2.1 und 2.2

¹⁹⁷ MEFFERT/BRUHN (1995), S.20

¹⁹⁸ MEFFERT/BRUHN (1995), S.21

¹⁹⁹ CORSTEN (1997), S.334

²⁰⁰ MEISSNER (1995), Sp.788; CORSTEN (1997), S.334

²⁰¹ MEISSNER (1995); Sp.786

²⁰² AMA 1948 - AMERICAN MARKETING ASSOCIATION - zitiert nach: MEFFERT (1998), S.9

2. Marketing ist „[...] der Prozeß von Planung und Umsetzung [...] von Ideen, Gütern und Dienstleistungen zur Ermöglichung von Austauschprozessen [-beziehungen], die die individuellen und organisationsbezogenen Zielsetzungen erfüllen.“²⁰³
3. „Marketing is to establish, maintain, enhance and commercialize relationships (often but not necessarily always along term relationships) so that the objectives of the parties involved are met. This is done by a mutual exchange and fulfillment of promises.“²⁰⁴ (Marketing als Management von Beziehungen)
4. „Marketing impliziert eine aktive Gestaltung der Märkte, d. h. unter Marketing wird ganz allgemein eine marktorientierte Unternehmensführung verstanden. Damit wird Marketing zu einer Denkhaltung oder Unternehmensphilosophie, die sich in einem Denken-vom-Markt-her dokumentiert, bei der die Bedürfnisse des Nachfragers ins Zentrum des Interesses gelangen.“²⁰⁵
5. „Als Marketing werden im weitesten Sinne alle Vorgänge bezeichnet, die zur zielorientierten Anbahnung, Erleichterung, Abwicklung und Bewertung des Austausches von ideellen und materiellen Werten zwischen Parteien gehören.“²⁰⁶

Vor dem Hintergrund ökonomisch rationaler Entscheidungsprozesse entwickelte sich das Erklärungsmuster der Marketingtheorie. Die Entwicklung erfolgte von einer Unternehmensfunktion im Güterkreislauf an der Schnittstelle Produzent-Kunde hin zu einem Konzept, das die Stabilisierung und Optimierung von Austauschprozessen zwischen Leistungsanbieter und Leistungsabnehmer zu einer langfristigen Sicherung der Betriebsexistenz in den Mittelpunkt der Betriebsüberlegungen stellte. In der folgenden Definition werden diese Schwerpunkte deutlich:

Marketing bedeutet die zielorientierte Gestaltung der Austauschbeziehungen. Unter Zielorientierung wird die gleichzeitige Befriedigung der Bedürfnisse (Wirkungserreichung) der relevanten Zielgruppen zur langfristigen Beziehungserhaltung und der Betriebsziele zur langfristigen Sicherung der Betriebsexistenz verstanden.

Tabelle 5.1 gibt einen Überblick über die Entwicklungsstufen des Marketings in Deutschland.

²⁰³ AMA 1985 – AMERICAN MARKETING ASSOCIATION, zitiert nach: MEFFERT (1998), S.9

²⁰⁴ GRONROOS (1990), S.5

²⁰⁵ CORSTEN (1997), S.334

²⁰⁶ PEPELS (1995), S.1

Tabelle 5.1: Entwicklung des Marketings in Deutschland²⁰⁷

Zeitraum	Benennung	Schwerpunkt der Aktivitäten	Vertreter
1925 - 1970	<ul style="list-style-type: none"> • Absatzwirtschaftslehre 	<ul style="list-style-type: none"> • Distribution 	<ul style="list-style-type: none"> • Gutenberg
1965 - 1985	<ul style="list-style-type: none"> • Marketinglehre, aufbauend aus den amerikanischen Ansätzen 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausrichtung aller Aktivitäten auf die Nachfragerseite 	<ul style="list-style-type: none"> • Kotler • Meffert
ab 1980	<ul style="list-style-type: none"> • Marketing-Management 	<ul style="list-style-type: none"> • Marketingsichtweise als Maßgabe für jede strategische Entscheidung 	<ul style="list-style-type: none"> • Meffert
heute	<ul style="list-style-type: none"> • Marktorientiertes Führungskonzept (Denkhaltung) und Marketing als Betriebsfunktion = duales Konzept der marktorientierten Betriebsführung²⁰⁸ • Marketing als dominanter bzw. integraler Schwerpunkt/Bestandteil der Betriebsführung²⁰⁹ 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausrichtung des gesamten Betriebs auf sein Vermarktungsumfeld • Beeinflussung der Vermarktungsbedingungen über Instrumentaleinsatz = Nutzer muss von der Vorteilhaftigkeit eines Kaufs der Dienstleistung überzeugt werden • Wandlung von dominanter Kundenorientierung hin zu einer breiten, auch andere Anspruchsgruppen integrierende, Betrachtungsweise • die Bedürfnisse der Nachfrager stehen im Zentrum der Betriebsführung 	<ul style="list-style-type: none"> • Meffert • Bruhn • Pepels • Bruhn • Meffert/ Bruhn • Pepels • Meyer • Corsten

5.2 Traditionelle Marketinginstrumente und ihre Übertragung auf den Dienstleistungssektor

Zur Umsetzung ihrer Marketingziele steht den Dienstleistungsbetrieben eine Reihe von Instrumenten zur Verfügung. Ihre Entwicklung vollzog sich in mehreren Stufen. Die wesentlichen Stationen der Instrumententwicklung im Bereich der Aktionsebene des Marketings laufen im amerikanischen Raum über MC CARTHY (1964) und im deutschen Raum über GUTENBERG (1973).²¹⁰ MEFFERT (1977) entwickelt aus diesen Ansätzen zuerst eine Marketinginstrumentenstrategie für Sachleistungen und später mit BRUHN (1995) zusammen eine für Dienstleistungen.²¹¹

²⁰⁷ Erweitert nach: PEPELS (1995), S.1f.

²⁰⁸ MEFFERT (1994), S.4f.; BRUHN (1999), S.14

²⁰⁹ BRUHN (1999), S.14

²¹⁰ MEFFERT (1977), S.81

²¹¹ MEFFERT (1977), S.82; MEFFERT/BRUHN (1995), S.194

In den Kernbenennungen sind die vier klassischen Marketinginstrumente auf die Bezeichnungen von MC CARTHY (1964) zurückzuführen, welche allgemein als die vier P's oder auch als die vier Prinzipien²¹² des Marketings bezeichnet werden:

Product	Produkt- bzw. Leistungspolitik,
Promotion	Kommunikationspolitik,
Place	Distributionspolitik,
Price	Kontrahierungspolitik.

Je nach Autor umfassen die Marketinginstrumente unterschiedliche Teilinstrumente.²¹³

In der Literatur zum Dienstleistungsmarketing vertreten einige Autoren die Ansicht, dass im Dienstleistungsmarketing diese vier Instrumente der Realität nicht gerecht werden. Sie plädieren auf Grund der besonderen Eigenschaften von Dienstleistungen für eine Erweiterung der Marketinginstrumente.²¹⁴ Je nach Autor werden die Marketinginstrumente entweder in der Anzahl der Instrumente an sich und/oder innerhalb eines Instrumentes ergänzt bzw. modifiziert. BOOMS/BITNER (1981) erweitern einerseits die Anzahl der Marketinginstrumente, andererseits modifizieren sie auch die Teilinstrumente. MAGRATH (1986) nimmt eine Erweiterung um drei weitere für die Dienstleistungen notwendige Instrumente vor und behält die klassischen Marketinginstrumente unverändert bei.²¹⁵ Obwohl in beiden Quellen die drei ergänzenden Instrumente unterschiedlich benannt werden, beschreiben sie doch im Kern die gleichen Aspekte. BOOMS/BITNER (1981) bezeichnen die drei weiteren Instrumente als Participants, Physical Evidence und Process und verstehen unter:

- **Participants:** Alle am Dienstleistungserstellungsprozess beteiligten Personen, vorwiegend die Mitarbeiter mit Kundenkontakt sowie weitere am Ort der Dienstleistung gleichzeitig anwesenden Kunden.
- **Physical Evidence:** Das vom Dienstleistungsbetrieb gestaltete Umfeld, in dem oder mit dessen Hilfe die Dienstleistungen erstellt bzw. erbracht werden.
- **Process:** Die kundenrelevante Ablauforganisation des Leistungserstellungsprozesses.

MAGRATH (1986) benennt seine drei Erweiterungen ähnlich wie BOOMS/BITNER (1981) und begründet seine Entscheidung wie folgt:

- **Personnel**²¹⁶ (Mitarbeiter): Sie sind der Schlüssel zur Leistungserstellung, da und soweit sie mit den Leistungsabnehmern in unmittelbaren Kontakt treten. Die Leistungsabnehmer identifizieren und assoziieren die Eigenschaften der Mitarbeiter mit dem gesamten

²¹² MAGRATH (1986), S.44

²¹³ Vgl. Tab. 5.2

²¹⁴ MAGRATH (1986), S.48; BOOMS/BITNER (1981), S.47

²¹⁵ BOOMS/BITNER (1981), S.50; MAGRATH (1986), S.45

²¹⁶ Die Begriffe Personal und Mitarbeiter werden in dieser Arbeit synonym verwendet. Dabei beschreibt der Begriff Personal eher die institutionelle Ebene und der Begriff Mitarbeiter die operative.

Betrieb. Sind sie mit den Mitarbeitern zufrieden, ist für sie in ihrer Wahrnehmung der gesamte Betrieb gut. Sind sie vielleicht mit nur einem Mitarbeiter unzufrieden übertragen sie diese Unzufriedenheit u. U. auf den gesamten Betrieb.

- **Physical Facilities**²¹⁷ (physisches Umfeld): Während der Leistungserstellung erlebt der Leistungsabnehmer nicht nur die Handlungen, die möglicherweise an ihm erbracht werden, sondern er nimmt auch die Umwelt, das Umfeld, wahr, in welchem die Leistungserstellung stattfindet. Dieses Umfeld ist der Ort der Leistungserstellung mit seiner Ausstrahlung und seiner Atmosphäre und wirkt bei der Beurteilung der (Gesamt-) Leistung mit.
- **Process Management**²¹⁸ (Abfolge der Tätigkeiten zur Leistungserstellung): Ein gutes Prozessmanagement sichert eine leistungsfähige und dauerhafte Qualität während der Leistungserstellung. Es handelt sich hierbei um den Ablauf von Tätigkeiten vor Ort in den Dimensionen Sachlogik, Ort und Zeit, d. h. die Handlungen bzw. die Tätigkeiten, die nacheinander während der Leistungserstellung ablaufen.

In der neueren Literatur zum Thema Instrumente des Dienstleistungsmarketings wird die auf BOOMS/BITNER (1981) sowie MAGRATH (1986) zurückgehende Erweiterung der klassischen Marketinginstrumente sehr kontrovers diskutiert.

GRONROOS (1990) begründet die Erweiterung der Marketinginstrumente durch die Einsicht, dass mit den klassischen vier P's nicht alle Aktivitäten und Ressourcen während der Beziehungsphase zwischen Leistungsanbieter und Leistungsabnehmer abgebildet werden können. Besonders während des Leistungserstellungsprozesses kommt es zu Kontakten zwischen dem Leistungsabnehmer und der leistungserstellenden Person, die nicht mit dem traditionellen Marketing-Mix der vier P's gestaltet werden können. Aber gerade diese Schnittstellen nehmen entscheidenden Einfluss auf das zukünftige Kaufverhalten der Leistungsabnehmer.²¹⁹ Während der Leistungserstellung entwickelt sich eine Beziehung zwischen dem Leistungsanbieter und dem Leistungsabnehmer, die auf einem wechselseitigen Austausch von Versprechungen und deren Erfüllung beruht. Diese Sichtweise des Marketings als Beziehungs- und Austauschgestaltung wird nicht mit den klassischen Elementen des Marketing-Mixes erreicht.²²⁰

BEAVEN/SCOTTI (1990) drücken dies mit den Worten aus: „The four Ps framework is an inappropriate conceptual tool for guiding the formulation and implementation of an effective marketing mix for services.“²²¹ PETERS (1991) beschreibt die drei P's von MAGRATH (1986) nicht als Instrumente, sondern als Voraussetzungen für erfolgreiches Dienstleistungsmarke-

²¹⁷ MAGRATH (1986), S.48

²¹⁸ MAGRATH (1986), S.49

²¹⁹ GRONROOS (1990), S.4

²²⁰ GRONROOS (1990), S.5f.

²²¹ BEAVEN/SCOTTI (1990), S.8

ting.²²² Er zählt zu den Voraussetzungen das Personal und dessen Management, die Produktion von Dienstleistungen und die Physical Facilities. Dabei beschreibt er in seinen Ausführungen inhaltlich die Instrumente von MAGRATH (1986) (Personnel: Personal und Management, Process: Produktion von Dienstleistungen, Physical Facilities: Gestaltung der Einrichtung i. s. V. Gebäuden und Anlagen).

MEFFERT UND BRUHN (1995) sind der Meinung, dass die drei ergänzenden Instrumente zum Teil in den klassischen Marketinginstrumenten schon angelegt sind oder nicht als eigene Instrumente aufgeführt werden müssen, sondern als Problemaspekte bei der Implementierung des Dienstleistungsmarketings auftreten.²²³

Anders dagegen können die Aussagen von PEPELS (1995) gedeutet werden, der neben den vier klassischen Marketinginstrumenten zumindest noch ein fünftes P, die Personalpolitik, besonders bei Dienstleistungen, hervorhebt.²²⁴ Auch BRUHN (1999) unterstreicht dies in seinen Anmerkungen zu den Besonderheiten im Dienstleistungsmarketing.²²⁵

BIERMANN (1999) führt unter dem Terminus Marketing-Mix neben den vier klassischen P's die Erweiterung von MAGRATH (1986) auf, begründet aber seine Absage an eine Erweiterung mit der Aussage von MEFFERT UND BRUHN (1995), dass diese drei weiteren P's in den klassischen schon angelegt sind und vorrangig der Produktgestaltung zugeordnet werden können bzw. die Inhalte dieser P's als Probleme bei der Implementierung für Dienstleistungsmarketing angesehen werden können.²²⁶ Im Gegensatz zu dieser Aussage widmet der Autor sich allerdings jeweils in einem Kapitel der Prozessgestaltung und in einem anderen den Servicemitarbeitern.

BIEBERSTEIN (1998) stellt in der Einleitung zu den marketingpolitischen Instrumenten fest, dass es zu einfach wäre, das Instrumentarium des Sachleistungsmarketings einfach auf das Dienstleistungsmarketing zu übertragen. Er begründet dies damit, dass die herkömmlichen Instrumente des absatzmarktgerichteten, externen Marketings nicht ausreichen, um die vielfältigen Besonderheiten der Dienstleistungen (vgl. Kapitel 2) zu erfassen. Er hält es für erforderlich, die Marketinginstrumente um die dienstleistungsspezifischen Instrumente nach MAGRATH (1986) zu erweitern.²²⁷ Er selbst fügt die Instrumente von MAGRATH (1986) und GRONROOS (1990) wie folgt ein: Physical Facilities und Process Management werden dem Instrument der Angebotspolitik zugerechnet, während die marketingpolitische Relevanz des Personals als fünftes Instrument Internes Marketing hinzugefügt wird.²²⁸ BIEBERSTEIN (1998)

²²² PETERS (1991), S.55ff.

²²³ MEFFERT/BRUHN (1995), S.251

²²⁴ PEPELS (1995), S.24

²²⁵ BRUHN (1999), S.36

²²⁶ BIERMANN (1999), S.114; MEFFERT/BRUHN (1995), S.251

²²⁷ BIEBERSTEIN (1998), S.179f.

²²⁸ BIEBERSTEIN (1998), S.179f.

ist der erste Autor, der einer Erweiterung der Marketinginstrumente für Dienstleistungen zustimmt, auch wenn er zwei der drei weiteren Instrumente in dem Instrument Angebotspolitik bearbeitet.

Tabelle 5.2 gibt einen Überblick, über die hier herangezogenen Autoren und die in ihren jeweiligen Ansätzen ausgewiesenen Instrumente und Teil-Instrumente.

Tabelle 5.2: Übersicht der Marketinginstrumente verschiedener Autoren²²⁹

Instrumente nach BOOMS/BITNER (1981)			
Product	Price	Place	Promotion
<ul style="list-style-type: none"> • Quality • Brand name • Service line • Warranty • Capabilities • Facilitating goods • Tangible clues • Price • Personnel • Physical environment • Process of service delivery 	<ul style="list-style-type: none"> • Level • Discounts and allowances • Payment terms • Customer's perceived value • Quality/price interaction • Differentiation 	<ul style="list-style-type: none"> • Location • Accessibility • Distribution channels • Distribution coverage 	<ul style="list-style-type: none"> • Advertising • Personal selling • Sales promotion • Publicity • Personnel • Physical environment • Facilitating goods • Tangible clues • Process of service delivery
Participants	Physical Evidence	Process	
<ul style="list-style-type: none"> • Personnel: • Training • Discretion • Commitment • Incentives • Appearance • Interpersonal behavior • Attitudes other customers: • Behavior • Degree of involvement customer/customer contact 	<ul style="list-style-type: none"> • Environment: • Furnishings • Color • Layout • Noise level • Facilitating goods • Tangible clues 	<ul style="list-style-type: none"> • Policies • Procedures • Mechanization • Employee discretion • Customer involvement • Customer direction • Flow of activities 	

²²⁹ MEFFERT/BRUHN (2000), S.275f.; MAGRATH (1986), S.48ff.; BIBERSTEIN (1998); S.11ff.; BOOMS/BITNER (1981), S.50

Fortsetzung

Instrumente nach MAGRATH (1986):			
Product	Promotion	Price	Place
<ul style="list-style-type: none"> • Product-line with, assortments, families • Packaging • New-product development • Product-naming, logos, trademarks • Product quality • Product warranties • Product servicing after sale 	<ul style="list-style-type: none"> • Brand positioning • Advertising spending levels • Chosen media, schedules • Creative theming • Sales promotion, coupons, contests, dealing • Publicity 	<ul style="list-style-type: none"> • Price level changes • Quantity discounts • Payment terms, cash discounts • Published prices • Pricing intelligence, bidding • Trade discounts 	<ul style="list-style-type: none"> • Forward vertical integration • Channel selection, concentration • Channel supports • Customer service (delivery, ordering) • Inventory and warehousing issues • Direct marketing • Personal selling
Personell		Physical Facilities	Process Management
so weit sie im Wahrnehmungsbereich der Leistungsabnehmer liegen			
<ul style="list-style-type: none"> • Personal selecting • Personal screening • Personal training • Personal motivation • Personal behavior • Personal appearance 	<ul style="list-style-type: none"> • Location • Contact • Manifestation 	<ul style="list-style-type: none"> • Sequence organisation • Methods and procedures for service production 	

Instrumente nach MEFFERT/BRUHN (2000):			
Leistungspolitik	Kommunikationspolitik	Preispolitik	Distributionspolitik
<ul style="list-style-type: none"> • Leistungsprogrammpolitik <ul style="list-style-type: none"> – Variation – Innovation – Eliminierung • Markenpolitik • Beschwerdepolitik 	<ul style="list-style-type: none"> • Klassische Werbung • Verkaufsförderung • persönliche Kommunikation • Direktkommunikation • Öffentlichkeitsarbeit • Messen und Ausstellungen • Sponsoring • Event-Marketing 	<ul style="list-style-type: none"> • Preisbezogene Strategien <ul style="list-style-type: none"> - Preisdifferenzierung – Preisbündelung und Preisbaukästen • konditionenbezogene Strategien 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung von Absatzkanalsystemen • Gestaltung des logistischen Systems

Fortsetzung

Instrumente nach BIEBERSTEIN (1998):				
Angebotspolitik	Distributionspolitik	Kontrahierungs- politik	Kommunikationspolitik	Politik des internen Marketing
i. e. S.: <ul style="list-style-type: none"> • Angebotsinnovation • Angebotsgestaltung • Markierung • Angebotsmodifikation • Angebotselimination i. w. S.: <ul style="list-style-type: none"> • Servicepolitik • Beschwerdepolitik • Angebotsprogrammpolitik 	<ul style="list-style-type: none"> • Festlegung der Absatzwege • Standortpolitische Entscheidungen • Marketinglogistische Entscheidungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Preispolitik • Sonderangebotspolitik • Rabattpolitik • Zahlungsbedingungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Werbung • Persönlicher Verkauf • Verkaufsförderung • Öffentlichkeitsarbeit • Corporate-Identity 	<ul style="list-style-type: none"> • Personalpolitische Instrumente <ul style="list-style-type: none"> – Personalbeschaffung – Aus- und Weiterbildung – Personalbindung • Kommunikationspolitische Instrumente

Es ist nun für die weitere Arbeit zu entscheiden, ob einer Erweiterung der Instrumente nach BOOMS/BITNER (1981), MAGRATH (1986) und GRONROOS (1990) zugestimmt wird oder nicht.

GRONROOS (1990) beschreibt die Dienstleistungen als Prozesse, die direkt oder indirekt wahrgenommen werden können und konkrete Eindrücke beim Leistungsabnehmer hinterlassen.²³⁰ Diese Eindrücke werden durch bestimmte Wahrnehmungspunkte erreicht, die sowohl für den Erwerb von Sachleistungen als auch für den Erwerb von Dienstleistungen aufgezeigt werden. Je nachdem, ob ein Leistungsabnehmer eine Sach- oder eine Dienstleistung nachfragt, kommt dieser mit unterschiedlichen Wahrnehmungspunkten während der Zeitspanne zwischen Produktion und Nutzenstiftung der Leistung in Berührung.

Erfolgt eine Nutzenstiftung durch den Erwerb einer Sachleistung, kommt der Leistungsabnehmer mit dem Leistungsanbieter der Sachleistung in der Regel nicht in Berührung.²³¹ Die Sachleistung wird zeitlich und örtlich versetzt zur Nutzenstiftung beim Leistungsabnehmer durch den Leistungsanbieter produziert, z. B. Schokolade, Auto, Kleidung, etc. Zwischen der Produktion und der Nutzenstiftung einer Sachleistung ist notwendigerweise ein Leistungsvermittler geschaltet. Bei diesem erhält der Leistungsabnehmer jene Sachleistung, welche ihm einen bestimmten Nutzen stiften soll, z. B. der Supermarkt für den Erwerb von Schokolade zum Stillen des Süßhüngers, der Autohändler zum Erwerb eines Autos zum Fahren, das Bekleidungsgeschäft zum Erwerb eines Anzugs, um ordentlich gekleidet zu sein.

²³⁰ GRONROOS (1990), S.7

²³¹ Ausnahmen bilden die Verkäufe ab Werk

Während der Leistungsvermittlung selbst kommt der Leistungsabnehmer sowohl mit der Hauptleistung, der eigentlichen Sachleistung, als auch mit der Vermittlungsleistung als notwendige, zeitlich zur Produktion der Hauptleistung versetzte Nebenleistung, durch den Leistungsvermittler in Kontakt. Die Wahrnehmungspunkte für den Leistungsabnehmer sind somit die eigentliche Sachleistung (am Ort des Vermittlers), die leistungsvermittelnde Person, der Vermittlungsort und der Vermittlungsprozess selbst. Bei der Vermittlungsleistung selbst handelt es sich um eine Dienstleistung.²³² Mit der Vermittlungsleistung wird eine Zustandsänderung des Leistungsabnehmers in der Weise erreicht, dass er jene Sachleistung übertragen bekommt, die ihm den ursprünglichen Nutzen, den er mit dem jeweiligen Sachgut erreichen will, liefert.

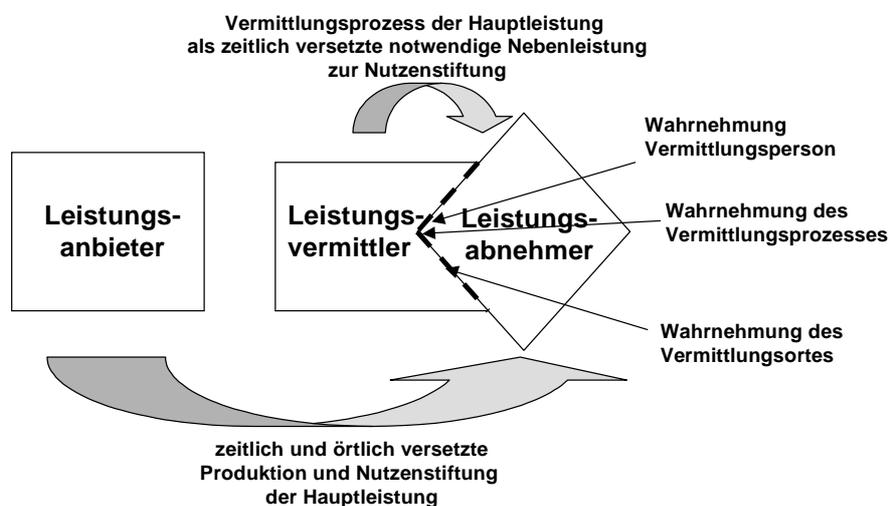


Abbildung 5.1: Darstellung der Wahrnehmungspunkte einer Sachleistung zur Nutzenstiftung

Erfolgt die Nutzenstiftung durch die Inanspruchnahme von Dienstleistungen, kann dies auf zweierlei Arten erfolgen: Entweder erfolgt die Leistungserstellung in der Betriebsstätte des Leistungsanbieters, dann wird in diesem Fall von einem fixen Standort des Leistungsanbieters gesprochen (z. B. Bankleistungen, Schneiderleistungen, Krankenhausleistungen) oder die Leistungserstellung erfolgt beim Leistungsabnehmer, dann wird von einem variablen Standort des Leistungsanbieters gesprochen (z. B. Autopannenhilfe, Versicherungsleistungen, Leistungen von ambulanten Pflegediensten).

Identisch in beiden Fällen ist, dass eine zeit- und ortsgleiche Produktion und Nutzenstiftung durch die Hauptleistung stattfindet (vgl. Kapitel 2.2). Zeitlich versetzt kann auch hier in beiden Fällen eine Vermittlungsleistung als notwendige Nebenleistung vorgeschaltet sein, z. B.

²³² Vgl. Abb. 5.1

eine Terminvergabe bei einem Arzt oder Friseur, ein Beratungsgespräch bei Bankleistungen oder der Abschluss eines Pflegevertrages mit dem Pflegedienstinhaber.

Erfolgt die Leistungserstellung am Ort des Leistungsanbieters, d. h. der Leistungsabnehmer kommt zum Zwecke der Nutzenstiftung in die Betriebsstätte des Leistungsanbieters, nimmt er dort sowohl bei einer Vermittlungs- als auch bei der Leistungserstellung der Hauptleistung, die jeweiligen zur Leistungserstellung benötigten Personen, den Ort und den Prozess selbst wahr. Dabei kann es sich je nach Leistungstyp (Haupt- bzw. Nebenleistung) um unterschiedliche Personen, Orte oder Prozesse handeln. Diese Art der Wahrnehmungspunkte bei einem fixen Standort des Leistungsanbieters ist in Abbildung 5.2 dargestellt.

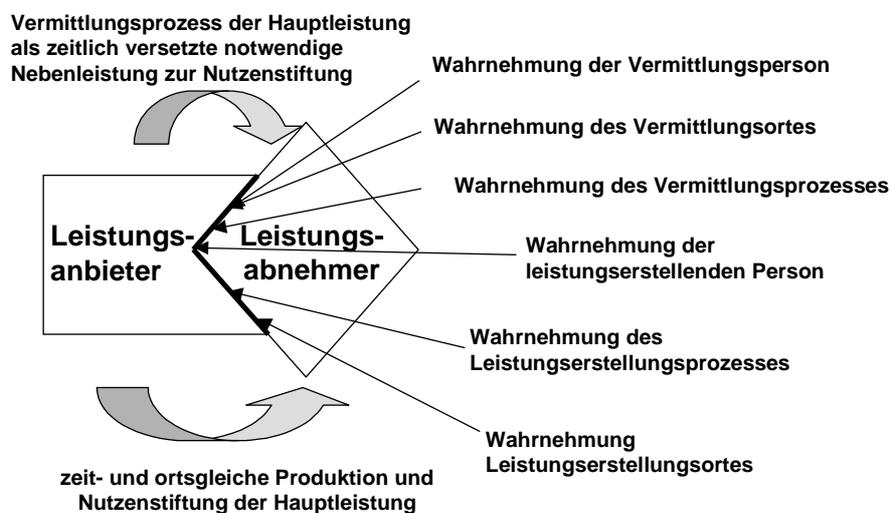


Abbildung 5.2: Darstellung der Wahrnehmungspunkte einer Dienstleistung - Standortgebundenheit der Leistungserstellung -

Erfolgt dagegen die Leistungserstellung bei dem Leistungsabnehmer selbst, ändern sich die Wahrnehmungspunkte nur insofern, als der Ort der Vermittlungs- bzw. Hauptleistung in der Wahrnehmung entfällt, bzw. in diesem Fall auf andere Gegenstände (physical facilities) des Leistungsanbieters übertragen wird. So kommen dann Personen, Fahrzeuge, Hilfsmittel und die Ausrüstung wie Taschen, Koffer und Werkzeuge des Leistungsanbieters als Wahrnehmungsgegenstände zum Tragen. Diese Situation wird in Abbildung 5.3 wiedergegeben.

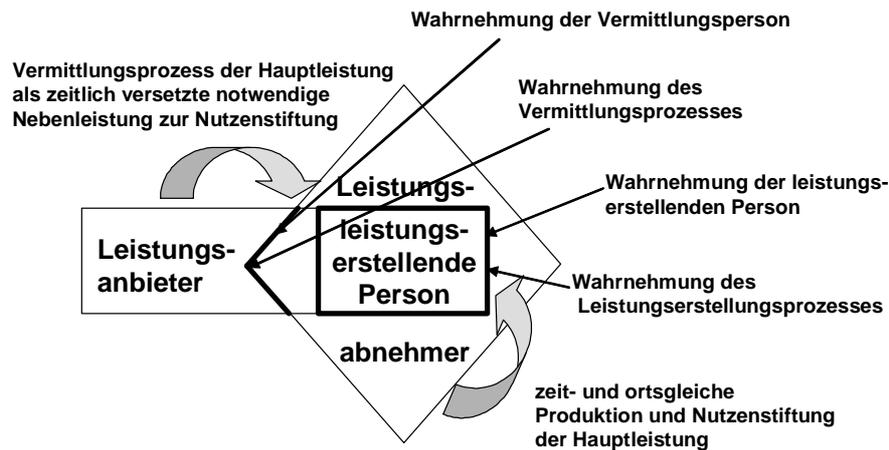


Abbildung 5.3: Darstellung der Wahrnehmungspunkte einer Dienstleistung - Standortungebundenheit der Leistungserstellung -

Die Darstellung der Wahrnehmungspunkte und damit verbundenen Wahrnehmungen macht deutlich, dass diese entscheidend für die Gesamtbeurteilung einer Dienstleistung sind. Daher erscheint eine Erweiterung der Marketinginstrumente gerade für Dienstleistungen als sinnvoll und wird auf den Betriebstyp ambulanter Pflegedienst angewendet. Eine Zusammenstellung der Marketinginstrumente für die weitere Arbeit erfolgt überwiegend nach BOOMS/BITNER (1981), MAGRATH (1986) und Bieberstein (1998).²³³

²³³ Vgl. Tab. 5.3; MAGRATH (1986); BIEBERSTEIN (1998); BOOMS/BITNER (1981).

Tabelle 5.3: Zusammenstellung der Marketinginstrumente mit ihren Teilinstrumenten

Leistungspolitik	<ul style="list-style-type: none"> • Leistungsinnovation • Leistungsgestaltung • Markierung • Leistungsmodifikation • Leistungselimination • Servicepolitik • Leistungsprogrammpolitik
Distributionspolitik	<ul style="list-style-type: none"> • Festlegung der Absatzwege • Entscheidungen zum Standort mit überwiegend betrieblichen Interessen • Entscheidungen zur Marketinglogistik
Kontrahierungspolitik	<ul style="list-style-type: none"> • Preispolitik • Rabattpolitik • Zahlungsbedingungen • Lieferbedingungen
Kommunikationspolitik	<ul style="list-style-type: none"> • Werbung • Verkaufsförderung • Öffentlichkeitsarbeit • Corporate Communications • Corporate Behavior • Persönlicher Verkauf • Sponsoring • Event-Marketing • Product Placement • Messen und Ausstellungen
Personalpolitik ²³⁴	<ul style="list-style-type: none"> • Personalbeschaffung • Personalentwicklung • Personalbindung • Personaleinsatz • Personalerscheinung • Personalbeurteilung • Interne Kommunikation • Externe Kommunikations-Instrumente mit interner Wirkung • Corporate Behavior
Ausstattungspolitik	<ul style="list-style-type: none"> • Erreichbarkeit des Dienstleistungsbetriebes • Räumliches Erscheinungsbild in der Öffentlichkeit • Corporate Design
Prozesspolitik	<ul style="list-style-type: none"> • Leistungsbereitschaft • Leistungserstellungsprozess • Kontrolle der Leistungsbereitschaft und des LEP

5.3 Grundlagen zur Gestaltung der Marketinginstrumente

Betriebsleitlinien – synonym: Betriebsphilosophie, Leitbild - stellen die Basis für alle nach innen und außen gerichteten Marketingaktivitäten dar. Sie beinhalten die allgemeinen Zielvorstellungen und Werte des Betriebes und stellen die Ausgangsbasis des betrieblichen Zielsystems dar.²³⁵ Die Betriebsleitlinien bilden die Grundlage für die Corporate Identity eines

²³⁴ Die Teilinstrumente der Personalpolitik treffen für alle internen und externen Mitarbeiter eines ambulanten Pflegedienstes zu, da fast alle Mitarbeiter mit den Leistungsabnehmern in Kontakt kommen bzw. kommen können.

²³⁵ BIEBERSTEIN (1998), S.131

Dienstleistungsbetriebes, bei der es um die geplante (Selbst-) Darstellung des Betriebes nach innen und außen geht.²³⁶ Die Schaffung einer Corporate Identity ist für Dienstleistungsanbieter von großer Bedeutung, da sie für die Leistungsabnehmer und die Mitarbeiter ein Grundgefühl der Sicherheit und des Vertrauens schafft.²³⁷

Die Überführung der Leitideen in operative Marketing-Ziele verläuft in mehreren Schritten. Wie diese unterschiedlichen Zielebenen miteinander verbunden sind und wo die Marketingziele verankert sind, stellt Abbildung 5.4 dar.

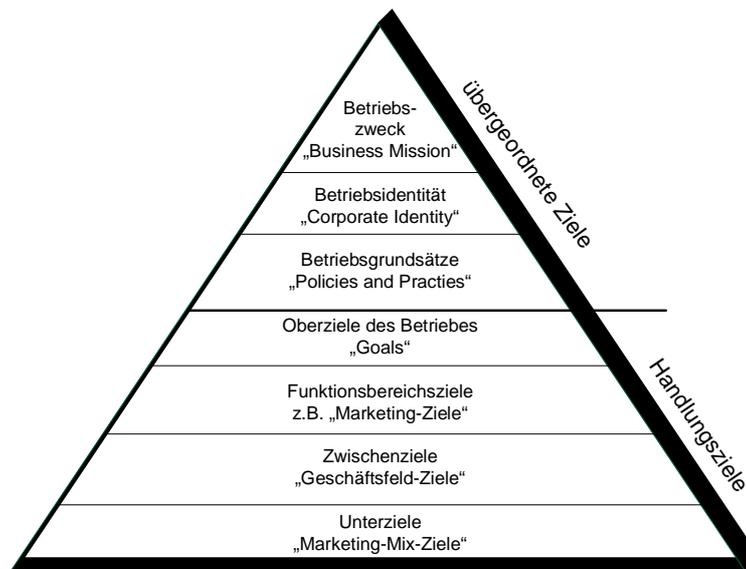


Abbildung 5.4: Beispiel einer Zielpyramide²³⁸

Marketingziele sind ökonomisch und psychographisch ausgerichtet sein. Dabei knüpfen die ökonomischen Ziele an die Erwerbsziele des Betriebes an, während die psychographischen Ziele mehr auf die mentalen (kognitiven, affektiven, konativen) Prozesse und Reaktionen der Leistungsabnehmer gerichtet sind.²³⁹

Eine weitere Grundlage, die zu Beginn des Marketings geklärt werden sollte, ist die Leistungsqualität. Dies trifft besonders für die Leistungsgestaltung zu. Qualitätsansprüche der Zielgruppen müssen erfasst und die für die Zielgruppen geeignet erscheinende Leistungsqualität festgelegt und in konkrete Gestaltungs- und Leistungselemente umgesetzt werden. Die Qualitätsansprüche der Zielgruppen ergeben sich aus den jeweiligen, individuellen, menschlichen Bedürfnissen, die mit der Inanspruchnahme der Leistungen befriedigt werden sollen. Je nach Anforderungsniveau der Leistungsabnehmer werden von diesen bestimmte Qualitätsansprüche an die Leistungen gestellt. Diese Qualitätsansprüche werden in Quali-

²³⁶ BIEBERSTEIN (1998), S.132

²³⁷ BIEBERSTEIN (1998), S.132

²³⁸ MEFFERT (1995B), S.69

²³⁹ MEFFERT (1995B), S.74f.; BIEBERSTEIN (1998), S.138

tätserwartungen überführt, in dem das Image des Leistungsanbieters sichtbar gemacht wird. Ist ein Leistungsabnehmer der Meinung, dass seine Qualitätserwartung von diesem Betrieb erfüllt wird, wird er die Leistungen nachfragen und in Anspruch nehmen. Während der Leistungserstellung, im Leistungserstellungsprozess, vergleicht er dann seine Erwartungen mit dem tatsächlich Erlebten bzw. Wahrgenommenen.²⁴⁰ Der Betrieb muss daher versuchen, seine Leistungen bzgl. Außendarstellung und Durchführung so zu konzipieren, dass ein hohes Maß an Übereinstimmung zwischen den Erwartungen und dem tatsächlichen Empfinden der Leistungsabnehmer eintritt. Je nach Zufriedenheit des Leistungsabnehmers wird dieser dem Betrieb treu bleiben und ihn weiterempfehlen oder er wird sich abwenden und ihn ggf. nicht weiterempfehlen.²⁴¹ Die Weiterempfehlung durch einen zufriedenen Leistungsabnehmer ist für einen Dienstleistungsbetrieb die effektivste und kostengünstigste Variante, seine Leistungen den potentiellen Leistungsabnehmern anzutragen.

Zur Qualitätsbeurteilung der Leistungen in der Potential-, Leistungserstellungs- und Ergebnisphase durch den Leistungsabnehmer spielt das Image des Betriebes eine wesentliche Rolle. Die Gesamtqualität einer Leistung setzt sich aus den Teilqualitäten der einzelnen Phasen zusammen, die wiederum durch bestimmte Faktoren gekennzeichnet sind. In der Potentialphase einer Dienstleistung gehen nicht nur die Eigenschaften des Leistungsanbieters ganz wesentlich die Potentialqualität mit. Sondern auch die Eigenschaften des Leistungsnachfragers wesentlich in die Potentialqualität ein, sondern auch die Eigenschaften des Leistungsnachfragers.

Der Leistungsanbieter stellt seine Potentialqualität in Art und Intensität durch die eingesetzten Potentialfaktoren dar.²⁴² Dies geschieht durch die Gestaltung und Ausstattung der Räume, Gegenstände und Personen, mit denen die Leistungsabnehmer in Kontakt kommen bzw. der Betrieb sich in der Öffentlichkeit präsentiert.²⁴³ Der Leistungsnachfrager beeinflusst die Qualität durch seine Erfahrungen und Individualisierungswünsche in Form des Integrationspotentials. Dabei wirken die physischen, intellektuellen und emotionalen Einstellungen mit und können sich positiv, negativ oder neutral auf die Dienstleistungsqualität auswirken. Gerade bei personenintensiven Dienstleistungen hängt die Dienstleistungsqualität sehr stark von den quantitativen und qualitativen Beiträgen des externen Faktors im Leistungserstellungsprozess ab.²⁴⁴

Die nächste Stufe ist die Leistungserstellungsphase, in der die Potentiale des Leistungserstellers und des –abnehmers die Prozessqualität beeinflussen. Dabei bestimmt die Wechselwirkung zwischen dem Kontaktpersonal und den Leistungsabnehmern in besonderem

²⁴⁰ BIEBERSTEIN (1998), S.189

²⁴¹ BIEBERSTEIN (1998), S.190

²⁴² Vgl. hierzu das Marketinginstrument Ausstattungspolitik

²⁴³ BIEBERSTEIN (1998), S.201

²⁴⁴ BIEBERSTEIN (1998), S.202

Maße die Prozessqualität. Somit müssen nicht nur die reine Phase der Leistungserstellung, sondern auch die Interaktion zwischen den Mitarbeitern und den Leistungsabnehmern geplant und gestaltet werden. Dazu ist es notwendig, dass für diese Interaktionen die Mitarbeiter geschult und motiviert werden.²⁴⁵

In der Ergebnisqualität werden die Folgen bzw. Wirkungen des Leistungserstellungsprozesses sichtbar bzw. spürbar. So wird das Ergebnis z. B. als saubere Wohnung gesehen oder als Schmerzlinderung empfunden. Je nach Leistungsart bleiben die Wirkung oder die Folgen des Leistungserstellungsprozesses dauerhaft erhalten, verfallen nach einiger Zeit wieder und müssen dann erneuert bzw. wieder erstellt werden oder werden erst nach mehrmaliger Leistungserstellung erreicht.²⁴⁶

Diese Grundlagen gilt es bei der Gestaltung der Marketinginstrumente zu berücksichtigen.

²⁴⁵ BIEBERSTEIN (1998), S.202; vgl. hierzu das Marketinginstrument der Personalpolitik

²⁴⁶ Vgl. hierzu Abb. 2.6

6 Marketinginstrumente: Definition, Ziele, Übertragung auf ambulante Pflegedienste

Mit jedem Marketinginstrument verfolgt der Dienstleistungsbetrieb bestimmte aus dem Zielsystem abgeleitete Ziele, die erreicht werden sollen.²⁴⁷

Die in Kapitel fünf erarbeiteten Marketinginstrumente werden definiert und in ihren Zielen beschrieben. Anschließend erfolgt ein detaillierter Überblick über das jeweilige Marketinginstrument und dessen weitere Differenzierungsmöglichkeiten in Teilinstrumente.

Auf der Grundlage der in Kapitel zwei erarbeiteten Differenzierungskriterien für Dienstleistungen und den daraus abgeleiteten Leistungsmerkmalen ambulanter Pflegedienste wird für jedes Instrument überprüft, welche Teilinstrumente auf ambulante Pflegedienste übertragen werden können.

6.1 Leistungspolitik

6.1.1 Definition und Ziele der Leistungspolitik

Die Leistungspolitik²⁴⁸ beinhaltet sämtliche Entscheidungen, „[...] die sich auf die marktgerechte Gestaltung aller vom [Betrieb] im Absatzmarkt angebotenen Leistungen beziehen.“²⁴⁹

Dabei liegt das zentrale Anliegen der Leistungspolitik in der Gestaltung des Leistungsprogramms, welches auf den Leistungsabnehmernutzen abgestimmt werden muss.²⁵⁰ Sie determiniert deutlich den Einsatz der anderen Instrumente und nimmt deshalb eine gewisse Sonderstellung innerhalb des Marketing-Mixes der Instrumente ein. So erfordert z. B. eine standardisierte, objekt dominante Dienstleistung einen anderen Marketing-Mix als eine individuelle, interaktiv erbrachte Dienstleistung.²⁵¹

Leistungspolitische Ziele sind Sollzustände, welche die Zusammenstellung des optimalen Leistungsprogramms eines Betriebes bestimmen. Sie orientieren sich dabei an den Oberzielen des Betriebes und den daraus abgeleiteten Marketingzielen. Die Leistungspolitik kann ökonomische und psychographische Ziele verfolgen.²⁵²

²⁴⁷ Vgl. Abb. 5.4

²⁴⁸ Anstelle von Angebotspolitik nach BIEBERSTEIN (1998) wird im Folgenden von Leistungspolitik gesprochen.

²⁴⁹ MEFFERT (1998), S.317

²⁵⁰ BRUHN (1999), S.127

²⁵¹ BIEBERSTEIN (1998), S.180

²⁵² Vgl. Tab. 6.1

Tabelle 6.1: Ökonomische und psychographische Ziele der Leistungspolitik²⁵³

Ökonomische Ziele	Psychographische Ziele
<ul style="list-style-type: none"> • Wachstumsziele hinsichtlich Absatz, Umsatz und Gewinn, • Erhaltungsziele des Betriebes hinsichtlich Deckungsbeitrag, • Ertragsziele, • Marktanteilsziele, • Kapazitätsauslastungsziele. 	<ul style="list-style-type: none"> • Profilierungsziele im Bereich des Wettbewerbs, • Image-/Einstellungsziele lehnen sich an die Profilierungsziele an, • Bekanntheitsziele, • Kundenzufriedenheitsziele, • Kundenbindungsziele, die auch dazu beitragen die ökonomischen Ziele zu unterstützen.

Zur Erreichung der ökonomischen und psychographischen Ziele ist zu klären, welche Leistungen der Betrieb den Zielgruppen anbieten will und welcher Leistungsabnehmernutzen mit der Inanspruchnahme der Leistung erreicht werden kann bzw. soll. Der Leistungsabnehmernutzen ist der Ausgangspunkt für die Festlegung des Leistungsprogramms.²⁵⁴ Er setzt sich aus zwei Teilen zusammen: dem Grundnutzen und dem Zusatznutzen.²⁵⁵

1. Der Grundnutzen resultiert aus der Kerndienstleistung („core service“). Die Herstellung des Grundnutzens ist relativ einfach. Eine Profilierung des Betriebes wird dadurch allerdings nicht erreicht, da viele andere Dienstleistungsbetriebe diesen Grundnutzen ebenfalls erbringen können, indem sie dieselben Dienstleistungen anbieten.
2. Der Zusatznutzen („secondary service“) wird durch Serviceleistungen erreicht, die die Kerndienstleistungen ergänzen. Serviceleistungen lassen die Kernleistung in ihrer Gestaltung einzigartig aussehen. Dadurch wird die Dienstleistung nur schwer für den Kunden austauschbar. Sie sind zur Erstellung der Kerndienstleistung nicht notwendig, machen das Angebot aber attraktiver. Die Kaufentscheidung für einen Leistungsabnehmer fällt häufig erst durch den Zusatznutzen, den dieser mit dem Erwerb der Leistung gewinnt.

Welche Instrumente der Leistungspolitik gestaltet werden können, um den Leistungsabnehmernutzen und die gesteckten leistungspolitischen Ziele zu erreichen, zeigt die Zusammenstellung der Teilinstrumente der Leistungspolitik in Tabelle 6.2.

²⁵³ MEFFERT/BRUHN (2000), S.283f.; BRUHN (1999), S.28

²⁵⁴ BIEBERSTEIN (1998), S.180; MEFFERT/BRUHN (2000), S.280

²⁵⁵ MEFFERT/BRUHN (2000), S.280; BIEBERSTEIN (1998), S.183

Tabelle 6.2: Leistungspolitik: Detaillierung des Marketinginstruments²⁵⁶

Teilinstrument	Teil-Teilinstrument	Teil-Teil-Teilinstrument	Teil-Teil-Teil-Teilinstrument
Leistungsinnovation	<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung/Findung von Innovationen in der Leistungsbereitschaftsphase • Gestaltung/Findung von Innovationen in der Leistungserstellungsphase • Gestaltung/Findung von Innovationen in der Leistungsergebnisphase 		
Leistungs-gestaltung	<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung des Dienstleistungsergebnisses 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung des materiellen Trägermediums 	
Markierung	<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung der Markierungsformen/Kennzeichen • Gestaltung des Schutzes von Dienstleistungsmarken • Gestaltung der Markierung an Objekten und Trägern 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung der Wortzeichen • Gestaltung der Bildzeichen • Gestaltung der Slogans • Gestaltung der Objekte • Gestaltung der Träger 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung des Firmennamens • Gestaltung der Betriebsmittel • Gestaltung des Kontaktpersonals • Gestaltung der materiellen Komponenten
Leistungs-modifikation	<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung der Leistungsvariation • Gestaltung der Leistungs-differenzierung 		
Leistungs-elimination			
Servicepolitik	<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung der Serviceleistungen • Gestaltung der Garantieleistungen 		
Leistungs-programmpolitik	<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung der Programmtiefe • Gestaltung der Programmbreite 		

²⁵⁶ Zusammenstellung nach: BIEBERSTEIN (1998)

6.1.2 Überprüfung der bei ambulanten Pflegediensten zur Anwendung kommenden Instrumente der Leistungspolitik

- Leistungsinnovation

Innovationen bedeuten die Entwicklung und Einführung neuer Leistungen in das Leistungsprogramm eines Betriebes. Sie können als Betriebs- oder Marktneuheiten auftreten. Leistungsinnovationen dienen der Erhaltung des Betriebes in der Dynamik des Umweltgeschehens. Die Erhaltung kann sowohl durch den Absatz neuer Leistungen als auch durch die Steigerung der Erträge erfolgen. Weiterhin kann sie der Profilierung des Dienstleistungsbetriebes am Markt dienen, die sich in der Kundenbindung oder im Schaffen von Aufmerksamkeit für potentielle Leistungsabnehmer auf den Betrieb niederschlägt.²⁵⁷

Leistungsinnovationen sind unabhängig vom Betriebstyp und von seinen Leistungsmerkmalen. Das Instrument Leistungsinnovation dient lediglich der Suche nach neuen Leistungsangeboten, nicht aber deren Gestaltung und Präsentation. Bei der Auswahl der Leistungen ist zu berücksichtigen, dass der angestrebte Leistungsabnehmernutzen eher durch die Potential-, die Prozess- oder die Ergebnisphase erreicht wird, und damit in der Leistung mehr Bereitschafts-, Prozess- oder Ergebnisdominanz vorliegt.²⁵⁸ Innovationen können sich bei ambulanten Pflegediensten auf alle drei Dienstleistungsphasen erstrecken, z. B. durch Bereithaltung eines Friseurs in der Potentialphase, durch die Anwendung neuer Handgriffe/Techniken beim Verbinden in der Prozessphase oder als ausgefüllte Formulare für Behörden in der Ergebnisphase.

- Leistungsgestaltung

Durch die Art und Weise der Leistungsgestaltung sollen die Ansprüche der Leistungsabnehmer befriedigt werden, um dadurch eine Bindung an den Betrieb zu erreichen.²⁵⁹ Dies soll durch die Speicherung auf ein materielles Trägermedium wie z. B. CD, DVD oder Video erreicht werden.²⁶⁰ Die Leistungsmerkmale der Leistungen ambulanter Pflegedienste lassen keine materielle Speicherung ihrer Leistungen zu, da sie eine aktive Integration des externen Faktors erfordern, überwiegend personengerichtet sind und persönlich-interaktiv erbracht werden. Ferner sind die Leistungen sehr personalintensiv und oft personengebunden.

²⁵⁷ BIEBERSTEIN (1998), S.182; MEFFERT/BRUHN (2000), S.300f.

²⁵⁸ BIEBERSTEIN (1998), S.185

²⁵⁹ BIEBERSTEIN (1998), S.206; Die Aspekte des Leistungspotentials und der Leistungsbereitschaft sowie die des Leistungserstellungsprozesses werden in dem Instrument Prozesspolitik beschrieben. Die Markierung von Dienstleistungsangeboten wird in dem Teilinstrument Markierung abgehandelt.

²⁶⁰ BIEBERSTEIN (1998), S.229

- Markierung

Die Markierung von Leistungen dient der Profilierung des Betriebes und der Unterscheidung von Leistungen anderer Anbieter am Markt. Markierung kommt für ambulante Pflegedienste wie auch für alle anderen Betriebe zum Tragen.

Eine Dienstleistungsmarke kann die Wiedererkennung fördern, beim Leistungsabnehmer Präferenzen erzeugen und damit eine Bindung zum Betrieb aufbauen. Die Dienstleistungsmarke stellt als visuelles Kommunikationsmittel einen Beitrag auf Grund des Bekanntheitsgrades und des Images zum Aufbau der Corporate Identity²⁶¹ dar.²⁶² Wichtigstes Element der Markierung von Dienstleistungen im Dienstleistungsmarketing ist der Firmenname. Je standardisierter eine Dienstleistung ist und je austauschbarer sie dadurch wird, desto mehr sind die Betriebe auf eine Markierung ihrer Leistungen angewiesen.²⁶³

Dienstleistungsmarken unterliegen dem Warenzeichengesetz und können beim Deutschen Patentamt eingetragen werden, sofern es sich um Marken institutioneller Anbieter handelt. Das Warenzeichengesetz ist ein Immaterialgüterrecht, wodurch die Dienstleistungsmarke mittels einer Lizenz auch anderen Betrieben überlassen werden kann, wie z. B. innerhalb eines Franchisesystems, das auch bei ambulanten Pflegediensten zum Einsatz kommt.²⁶⁴

Markierungen können auch über ein Qualitätskennzeichen erfolgen. Vor dem Kauf einer Dienstleistung suchen Leistungsabnehmer zur Risikominimierung nach Qualitätsinformationen über das Leistungsangebot und den Leistungsanbieter. Zur Orientierung werden zuverlässige Kriterien benötigt, welche die Qualitätsinformationen bzgl. des Betriebs und der Leistungen widerspiegeln. Qualitätsinformationen können aufgrund von Begutachtungen durch neutrale Stellen bezogen und durch Qualitätskennzeichen dokumentiert werden. Betriebe können sich einer solchen Qualitätsprüfung durch neutrale Stellen unterziehen und erhalten bei Erfolg ein Zertifikat. Eine solche Qualitätskennzeichnung erlaubt es den Leistungsabnehmern, sich einen Überblick über die zu erwartende Qualität zu verschaffen.²⁶⁵

²⁶¹ „Corporate Identity ist die gezielte Prägung aller kommunikativen Maßnahmen eines [Betriebes] nach Innen und Außen. CI bewirkt eine Übereinstimmung über ein positives Erscheinungsbild, sowohl aus der Sicht des [Betriebs], als auch aus der Sicht der Öffentlichkeit.“ www.net-lexikon.de; Ziel der CI ist die Verbesserung der Leistungsfähigkeit, der Identität und des Images. www.ci-akademie.de

²⁶² BIEBERSTEIN (1998), S.231

²⁶³ BIEBERSTEIN (1998), S.238f.

²⁶⁴ BIEBERSTEIN (1998), S.233

²⁶⁵ BIEBERSTEIN (1998), S.239f.

- Leistungsmodifikation

Leistungsmodifikation bedeutet die Variation oder Differenzierung von bereits auf dem Markt angebotenen Leistungen eines Betriebes. Von Leistungsvariation wird gesprochen, wenn Leistungsmerkmale einer Leistung nach deren Einführung verändert werden, so dass das geänderte Leistungsangebot das bestehende ersetzt.

Leistungsdifferenzierung dagegen bedeutet, dass das bestehende Leistungsangebot im Hinblick auf die Ansprüche anderer Zielgruppen ergänzt wird, wodurch neue Zielgruppen für den Betrieb erschlossen werden können.²⁶⁷

Durch Modifikationen soll eine Kundenbindung erreicht werden, die sich auf Grund von

- veränderten und/oder neuen Kundenansprüchen (veränderter Wertewandel, steigende Qualitätsansprüche),
- neuen technologischen Entwicklungen (Erhaltung der Wettbewerbsfähigkeit),
- rechtlichen Rahmenbedingungen (Ausbleiben von Vergütungen, Verfall der Betriebs-erlaubnis) ergibt.²⁶⁸

Ein weiteres Ziel ist das Konkurrieren mit neuen Anbietern auf dem Markt, die evtl. ähnliche Leistungen schon im Angebot haben. Modifikationen können aber auch zu Kostensenkungsmaßnahmen im eigenen Betrieb führen, um Kapazitäten einzusparen oder diese effektiver einzusetzen.

Während Leistungsvariationen vorwiegend Verbesserungen im Leistungspotential und in der Leistungserstellung im Blick haben, bedeuten Leistungsdifferenzierungen eine zusätzliche Aufnahme von Leistungen in das Angebotsspektrum in Form von entgeltpflichtigen Zusatzleistungen. Differenzierungen führen zu einer Ausweitung des Leistungsprogramms, Variationen sind dagegen meist mit der Elimination von Leistungen verbunden, da sich aus der Variation meist neue Leistungen ergeben, die die vorherigen ersetzen.²⁷⁰

Ambulante Pflegedienste agieren in einem sehr festgelegten Leistungsspektrum, so dass für Leistungsmodifikationen nur sehr wenig Spielraum bleibt. Leistungsdifferenzierungen bieten ambulanten Pflegediensten aber die Möglichkeit, neue Zielgruppen zu gewinnen.

²⁶⁶ BIEBERSTEIN (1998), S.244

²⁶⁷ BIEBERSTEIN (1998), S.183

²⁶⁸ BIEBERSTEIN (1998), S.244

²⁶⁹ BIEBERSTEIN (1998), S.244

²⁷⁰ BIEBERSTEIN (1998), S.244

- Leistungselimination

Leistungselimination bedeutet das Entfernen von Leistungen oder Leistungsteilen aus dem Leistungsangebot eines Betriebes. Bestehende Leistungen werden systematisch nach solchen durchsucht, die für den Betrieb nicht mehr zieladäquat sind.

Entscheidungskriterien zur Elimination können quantitativer oder qualitativer Art sein. Quantitative Kriterien werden aus den Daten des betrieblichen Rechnungswesens, wie z. B. sinkende Umsätze, sinkender Marktanteil, sinkende Deckungsbeiträge etc., gewonnen. Qualitative Kriterien können aus geänderten Ansprüchen der Nachfrager, geänderten gesetzlichen Rahmenbedingungen oder auch aus negativen Testberichten stammen.²⁷¹ Bei der Entscheidung zur Elimination sollten mehrere Kriterien mit einfließen. Auch Folgewirkungen für die betriebliche Zukunft müssen bei der Entscheidung Berücksichtigung finden. Ferner ist zu überprüfen, ob die Elimination Kapazitäten freigibt, die für andere Leistungen genutzt werden können oder die ebenfalls eliminiert werden müssen, wie z. B. Mitarbeiter, die für diese Leistungen zuständig sind.²⁷²

Durch die gesetzlichen Regelungen wie Versorgungsvertrag und Vergütungsvereinbarung haben ambulante Pflegedienste keine Möglichkeit der Elimination von Leistungen aus den gesetzlichen Leistungskatalogen, wohl aber bei Leistungen, die sie außerhalb dieser Kataloge in ihr Programm aufgenommen haben, wie z. B. Botengänge, Friseurleistungen etc. Bei solchen Zusatzleistungen außerhalb des Pflichtprogramms können die ambulanten Pflegedienste nach Sichtung der Kriterien entscheiden, ob sie diese Leistungen in der jetzigen Form weiter im Programm anbieten möchten oder sie aus dem Programm streichen.

- Servicepolitik

Serviceleistungen, z. B. Tischreservierung in einem Restaurant, kostenloses Kinoprogramm während eines Langstreckenfluges, sind dem Leistungsabnehmer gewährte Leistungen, die den Absatz der Haupt- bzw. Kernleistung fördern sollen, diesem aber nicht direkt in Rechnung gestellt werden. Serviceleistungen können in allen drei Phasen des Leistungserstellungsprozesses positioniert werden. Sie stellen für den Leistungsabnehmer einen Zusatznutzen dar.

Garantieleistungen werden als Versprechen des Leistungsanbieters eingesetzt, um bei evtl. auftretenden Qualitätsmängeln einen Ausgleich zu schaffen. Mit den Garantieleistungen übernimmt der Leistungsanbieter einen Teil des Kaufrisikos und vermittelt den Leistungsabnehmern so Sicherheit beim Erwerb der Leistung. Dies gilt im Speziellen auch für potentielle

²⁷¹ BIEBERSTEIN (1998), S.245

²⁷² BIEBERSTEIN (1998), S.245

Leistungsabnehmer.²⁷³ Garantieleistungen werden überwiegend bei Sachleistungen eingesetzt. Für Dienstleistungen treffen sie eher weniger zu.²⁷⁴

Auf dem Dienstleistungsmarkt finden sich kaum Dienstleistungsangebote, die keine weiteren Serviceleistungen beinhalten. So beinhaltet das Kernprodukt der Lufthansa nur die Transportleistung. Alle darum gruppierten Leistungen wie Check-in und Check-out, oder die Fly-and-Rail Tickets bilden die Serviceleistungen. Während bei stark individuellen, personenbezogenen Dienstleistungen solche Anpassungsleistungen an die speziellen Kundenwünsche Bestandteil der Kerndienstleistung sind, können Zusatzleistungen das Angebot von standardisierten Dienstleistungen Kunden attraktiver erscheinen lassen.²⁷⁵

Serviceleistungen bieten für ambulante Pflegedienste ein Unterscheidungsmerkmal zu den Konkurrenten dar.

- Leistungsprogrammpolitik

Die Leistungsprogrammpolitik beinhaltet die Zusammenstellung mehrerer Angebote. Dabei werden die Breite und die Tiefe des Angebotsprogramms bestimmt.²⁷⁶ Die Leistungsbreite (breites/enges Programm) bezieht sich auf die Anzahl der unterschiedlichen Leistungsgruppen und -arten. Die Leistungsprogrammtiefe dagegen spiegelt die verschiedenen Leistungserstellungsvarianten (tiefes/flaches Programm) wider. Als Fachprogramm wird ein breites und flaches Programm bezeichnet, während ein Spezialprogramm sich durch wenige Dienstleistungsarten auszeichnet, die vielfach miteinander variiert werden können.²⁷⁷ Innerhalb der Leistungsprogrammpolitik werden auch Entscheidungen zur Make-or-Buy-Politik (Leistungspotential wird selbst vorgehalten oder durch einen anderen Betrieb hinzugekauft) getroffen.

Programmpolitische Entscheidungen beinhalten neben der Programmgestaltung auch dessen Beurteilung. In regelmäßigen Abständen kann anhand von Kennziffern überprüft werden, ob die Programmstruktur noch stimmt oder ob es eliminierungsverdächtige Angebote gibt.²⁷⁸

Zugelassene ambulante Pflegedienste haben aufgrund ihrer Verträge mit den Kranken- und Pflegekassen strikte Vorgaben zu ihren im Angebot befindlichen Leistungen. Eliminationen sind nicht möglich, auch wenn sie sich für den ambulanten Pflegedienst als unwirtschaftlich erweisen. Sie sind zur Bereitstellung dieser Leistungen per Gesetz verpflichtet.

²⁷³ BIEBERSTEIN (1998), S.249ff.

²⁷⁴ BIEBERSTEIN (1998), S.246

²⁷⁵ BIEBERSTEIN (1998), S.246f.

²⁷⁶ BIEBERSTEIN (1998), S.183

²⁷⁷ BIEBERSTEIN (1998), S.255

²⁷⁸ BIEBERSTEIN (1998), S.256f.

6.2 Distributionspolitik

6.2.1 Definition und Ziele der Distributionspolitik

Die Distributionspolitik beinhaltet sämtliche „[...] Entscheidungen und Handlungen, welche die Übermittlung von [...] immateriellen Leistungen vom [Leistungsanbieter] zum [Leistungsabnehmer] und damit von der Produktion zur Konsumtion [...] betreffen.“²⁷⁹ Diese Entscheidungen betreffen:

- die Art und Ausgestaltung der Absatzwege, inkl. der Art und Anzahl der einzuschaltenden Absatzorgane,
- den betrieblichen Standort und
- die transport- und lagerpolitischen Maßnahmen.²⁸⁰

Distributionspolitische Ziele können ökonomisch, bezogen auf den Gelderfolg, versorgungsorientiert, primär bezogen auf die Distribution der eigentlichen Dienstleistungen, oder psychologisch, bezogen auf die Leistungsanrechte sein.²⁸¹ Sie richten sich sowohl an die Endabnehmer als auch an die Absatzmittler. Distributionsziele erfüllen zusätzlich für den Betrieb logistische und akquisitorische Funktionen.²⁸² Tabelle 6.3 zeigt eine Zusammenstellung der o. g. Zielorientierungen von distributionspolitischen Zielen.

Tabelle 6.3: Zielorientierung distributionspolitischer Ziele²⁸³

ökonomische Ziele	versorgungsorientierte Ziele	psychographische Ziele
<ul style="list-style-type: none"> • Erhöhung von Absatzmengen, • Sicherstellung von Deckungsbeiträgen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Erhalt bzw. Steigerung des Distributionsgrades,²⁸⁴ • Erhöhung der Lieferbereitschaft und Lieferzuverlässigkeit. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sicherstellung eines guten Vertriebsimages (Verlässlichkeit des Leistungsanbieters), • Sicherstellung einer hohen Qualifikation der Beratung, • Erhalt bzw. Erhöhung der Kooperationsbereitschaft anderer Kontaktgruppen, • Beeinflussbarkeit und Kontrollierbarkeit des Absatzkanals.

Aufgrund der konstitutiven Merkmale von Dienstleistungen (Immaterialität, permanente Vorhaltung der Leistungsbereitschaft, Integration des externen Faktors)²⁸⁵ ergeben sich Besonderheiten für die Distributionspolitik, die vorwiegend die Dienstleistungsproduktion auf Vorrat und deren Lagerhaltung betreffen. In der Gestaltung der distributionspolitischen Instrumente

²⁷⁹ MEFFERT (1998), S.582; vgl. auch MEFFERT/BRUHN (2000), S.435

²⁸⁰ BIEBERSTEIN (1998), S.265

²⁸¹ BIEBERSTEIN (1998), S.163ff.

²⁸² BRUHN (1999), S.250

²⁸³ BRUHN (1999), S.250; MEFFERT (1998), S.583f.; Anmerkung: es sind nur solche Ziele ausgewählt, die auf die Dienstleistungen von ambulanten Pflegediensten zutreffen.

²⁸⁴ Anteil der Absatzmittler, die die Leistungen während eines bestimmten Zeitraumes oder zu einem bestimmten Zeitpunkt vertreiben.

²⁸⁵ Vgl. Ergebnisse von Kap. 2

müssen nicht nur die eigentlichen Dienstleistungen - der Leistungserstellungsprozess -, sondern auch die Leistungsrechte berücksichtigt werden.²⁸⁶ Leistungsabnehmer können ein Anrecht auf Dienstleistungen erwerben, die zu einem späteren Zeitpunkt eingelöst werden, wie z. B. Kino- oder Konzertkarten. Solche Leistungsversprechen können auf materiellen Trägermedien, die dann in die Distribution kommen, hinterlegt werden.²⁸⁷ Tabelle 6.4 zeigt die Zusammenstellung der distributionspolitischen Instrumente.

Tabelle 6.4: Distributionspolitik: Detaillierung des Marketinginstruments²⁸⁸

Teilinstrument	Teil-Teilinstrument	Teil-Teil-Teilinstrument
Entscheidungen über Absatzwege	<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung des direkten Absatzes • Gestaltung des indirekten Absatzes 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung der Absatzhelfer • Gestaltung des Absatzes der eigentlichen Dienstleistungen • Gestaltung der Absatzmittler • Gestaltung des Absatzes der Leistungsrechte
Entscheidungen zum Standort mit überwiegend betrieblichen Interessen	<ul style="list-style-type: none"> • Entscheidungen zur Struktur • Entscheidungen zum Umfeld • Entscheidungen zur Konkurrenz • Entscheidungen zur Erreichbarkeit • Entscheidungen zum Raum 	
Entscheidungen zur Marketinglogistik		

6.2.2 Überprüfung der in ambulanten Pflegediensten zur Anwendung kommenden Instrumente der Distributionspolitik

- Entscheidungen über Absatzwege

Mit der Festlegung der Absatzwege bestimmt der Dienstleistungsbetrieb, auf welche Weise seine Leistungen zu den jeweiligen Leistungsabnehmern gelangen sollen.

Direkter Absatz der Leistungen bedeutet das Treffen von Entscheidungen zum Absatz der Leistungen direkt zum Leistungsabnehmer oder durch den Einsatz von Absatzhelfern.²⁸⁹

Direkter Absatz findet überwiegend bei personengebundenen Dienstleistungen Anwendung, die nicht konservierbar gemacht werden können.

Indirekter Absatz bezieht in die distributiven Entscheidungen Absatzmittler mit ein.²⁹⁰ Absatzmittler setzen häufig selbst distributionspolitische Instrumente zum Absatz der eingekauften Leistungen ein.²⁹¹ Wurden Dienstleistungen konserviert und auf ein materielles Träger-

²⁸⁶ BIEBERSTEIN (1998), S.163

²⁸⁷ BIEBERSTEIN (1998), S.266

²⁸⁸ Zusammenstellung nach BIEBERSTEIN (1998)

²⁸⁹ WEIS (1993), S.32; MEFFERT/BRUHN (1995), S.582

²⁹⁰ WEIS (1993), S.288/304

²⁹¹ MEFFERT/BRUHN (1995), S.582

medium übertragen, werden sie durch den Einsatz von Absatzmittlern an die Leistungsabnehmer weitervermittelt, z. B. eine Musik-CD mit Stücken eines bestimmten Interpreten.

Leistungen der ambulanten Pflegedienste werden durch die Gestaltung direkter Absatzwege vermarktet, da es sich um personengebundene Dienstleistungen handelt und ein direkter Absatz für diese Leistungen zwingend erforderlich ist.²⁹²

- Entscheidungen zum Standort mit überwiegend betrieblichen Interessen

Entscheidungen zum Standort bedingen Überlegungen zur Struktur, zum Umfeld, zur Konkurrenz, zur Erreichbarkeit des Standortes und zur Immobilie selbst, in der der Betrieb seine Betriebsräume hat.

Während bei standortgebundenen Dienstleistungen der Leistungsabnehmer den Leistungsanbieter aufsucht und daher die Wahl des Standortes mit zahlreichen akquisitorischen Wirkungen verbunden ist, verhält es sich bei standortungebundenen Dienstleistungen umgekehrt: Der Betrieb muss seinen Standort so wählen, dass seine Mitarbeiter die tatsächlichen wie auch potentiellen Leistungsabnehmer über möglichst kurze Wege erreichen.²⁹³

Im standortgebundenen Dienstleistungsbereich dominieren eher ertragsorientierte Standortfaktoren. Für Dienstleistungsbetriebe, die standortungebundene Leistungen anbieten, treten eher kostenorientierte Standortfaktoren in den Vordergrund, wie z. B. die Raumkosten für Miete.²⁹⁴

Bei ambulanten Pflegediensten müssen diese Entscheidungen aus der Sicht von standortungebundenen Leistungen getroffen und gestaltet werden. Ebenso ist zu berücksichtigen, dass der ambulante Pflegedienst nur ein bestimmtes Gebiet versorgen darf.²⁹⁵

- Entscheidungen zur Marketinglogistik

Marketinglogistik bedeutet „[...]“, dass die richtigen internen und externen Faktoren [zur Leistungserstellung] zum geplanten Zeitpunkt, am richtigen Ort und in der vereinbarten Qualität zur Verfügung stehen.“²⁹⁶ Für Dienstleistungen werden innerhalb der Marketinglogistik überwiegend logistische Vorbereitungsleistungen getroffen. Die eigentliche Leistungserstellung wird innerhalb der Marketinglogistik nicht berücksichtigt.²⁹⁷ Unter dem Aspekt der Vorberei-

²⁹² BIEBERSTEIN (1998), S.268

²⁹³ BIEBERSTEIN (1998), S.281

²⁹⁴ BIEBERSTEIN (1998), S.284

²⁹⁵ Vgl. Versorgungsvertrag

²⁹⁶ BIEBERSTEIN (1998), S.285

²⁹⁷ BIEBERSTEIN (1998), S.285

tungsleistungen werden die einzusetzenden Transportmittel, -zeit, -sicherheit und –kosten in die Überlegungen einbezogen.²⁹⁸

Durch die Immaterialität der Leistungen, die Notwendigkeit der Integration des externen Faktors und die Standortungebundenheit gehen die logistischen Überlegungen bei ambulanten Pflegediensten in mehrere Richtungen. Neben der fachlichen Qualifikation des internen Faktors muss zusätzlich die personelle Leistungsfähigkeit zum Leistungsabnehmer transportiert werden.

6.3 Kontrahierungspolitik

6.3.1 Definition und Ziele der Kontrahierungspolitik

Die Kontrahierungspolitik „[...] umfaßt alle vertraglich fixierten Vereinbarungen über das Entgelt des Leistungsangebots [Preispolitik], über mögliche Rabatte [Rabattpolitik] und darüber hinausgehende Lieferungs-, Zahlungs- und Kreditierungsbedingungen [Zahlungsbedingungen und Kreditpolitik].“²⁹⁹

Ziele der Kontrahierungspolitik sind meist preispolitische Entscheidungen, die unmittelbar das Umsatzvolumen beeinflussen und damit die unmittelbare Gelderfolgssituation des Betriebes bestimmen. Preise sind überwiegend das Ergebnis der Übereinstimmung von Angebot und Nachfrage. Die Kontrahierungspolitik – im Speziellen die Preispolitik - dient sowohl den übergeordneten Betriebszielen als auch der Verbesserung der Marktsituation.³⁰⁰

Die Kontrahierungspolitik bietet mit ihren Teilinstrumenten zahlreiche Möglichkeiten, Kaufunsicherheiten von Leistungsabnehmern zu verringern oder Anreize für die Nutzung der Leistungen zu schaffen. Gleichzeitig kann eine gleichmäßige Auslastung der Betriebskapazitäten geschaffen und die Entstehung von Leerkosten und eine Spitzenbelastung der Mitarbeiter vermieden werden.³⁰¹

Tabelle 6.5 zeigt eine Übersicht über die Teilinstrumente der Kontrahierungspolitik.

²⁹⁸ BIEBERSTEIN (1998), S.287

²⁹⁹ MEFFERT (1998), S.467; vgl. auch BIEBERSTEIN (1998), S.290

³⁰⁰ BRUHN (1999), S.169f.

³⁰¹ BIEBERSTEIN (1998), S.305

Tabelle 6.5: Kontrahierungspolitik: Detaillierung des Marketinginstrumentes³⁰²

Teilinstrument	Teil-Teilinstrument	Teil-Teil-Teilinstrument	Teil-Teil-Teil-Teilinstrument
Preispolitik	<ul style="list-style-type: none"> Gestaltung der Preishöhe 	<ul style="list-style-type: none"> Gestaltung der kostenorientierten Preisbildung Gestaltung der nachfrageorientierten Preisbildung Gestaltung der wettbewerbsorientierten Preisbildung Gestaltung der dienstleistungsspezifischen Besonderheiten der Preisbestimmung 	<ul style="list-style-type: none"> Preisnormierung Preisaushandlung Präzisierung des Leistungsangebots Preisbündelung Leistungsaufspaltung Erfolgsabhängige Preisberechnung
Sonderangebotspolitik	<ul style="list-style-type: none"> Gestaltung von Schnupperangeboten Gestaltung von Kennlernangeboten 		
Rabattpolitik	<ul style="list-style-type: none"> Gestaltung von Preisdifferenzierungen 	<ul style="list-style-type: none"> Gestaltung der zeitlichen Preisdifferenzierung Gestaltung der räumlichen Preisdifferenzierung Gestaltung der abnehmerorientierten Preisdifferenzierung Gestaltung der quantitativen Preisdifferenzierung Gestaltung sonstiger Rabattformen 	<ul style="list-style-type: none"> Gestaltung von Mengenrabatten Gestaltung von Gruppenrabatten Gestaltung von Naturalrabatten
Zahlungsbedingungs politik	<ul style="list-style-type: none"> Gestaltung der Zahlungsverpflichtungen durch Leistungsabnehmer und deren Erfüllung durch Leistungsanbieter 		
Lieferbedingungs politik	<ul style="list-style-type: none"> Gestaltung der Präzisierung der Leistungserstellung 	<ul style="list-style-type: none"> Gestaltung von Teilleistungslisten Gestaltung der Lieferbereitschaft Gestaltung der Lieferzuverlässigkeit 	

³⁰² Zusammenstellung nach BIBERSTEIN (1998) und MEFFERT/BRUHN (2000)

6.3.2 Überprüfung der in ambulanten Pflegediensten zur Anwendung kommenden Instrumente der Kontrahierungspolitik

- Preispolitik

Sie legt den Preis für eine Leistung mittels unterschiedlicher Methoden fest. Aufgabe der Preispolitik ist es, neben der zieladäquaten Gelderfolgsmaximierung eine Kombination weiterer betriebsgerichteter Zielrealisierungen zu erreichen. Dies kann die Auslastung der aufgebauten Dienstleistungskapazitäten oder die Maximierung des Marktanteils und der marktgerichteten Zielsetzungen, wie Kundenbindung, Förderung der Einführung neuer Dienstleistungen durch preispolitische Maßnahmen, und die Beeinflussung der Preisbeurteilung oder Imagewirkungen bedeuten. Erreicht werden die Ziele durch die Festlegung des Verkaufspreises. Die praktische Preisbildung selbst ist von vielen Größen abgänglich, z. B. von den betrieblichen Zielen, den betriebsspezifischen Kosten, der speziellen Nachfragesituation, der Wettbewerbssituation oder den gesetzlichen Bestimmungen.³⁰³

Durch die permanente Vorhaltung der Leistungsfähigkeit fällt für die Dienstleistungsbetriebe ein hoher Anteil an Fixkosten an, in dem die Gemeinkosten den größten Anteil bilden. Sie können meist nicht verursachungsgerecht auf die Kostenverursacher verteilt werden, so dass eine auf Kosten basierende, die Realität exakt abbildende Preisfestlegung nur schwer oder kaum möglich ist.³⁰⁴

Weitere Probleme treten bei der Festlegung von einheitlichen Preisen auf. Die Intensität des Einbezugs des externen Faktors in den Leistungserstellungsprozess wirkt sich bei stark individualisierten Dienstleistungen auf den Preis aus.³⁰⁵

Die Gestaltung der Preishöhe kann mit unterschiedlichen Methoden erfolgen: kostenorientierte Preisbildung, nachfrageorientierte Preisbildung und wettbewerbsorientierte Preisbildung. Weiterhin gibt es Methoden der Preisbestimmung, die dienstleistungsspezifische Besonderheiten berücksichtigen.

Dies gilt für alle Dienstleistungsbetriebe unabhängig von den Leistungsmerkmalen oder einem durch gesetzliche Vorgaben und Rahmenbedingungen regulierten Markt, solange die Leistungen gegen Entgelt an den Leistungsabnehmer abgegeben werden. Preispolitik trifft auch für ambulante Pflegedienste zu, die ihre Preise mit den jeweiligen Kostenträgern resp. Kostenerstattern, besonders mit den Pflegekassen, aushandeln und in der Vergütungsvereinbarung festschreiben.³⁰⁶

³⁰³ MEFFERT/BRUHN (2000), S.413f.; BIEBERSTEIN (1998), S.292

³⁰⁴ BIEBERSTEIN (1998), S.294

³⁰⁵ MEFFERT/BRUHN (2000), S.409ff.

³⁰⁶ §89 SGB XI

- Sonderangebotspolitik

Sonderangebote sind eine taktische, preispolitische Maßnahme vorwiegend des Handels und dienen der kurzfristigen Absatzsteigerung und der zeitlichen und mengenmäßigen Lenkung der Nachfrage.³⁰⁷ Bei ambulanten Pflegediensten kommt das Instrument der Sonderangebotspolitik nicht zum Einsatz, da die Preise für ihre Leistungen in den Vergütungsvereinbarungen mit den Kranken- und Pflegekassen festgeschrieben sind.

- Rabattpolitik

Rabattpolitik bedeutet z. B. eine Preisdifferenzierung für dieselben Leistungen für unterschiedliche Leistungsabnehmer oder die Preisstaffelung für Mengenabnahmen (Mengenrabatte). Preisdifferenzierungen sind unabhängig von den Leistungsmerkmalen, können aber durch gesetzliche Vorgaben und Rahmenbedingungen eingeschränkt bzw. auch verboten sein.

Rabattpolitik trifft für die Preisgestaltung in ambulanten Pflegediensten nicht zu, da für unterschiedliche Leistungsabnehmer (gesetzlich- oder privatversicherte Leistungsabnehmer) nicht unterschiedliche Preise genommen werden dürfen.³⁰⁸

- Zahlungs- und Lieferbedingungen

Zahlungs- und Lieferbedingungen legen die Zahlungsverpflichtungen des Kostenträgers und die Lieferbedingungen des Leistungsanbieters fest.³⁰⁹

Besondere Anforderungen sind mit der Gestaltung der Lieferbedingungen aufgrund der Immaterialität von Dienstleistungen verbunden. Die Leistungserstellung muss präzise durch das Aufstellen von Teilleistungslisten und die Beschreibung von Lieferbereitschaft und –zuverlässigkeit determiniert werden. Dadurch erhält der Leistungsabnehmer einen möglichst genauen Überblick über die Verrichtungsschritte und/oder die Teilleistungen. Solche möglichst genauen Beschreibungen bzw. Auflistungen der einzelnen Teilleistungen dienen zur Vermeidung von evtl. später auftretenden Auseinandersetzungen. Diese Auflistung der einzelnen Teilleistungen sollte daher im Vorfeld in den Verträgen, aber auch später in den Rechnungen erscheinen.³¹⁰

Lieferbereitschaft und Lieferzuverlässigkeit geben Auskunft darüber, wie schnell und in welchem Umfang der Betrieb auf abnehmerorientierte Lieferwünsche reagieren kann und inwie-

³⁰⁷ MEFFERT (1998), S.545

³⁰⁸ §23 Abs.1 SGB XI

³⁰⁹ MEFFERT (1998), S.576

³¹⁰ MEFFERT/BRUHN (2000), S.434

fern zugesagte Liefertermine (Leistungserstellungstermine) vom Leistungsanbieter eingehalten werden.³¹¹

Die Zahlungs- und Lieferbedingungen treffen für alle Dienstleistungsbetriebe unabhängig von den Leistungsmerkmalen ihrer Leistungen zu. Auch für ambulante Pflegedienste gibt es Zahlungs- und Lieferbedingungen, die über die Versorgungs-, Vergütungs- und die Pflegeverträge geregelt werden.

6.4 Kommunikationspolitik

6.4.1 Definition und Ziele der Kommunikationspolitik

WEIS (1993) versteht unter „[...] Kommunikationspolitik (Marketingkommunikation) den Einsatz derjenigen [Instrumente] des Marketing, die als Träger für auf den Absatzmarkt [gerichtete] Informationen eines [Betriebes] eingesetzt werden können.“³¹² Sie „[...] umfasst sämtliche [betriebs-]internen und –externen Maßnahmen, die auf affektive (zum Beispiel Motive), kognitive (zum Beispiel Kenntnisse, Einstellungen) und konative Reaktionen (zum Beispiel Kaufentscheidung) von Marktteilnehmern auf die [Betriebsleistungen] einwirken.“³¹³

Kommunikationspolitik kann die Maßnahmen für marktgerichtete (externe Kommunikation), innerbetriebliche (interne Kommunikation) und interaktive Kommunikation umfassen. Externe Kommunikation richtet sich auf den Absatzmarkt und findet zwischen den Betrieben und ihren externen Zielgruppen statt. Die interne Kommunikation betrifft die Kommunikation zwischen der Betriebsführung und den Mitarbeitern. Interaktive Kommunikation schließlich findet zwischen den leistungserstellenden Mitarbeitern und den Leistungsabnehmern statt.³¹⁴

³¹¹ BRUHN (1999), S.155

³¹² WEIS (1993), S.341

³¹³ BRUHN (1999), S.203

³¹⁴ LASSWELL (1948); vgl. auch Abb. 6.1

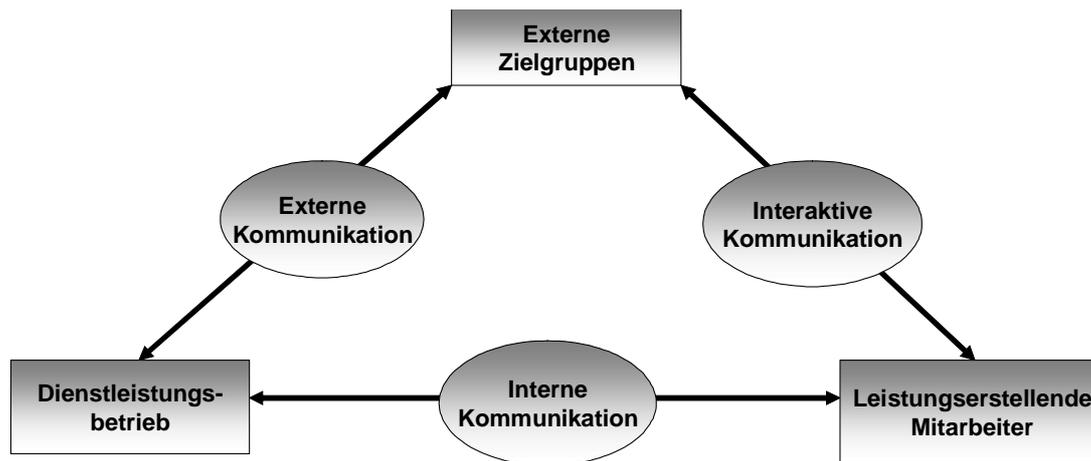


Abbildung 6.1: Erscheinungsformen der Kommunikation³¹⁵

Die Ziele im Einsatz kommunikationspolitischer Instrumente bestehen darin, immaterielle, nicht lagerfähige und nicht transportfähige Leistungen, die Leistungsbereitschaft des Leistungsanbieters und die Integration des externen Faktors sichtbar zu machen und Betriebs- und Leistungsinformationen für die Leistungsabnehmer zu visualisieren.³¹⁶ Anders ausgedrückt: Die Kommunikationspolitik hat das Ziel der Leistungsdarstellung.³¹⁷

Neben der Visualisierung der Leistungen wird mit den Instrumenten der Kommunikationspolitik die Übermittlung von gezielten Informationen über die Leistungen verstanden, um Meinungen, Einstellungen, Erwartungen und Verhaltensweisen von - potentiellen – Leistungsabnehmern zu steuern.³¹⁸ So werden lediglich die Einstellungen verschiedener Zielgruppen und deren Leistungsvorstellungen beeinflusst, die Dienstleistungen selbst werden aber weder substantiell noch funktionell durch die Instrumente der Kommunikationspolitik verändert.³¹⁹

Der Festlegung der kommunikationspolitischen Ziele kommt besondere Bedeutung zu, da sie eine zentrale Funktion der Koordination, der Steuerung, der Kontrolle und der Motivation erfüllen sollen.³²⁰ Kommunikationspolitische Ziele können in ihren Inhalten ökonomisch oder psychographisch ausgerichtet sein. Zielinhalte ökonomischer Ausrichtung beinhalten als Zielgrößen monetäre Größen, wie Gewinn, Umsatz, etc. Psychographische Kommunikationsziele setzen an den Bereichen der kognitiven, konativen und affektiven Reaktionen der Zielgruppen an. Einstellungen und Image-Bildung können aber erst dann angestrebt werden, wenn es bereits zu einer Marken- und Betriebsbekanntheit gekommen ist.³²¹

³¹⁵ Modifiziert nach BRUHN (1999), S.204

³¹⁶ MEFFERT/BRUHN (2000), S.326

³¹⁷ BRUHN (1999), S.203

³¹⁸ MEFFERT/BRUHN (2000), S.329

³¹⁹ WEIS (1993), S.341

³²⁰ MEFFERT (1998), S.599

³²¹ MEFFERT/BRUHN (2000), S.338

Tabelle 6.6 zeigt die Zusammenstellung der kommunikationspolitischen Ziele, die zielgruppenspezifisch zu formulieren sind.

Tabelle 6.6: Zielorientierung kommunikationspolitischer Ziele³²²

ökonomische Ziele	psychographische Ziele	
<ul style="list-style-type: none"> • Gewinn • Umsatz • Kosten • Marktanteile 	konsumorientiert: <ul style="list-style-type: none"> • Aktualisierung • Emotionen • Informationen 	wettbewerbsorientiert: <ul style="list-style-type: none"> • Image • Präferenzen • Differenzierung

Weiterhin besitzen die kommunikationspolitischen Instrumente folgende Funktionen:³²³

- Informationsfunktion:
Das Leistungsversprechen bietet dem Leistungsabnehmer Informationen über die geplante Qualität der Leistung. Je präziser diese Leistungen vom Dienstleistungsbetrieb beschrieben werden, desto genauer kann sich der Leistungsabnehmer ein Bild von der Leistung vor deren Erstellung machen. Der Leistungsabnehmer wird bei individuellen Leistungen mehr Informationen einholen und dabei besonderes Augenmerk sowohl auf das Leistungspotential als auch auf den Leistungserstellungsprozess legen.
- Vertrauens- und Imagefunktion:
Der potentielle Leistungsabnehmer orientiert sich bei der Wert- und Qualitätsbeurteilung einer Dienstleistung an den Inhalten der betrieblichen Kommunikation. Die Kommunikationsbotschaft muss daher eine Vertrauensbasis schaffen, durch die eine Minderung des Kaufrisikos für den Leistungsabnehmer erkennbar wird. Erreicht wird eine solche Vertrauensbasis durch den Aufbau eines positiven Betriebsimages. „Die Verankerung eines positiven [Betriebsimages] bei den relevanten Zielgruppen ist ein entscheidender Erfolgsfaktor im [Dienstleistungsmarketing].“³²⁴
- Profilierungsfunktion:
Eine starke Wettbewerbsintensität fördert diese Funktion, mit der die Vorzüge und die Einzigartigkeit gerade dieses Betriebes für die Leistungsabnehmer deutlich hervorgehoben werden. Zur Profilierung eignen sich besonders die internen Produktionsfaktoren, welche als Garant für die Vorteile und die Einzigartigkeit des Betriebes stehen (können).
- Motivationsfunktion:
Mit Hilfe der Instrumente der Kommunikationspolitik sollen die potentiellen Leistungsabnehmer zum Kauf der Leistungen motiviert werden.

³²² Zusammenstellung nach MEFFERT (1998), S.660ff.

³²³ BIEBERSTEIN (1998), S.311f.

³²⁴ BIEBERSTEIN (1998), S.310

- Integrationsfunktion:

Innerhalb der Integrationsfunktion ist darauf zu achten, dass alle Teilinstrumente der Kommunikationspolitik aufeinander abgestimmt und in sich stimmig sind. Das bezieht sich sowohl auf die inhaltlichen Aussagen als auch auf die Darstellung der Informationen. Sind alle Instrumente aufeinander abgestimmt, kann eine höhere Kommunikationswirkung erreicht werden, als wenn die Instrumente einzeln eingesetzt werden.

Bei der Gestaltung jeder Form von Kommunikation, sei sie persönlich oder unpersönlich, sprachlich, bildlich oder akustisch, sollte der Kommunikationsprozess (Paradigma der Kommunikation) nach LASSWELL berücksichtigt werden.³²⁵

Wer (Betrieb) **sagt was** (Kommunikationsbotschaft), unter **welchen Bedingungen** (Umweltsituation), über **welche** Kanäle (Medien, Kommunikationsträger), zu **wem** (Zielperson, Empfänger, Zielgruppe), unter Anwendung **welcher** Abstimmungsmechanismen (Integrationsinstrumente), mit **welchen Wirkungen** (Kommunikationserfolg)?

Tabelle 6.6 zeigt einen Überblick über die Instrumente der Kommunikationspolitik, die für den externen Markt bestimmt sind. Der Einsatz der kommunikationspolitischen Instrumente für die interne und interaktive Kommunikation wird Gegenstand des Instruments der Personalpolitik sein.

³²⁵ Vgl. LASSWELL (1948) zitiert nach: MEFFERT (1998), S.665

Tabelle 6.7: Kommunikationspolitik: Detaillierung des Marketinginstruments³²⁶

Teilinstrument	Teil-Teilinstrument	Teil-Teil-Teilinstrument	Teil-Teil-Teil-Teilinstrument
Werbung	<ul style="list-style-type: none"> Gestaltung der Werbeobjekte Gestaltung der Werbeziele Gestaltung der Anzahl der Werbenden Gestaltung der Werbezielgruppen Gestaltung der Werbeinhalte 	<ul style="list-style-type: none"> Gestaltung des Dienstleistungsbetriebes als Werbeobjekt Gestaltung der Absatzobjekte als Werbeobjekte Gestaltung von Einführungswerbung Gestaltung von Expansionswerbung Gestaltung von Erhaltungswerbung Gestaltung der Allein-/Einzelwerbung Gestaltung der Kollektivwerbung Gestaltung von Sprache Gestaltung von Text Gestaltung von Schrift Gestaltung von Bildern/Abbildungen Gestaltung von Musik Gestaltung von Handlung 	<ul style="list-style-type: none"> Gestaltung der Kerndienstleistungen Gestaltung der Zusatz- und Serviceleistungen Gestaltung der Gemeinschaftswerbung Gestaltung der Sammelwerbung
		<ul style="list-style-type: none"> Gestaltung der Werbebotschaft Gestaltung der Werbemittel Gestaltung der Werbeträger 	<ul style="list-style-type: none"> Gestaltung als informierende Werbung Gestaltung als Sympathiewerbung Gestaltung als Leitbildwerbung Gestaltung als Lifestyle-Technik Gestaltung als Testimonialwerbung Gestaltung der Werbung mit Symbolfiguren

³²⁶ Zusammenstellung nach BIEBERSTEIN (1998), MAGRATH (1986), MEFFERT/BRUHN (2000), Meffert (1998) und WEIS (1993)

Fortsetzung

Teilinstrument	Teil-Teilinstrument	Teil-Teil-Teilinstrument	Teil-Teil-Teil-Teilinstrument
Verkaufsförderung	<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung der Verkaufsförderung für Verkaufspersonen im eigenen Betrieb • Gestaltung der Verkaufsförderung für Händler • Gestaltung der Verkaufsförderung für Leistungsabnehmer 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung von Informationsmaterial/-veranstaltungen • Schulungen • Wettbewerbe • Gestaltung von Informationsmaterial/-veranstaltungen • Schulungen • Wettbewerbe • Gestaltung von Geschenken / Merchandising • Gestaltung von Preisreduktionen / Coupons • Gestaltung von Demonstrationen • Gestaltung von Wettbewerben 	
Öffentlichkeitsarbeit	<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung von leistungsbezogener Öffentlichkeitsarbeit • Gestaltung von betriebsbezogener Öffentlichkeitsarbeit • Gestaltung von gesellschaftsbezogener Öffentlichkeitsarbeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung der Informationen für Journalisten • Gestaltung von redaktionellen Beiträgen für Fachzeitschriften • Gestaltung der Informationen für Journalisten • Gestaltung von Betriebsbesichtigungen • Gestaltung von Vorträgen, Teilnahme an Podiumsdiskussionen • Gestaltung von redaktionellen Beiträgen für Fachzeitschriften 	
Corporate Communication	<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung der Werbemittel • Gestaltung der Mitarbeiter- und Kundenzeitschriften • Gestaltung der Briefbögen 		
Persönlicher Verkauf	<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung des Verkaufsgesprächs 		

Fortsetzung

Teilinstrument	Teil-Teilinstrument	Teil-Teil-Teilinstrument	Teil-Teil-Teil-Teilinstrument
Sponsoring	<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung der Art der Sponsorenleistung • Gestaltung der Anzahl der Sponsoren • Gestaltung der Arten der Sponsoren • Gestaltung des Initiators des Sponsorings • Gestaltung der Vielfalt des Sponsorings 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung des Sponsorings mit Geldmitteln • Gestaltung des Sponsorings mit Sachmitteln • Gestaltung des Sponsorings mit Dienstleistungen • Gestaltung des Exklusiv-Sponsorships • Gestaltung von Co-Sponsorships • Gestaltung von Produkt-/Leistungssponsoren • Gestaltung von Betrieben als Sponsoren • Gestaltung von Stiftungen als Sponsoren • Gestaltung des fremd-initiierten Sponsorings • Gestaltung des eigeninitiierten Sponsorings • Gestaltung des einseitigen Sponsorings • Gestaltung des vielseitigen Sponsorings 	
Event-Marketing	<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung von betriebsinternen Events • Gestaltung von betriebsexternen Events • Gestaltung von Events im Handel 		
Product Placement			
Messen und Ausstellungen			

6.4.2 Überprüfung der in ambulanten Pflegediensten zur Anwendung kommenden Instrumente der Kommunikationspolitik

- Werbung

„Unter **klassischer Werbung** wird der Prozeß der Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle sämtlicher Aktivitäten eines [Betriebes] verstanden, die dazu dienen durch die Absendung von unpersönlichen Massenkommunikationsbotschaften visueller, verbaler oder akustischer Gestaltung (Werbemittel), mittels ausgewählter Medien (Werbeträger), für deren Nutzung ein Entgelt zu entrichten ist, die [betriebsspezifischen] Zielgruppen zu erreichen, um Kommunikationsziele zu realisieren.“³²⁷ Sie „[...] stellt eine absichtliche und zwangfreie Form zielgerichteter Kommunikation unter Einsatz spezieller Massenkommunikationsmittel dar, mit

³²⁷ MEFFERT/BRUHN (2000), S.351

denen beim Adressaten mehr oder minder überdauernde Verhaltensänderungen bewirkt werden sollen.“³²⁸ Werbung wird auch als geistig-seelisches Beeinflussungsinstrument bezeichnet.³²⁹

Werbung setzen alle Dienstleistungsbetriebe ein, unabhängig von den Leistungsmerkmalen und der Leistungsorientierung. Jeder Dienstleistungsbetrieb muss die Gestaltung des Instruments auf seine Bedürfnisse und Anforderungen anpassen, so auch der ambulante Pflegedienst. Das Teilinstrument Werbung ist für ambulante Pflegedienste eines der bedeutendsten innerhalb des Marketinginstruments Kommunikationspolitik. Mit Teilen dieses Instruments treten sie in der Öffentlichkeit in Erscheinung und werden von dieser wahrgenommen.

- Verkaufsförderung

„Die **Verkaufsförderung** (sales promotion) beinhaltet jene primär kommunikativen Maßnahmen, die der Unterstützung der Schlagkraft der eigenen Absatzorgane, der Marketingtätigkeiten der Absatzmittler und der Unterstützung der Verwender bei der Beschaffung und Benutzung der Produkte dienen (z. B. Händlerschulungen, Warenpräsentation, Werbung am Verkaufsort).“³³⁰

„Verkaufsförderung (Promotions) bedeutet die Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle sämtlicher, meist zeitlich begrenzter Maßnahmen, die dazu dienen, bei den Kunden kurzfristig zusätzliche Kaufanreize zu schaffen, um Kommunikations- und Verkaufsziele des [Betriebes] zu realisieren [...].“³³¹

Bei ambulanten Pflegediensten werden keine zusätzlichen Kaufanreize benötigt. Durch den stark reglementierten Markt sind die Leistungen und deren Vergütungen festgelegt und bieten keinen Ausgangspunkt für eine solche Verkaufsförderung. Ferner handelt es sich bei den Leistungen der ambulanten Pflegedienste um dauervertragliche Leistungsabnahmen, die keiner kurzfristigen Steigerung der Abnahme bedürfen. Ziel des Marketings hier ist es, die bestehenden Kunden zu halten und neue auf Dauer hinzuzugewinnen.

- Öffentlichkeitsarbeit

„Die Public Relations (Öffentlichkeitsarbeit) umfassen die planmäßig zu gestaltenden Beziehungen zwischen [dem Dienstleistungsbetrieb] und der nach Anspruchsgruppen gegliederten Öffentlichkeit (zum Beispiel Kunden, Geldgeber, Bürgerinitiativen, Staat). In ihrer akquisitori-

³²⁸ MEFFERT (1998); S.664

³²⁹ BIEBERSTEIN (1998), S.312

³³⁰ MEFFERT (1998); S.664; Anmerkung: Diese Definition ist rein auf Sachleistungen ausgerichtet.

³³¹ MEFFERT/BRUHN (2000), S.361; Anmerkung: Diese Definition ist schon für Dienstleistungen umgeschrieben.

schen Wirkung auf die Gruppe der [Leistungsabnehmer] stellt die Öffentlichkeitsarbeit auch ein absatzpolitisch relevantes Instrument dar.“³³²

Mit Öffentlichkeitsarbeit kommt die Beziehung zwischen dem Betrieb und der Öffentlichkeit zum Ausdruck, welche bewusst geplant und andauernd ist. Der Betrieb kann dadurch in der Öffentlichkeit Verständnis, Vertrauen, Ansehen und Wohlwollen aufbauen und erwerben.³³³

Ziel der Öffentlichkeitsarbeit ist es, eine positive Grundhaltung der unmittelbaren Öffentlichkeit gegenüber dem Betrieb zu erreichen; genauer: Mit der Öffentlichkeitsarbeit soll das Betriebs- und Leistungsimage verbessert werden, eine Kontaktpflege zu betriebsrelevanten Personen und Institutionen aufrecht erhalten und gesellschaftliche Meinungen und Einstellungen beeinflusst werden. Je nach Zielgruppe sind diese Ziele auszurichten und die Strategiedimensionen Public Relations-Objekt, Public Relations-Botschaft, Public Relations-Zielgruppe und Public Relations-Medium zu berücksichtigen.³³⁴ Bei Dienstleistungsbetrieben kommt die Absatzwerbung der Öffentlichkeitsarbeit sehr nahe, so dass z. T. die Unterschiede nur in den Zielsetzungen der Instrumente zu finden sind: „Die Öffentlichkeitsarbeit verfolgt die wirklichkeitstreue, informative und objektive Unterrichtung, um langfristig das Ansehen und das Vertrauen des Betriebes zu fördern. Die Werbung dagegen ist i. d. R. auf das Ziel gerichtet, relativ kurzfristig Markterfolge zu erzielen.“³³⁵

Es gibt unterschiedliche Erscheinungsformen der Öffentlichkeitsarbeit. Sie werden in leistungsbezogene, betriebsbezogene oder gesellschaftsbezogene Öffentlichkeitsarbeit unterteilt.³³⁶

³³² MEFFERT/BRUHN (2000), S.664

³³³ BIEBERSTEIN (1998) S.346

³³⁴ MEFFERT/BRUHN (2000), S.376

³³⁵ BIEBERSTEIN (1998), S.347

³³⁶ MEFFERT/BRUHN (2000), S.375

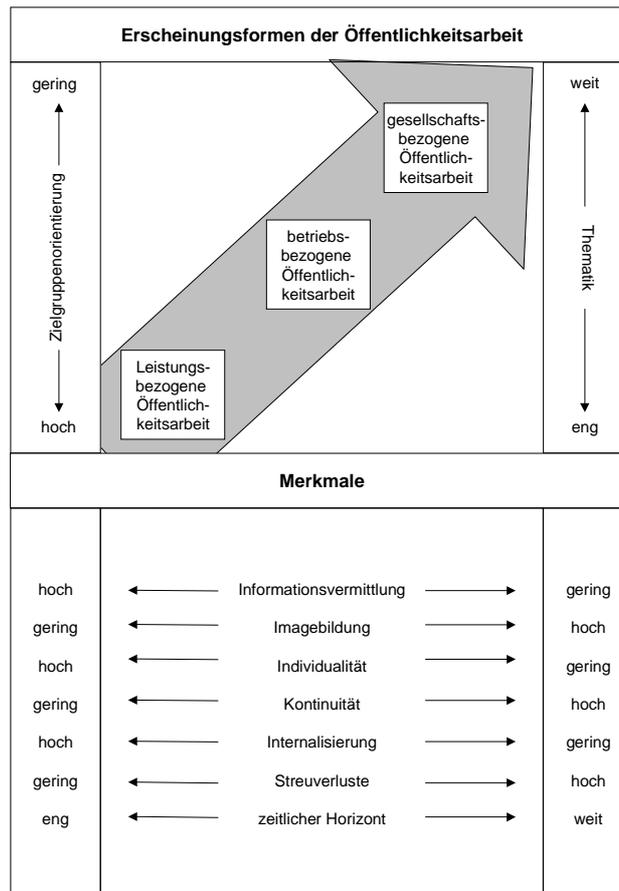


Abbildung 6.2: Erscheinungsformen der Öffentlichkeitsarbeit³³⁷

Öffentlichkeitsarbeit gestaltet in spezifischer Weise die Beziehung zwischen dem Dienstleistungsbetrieb und der nach Anspruchsgruppen gegliederten Öffentlichkeit. Alle Dienstleistungsbetriebe setzen die Öffentlichkeitsarbeit ein, unabhängig von ihren Leistungsmerkmalen oder ihrer Leistungsorientierung, so auch die ambulanten Pflegedienste. Viele ambulante Pflegedienste verwechseln in ihrer Marketingtätigkeit die Öffentlichkeitsarbeit mit den Inhalten des Instruments der Werbung. Mit der Öffentlichkeitsarbeit und deren Teilinstrumenten soll aber nur eine positive Grundhaltung gegenüber dem Betrieb erreicht werden. Für ambulante Pflegedienste beschränkt sich dies auf ihre unmittelbare Umgebung in der Region bzw. ihrem Einzugsgebiet.

- Corporate Communication

Corporate Communication stimmt den Einsatz aller nach innen- und außen gerichteten Kommunikationsinstrumente ab, die den Absatz- und Beschaffungsmarkt sowie die Öffentlichkeit betreffen und den Absatz der Leistungen fördern.³³⁸ Mit den Teilinstrumenten sind

³³⁷ MEFFERT/BRUHN (2000), S.374

³³⁸ MEFFERT (1998), S.687

alle kommunikationspolitischen Äußerungen eines Dienstleistungsbetriebes zusammengefasst.³³⁹ Corporate Communication bedeutet zunächst nicht, die konkrete Ausgestaltung der einzelnen Teil-Teilinstrumente, sondern die Entscheidung darüber, welche überhaupt zum Einsatz kommen sollen. Für das Aussehen und die Ausgestaltung ist das Teilinstrument Corporate Design der Ausstattungspolitik zuständig.

Corporate Communication ist ein wichtiger Bestandteil der Corporate Identity und sollte in jedem Dienstleistungsbetrieb angewendet werden. Dies gilt auch für ambulante Pflegedienste. Die Teilinstrumente sind individuell auf jeden ambulanten Pflegedienst abzustimmen.

- Persönlicher Verkauf

Der persönliche Verkauf bzw. die persönliche Kommunikation beschränkt sich bei Dienstleistungen im Gegensatz zu Sachleistungen nicht nur auf das Gespräch vor dem Kauf einer Leistung, sondern erstreckt sich auch auf die Interaktion während der Leistungserstellung. BIEBERSTEIN (1998) teilt die interaktiven Beziehungen bei Dienstleistungen in solche ein, die vor dem Kauf einer Leistung und die während der Leistungserstellung stattfinden. Letztere zählt er dem interaktiven Marketing bzw. der Kommunikation zu. Sie wird im Marketinginstrument Personalpolitik behandelt.³⁴⁰

Der persönliche Verkauf stellt das intensivste Instrument der leistungsabnehmerbezogenen Kommunikation dar. Als ein zentrales Instrument der Kommunikationspolitik von Dienstleistungen leitet er sich aus der Überschneidung von kommunikativen Aktivitäten zur Leistungserstellung und zur Leistungsdarstellung ab. Weiterhin dient der persönliche Verkauf der Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle von betriebsinternen und –externen Interaktionsaktivitäten.³⁴¹

Ziel des Verkaufsgesprächs ist es, potentielle Leistungsabnehmer für die Dienstleistungen zu interessieren und sie zum Kauf dieser zu bewegen. Durch den persönlichen Kontakt zwischen dem Leistungsanbieter und den potentiellen Leistungsabnehmern wird eine interaktive Beziehung hergestellt, die es beiden Seiten ermöglicht nicht nur verbal, sondern auch nonverbal auf das Gegenüber zu reagieren. Der Leistungsanbieter betreibt den Interaktionsprozess meist sehr systematisch und zielorientiert, um letztendlich einen Absatz der Leistungen zu erreichen.

Die besondere Herausforderung bei Dienstleistungen besteht darin, den Verkauf von noch nicht erstellten Leistungen zu erreichen. So fällt für Dienstleistungen ein besonders hoher Erklärungs- und Beratungsbedarf an, in dem der potentielle Leistungsabnehmer über den

³³⁹ BIEBERSTEIN (1998), S.352

³⁴⁰ BIEBERSTEIN (1998), S.341

³⁴¹ MEFFERT/BRUHN (2000), S.366

Leistungserstellungsprozess und das zu erwartende Dienstleistungsergebnis informiert werden muss. Bei Dienstleistungen wird jedes persönliche Verkaufsgespräch trotz aller Systematisierung und Strukturierung zu einem individuellen Verkaufsgespräch. Gerade diese Besonderheiten können dazu genutzt werden, risikoreduzierende und vertrauensbildende Einstellungen bei den potentiellen Leistungsabnehmern herzustellen.³⁴²

WEIS (1993) bezeichnet das Teilinstrument persönlicher Verkauf als ein Segment im Umfeld von Direkt-Marketing, das einen direkten, individuellen Kontakt durch den Einsatz aller möglichen marketingpolitischen Instrumente erreichen will. Zielgruppe eines Direkt-Marketings sind nicht nur die Leistungsabnehmer, sondern auch andere Personengruppen oder Institutionen, mit denen Verträge geschlossen werden bzw. sollen. Charakteristisch für das Direkt-Marketing ist der direkte, individuelle Kontakt zwischen dem Leistungsanbieter und seinen Zielgruppen. So zählen für ihn neben dem persönlichen Verkauf auch Direktwerbung, Telefonverkauf, direkte Verkaufsförderung und direkte Öffentlichkeitsarbeit dazu.³⁴³

Dieses Instrument ist ein zentraler Baustein für den Absatz von Leistungen der ambulanten Pflegedienste. Der persönliche Verkauf beinhaltet überwiegend das Erstgespräch mit den Leistungsabnehmern oder deren Angehörigen, aber auch alle weiteren Verkaufsgespräche, wenn es um den Absatz von Zusatzleistungen geht oder wenn die Anpassung der Leistungen an den aktuellen Gesundheitszustand des Hilfe- und Pflegebedürftigen nötig wird.

- Sponsoring

„Sponsoring ist die systematische Förderung von Personen, Organisationen oder Veranstaltungen im sportlichen, kulturellen, sozialen, ökologischen Bereich und/oder im Medienbereich durch Geld-, Sach- oder Dienstleistungen zur Erreichung von Marketing- und [Betriebszielen].“³⁴⁴

Mit Sponsoring können unterschiedliche Ziele verfolgt werden. So kann auf der kognitivorientierten Ebene die Bekanntmachung des Betriebes stehen, auf der affektivorientierten Ebene eine Imagewirkung verfolgt werden und auf der konativen Ebene das Ziel der Weiterempfehlung stehen. Vorwiegend setzen die Dienstleistungsbetriebe ihren Firmennamen als Sponsor ein, um den Betrieb als Ganzes zu präsentieren.³⁴⁵

Sponsorenleistungen können Geldmittel oder Sachmittel sein, die der Gesponserte zur Erfüllung eines bestimmten Zwecks einsetzen muss. Sponsorenleistungen können aber auch Dienstleistungen sein, die Zusatz- oder Serviceleistungen innerhalb einer anderen Veranstal-

³⁴² BIEBERSTEIN (1998), S.341ff.

³⁴³ WEIS (1993), S.398f.

³⁴⁴ MEFFERT/BRUHN (2000), S.381

³⁴⁵ MEFFERT/BRUHN (2000), S.381ff.

tung bilden, wie z. B. Sicherheitsleistungen bei einer örtlichen Veranstaltung. Die Organisation der Geld- oder Sachmittel oder der Dienstleistungen obliegt dem Gesponserten. Auf Grund der Immaterialität von Dienstleistungen kommt dem Sponsoring von Sachmitteln keine Bedeutung zu.³⁴⁶

Ambulante Pflegedienste können Sponsoring nur in geringem Maße einsetzen. Meist fehlen ihnen die finanziellen Mittel zum Sponsoring. Auch muss bei einem Sponsoring der Aufwand mit dem Nutzen abgeglichen werden. Dieser Vergleich rentiert sich meist nicht für die ambulanten Pflegedienste.

- Event-Marketing

„Event-Marketing umfaßt die Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle sämtlicher Maßnahmen, die in begrenztem zeitlichen und räumlichen Umfang stattfinden, die von seiten des [Betriebes] veranstaltet werden, die für den Rezipienten ein Erlebnis darstellen, die der Kundeninteraktion und dem Kundendialog dienen und durch die in einem zielgruppengerechten Umfeld die Kommunikationsziele des [Betriebes] erreicht werden sollen.“³⁴⁷ Durch die hohe Dialogfähigkeit des Event-Marketings gerade bei betriebsexternen Events und Events im Handel können die klassischen Kommunikationsinstrumente unterstützt und ergänzt werden. Zentrales Ziel des Event-Marketings, besonders des extern gerichteten, ist die erlebnisorientierte Darstellung des Betriebes nach außen. Ebenso können Kommunikationsziele durch den Einsatz von Event-Marketing erreicht bzw. verstärkt werden.³⁴⁸

Events können aber auch nach innen gerichtet sein und sich auf die Mitarbeiter richten. Auch hier können sie je nach Ausgestaltung ein Erlebnis für die Mitarbeiter darstellen. Nach innen gerichtete Events können bei allen Betriebstypen unabhängig von deren Leistungsmerkmalen eingesetzt werden. Für ambulante Pflegedienste kommen die nach innen gerichteten Events zum Tragen.

Durch die hohe externe Ausrichtung des Event-Marketings, können ambulante Pflegedienste nur einen sehr kleinen Teil davon für sich umsetzen.

- Product Placement

„Beim Product-Placement handelt es sich um die gezielte und geplante Platzierung eines Absatzobjektes in Medienprogrammen [...], wobei das Absatzobjekt [...] für den Zuschauer erkennbar sein muß.“³⁴⁹

³⁴⁶ MEFFERT/BRUHN (2000), S.381

³⁴⁷ MEFFERT/BRUHN (2000), S.385

³⁴⁸ MEFFERT (1998), S.717

³⁴⁹ BIEBERSTEIN (1998), S.308

Da Dienstleistungsbetriebe Probleme haben, ihr immaterielles Leistungsangebot in Medienprogrammen gut sichtbar zu integrieren, fällt dieses Teilinstrument der Kommunikationspolitik für Dienstleistungsbetriebe weg. Dies gilt besonders für die Leistungen von ambulanten Pflegediensten.

- Messen und Ausstellungen

„Das Kommunikationsinstrument Messen und Ausstellungen umfaßt die Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle sämtlicher Aktivitäten eines [Betriebes] die mit der Teilnahme an einer zeitlich und räumlich begrenzten Veranstaltung verbunden sind, die der [Betriebs-] beziehungsweise Leistungspräsentation, Information von Interessenten sowie dem direkten Konkurrenzvergleich dienen und mit denen Ziele der [Betriebskommunikation] erreicht werden sollen.“³⁵⁰

Durch die Charakteristika der Dienstleistungen haben die potentiellen Leistungsabnehmer ein hohes Informationsbedürfnis vor der Inanspruchnahme von Dienstleistungen. Damit dieses Bedürfnis durch den Leistungsanbieter befriedigt werden kann, bildet die Teilnahme an Messen und Ausstellungen für den Leistungsanbieter eine sinnvolle Ergänzung des Kommunikationsmixes.³⁵¹ Weitere Ziele, die mit der Teilnahme an Messen und Ausstellungen verbunden sind, sind die Informationsweitergabe über das eigene Leistungsangebot, die Kontaktaufnahme zu potentiellen Leistungsabnehmern, die Vorbereitung und der Abschluss des Verkaufs von Leistungen.³⁵²

Messen und Ausstellungen lassen sich nach verschiedenen Kriterien unterscheiden. Tabelle 6.8 gibt einen Überblick dazu.

³⁵⁰ MEFFERT/BRUHN (2000), S.377

³⁵¹ MEFFERT/BRUHN (2000), S.377; BIEBERSTEIN (1998), S.274

³⁵² WEIS (1993), S.300

Tabelle 6.8: Unterscheidungskriterien für Messen und Ausstellungen³⁵³

Kriterien	Ausprägungen				
Ausstrahlungsgebiet	• regional	• national	• international		
Angebotsbreite	• Fachmesse: Einbranchenmesse	• Universalmesse: Mehrbranchenmesse			
Produkte	• Konsumgüter	• Investitionsgüter	• Dienstleistungen		
Funktion	• Verkaufsmessen	• Informationsausstellungen			
Dauer	• ständig	• zu bestimmten Zeitpunkten			
Standort	• fester Standort	• wechselnder Standort			
Anbieter	• Industrie	• Handel	• Dienstleistungen	• Landwirtschaft	• Gewerbe

Ambulante Pflegedienste können Messen und Ausstellungen dazu nutzen, sich der (interessierten) Öffentlichkeit außerhalb ihrer Räumlichkeiten zu präsentieren und mit Leistungsabnehmern in Kontakt zu kommen. Im Gegenzug haben die Leistungsabnehmer die Möglichkeit, sich über die Leistungen mehrerer Anbieter zu informieren. Sinnvoll für ambulante Pflegedienste sind die örtlichen oder regionalen Messen und Ausstellungen.

6.5 Personalpolitik

6.5.1 Definition und Ziele der Personalpolitik

Die Personalpolitik „[...] umfasst alle Grundsätze und Entscheidungen, die sich auf die wechselseitigen Beziehungen zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitern, zwischen Mitarbeitern untereinander und zwischen den Mitarbeitern und ihrer Arbeit beziehen.“³⁵⁴ Diese wechselseitigen Beziehungen sind besonders für den Dienstleistungsbetrieb wichtig, da dieser immer nur so gut sein kann, wie seine Mitarbeiter es sind. Sind die Mitarbeiter von dem Betrieb und seinen Leistungen nicht begeistert und überzeugt, werden bzw. können es auch nicht die Leistungsabnehmer sein.³⁵⁵

Mit Abnahme des Einflusses von materiellen und operationalisierbaren Leistungsinhalten auf die Dienstleistungsqualität, steigt die Bedeutung der zwischenmenschlichen Interaktionsprozesse (wechselseitige Beziehungen), die zwischen dem leistungserstellenden Mitarbeiter und dem Leistungsabnehmer während des Leistungserstellungsprozesses stattfinden. Das

³⁵³ Modifiziert nach WEIS (1993), S.300

³⁵⁴ OLFERT/STEINBUCH (2001), S.29

³⁵⁵ BERRY/PARASURAMAN (1995), S.89

Verhalten und die Einstellungen der Mitarbeiter bestimmen die Beziehung zwischen ihnen und den Leistungsabnehmern. Aus diesem Grund ist es für einen Dienstleistungsbetrieb wichtig, Einstellungen und Verhalten der Mitarbeiter so zu steuern, dass deren Verhalten auf die externen Marketingziele ausgerichtet ist. Interne Gegebenheiten und Prozesse (vorwiegend Einstellungen und Verhalten der Mitarbeiter) müssen so gesteuert werden, dass sie den Ansprüchen und Erwartungen der Leistungsabnehmer genügen.³⁵⁶

Um Mitarbeiter mit entsprechenden Einstellungen und entsprechendem Verhalten zur Verfügung zu haben, werden die Instrumente der Personalpolitik zur Beeinflussung eines leistungsabnehmerorientierten Mitarbeiterverhaltens eingesetzt.³⁵⁷ Zielgruppen- bzw. Leistungsabnehmer- und Mitarbeiterorientierung werden innerhalb des Marketinginstruments Personalpolitik auf eine Stufe gestellt. Im Konfliktfall haben die Mitarbeiter ihre Bedürfnisse vor allem denen der Leistungsabnehmer unterzuordnen, kundenorientierte Verhaltenserwartungen kognitiv und emotional zu verinnerlichen, bestimmte Anforderungen aus z. B. Qualitäts- handbüchern zu erfüllen und evtl. auftretende negative Folgen ihrer eigenen Gefühle zu (er-)tragen.³⁵⁸

Auf den Absatzmarkt gerichtetes Marketing kann in Dienstleistungsbetrieben erst dann wirksam werden, wenn sich die Mitarbeiter gegenüber den Leistungsabnehmern und anderen Zielgruppen so verhalten, dass deren Erwartungen an die Dienstleistungen oder den Dienstleistungsbetrieb erfüllt oder übererfüllt werden. GRONROOS (1990) beschreibt den Fokus von internem Marketing noch etwas extremer, indem er aufzeigt, dass die Dienstleistung (gemeint ist die Überzeugung von der Qualität der eigenen Dienstleistung) erst den Mitarbeitern verkauft werden müsse, bevor sie extern an die Leistungsabnehmer verkauft werden könne. Wird diese Vorgehensweise nicht konsequent verfolgt, kann letztlich der eigene externe Markt gefährdet werden.³⁵⁹

Das Dienstleistungsmarketing muss somit personalpolitische Aspekte in das Marketingkonzept zur Realisierung absatzgerichteter Ziele einbeziehen. Mitarbeiter bilden für die Leistungsabnehmer und andere Zielgruppen das Sinnbild des gesamten Dienstleistungsbetriebes.³⁶⁰ Mit Hilfe des Marketinginstruments Personalpolitik werden Defizite der herkömmlichen Methoden der Personalpolitik bei der Beschaffung, Auswahl und Entwicklung kundenorientierter Mitarbeiter durch eine Integration der Personal- und Marketingsichtweise ausgemerzt.³⁶¹ Ziele des internen Marketings, hier der Personalpolitik, können nicht allein mit den herkömmlichen Motivationsinstrumenten erreicht werden. Zusätzlich wird ein umfassendes

³⁵⁶ Vgl. GRONROOS (1990)

³⁵⁷ BIEBERSTEIN (1998), S.357; BOTTLER (1982), S.155f

³⁵⁸ STAUSS/SCHULZE (1990), S.153; BIEBERSTEIN (1998), S.360

³⁵⁹ GRONROOS (1990), S.8

³⁶⁰ BIEBERSTEIN (1998), S.359

³⁶¹ MEFFERT/BRUHN (2000), S.511

Führungs- und Kommunikationssystem zur Einbindung der Mitarbeiter in das Marketingkonzept notwendig. Die Grenzen zwischen den Funktionalbereichen der traditionellen Personalwirtschaft und des Marketings sind hierbei fließend.³⁶²

Die Aufgabe der Personalpolitik liegt in der Beeinflussung bzw. Gestaltung eines kundenorientierten Verhaltens aller menschlichen Ressourcen in einem Dienstleistungsbetrieb. Dazu müssen die Mitarbeiter über Teile des Betriebsgeschehens informiert, eine Akzeptanz zur konsequenten Verhaltensorientierung geschaffen, Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Bewältigung von Kundenkontaktsituationen vermittelt und vom Betrieb ein Umfeld geschaffen werden, das die kundenorientierten Einstellungen und Verhaltensweisen stützt.³⁶³

Primär wird mit der Personalpolitik das Ziel des kundenorientierten Arbeitsverhaltens verfolgt, welches durch die Erhöhung des Dienstleistungsbewusstseins bei den Mitarbeitern und deren Sensibilisierung und Motivation erreicht werden soll.³⁶⁴ Kundenorientiertes Arbeitsverhalten kann bzw. soll Kundenzufriedenheit (Ziel des externen Absatzmarketings) aber auch einen ökonomischen Erfolg zur Folge haben.³⁶⁵ Taktische Ziele liegen in der kurz- bis mittelfristigen Realisierung von Wirkungen, wie z. B. Erreichung hoher Kundenzufriedenheit in Verbindung mit positiver Mund-zu-Mund-Werbung. Strategische Ziele liegen eher in der mittel- bis langfristigen Realisierung von Wirkungen, wie z. B. Bindung von bestehenden und Neugewinnung von potentiellen Leistungsabnehmern.³⁶⁶

Die unter absatzmarktstrategischen Gesichtspunkten zum Einsatz kommenden internen Instrumente, die sowohl aus der klassischen Personalpolitik als auch aus den klassischen Marketinginstrumenten stammen können, werden zur Erreichung der Ziele herangezogen. Dies erfolgt einerseits durch eine unsystematische und partielle Übertragung der externen Marketinginstrumente auf den internen Bereich und andererseits durch den Einsatz von Instrumenten des Personalmanagements, mit denen auf die Mitarbeiter in Bezug auf ein kundenorientiertes Arbeitsverhalten Einfluss genommen werden kann.³⁶⁷ Da eine Dienstleistungsqualität nur vom gesamten Betrieb geschaffen werden kann, also auch von den Mitarbeitern, die nicht oder nur selten im Kontakt mit den externen Zielgruppen stehen, muss sich die Personalpolitik mit ihren Instrumenten auch auf diese erstrecken. Intakte und gut funktionierende interne Beziehungen der Mitarbeiter untereinander gelten als Voraussetzung für erfolgreiche, externe Austauschbeziehungen.³⁶⁸

³⁶² BIEBERSTEIN (1998), S.371

³⁶³ STAUSS/SCHULZE (1990), S.151; BIEBERSTEIN (1998), S.361

³⁶⁴ STAUSS/SCHULZE (1990), S.151; BIEBERSTEIN (1998), S.361

³⁶⁵ BIEBERSTEIN (1998), S.359

³⁶⁶ MEFFERT/BRUHN (2000), S.513f.

³⁶⁷ STAUSS/SCHULZE (1990) und BIEBERSTEIN (1998) bezeichnen das Marketing-Instrument Personalpolitik als internes Marketing. Da die Grundlage dieses Instruments auf MAGRATH (1986) zurückgeht und die Philosophie des internen Marketings viel weit reichender ist als für diese Arbeit erforderlich, werden Teile des internen Marketings auch unter dem Marketing-Instrument Personalpolitik zu finden sein.

³⁶⁸ BIEBERSTEIN (1998), S.359

Für eine erfolgreiche Personalpolitik im Sinne des Dienstleistungsmarketings müssen all jene Instrumente zum Einsatz kommen, mit denen Einfluss auf die Motivation, die Einstellung und das Verhalten der Mitarbeiter genommen werden kann.³⁶⁹ „So wie der Dienstleistungsbetrieb seine Mitarbeiter behandelt, so werden auch die Kunden von den Mitarbeitern behandelt.“³⁷⁰

An dieser Stelle sei angemerkt, dass bei vielen ambulanten Pflegediensten keine institutionelle, klassische Aufteilung des Betriebssystems in Funktionalbereiche wie Marketing, Controlling, Personalwirtschaft etc. erfolgt, sondern diese in Personalunion in der Verantwortung der Führungskraft liegt. In Bezug auf die hier bearbeitete Erweiterung der Marketinginstrumente erfolgt eine umfassende Auflistung der Instrumente der Personalpolitik, und somit auch derjenigen, die eher dem Funktionalbereich Personalwirtschaft zu zuordnen sind. Die Auflistung der Instrumente der Personalpolitik geht daher über die Sichtweise von BOOMS/BITNER (1981) und MAGRATH (1986) hinaus, die in den Maßnahmen der Personalpolitik überwiegend nur solche sehen, die im Wahrnehmungsbereich der Leistungsabnehmer liegen. Existiert in einem ambulanten Pflegedienst aufgrund seiner Größe eine eigenständige Personalwirtschaft, ist die Sichtweise von BOOMS/BITNER (1981) und MAGRATH (1986) zu begrüßen, da ihre Instrumente sich überwiegend auf die Gestaltung der Interaktionen zwischen Mitarbeitern, Zielgruppen und Betrieb konzentrieren.

Tabelle 6.9 zeigt die Teilinstrumente der Personalpolitik auf.

³⁶⁹ STAUSS (1991), S.234

³⁷⁰ BIEBERSTEIN (1998), S.358

Tabelle 6.9: Personalpolitik: Detaillierung des Marketinginstruments³⁷¹

Teilinstrument	Teil-Teilinstrument	Teil-Teil-Teilinstrument
Personalbeschaffung	<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung der Arten und Wege der Personalbeschaffung • Gestaltung der Personalauswahl • Gestaltung der Einstellung • Gestaltung der Einarbeitung 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung der internen Personalbeschaffung • Gestaltung der externen Personalbeschaffung • Gestaltung der Vorauswahl • Gestaltung der Hauptauswahl
Personalentwicklung	<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung der Fähig- und Fertigkeiten • Gestaltung der Methoden 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung der fachlichen Qualifizierung (Wissen/Können) • Gestaltung der sozialen Qualifizierung (Einstellung/Verhalten) • Gestaltung am Arbeitsplatz • Gestaltung außerhalb des Arbeitsplatzes
Personalbindung	<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung der Entgeltpolitik • Gestaltung der Arbeitszeiten und der Arbeitsplätze • Gestaltung der Aufgaben- und Kompetenzverteilung • Gestaltung der Beförderungspolitik • Gestaltung der Weiterbildungsmaßnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung der Bezahlung/Lohnformen • Gestaltung der betrieblichen Sozialleistungen • Gestaltung der Arbeitszeit • Gestaltung des attraktiven Arbeitsplatzes
Personaleinsatz	<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung der quantitativen Zuordnung von Stellen und deren Inhabern • Gestaltung der qualitativen Zuordnung von Stellen und deren Inhabern • Gestaltung von qualitativen Anpassungen von Stellen und deren Inhabern 	
Personalerscheinung	<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung der äußeren Erscheinung • Gestaltung der Persönlichkeit 	
Personalbeurteilung	<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung der Leistungsbeurteilung • Gestaltung der Potentialbeurteilung 	

³⁷¹ Zusammenstellung nach MAGRATH (1986), BIBERSTEIN (1998), MEFFERT/BRUHN (2000), STAUSS (1991), JUNG (1994) Die Autoren unterteilen die Teilinstrumente nochmals in zwei Bereiche, um deren Ausrichtung hervorzuheben. MEFFERT/BRUHN (2000) und STAUSS (1991) bezeichnen die Teilinstrumente von der Personalbeschaffung bis zur Personalbeurteilung als »Personalpolitische Instrumente (marktorientiertes Personalmanagement)« bzw. »Absatzmarktorientierter Einsatz personalpolitischer Instrumente«. Die Instrumente von der internen Kommunikation bis zur Corporate Behavior bezeichnen sie als »Mitarbeiterbezogene Kommunikationspolitische Instrumente« bzw. als »Personalorientierten Einsatz externer Marketinginstrumente«

Fortsetzung

Teilinstrument	Teil-Teilinstrument	Teil-Teil-Teilinstrument
Interne Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung der Trainings • Gestaltung der internen Massenkommunikation 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung der verbalen Kommunikation: <ul style="list-style-type: none"> - Vorträge / Seminare - Gespräche zwischen Betriebsleitung und Mitarbeitern - Betriebsversammlungen - Diskussionsrunden • Gestaltung der grafischen Kommunikation: <ul style="list-style-type: none"> - persönliche Briefe - Rundschreiben / Flugblättern - Betriebszeitschriften • Gestaltung der visuellen Kommunikation: <ul style="list-style-type: none"> - Zeichnungen / Fotos - Schaubildtafeln - Filme
Externe Kommunikationsinstrumente mit interner Wirkung	<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung der direkten Instrumente • Gestaltung der indirekten Instrumente 	
Corporate Behavior	<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung des Umgangs mit Leistungsabnehmern • Gestaltung des Umgangs mit Lieferanten 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung der Führung • Gestaltung des Umgangstons • Gestaltung des Verhaltens • Gestaltung des Konferenzstils • Gestaltung der Kritikfähigkeit

6.5.2 Überprüfung der in ambulanten Pflegediensten zur Anwendung kommenden Instrumente der Personalpolitik

In ambulanten Pflegediensten kommen alle Teilinstrumente der Personalpolitik zum Einsatz. Sie sind unabhängig von den Leistungsmerkmalen der Dienstleistungen und werden sowohl auf die internen als auch auf die externen Mitarbeiter angewendet.

- Personalbeschaffung

Die Personalbeschaffung dient dem Betrieb zur Bereitstellung notwendiger Mitarbeiter in quantitativer, qualitativer und zeitlicher Art auf der Grundlage der Personalbedarfsplanung. Die Personalbeschaffung kann innerbetrieblich durch Umbesetzung im Betrieb ansässiger Mitarbeiter oder außerbetrieblich durch Arbeitskräfte, die nicht dem Betrieb angehören, erfolgen.³⁷² Nach der Bewerberakquise kommt es zur Bewerberauswahl und später zur Einstellung und zur Einarbeitung.

Schon bei der Bewerberauswahl beginnt die Suche nach kundenorientiertem Verhalten bei den Mitarbeitern. Ein klares Anforderungsprofil und genau definierte Einstellungsvor-

³⁷² JUNG (1994), S.871ff.

aussetzungen, ermittelt durch die Arbeitsanforderungen und definierte Interaktionsaufgaben des Kontaktpersonals, werden mit den Eigenschaften der Bewerber verglichen. Eine Auflistung möglicher Anforderungen an das Kundenkontaktpersonal ist in Tabelle 6.10 aufgeführt.

Tabelle 6.10: Anforderungen an das Kundenkontaktpersonal³⁷³

• Kommunikation	Fähigkeit, sich in den Interaktionen mit dem Kunden verbal und schriftlich klar auszudrücken.
• Einfühlungsvermögen	Fähigkeit, die Gefühle und den Standpunkt des Kunden anzuerkennen und darauf einzugehen.
• Entscheidungsfähigkeit	Bereitschaft, Entscheidungen zu treffen und etwas zu unternehmen, um Kundenwünsche zu erfüllen.
• Energie	Hoher Grad an Wachheit und Aufmerksamkeit im gesamten Interaktionsprozess.
• Flexibilität	Fähigkeit, den eigenen Service-Stil entsprechend der jeweiligen Situation oder der Persönlichkeit des Kunden zu variieren.
• Verlässlichkeit	Zeitgerechte und adäquate Leistung entsprechend der gemachten Zusage.
• Äußerer Eindruck	Saubere und ordentliche Erscheinung, positiver Eindruck auf den Kunden.
• Initiative	Eigene Aktivitäten, um Kundenerwartungen immer wieder zu erfüllen oder über zu erfüllen.
• Fachkenntnis	Vertiefte Kenntnisse bzgl. des Angebots und der kundenbezogenen Leistungsprozesse.
• Urteilsvermögen	Fähigkeit, verfügbare Informationen richtig zu beurteilen und zur Entwicklung von Problemlösungen zu nutzen.
• Motivation, dem Kunden zu dienen	Eigenschaft, aus dem Umgang mit dem Kunden für sich Arbeitszufriedenheit ziehen zu können.
• Überzeugungsfähigkeit/ Verkaufstalent	Fähigkeit, mit seinen Ideen und Problemlösungen beim Kunden Akzeptanz zu finden und ihn vom Angebot des Betriebes zu überzeugen.
• Planungsvermögen	Fähigkeit, die kundenbezogene Arbeit zeitlich und sachlich richtig vorzubereiten.
• Belastungsfähigkeit	Fähigkeit, unerwartete Kundenprobleme, unvorhersehbaren Arbeitsanfall oder Arbeitsdruck während des Kundenkontakts auszuhalten.
• Situationsanalyse	Sammlung und logische Analyse von wichtigen Informationen über die Situation des Kunden.
• Hohes Anspruchsniveau	Hohe Ziele im Kundendienst und ständige Bemühung, diese Ziele zu erreichen.

Alle diese Anforderungen treffen für die Mitarbeiter in ambulanten Pflegediensten zu. Die Mitarbeiter müssen in der Lage sein, oder die meisten dieser Anforderungen situationsgerecht anzuwenden. So kann z. B. die Belastungsfähigkeit für den Mitarbeiter von Leistungsabnehmer zu Leistungsabnehmer unterschiedlich sein.

Die Anforderungen können in drei Hauptkompetenzen zusammengefasst werden, die als Schnittmenge die interaktive Handlungskompetenz bilden.³⁷⁴ Die interaktive Handlungskom-

³⁷³ BECKER/WELLINS (1990), S.49 zitiert nach: BIEBERSTEIN (1998), S.364

³⁷⁴ Vgl. Abb. 6.3

petenz soll bzw. muss von den Mitarbeitern in ambulanten Pflegediensten während der Leistungserstellung eingesetzt werden.

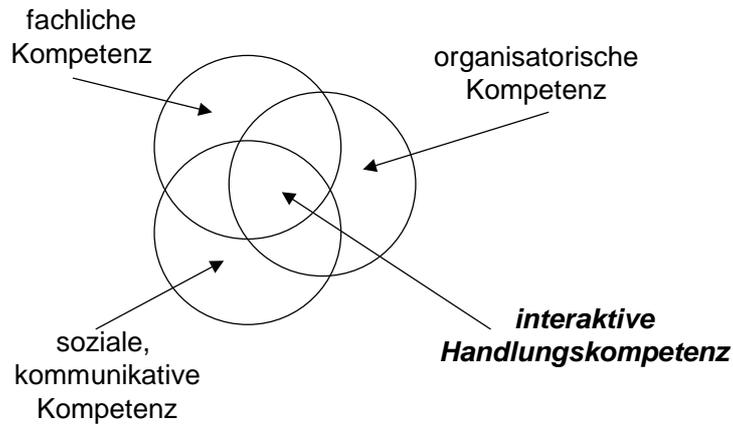


Abbildung 6.3: Elemente einer interaktiven Handlungskompetenz der Mitarbeiter in Dienstleistungsbetrieben³⁷⁵

Für ambulante Pflegedienste ist es schwer, Mitarbeiter zu finden, die allen Anforderungen bzw. Eigenschaften gerecht werden. Meist verfügen die (potentiellen) Mitarbeiter nicht über alle Anforderungen gleichermaßen. Mitarbeiter, die sehr viele dieser Anforderungen aufweisen, sind für ambulante Pflegedienste oft mit sehr hohen Gehaltszahlungen verbunden. Zudem werden Mitarbeiter mit einem sehr guten Anforderungs- bzw. Eigenschaftsprofil gerne auch von anderen Betrieben abgeworben.³⁷⁶ Ambulante Pflegedienste müssen bei der Personalbeschaffung darauf achten, dass die Mitarbeiter einige Anforderungen mitbringen und auch die Bereitschaft aufweisen, diese zu erweitern.

- Personalentwicklung

Personalentwicklung umfasst alle „[...] Maßnahmen, die der individuellen Entwicklung der Mitarbeiter dienen und ihnen unter Beachtung ihrer persönlichen Interessen die zur optimalen Wahrnehmung ihrer jetzigen und künftigen Aufgaben erforderlichen Qualifikationen vermitteln.“³⁷⁷

Innerhalb der Personalentwicklung werden neue Mitarbeiter auf ihre Aufgaben vorbereitet und schon im Betrieb tätige Mitarbeiter kontinuierlich fachlich oder psycho-sozial geschult. Ziel der Personalentwicklung ist die Vermittlung von Fähigkeiten und Fertigkeiten zur zielgerechten Bewältigung von Kundenkontaktsituationen. Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen sind langfristige Bildungsinvestitionen in die Mitarbeiter, die sowohl kognitive, affektive als

³⁷⁵ Vgl. LOFFING (2001), S.28f.

³⁷⁶ BIEBERSTEIN (1998), S.363

³⁷⁷ JUNG (1994), S.893

auch psychomotorische Ziele verfolgen. Tabelle 6.11 zeigt eine Zusammenstellung der unterschiedlichen Zielrichtungen.

Tabelle 6.11: Zielrichtungen, Ziele und Methoden der Personalentwicklung³⁷⁸

Zielrichtung	Ziel der Maßnahme	für wen	Methoden
kognitiv	Vermittlung von Wissen: Betriebsphilosophie, Angebotskenntnisse, Marktkenntnisse – zur: <ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung des Kenntnisstandes, • Vergrößerung der Identifikation mit dem Betrieb, • Verbesserung der Motivation und Bindung an den Betrieb. 	Neue Mitarbeiter	Am Arbeitsplatz: on-the-job <ul style="list-style-type: none"> • Planmäßige Unterweisung, • Anleitung und Beratung durch Vorgesetzte, • Job Rotation, • Übertragung begrenzter Verantwortung, • Übertragung von Sonderaufgaben...
affektiv	Änderung der Einstellungen und Werte (Verhalten): <ul style="list-style-type: none"> • positive Einstellung zum Betrieb, • Vermittlung einer kundenorientierten Verhaltens- und Denkweise, • Verhalten im Interaktionsprozess oder bei Beschwerden, • Entwicklung und Verbesserung der interaktiven Fähigkeiten. 	Alle Mitarbeiter	Außerhalb des Arbeitsplatzes: off-the-job <ul style="list-style-type: none"> • Programmierete Unterweisung, • Vorlesungs-methode, • Konferenzmethode, • Fallmethode, • Rollenspiel, • Planspiel, • gruppensdynamische Methode, • Assessment-Center.
psychomotorisch	Erlangen von manuellen oder motorischen Fähigkeiten (Können): <ul style="list-style-type: none"> • Art der Kundenbindung, • Bedienung bestimmter Geräte. 	Für alle Mitarbeiter mit direktem Kundenkontakt oder für die leistungserstellenden Personen	Neuere methodische Ansätze: <ul style="list-style-type: none"> • Suggestopädie, • Brain-Dominance-Konzept.

Die Personalentwicklung knüpft bei ambulanten Pflegediensten an die Personalbeschaffung an. Wurden Mitarbeiter eingestellt, deren Anforderungsprofil nicht mit dem gewünschten Profil übereinstimmt, kann mit Hilfe der Personalentwicklung ein Hinarbeiten auf das geforderte Profil erfolgen. Dies trifft aber nicht nur für neue Mitarbeiter zu, sondern auch für bereits länger beschäftigte, die mit Hilfe der Personalentwicklung an neue Anforderungen herangeführt werden können.

- Personalbindung

Stark personenbezogene und –intensive Dienstleistungen erfordern eine enge Beziehung zwischen dem Leistungsabnehmer und dem Kontaktpersonal. Diese Beziehung zwischen dem Leistungsabnehmer und dem Kontaktpersonal sind wertvolle Verbindungen, die es für

³⁷⁸ BIEBERSTEIN (1998), S.365f.; JUNG (1994), S.900

den Betrieb zu halten und zu fördern gilt. Häufiges Wechseln der Kontaktmitarbeiter beim Leistungsabnehmer kann der gesamten Beziehung zwischen dem Betrieb und den Leistungsabnehmern oder weiteren Zielgruppen schaden. Durch den Einsatz geeigneter Instrumente zur Personalbindung kann ein Betrieb die Fluktuationsrate seiner Mitarbeiter gerade im Kundenkontakt sehr gering halten.³⁷⁹ Für ambulante Pflegedienste ist dieses Instrument wichtig, da die Leistungsabnehmer, besonders die Hilfe- und Pflegebedürftigen, sich Kontinuität im Pflegepersonal wünschen. Ständiger Wechsel im Pflegepersonal kann das Vertrauen in der Beziehung beeinträchtigen.

- Personaleinsatz

Innerhalb der Personaleinsatzplanung erfolgt die Zuordnung der in dem Betrieb beschäftigten Mitarbeiter zu den einzelnen Stellen entsprechend den qualitativen, quantitativen, zeitlichen und örtlichen Erfordernissen des Leistungserstellungsprozesses. Für eine effiziente Personaleinsatzplanung bedarf es Informationen über die Anforderungen der einzelnen Arbeitsplätze sowie über die Fähigkeiten und tätigkeitsbezogene Bedürfnisstruktur der Mitarbeiter. Aus der Summe dieser Informationen wird der Personaleinsatzplan bestimmt.³⁸⁰ Der Einsatz der Mitarbeiter erfolgt unter gleichzeitiger Berücksichtigung deren sozialer Belange und einer effizienten Leistungserstellung. So können sowohl betriebsbezogene Ziele als auch mitarbeiterbezogene Wünsche berücksichtigt werden.³⁸¹ Durch die Leistungserstellungszeiten bei ambulanten Pflegediensten - morgens, mittags, abends, an Sonn- und Feiertagen – haben die Mitarbeiter evtl. auf Grund ihrer familiären Situation soziale Belange in der Form, dass sie an bestimmten Tagen oder Zeiten nicht arbeiten können oder wollen. Solche Wünsche und Einschränkungen können in der Personaleinsatzplanung berücksichtigt werden. Die Personaleinsatzplanung ist eines der wichtigsten Instrumente der Personalpolitik für die ambulanten Pflegedienste.

- Personalerscheinung

Die Personalerscheinung kann bei den Leistungsabnehmern und anderen Zielgruppen in zweifacher Weise Wirkungen hervorrufen: Die erste Wirkung geht vom äußeren Erscheinungsbild des Mitarbeiters aus, die zweite von seiner Persönlichkeit und seinem Charakter. Auf die äußere Erscheinung eines Mitarbeiters kann der Betrieb nur bedingt Einfluss nehmen. So kann er für jeden Mitarbeiter für einheitliche Kleidung in entsprechendem Design und entsprechender Größe sorgen und auf die Grundsätze von hygienischen Vorschriften

³⁷⁹ BIEBERSTEIN (1998), S.369

³⁸⁰ JUNG (1994), S.914

³⁸¹ JUNG (1994), S.914

verweisen. Auf das persönliche Aussehen der Mitarbeiter hat der Betrieb keinen Einfluss, wohl aber auf den Umgang in Bezug auf Gepflegtheit des Äußeren.

Ebenso bringen die Mitarbeiter ihre Persönlichkeit oder ihren Charakter in den Betrieb mit ein. Viele Eigenschaften können vom Betrieb weder geformt noch beeinflusst werden, so dass maximal eine Korrektur oder Verstärkung verschiedener Eigenschaften innerhalb der Personalentwicklung erreicht werden kann. Neben Freundlichkeit und Höflichkeit gehören sämtliche Anforderungen aus Tabelle 6.10 zu den Eigenschaften, die die Persönlichkeit eines Mitarbeiters bilden. Bei ambulanten Pflegediensten und ihren persönlich-interaktiv erbrachten Leistungen nehmen diese Faktoren einen hohen Stellenwert ein. Die Mitarbeiter kommen während der Leistungserstellung z. T. in sehr engen und intimen Kontakt mit den Leistungsabnehmern. Das Erscheinungsbild der Mitarbeiter wird durch die Leistungsabnehmer häufig auf die Qualität der Leistung übertragen oder kann das – empfundene - Leistungsergebnis beeinflussen.

- Personalbeurteilung

Mit der Personalbeurteilung wird herausgearbeitet, für welche Aufgaben ein Mitarbeiter geeignet ist und welche beruflichen Weiterentwicklungen für diesen individuell in Betracht kommen. Beurteilt werden können die Leistungen, das Verhalten und die Potentiale der Mitarbeiter. Die Ergebnisse der Beurteilung können zur Bewerberauswahl, zum Personaleinsatz, für Personalentwicklungs- und Freisetzungsmaßnahmen sowie für Gehalts- und Lohn-differenzierung herangezogen werden. Zu berücksichtigen ist, dass die Leistungsbeurteilung nur für die in der Vergangenheit erbrachten Leistungen der Mitarbeiter herangezogen werden kann.³⁸²

Beurteilungen gibt es in vielen Formen, so z. B. als:

- Mitarbeiterbeurteilung der Mitarbeiter wird einzeln in Bezug auf seine Leistungen in der Vergangenheit und für die Zukunft nach seinen Potentialen beurteilt,
- Gruppenbeurteilung mehrere Personen beurteilen einen Mitarbeiter,
- Teambeurteilung ein Team oder eine Gruppe wird von einem Vorgesetzten als Gesamtheit beurteilt,
- Gleichgestelltenbeurteilung eine Person eines Teams beurteilt ein Mitglied ihres Teams,
- Vorgesetztenbeurteilung der/die Vorgesetzte/n wird/werden durch die Untergebenen beurteilt.³⁸³

³⁸² JUNG (1994), S.967

³⁸³ JUNG (1994), S.967

Zur Mitarbeiterbeurteilung werden auch Mitarbeiterbefragungen herangezogen, in denen die Mitarbeiter nach ihrer Arbeitssituation, den Entwicklungsmöglichkeiten, dem Vorgesetztenverhalten etc. befragt wurden.³⁸⁴

Solche Beurteilungen sind in jedem Betrieb wichtig, da sie den Mitarbeitern ihren Leistungsstand rückmelden. Sie erhalten eine Orientierung darüber, wo sie sich im Leistungsniveau innerhalb des Kollegiums befinden. Je nach Teamgröße und Struktur ambulanter Pflegedienste und auch der Vorlieben der Pflegedienstleistung können unterschiedliche Beurteilungsformen angewendet werden.

- Interne Kommunikation

Interne Kommunikation bedeutet die gezielte verbale, grafische und visuelle Ansprache der Mitarbeiter durch die Betriebsführung. Mit dem Einsatz interner Kommunikationsinstrumente soll neben positiven Einstellungen der Mitarbeiter gegenüber dem Betrieb auch ein hoher Identifikationsgrad mit dem Betrieb erreicht werden.³⁸⁵ Ferner wird mit interner Kommunikation das Ziel der Entwicklung einer Kommunikationskultur aller Betriebsangehörigen mit einer sozialisierenden, konfliktreduzierenden, motivierenden und akzeptanzschaffenden Wirkung verfolgt.³⁸⁶ Viele Teams ambulanter Pflegedienste verfügen über eine derart geringe Anzahl an Mitarbeitern, dass die verbale Kommunikation ausreicht. Grafische und visuelle Ansprachen z. B. in Form von Firmenzeitschriften lohnen sich für ambulante Pflegedienste aus finanzieller Sicht nicht.

- Externe Kommunikationsinstrumente mit interner Wirkung

Die Mitarbeiter eines Betriebes nehmen nicht nur die intern an sie gerichteten Botschaften wahr, sondern auch die, die an die übrigen externen Zielgruppen gerichtet werden. Eine solche externe Kommunikation mit interner Wirkung kann Botschaften enthalten, die direkt auf die Mitarbeiter bezogen sind oder direkt auf die externen Zielgruppen ausgerichtete, kommunikationsaktivierende Funktionen haben und somit indirekt auf die Mitarbeiter wirken. Besonders wirkungsvoll für Botschaften an die externen Zielgruppen ist der Einbezug der Mitarbeiter in die externe Kommunikation als Akteure.³⁸⁷ Ziele, die mit diesem Instrument verfolgt werden können, sind z. B. die folgenden:

³⁸⁴ JUNG (1994), S.968

³⁸⁵ BIEBERSTEIN (1998), S.371

³⁸⁶ STAUSS (1991), S.238f.; MEFFERT/BRUHN (2000), S.515

³⁸⁷ MEFFERT/BRUHN (2000), S.515

- positive Beeinflussung des Stolzes und der Moral der Mitarbeiter,
- Weckung eines verbesserten Verständnisses für Betriebsneulinge,
- Vereinheitlichung von Einstellungen bzgl. des Zwecks des Betriebes,
- Verdeutlichung von Chancen und Karrieremöglichkeiten zur Erleichterung von Personalbeschaffung und
- Verdeutlichung der erwarteten Qualitätsstandards.³⁸⁸

Da ambulante Pflegedienste ihr Leistungsangebot auf Grund der Immaterialität ihre Leistungen nicht visuell darstellen können, sind sie auf die Abbildung von Situationen und der Beschreibung ihrer Leistungen angewiesen. Die Abbildung z. B. einer Pflegesituation in Broschüren kann durch einen Mitarbeiter und einen Leistungsabnehmer erfolgen. Mitarbeiter und Leistungsabnehmer können dadurch ein Gefühl von Stolz entwickeln, gerade in diesem ambulanten Pflegedienst zu arbeiten oder durch diesen betreut zu werden.

- Corporate Behavior

Corporate Behavior ist die in sich schlüssige und widerspruchsfreie Verhaltensweise der Mitarbeiter sowohl im Innen- als auch im Außendienst. Innerhalb der Corporate Behavior wird das Verhalten der Mitarbeiter für bestimmte Situationen im Kontakt mit den Zielgruppen festgelegt, d. h. wie sich ein Mitarbeiter verhalten soll, wenn eine Beschwerde an ihn hergetragen wird.³⁸⁹ „Gerade in Dienstleistungsbetrieben ist es vor allem das Verhalten der Mitarbeiter als Kundenberater oder Bedienungskraft, die durch ihre Interaktion mit den Kunden den Dienstleistungsbetrieb symbolisieren und [das Betriebsbild] prägen.“³⁹⁰

Die Pflegedienstleitung hat in ambulanten Pflegediensten sowohl auf der verbalen als auch auf der nonverbalen Ebene eine enorme Motivations- und Vorbildfunktion für die Mitarbeiter, wenn sie die für den ambulanten Pflegedienst gewünschten Inhalte von Einstellungen, Verhalten und Kommunikationskultur den Mitarbeitern konsequent vorlebt.³⁹¹ So wie die Führungskräfte ihre Mitarbeiter behandeln und mit ihnen umgehen, so werden diese sich auch gegenüber den Leistungsabnehmern und anderen externen Zielgruppen verhalten.

³⁸⁸ STAUSS (1991), S.239

³⁸⁹ MEFFERT (1998), S.688

³⁹⁰ BIEBERSTEIN (1998), S.353

³⁹¹ MEFFERT/BRUHN (2000), S.515

6.6 Ausstattungspolitik

6.6.1 Definition und Ziele der Ausstattungspolitik

Grundgedanke der Ausstattungspolitik nach MAGRATH (1986) ist, dass die Inanspruchnahme einer Dienstleistung mit einem Erlebnis verbunden ist, das durch das physische Umfeld unterstützt wird: „A consumer must experience a service. This experience is greatly affected by both the setting that is visible to customers and the physical assets hidden from view but critical to providing the service.“³⁹² Die Ausstattungspolitik umfasst somit alle materiellen Elemente, die zur Leistungserstellung benötigt werden oder mit denen der Leistungsabnehmer oder andere Zielgruppen während der Leistungserstellung in Kontakt kommen und durch die die Leistungserstellung wahrgenommen wird. BIEBERSTEIN (1998) bezeichnet diese materiellen Elemente auch als Kontaktobjekte und beschreibt damit alle betrieblichen Produktionsfaktoren, die für die jeweilige Zielgruppe sichtbar bzw. wahrnehmbar sind. Solche Elemente nutzen die Leistungsabnehmer vor der Inanspruchnahme einer Dienstleistung, um auf die zu erwartende Leistungsqualität zu schließen.³⁹³

Um sich von anderen Anbietern auf dem Markt abzuheben, müssen Dienstleistungsbetriebe ihre Ausstattungsmerkmale zur Visualisierung ihrer Leistungsfähigkeit prägnant und konstant einsetzen. Das sachliche Leistungspotential bestimmt dabei die Umgebung des Anbieters, die störend oder hilfreich bei der Leistungserstellung sein kann oder aber stimulierend auf den Leistungsabnehmer wirkt.³⁹⁴ So stimulieren helle, freundlich eingerichtete Verkaufs-, Warte- oder Behandlungsräume die Leistungsabgabe und möglicherweise auch die Wirkung der Leistungen.

Im Allgemeinen beeinflussen die materiellen Elemente die Zweckmäßigkeit der Dienstleistungen, sowohl während des Erlebens der Dienstleistungen als auch im Hinblick auf deren Erstellungseffizienz.³⁹⁵ Das Erleben einer Dienstleistung kann mit Wirkungen auf den Leistungsabnehmer oder andere Zielgruppen verbunden sein, die sich z. B. als Erleichterung, Hilfe, Entspannung oder Genuss äußern.

Weiterhin besitzen die Elemente die Funktion zur Tangibilisierung der Dienstleistungen. Sie können vom Dienstleistungsbetrieb bewusst eingesetzt werden, um die Leistungen für die Zielgruppen sichtbar zu machen. Zusätzlich kann dadurch das Kaufrisiko bei den Leistungsabnehmern gesenkt werden.³⁹⁶ Dies gilt auch für den Standort eines Dienstleistungsbetriebes. „Der Standort ist der geographische Ort mit bestimmten Eigenschaften, an dem der Dienstleistungsbetrieb seine Produktionsfaktoren zur Leistungserstellung bereithält. [...] Der

³⁹² MAGRATH (1986), S.48

³⁹³ BIEBERSTEIN (1998), S.207

³⁹⁴ BIEBERSTEIN (1998), S.208

³⁹⁵ MAGRATH (1986), S.48f.

³⁹⁶ BIEBERSTEIN (1998), S.207

Standort eines Dienstleistungsbetriebes ist [...] gleichzeitig auch Produktionsstätte.³⁹⁷
Standorte erfüllen bei Dienstleistungsbetrieben auch marketingpolitische Aufgaben.³⁹⁸ Tabelle 6.12 zeigt die Teilinstrumente der Ausstattungspolitik.

Tabelle 6.12: Ausstattungspolitik: Detaillierung des Marketinginstrumentes³⁹⁹

Teilinstrument	Teil-Teilinstrument	Teil-Teil-Teilinstrument	Teil-Teil-Teil-Teilinstrument
Erreichbarkeit des Dienstleistungsbetriebes	<ul style="list-style-type: none"> Gestaltung der Verkehrsanbindung Gestaltung der Kommunikationsmittel 	<ul style="list-style-type: none"> Gestaltung der Anbindung an den ÖPNV Gestaltung der Anbindung mit dem PKW Gestaltung der Anbindung an das Fußgängerwegenetz Gestaltung der Erreichbarkeit per Telefon Gestaltung der Erreichbarkeit per Fax Gestaltung der Erreichbarkeit per Internet/E-Mail 	
Räumliches Erscheinungsbild in der Öffentlichkeit	<ul style="list-style-type: none"> Gestaltung der Raumkapazität Gestaltung der Raumkosten Gestaltung der Raumqualität 	<ul style="list-style-type: none"> Gestaltung der Aufteilung Gestaltung der Anordnung Gestaltung der Größe Gestaltung der Anzahl Gestaltung der Betriebsräume in Bezug auf die Boden- und Immobilienpreise Gestaltung der Betriebsräume in Bezug auf die Mietpreise architektonische Gestaltung des Betriebes Gestaltung des äußeren Erscheinungsbildes im öffentlichen Raum 	<ul style="list-style-type: none"> Farben Möbiliar Geräusche Beleuchtung Raumtemperatur Belüftung Dekoration
Corporate Design	<ul style="list-style-type: none"> Gestaltung der Dienstkleidung Gestaltung der Farben und Logos Gestaltung der Formulare Gestaltung der Schrift Gestaltung der Dienstwagen 		

³⁹⁷ BIEBERSTEIN (1998), S.281

³⁹⁸ BIEBERSTEIN (1998), S.281

³⁹⁹ Zusammenstellung nach MAGRATH (1986) und BIEBERSTEIN (1998)

6.6.2 Überprüfung der in ambulanten Pflegediensten zur Anwendung kommenden Instrumente der Ausstattungspolitik

- Erreichbarkeit des Dienstleistungsbetriebes

Unter Erreichbarkeit des Dienstleistungsbetriebes wird sowohl die Erreichbarkeit mittels Verkehrsanbindung (Straßen, öffentliche Verkehrsmittel, etc.) als auch die Erreichbarkeit mittels verschiedener Kommunikationsmedien (Telefon, Fax, Internet, etc.) verstanden.

Die Erreichbarkeit über die verschiedenen Kommunikationsmedien – und zwar rund um die Uhr - ist gerade bei ambulanten Pflegediensten von Bedeutung, da im Allgemeinen die Mitarbeiter die Leistungsabnehmer in deren Wohnungen pflegen. Verkehrsbedingte Erreichbarkeit des Betriebes spielt daher bei ambulanten Pflegediensten eine untergeordnete Rolle, wohl aber die Erreichbarkeit des Leistungsabnehmers durch die Mitarbeiter des Betriebes.

- Räumliches Erscheinungsbild in der Öffentlichkeit

Das räumliche Erscheinungsbild bezieht sich auf die Gestaltung der Raumkapazität, die Raumkosten und die Raumqualität.

Die Raumkapazität ist für Anbieter von standortgebundenen Leistungen, bei deren Erstellung mehrere Leistungsabnehmer gleichzeitig eine Leistung in Anspruch nehmen, ein wichtiges Gestaltungsobjekt. Hier kommen der Aufteilung, der Anordnung, der Größe und der Anzahl der Räume besondere Bedeutungen zu.⁴⁰⁰

Die Raumkosten sind für standortgebundene Anbieter sehr erheblich, da hier die Kosten von Verwaltungs- und Behandlungsräumen sowie Kosten für eine repräsentative Ausstattung zusammenkommen. Für standortungebundene Leistungen fallen nur Raumkosten i. e. S. und auch diese im Wesentlichen nur für die Verwaltung an.⁴⁰¹

Raumqualität bedeutet die architektonische Gestaltung der Betriebsräume über die Raumkapazitäten hinaus. Mit den Elementen der Raumgestaltung kann eine ganz bestimmte, für die Dienstleistung zutreffende Atmosphäre erzielt werden, die für Leistungsabnehmer einen Anreiz schaffen kann, gerade die Leistung dieses Leistungsanbieters nachzufragen. Dies ist besonders bei Dienstleistungen der Fall, die in den Räumen des Anbieters ausgeführt werden. Hier muss die Inanspruchnahme der Dienstleistung zu einem Erlebnis für den Leistungsabnehmer werden, welches dieser bei einem anderen Anbieter nicht erfährt. Folgende Elemente der Raumgestaltung, die auf bestimmte Reize der Leistungsabnehmer zielen, können die Atmosphäre in einem Raum oder in einem Gebäude beeinflussen:

⁴⁰⁰ MAGRATH (1986), S.48ff.; BOOMS/BITNER (1981), S.48ff.

⁴⁰¹ MAGRATH (1986), S.48ff.

- architektonische Raumgestalt,
- Farbgebung,
- Beleuchtung,
- Belüftung,
- Einrichtung, Mobiliar
- Dekoration,
- Raumtemperatur,
- Geräusche.⁴⁰²

Neben dem Einsatz der architektonischen Gestaltung des Betriebes mit Hilfe der Elemente zur Raumgestaltung tragen auch die Fassadengestaltung und die Einbindung des Gebäudes in die Umgebung mit zum räumlichen Erscheinungsbild bei. Für viele Leistungsanbieter ist es wichtig, dass ihre Leistungen in einer ansprechenden Umgebung angeboten und präsentiert werden. Leistungen mit einem Exklusivcharakter werden eher nicht in einer ärmlichen Umgebung angeboten resp. nachgefragt werden.⁴⁰³

Ambulante Pflegedienste als Anbieter von standortungebundenen Leistungen, werden Raumkapazitäten, Raumgestaltung und Raumqualitäten weniger auf die Leistungsabnehmer als auf die Anforderungen und Bedürfnisse von Mitarbeitern und Verwaltungsaufgaben ausrichten.

- Corporate Design

Mit dem Corporate Design erfolgt die optische Umsetzung der gesamten Corporate Identity des Dienstleistungsbetriebes. Das Corporate Design steht für die symbolische Identitätsvermittlung durch den systematisch aufeinander abgestimmten Einsatz aller nach innen und außen gerichteten visuellen Elemente der Betriebserscheinung. Mit dem Corporate Design wird die Betriebsphilosophie visualisiert.⁴⁰⁴

Die Gestaltung des Corporate Designs ist unabhängig von den Leistungsmerkmalen und trifft für alle Dienstleistungsbetriebe zu.

⁴⁰² BIEBERSTEIN (1998), S.208

⁴⁰³ BIEBERSTEIN (1998), S.284

⁴⁰⁴ BIEBERSTEIN (1998), S.351; MEFFERT (1998), S.687

6.7 Prozesspolitik

6.7.1 Definition und Ziele der Prozesspolitik

„Prozess[-politik]⁴⁰⁵ umfasst planerische, organisatorische und kontrollierende Maßnahmen zur zielorientierten Steuerung der Wertschöpfungskette eines [Betriebes] hinsichtlich Qualität, Zeit, Kosten und Kundenzufriedenheit.“⁴⁰⁶ Anders ausgedrückt: Die Prozesspolitik ist eine leistungsabnehmerorientierte Ablauforganisation der Leistungserstellung inklusiv der Gestaltung aller dazugehörigen Instrumente, die für die Leistungserstellung von Dienstleistungen bezogen auf einzelne Tätigkeiten notwendig sind.⁴⁰⁷ Die Gestaltung der Vorkombination von internen Produktionsfaktoren ist in das Instrument der Prozesspolitik einbezogen. Die Definition von MALERI (1997) zur Leistungserstellung unterstützt diesen Punkt: „Zur Leistungserstellung zählen alle auf die einzelnen [Leistungen] bezogenen betrieblichen Prozesse einschließlich der dafür erforderlichen Vorbereitungstätigkeiten im weitesten Sinne.“⁴⁰⁸ Die Prozesspolitik mit ihren Instrumenten erstreckt sich somit über den gesamten Verlauf des Leistungserstellungsprozesses für Dienstleistungen.

Die Aufgabe der Prozesspolitik besteht zunächst darin, die für die praktische Leistungserstellung geeigneten internen Produktionsfaktoren bereitzustellen, um sie dann später im eigentlichen Leistungserstellungsprozess mit dem externen Faktor kombinieren zu können. Dabei versucht die Prozesspolitik das Verhältnis von tatsächlich genutzter zu vorgehaltener Leistungsbereitschaft, d. h. den Bereitschaftsgrad in Bezug auf entstehende Leerkosten, so gering wie möglich zu halten. Ist der Bereitschaftsgrad des Betriebes bestimmt, kann das Angebotsziel in eine konkrete Personal-(einsatz)-planung überführt werden. In ihr wird festgelegt, welche und wie viele Mitarbeiter zu welcher Zeit für welche Zeitdauer bei welchen Leistungsabnehmern eingesetzt werden. Treten hierbei Verschiebungen auf oder kommt der entsprechende Mitarbeiter nicht zum »passenden« Leistungsabnehmer, können Überforderung, Unfreundlichkeit und Nichteinhaltung der Qualität der Mitarbeiter die Folge sein.⁴⁰⁹

Die Gestaltung der Prozesspolitik dient der Sicherung einer leistungsfähigen und dauerhaften Qualität während der gleichzeitigen Inanspruchnahme und Produktion der angebotenen Dienstleistungen.⁴¹⁰ Mit der geplanten Gestaltung der Leistungsbereitschaft und der Endkombination wird das Kaufrisiko für die Leistungsabnehmer reduziert.

Viele Leistungsabnehmer informieren sich vor dem Kauf durch Informationen aller Art, Beo-

⁴⁰⁵ Im Original: Prozessmanagement; während unter Management eher die Führung oder Leitung eines Betriebes als Institution verstanden wird, beschreibt die Politik eher die Maßnahmen zur Führung, Erhaltung und Verwaltung eines Gemeinwesens oder Betriebes oder ein zielgerichtetes Vorgehen: o. V. (1977); S.252 und 327

⁴⁰⁶ GAITANIDES/SCHOLZ/VROHLINGS (1994), S.3

⁴⁰⁷ OLAVARRIA (1999), S.154; MAGRATH (1986)

⁴⁰⁸ MALERI (1997), S.223

⁴⁰⁹ BIEBERSTEIN (1998), S.214

⁴¹⁰ MAGRATH (1986), S.48

bachtungen und Referenzen über den Dienstleistungsbetrieb und dessen Leistungen bzw. Leistungsbereitschaft. Bei ihrer Entscheidung zur Inanspruchnahme der Leistungen orientieren sich potentielle, aber auch bestehende Leistungsabnehmer nicht nur an den kommunikationpolitischen Instrumenten sondern auch an der Ausgestaltung der Leistungspotentiale, welche sich als Ersatzindikatoren für das zu erwartende Leistungsergebnis heranziehen lassen.⁴¹¹

Innerhalb der Prozesspolitik werden einzelne Tätigkeiten klar definiert, beschrieben und für bestimmte Tätigkeiten bzw. Leistungen klare Verfahrensanweisungen entwickelt und formuliert, die dann bei Eintreten der Situation von den Mitarbeitern befolgt werden müssen.

Neben der Leistungsbereitschaft und dem Leistungserstellungsprozess gibt es noch weitere Instrumente, die die Prozesspolitik vervollständigen. Tabelle 6.13 gibt eine Übersicht über die Teilinstrumente der Prozesspolitik.

Tabelle 6.13: Prozesspolitik: Detaillierung des Marketinginstruments⁴¹²

Teilinstrument	Teil-Teilinstrument	Teil-Teil-Teilinstrument
Leistungsbereitschaft	<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung der quantitativen Dimension • Gestaltung der qualitativen Dimension • Gestaltung der intensitätsmäßigen Dimension • Gestaltung der zeitlichen Dimension 	<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl der Mitarbeiter zur Leistungserstellung • Qualifikation der Mitarbeiter zur Leistungserstellung • Zeitpunkt der Leistungserstellung • Zeitrahmen der Leistungserstellung
Leistungserstellungsprozess	<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung der Integration des externen Faktors • Gestaltung der Arbeitsschritte pro Leistung/-seinheit 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung der physischen Integration • Gestaltung der intellektuellen Integration • Gestaltung der emotionalen Integration • Gestaltung des Leistungsbeginns • Gestaltung der einzelnen Leistungstätigkeiten • Gestaltung des Leistungsendes
Kontrolle von Leistungsbereitschaft und Leistungserstellungsprozess	<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung der Leistungsdokumentation • Gestaltung der Beschwerdepolitik 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung der Leistungsbereitschaftsdokumentation • Gestaltung der Leistungserstellungsprozessdokumentation • Gestaltung der Aufnahme • Gestaltung der Weiterleitung • Gestaltung der Bearbeitung

⁴¹¹ BIEBERSTEIN (1998), S.206

⁴¹² Zusammenstellung nach MAGRATH (1986) und BIEBERSTEIN (1998)

6.7.2 Überprüfung der in ambulanten Pflegediensten zur Anwendung kommenden Instrumente der Prozesspolitik

- Leistungsbereitschaft

Die Leistungsbereitschaft eines Dienstleistungsbetriebes ist das Ergebnis der Vorkombination interner Produktionsfaktoren. In Bezug auf die absetzbaren Leistungen hat sie einen vorbereitenden Charakter. Als Bereitschaftsgrad wird das Verhältnis von tatsächlich genutzter und vorgehaltener Leistungsbereitschaft bezeichnet.⁴¹³

Einem hohen Bereitschaftsgrad stehen hohe Fixkosten gegenüber, die in Zeiten geringerer Nachfrage als Leerkosten interpretiert werden können. Diese Leerkosten müssen nicht per se zu vermeidende Leerkosten darstellen, sondern können auch absatzpolitischen Zielen dienen und somit unter dem Blickwinkel des Marketings akzeptiert werden. Leistungsbereitschaft kann insoweit zu einer eigenen Qualitätsdimension führen, wenn durch die vorgehaltene Leistungsbereitschaft Sicherheitsbedürfnisse der Leistungsabnehmer befriedigt werden, wie z. B. bei einem Unfallbereitschaftsdienst. Solche vorgehaltenen Leistungsbereitschaft können bei Leistungsabnehmern Präferenzen für einen bestimmten Dienstleistungsbetrieb hervorrufen.⁴¹⁴

Die Leistungsbereitschaft selbst wird hinsichtlich der Dimensionen - quantitativ, qualitativ, zeitlich, intensitätsmäßig und räumlich - gestaltet.⁴¹⁵

Innerhalb der quantitativen Dimension der Leistungsbereitschaft werden interne Produktionsfaktoren miteinander kombiniert. Dies gilt bei Dienstleistungsbetrieben besonders für die menschliche Arbeitsleistung.⁴¹⁶ Die Abstimmung der internen Produktionsfaktoren erfolgt mittels einer Einsatzplanung, in der ein Mittelweg zwischen der anzunehmenden maximalen Nachfrage und/oder dem Wartenlassen der Leistungsabnehmer angesteuert wird. Der erste Fall kann zu hohen Leerkosten führen, der zweite zu verärgerten Leistungsabnehmern, die möglicherweise zum Mitbewerber abwandern.⁴¹⁷

Wird die Personalkapazität auf Dauer im Verhältnis zur Nachfrage zu gering dimensioniert, kann dies eine Überlastung der Mitarbeiter und eine Einschränkung in der erlebten Dienstleistungsqualität für den Leistungsabnehmer und andere Zielgruppen bedeuten. Gerade bei personalintensiven Dienstleistungsbetrieben müssen die Mitarbeiter so eingesetzt werden, dass die unterschiedlichen Nachfragesituationen ohne Nachteile für die Leistungsabnehmer und die Mitarbeiter abgedeckt werden. Eine Hilfe bietet die flexible Gestaltung der personellen Einsatzfaktoren.⁴¹⁸ Übersteigt die Nachfragesituation dennoch die Personalkapazitäten,

⁴¹³ CORSTEN (1990B), S.103

⁴¹⁴ BIEBERSTEIN (1998), S.209; CORSTEN (1990B), S.103

⁴¹⁵ CORSTEN (1990B), S.107

⁴¹⁶ CORSTEN (1990B), S.107

⁴¹⁷ BIEBERSTEIN (1998), S.209

⁴¹⁸ BIEBERSTEIN (1998), S.212

kann im Extremfall auf den Einsatz von entsprechenden Aushilfskräften zurückgegriffen werden.

Eng mit der quantitativen Dimension hängt die qualitative zusammen. Hier wird bestimmt, welche Mitarbeiter mit welcher fachlichen und sozialen Qualifikation zur Leistungserstellung benötigt werden. Durch eine exakte Einsatzplanung der Mitarbeiter können die Personalkosten in einem überschaubaren Rahmen gehalten und kalkuliert werden. Hilfreich bei der Einteilung der eingesetzten Mitarbeiter ist der Einsatz von Belastungsprofilen. Durch sie wird bestimmt, zu welchen Zeiten und an welchen Orten welche Mitarbeiter benötigt werden.⁴¹⁹

Intensitätsmäßig bedeutet die Variation der Arbeitsgeschwindigkeit der eingesetzten Produktionsfaktoren, hier der Arbeitsleistungen (leistungserstellende Tätigkeiten) der Mitarbeiter. Diese kann nur über einen kurzen Zeitraum erhöht werden. Eine dauernde oder über einen längeren Zeitraum sich erstreckende Erhöhung der Arbeitsgeschwindigkeit kann das interaktive Verhältnis zwischen den Mitarbeitern und den Leistungsabnehmern beeinträchtigen, da besonders bei personalintensiven Dienstleistungen Überlastung sich direkt auf die Wahrnehmung der Dienstleistungsqualität durch die Leistungsabnehmer auswirkt.⁴²⁰

Gestaltung der zeitlichen Dimension bedeutet die Variation der regelmäßigen, täglichen oder wöchentlichen Arbeitszeit. Zu einer Verkürzung der regelmäßigen Arbeitszeit kann es kommen, wenn die Nachfrage nach den Leistungen sinkt oder der »normale« Arbeitsaufwand sich durch andere Faktoren vermindert. Zu einer Verlängerung der regelmäßigen Arbeitszeiten kann es kommen, wenn sich viele Leistungsabnehmer für den gleichen Zeitraum entschieden haben, Leistungen beim selben Leistungsanbieter in Anspruch zu nehmen und die Fertigstellung der Leistungen über z. B. die tägliche Arbeitszeit hinausgeht. Grenzen werden der zeitlichen Dimension durch gesetzliche Öffnungszeiten oder Tarifverträge gesetzt. Durch zeitlich begrenzte Personalverschiebungen kann der Dienstleistungsbetrieb auf diese Situationen reagieren.⁴²¹

- Leistungserstellungsprozess

Je nach Leistungsmerkmalen und angebotenen Leistungen differieren die Leistungserstellungsprozesse in jedem Dienstleistungsbetrieb. Dies betrifft besonders die Integration des externen Faktors. Die Leistungserstellungsprozesse werden vielfältig von den externen Faktoren und den leistungserstellenden Mitarbeitern beeinflusst. Primäre Zielsetzung für die Gestaltung des Leistungserstellungsprozesses bildet die Sicherung einer konstanten Leistungsqualität, da Leistungserstellung und Absatz der Leistungen gleichzeitig verlaufen. Leis-

⁴¹⁹ BIEBERSTEIN (1998), S.210

⁴²⁰ BIEBERSTEIN (1998), S.214; CORSTEN (1990B), S.107

⁴²¹ CORSTEN (1990B), S.108

tungsschwankungen der leistungserstellenden Mitarbeiter sind vor den Leistungsabnehmern nicht oder nur schwer zu verbergen.⁴²²

Die Interaktion zwischen den leistungserstellenden Mitarbeitern und dem externen Faktor stellt eine wechselseitige soziale Beziehung zwischen diesen beiden Akteuren dar und führt zu wechselseitigen Kommunikations- und Produktionsprozessen. Diese sich wechselseitig beeinflussenden Aktionen und Reaktionen bestimmen die Qualität des Leistungserstellungsprozesses ganz wesentlich mit.⁴²³ KOTLER (1992) bezeichnet diesen Teil der Planung der Leistungserstellung als Interaktives Marketing.⁴²⁴ Dabei bezieht sich Interaktives Marketing auf die Planung der Austauschprozesse zwischen den Leistungsabnehmern und dem Leistungsanbieter. Innerhalb der Planung der Austauschprozesse müssen alle betrieblichen Bereiche, die einen Einfluss auf diesen haben könnten, berücksichtigt werden. Bedürfnisse und Erwartungen der Leistungsabnehmer erfahren während des Leistungserstellungsprozesses einen Abgleich mit den jeweiligen Leistungsmerkmalen und werden aufeinander abgestimmt. Dies gilt auch für die Gestaltung einzelner Arbeitsschritte während der Leistungserstellung.⁴²⁵ Diese Phase der Leistungserstellungsplanung ist besonders wichtig für personenintensive Dienstleistungen, wie sie bei ambulanten Pflegediensten vorliegen.⁴²⁶

- Kontrolle von Leistungsbereitschaft und Leistungserstellungsprozess

Zu jeder betrieblichen Tätigkeit gehört deren Kontrolle. So müssen/sollten unabhängig von den Leistungsmerkmalen in jedem Dienstleistungsbetrieb die Leistungsbereitschaft und der Leistungserstellungsprozess regelmäßig kontrolliert bzw. überprüft und dokumentiert werden, damit bei Abweichungen von Zielen so schnell wie möglich reagiert werden kann.

Die Leistungsdokumentation gliedert sich in die Dokumentation der Leistungsbereitschaft und des Leistungserstellungsprozesses.

Der Umgang mit Beschwerden ist für Dienstleistungsbetriebe ein nicht zu unterschätzendes Marketinginstrument. Stimmen die Qualitätserwartungen der Leistungsabnehmer nicht mit der dargebotenen Qualität der Leistungen überein, stellt sich bei diesen Unzufriedenheit ein. Diese Unzufriedenheit muss von den Leistungsanbietern im Rahmen ihrer kundenorientierten Betriebspolitik erkannt und schnell beseitigt werden. Beschwerdepolitik ist somit ein zielorientierter und geplanter Umgang mit Leistungsabnehmerbeschwerden.⁴²⁷

⁴²² BIEBERSTEIN (1998), S.216

⁴²³ BIEBERSTEIN (1998), S.222f.

⁴²⁴ KOTLER/BLIEMEL (1992), S.669

⁴²⁵ BIEBERSTEIN (1998), S.222

⁴²⁶ An dem Punkt Interaktion zeigt sich, dass es notwendig wird die traditionellen Marketinginstrumente zu erweitern, da die vier klassischen Instrumente eher dem aktionsbezogenen Beeinflussungsmarketing zuzurechnen sind, während das Interaktive Marketing als interaktionsbezogenes Beziehungsmarketing verstanden wird.

⁴²⁷ BIEBERSTEIN (1998), S.252

Die Reaktionen der Leistungsabnehmer können bei empfundener Unzufriedenheit sehr unterschiedlich sein:

1. Sie beschweren sich direkt bei den Dienstleistungsanbietern,
2. sie wechseln den Dienstleistungsanbieter, ohne etwas zu sagen,
3. sie äußern sich gegenüber anderen Personen negativ zum Betrieb,
4. sie beschweren sich bei Institutionen über den Betrieb,
5. sie zeigen keine Reaktion oder
6. sie kombinieren die Reaktionen 1-4 miteinander.⁴²⁸

Fatal sind die Folgen für Dienstleistungsbetriebe, wenn gerade die Reaktionen 2-5 auftreten, da sie die Betriebe in ihren Reaktionen auf die Unzufriedenheit lähmen oder ihnen keine Chance lassen darauf zu reagieren. Für Dienstleistungsbetriebe ist es daher notwendig, eine systematische Zufriedenheitsforschung bei den Leistungsabnehmern durchzuführen, damit Unzufriedenheit frühzeitig aufgedeckt werden und schnellstmöglich darauf reagiert werden kann. So können durch die Aufnahme von Leistungsabnehmerunzufriedenheit Mängel oder Lücken im Leistungsangebot, in der Leistungserstellung oder im Leistungserstellungsergebnis aufgedeckt und zukünftig behoben werden. Ziel der Beschwerdepolitik ist somit die Wiederherstellung von Kundenzufriedenheit und die Minimierung von negativen Auswirkungen auf die Dienstleistungsbetriebe.⁴²⁹ Teilziele der Beschwerdepolitik können sein:

- Die Herstellung von Beschwerde-Zufriedenheit, damit die Leistungsabnehmer merken, dass ihre Beschwerden ernst genommen werden.
- Die Vermeidung von Opportunitätskosten anderer Reaktionsformen unzufriedener Leistungsabnehmer, indem durch aktive Beschwerdepolitik das Abwandern der Leistungsabnehmer und damit Gewinn- und Umsatzeinbußen für den Dienstleistungsbetrieb verhindert werden.
- Ein Beitrag zur Imagepolitik, indem eine Vermittlung von Sicherheit gegenüber den Leistungsabnehmern durch eine kulante Beschwerdebearbeitung verfolgt wird und damit Unzufriedenheit abgebaut und Zufriedenheit gestärkt werden.
- Die Schaffung zusätzlicher akquisitorischer Effekte mittels Beeinflussung der persönlichen Kommunikation der Beschwerdeführer, indem eine negative Mund-zu-Mund-Kommunikation verhindert und eine Umkehrung in eine positive durch eine positive Beschwerdeerfahrung erfolgt.
- Die Informationsgewinnung als Grundlage für Marketingmaßnahmen und Qualitätskontrollen, indem wichtige Informationen über relevante Leistungsabnehmerprobleme mit

⁴²⁸ BIEBERSTEIN (1998), S.251

⁴²⁹ BIEBERSTEIN (1998), S.251f.

den Leistungen des Betriebes zur Verbesserung und Veränderung bestehender sowie zur Entwicklung neuer Angebote genutzt werden.⁴³⁰

Diese Ziele werden dann erreicht, wenn die Leistungsabnehmer zur Beschwerde animiert werden und bei einer Beschwerde die Sicherheit verspüren, dass diese auch ernst genommen und bearbeitet wird und dass sie deswegen keine Nachteile erlangen. Beschwerden selbst können in Form eines persönlichen Gesprächs, als Beschwerdebrief, als Fragebögen und Meinungskarten oder als telefonische Beschwerden mittels einer Servicenummer abgefragt bzw. erhoben werden. Die Planung solcher Beschwerdesysteme obliegt dem Beschwerdemanagement, das die Aufgaben der Stimulierung, Bearbeitung, Analyse und Informationsweitergabe an die entsprechenden Stellen hat.⁴³¹

⁴³⁰ STAUSS (1989), S.46f.

⁴³¹ STAUSS (1989), S.47

7 In ambulanten Pflegediensten angewandte Teilinstrumente der Marketinginstrumente

7.1 Teilinstrumente der Leistungspolitik

7.1.1 Leistungsinnovation

Aufgrund des Leistungsschwerpunktes und der Vorgabe des Leistungsprogramms für ambulante Pflegedienste durch den Gesetzgeber⁴³², treten Leistungsinnovationen überwiegend in der Bereitschaftsphase auf. Dazu werden Leistungen gezählt, die zusätzlich zum Pflichtprogramm als Betriebsneuheiten in das bestehende Leistungsprogramm aufgenommen werden. Selten treten Innovationen in der Leistungserstellungs- oder der Ergebnisphase auf, da laut Gesetz die Haupt- bzw. Kernleistungen „[...] entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse [erbracht werden sollen]. Inhalt und Organisation der Leistungen haben eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde zu gewährleisten“⁴³³. Dadurch werden Innovationen in der Leistungserstellungs- und der Ergebnisphase durch die allgemein gültigen medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse aus Wissenschaft und Praxis für alle Pflegedienste verbindlich.

Zur Leistungsfindung können ambulante Pflegedienste für ihr Leistungsprogramm interne und externe Quellen nutzen. Interne Quellen sind Anregungen und Beschwerden von Leistungsabnehmern - Hilfe- und Pflegebedürftigen, Angehörigen - und Anregungen und Wünsche von Mitarbeitern. Externe Quellen sind gezielte Leistungsabnehmerbefragungen, Beobachtungen der Mitbewerber, der Besuch von Messen und Ausstellungen oder das Auswerten von Fachzeitschriften, in denen neue Leistungstrends veröffentlicht werden. Sind aus den internen und externen Quellen Ideen für neue Leistungen vorhanden, durchlaufen sie folgenden Prozess bis zur Einführung auf dem Markt:

- Bewertung und Auswahl der Ideen,
- Gestaltung eines Leistungsangebots aus den getroffenen Entscheidungen,
- Testen des Leistungsangebots auf dem Markt (entfällt bei sehr personenintensiven Dienstleistungen wie den Leistungen von ambulanten Pflegediensten, da diese sehr individuell erbracht werden und keine Rückschlüsse auf den Gesamtmarkt zulassen),
- Einführungen der neuen Leistungen auf dem Markt.⁴³⁴

Im Rahmen der Bewertung und der Auswahl sind gerade bei ambulanten Pflegediensten die Kosten ein wichtiges Entscheidungskriterium zur Aufnahme einer Leistung in das Leistungs-

⁴³² SGB V, SGB XI

⁴³³ §11 Abs.1 SGB XI

⁴³⁴ BIEBERSTEIN (1998), S.183 und 186f.

spektrum. Je nach Innovationsgrad der Leistung muss das Mitarbeiterpotential mit entsprechenden Qualifikationen durch den ambulanten Pflegedienst bereitgehalten werden. Können Innovationen aus eigener Leistung nicht umgesetzt werden, werden viele Innovationsleistungen alternativ auch als Vermittlungs- oder Kooperationsleistungen mit anderen Betrieben angeboten, z. B. Fußpflege, Friseur.

7.1.2 Markierung

Markenpolitik erfüllt für ambulante Pflegedienste wichtige Funktionen im Verhältnis zu deren Leistungsabnehmern (vgl. Tabelle 7.1).

Tabelle 7.1: Funktionen von Dienstleistungsmarken für Leistungsanbieter und Leistungsabnehmer⁴³⁵

Leistungsanbieter	Leistungsabnehmer
<ul style="list-style-type: none"> • Kommunikationsfunktion • Profilierungsfunktion • Imageträgerfunktion • Innovationsfunktion • Unterstützungsfunktion im Marketing-Mix • Stabilisierungsfunktion 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientierungsfunktion • Informationsfunktion • Vertrauensfunktion • Identifikationsfunktion • Qualitätssicherungsfunktion • Risikominimierungsfunktion • Prestigefunktion

Für die Markierung von Dienstleistungen gibt es unterschiedliche Markierungsformen, die als Kennzeichen bezeichnet werden. Diese Kennzeichen können als Wortzeichen, Bildzeichen oder Slogans auftreten. Die Gestaltung dieser Kennzeichen bietet für ambulante Pflegedienste die Möglichkeit, sich auf dem Markt einzigartig und unverwechselbar zu präsentieren und zu platzieren.

Wort- und Bildzeichen prägen sich je nach Gestaltung schnell bei den Leistungsabnehmern ein und bieten den tatsächlichen und potentiellen Leistungsabnehmern eine Verbindung zum jeweiligen ambulanten Pflegedienst. Verstärkt wird die Wirkung der Wort- und Bildzeichen durch die Farbe, da sie innerhalb der visuellen Identität ein bedeutendes Gestaltungsmittel zur Beeinflussung von Gefühlen und Stimmungen sein kann.

Slogans verbinden Philosophie und Leitbild der ambulanten Pflegedienste, sind meist unverwechselbar, unterstützen die Image- und Vertrauensfunktion und treten häufig in Verbindung mit einem Bildzeichen auf. Abbildung 7.1 stellt exemplarisch die Verbindungen von Slogan und Bildzeichen dar:

⁴³⁵ MEFFERT/BRUHN (2000), S.314



Abbildung 7.1: Exemplarische Darstellung der Verbindung von Slogan und Bildzeichen ambulanter Pflegedienste⁴³⁶

Personenintensive Dienstleistungen wie die der ambulanten Pflegedienste besitzen ein technisches Markierungsproblem, da immaterielle Leistungen nicht Träger von Markenzeichen sein können. Daher benötigen sie den Firmennamen selbst als zu schützende Marke. Der Firmenname wird somit selbst zum Objekt einer Markierung. Die Firmennamen unterscheiden ambulante Pflegedienste eindeutig voneinander. Firmennamen sind mehr oder weniger einmalig und werden bei Firmengründung in das Handelsregister eingetragen. Unter diesen Namen tätigen die ambulanten Pflegedienste ihre Geschäfte.

Der Schutz von Dienstleistungsmarken wird noch nicht sehr häufig bei Einzelbetrieben wie ambulanten Pflegediensten, eingesetzt. Anders sieht es bei ambulanten Pflegediensten aus, die einem Franchisesystem angehören, ein Filialsystem haben oder einem Wohlfahrtsverband angeschlossen sind. Sie haben bereits den Firmennamen als Marke schützen lassen.

Damit dennoch Dienstleistungen markiert werden können, werden die Markenzeichen (Firmenname/Logo) auf interne Kontaktsubjekte und –objekte übertragen bzw. aufgetragen. Als Kontaktsubjekte und –objekte kommen alle Betriebsmittel in Frage, mit denen die Leistungsabnehmer in Kontakt kommen können. Dies können die Kontaktpersonen und alle materiellen Komponenten des Leistungsangebots sein. Bei der Ausstattung der Mitarbeiter mit Markenzeichen ist darauf zu achten, dass zwischen einer strengen Uniformierung und dem Anspruch einer Individualisierung der Leistung kein Widerspruch entsteht. Ambulante Pflegedienste müssen abwägen, wie weit die Uniformierung der Mitarbeiter und damit das Auftragen der Marke auf diese gehen darf. Werden Betriebsmittel und materielle Komponenten markiert, sollte darauf geachtet werden, dass diese Markierung durch die Leistungsabnehmer

⁴³⁶ www.ars-curandi-pflege.de; www.mobilehauskrankenpflege.de; www.pflorgeteam-wolf.de

mer nicht als Übertreibung empfunden wird. Alle Markierungen müssen zur Philosophie und zum Leitbild des jeweiligen Betriebes passen.⁴³⁷

Markierungszeichen können aber auch für den Verbleib bei den externen Faktoren gedacht sein, wie z. B. Anstecknadeln, Kugelschreiber, Feuerzeuge, Aufkleber etc. Solche Markierungen sind relativ kostengünstig und tragen die Marke in eine breite Öffentlichkeit. Mit dem Verbleib dieser bei den externen Faktoren über den eigentlichen Erstellungsprozess hinaus kann eine Verlängerung des Kundenkontaktes erreicht werden bzw. können potentielle Leistungsabnehmer auf den Betrieb aufmerksam gemacht werden. Auch in Zeiten der Nicht-Inanspruchnahme wird dadurch ein Kontakt zwischen den (potentiellen) Leistungsabnehmern und den ambulanten Pflegediensten aufrechterhalten. Je nach Leistungsabnehmer können mögliche Prestigeansprüche zusätzlich befriedigt werden.⁴³⁸

Markierungen können als Einzelmarke, Markengruppe, Firmenmarke oder regionale, nationale oder internationale Marke ausgerichtet werden.⁴³⁹ Dies hängt von den jeweiligen Zielen der Betriebe ab. Markierungen von ambulanten Pflegediensten werden als Firmenmarke überwiegend regional ausgerichtet. Nur wenige verfolgen auch eine nationale Verbreitung, wie z. B. die Wohlfahrtsverbände.

7.1.3 Leistungsmodifikation

Leistungsmodifikation bedeutet für ambulante Pflegedienste vorwiegend Differenzierung. Trotz ihres sehr stark vorgegebenen Leistungsrahmens durch die Kranken- und Pflegekassen als Kostenträger kann es zu einer Leistungsdifferenzierung kommen, wenn sich ambulante Pflegedienste Patienten mit besonderen Merkmalen und Anforderungen widmen, also sich auf bestimmte Segmente der Zielgruppe Hilfe- und Pflegebedürftige spezialisieren, z. B. Kinderkrankenpflege, Pflege von Aids- oder Krebskranken, Dialysepatienten.

Leistungsvariationen zielen eher auf das Leistungspotential und die Leistungserstellung und damit auf das Bereithalten von Mitarbeiterpotenzialen mit ihren entsprechenden Qualifikationen. Solche Qualifikationen können als neue Erkenntnisse aus der Pflege vorliegen, wie z. B. ein bestimmtes Krankheitsbild zu behandeln ist, oder als eine die Arbeitskraft schonende Ausführung der Tätigkeiten wie es die Kinästhetik verfolgt, um gesundheitliche Folgeschäden bei den Mitarbeitern zu verhindern.

⁴³⁷ BIEBERSTEIN (1998), S.235

⁴³⁸ BIEBERSTEIN (1998), S.235

⁴³⁹ BIEBERSTEIN (1998), S.235

7.1.4 Leistungselimination

Elimination von Leistungen betreffen überwiegend die im Leistungsangebot enthaltenen Zusatz- bzw. Serviceleistungen. Sie werden nach Überprüfung der Rentabilität ggf. aus dem Angebot genommen. Elimination kann aber auch Leistungen aus dem Pflichtbereich betreffen, für den Versorgungs- und Vergütungsvereinbarungen mit den Kostenträgern geschlossen wurden. Nach diesen Verträgen sind die ambulanten Pflegedienste verpflichtet, diese Leistungen anzubieten bzw. vorzuhalten. Können diese Leistungen von den ambulanten Pflegediensten nicht erbracht werden, besteht die Möglichkeit, mit einem anderen ambulanten Pflegedienst eine Kooperation bzgl. dieser Leistungen einzugehen.

7.1.5 Servicepolitik

Ambulante Pflegedienste bieten, wenn auch z. T. unbeabsichtigt, viele Serviceleistungen an, wie z. B. zusätzliches Einkaufen, Müllentsorgung, etc. Diese Serviceleistungen binden in der Summe Kapazitäten und stellen demzufolge auch Aufwand dar, welchem keine Erträge gegenüberstehen. In der gegenwärtigen finanziellen Situation können sich ambulante Pflegedienste keinen Aufwand ohne Ertrag leisten, so dass die Serviceleistungen häufig in Zusatzleistungen außerhalb des Pflichtprogramms umgewandelt oder eliminiert werden.⁴⁴⁰ Bevor dies sowohl bei den ambulanten Pflegediensten als auch bei den Leistungsabnehmern bewusst wurde, gehörten Serviceleistungen zu den Standardleistungen, die zusätzlich zu den Vertragsleistungen ohne Berechnung erbracht wurden.⁴⁴¹

Ein immer besser funktionierendes Controlling und die Vergütungsverhandlungen mit den Kostenträgern zeigen aber deutlich, dass diese Leistungen von den gesetzlichen Kostenträgern nicht finanziert werden und sie somit zu Lasten der ambulanten Pflegedienste gehen.⁴⁴²

Trotz der nachvollziehbaren Gründe für eine Einführung von Serviceleistungen wie z. B. die Differenzierungsmöglichkeit zwischen gleichartigen Kerndienstleistungen im Wettbewerb oder den immer komplizierter werdenden Leistungserstellungsprozesse und der stärkeren Einbindung der Leistungsabnehmer, die einen höheren Kundenservice erfordern, müssen gerade ambulante Pflegedienste ihren dadurch entstehenden Aufwand mit dem entsprechenden Ertrag gegen rechnen.⁴⁴³

⁴⁴⁰ HEIBER (2001A-C) bezeichnet diese Zusatzleistungen auch als „Heimliche Leistungen – Serviceleistungen – Privatleistungen“.

⁴⁴¹ HEIBER (2001A), S.7

⁴⁴² Vgl. dazu: HEIBER (2001A), S.7f; HEIBER (2001B), S.7f und HEIBER (2001C), S.7

⁴⁴³ BIEBERSTEIN (1998), S.248f.

7.1.6 Leistungsprogrammpolitik

Das Leistungsprogramm von ambulanten Pflegediensten ist ein durch den Gesetzgeber eng bestimmtes Programm, das nur wenig Spielraum für Gestaltung lässt. Ambulante Pflegedienste sind in ihrer Leistungsprogrammpolitik den Spezialprogrammen zuzuordnen. Sie bieten im Bereich der Pflege und Versorgung verschiedene Leistungen für unterschiedliche Leistungsabnehmer (Kinder, Alte, Behinderte, Krebserkrankte etc.) an. Die Programmtiefe ist dabei meist durch die Verträge mit den Kostenträgern vorgegeben. Bei der Programmbreite kann sich jeder Betrieb selbst entscheiden, für welche speziellen Zielgruppen er die Leistungen anbieten will.

Allenfalls in den Zusatzleistungen können ambulante Pflegedienste ihr Programm so gestalten, das sie sich deutlich von den Vertragsleistungen und damit auch von anderen Anbietern abheben. Neben der inhaltlichen Gestaltung des Zusatzprogramms müssen die Preise der Leistungen so gestaltet werden, dass dem Aufwand auch ein entsprechender Ertrag gegenübersteht.⁴⁴⁴ So kann es für ambulante Pflegedienste effizienter sein, entsprechende Leistungen nicht selbst vorzuhalten, sondern diese Leistungen über eine Kooperation mit anderen Betrieben anzubieten (Make-or-Buy-Entscheidung), wie z. B. besondere hauswirtschaftliche Leistungen durch einen speziellen Betrieb.

7.2 Teilinstrumente der Distributionspolitik

7.2.1 Festlegung der Absatzwege

Wie in den Zielen der Distributionspolitik erwähnt, richten sich distributionspolitische Entscheidungen sowohl an die Leistungsabnehmer als auch an die Absatzhelfer und -mittler und damit sowohl an die Hilfe- und Pflegebedürftigen selbst als auch an die Hausärzte, das Krankenhauspersonal oder deren Angehörige. Diese Absatzhelfer bilden einen branchenspezifischen Distributionskanal für ambulante Pflegedienste.

Der Einsatz solcher Absatzhelfer kann aber auch ein Risiko bedeuten, da sie Einfluss auf die Dienstleistungsqualität nehmen können. Absatzhelfer können einerseits bewusst und gezielt von ambulanten Pflegediensten eingesetzt und genutzt werden, andererseits sind sie nicht in die gesamte Marketingkonzeption der ambulanten Pflegedienste eingebunden. Sie sind dadurch auch wenig von diesen steuer- oder kontrollierbar. Um für den ambulanten Pflegedienst das Risiko durch den Einsatz von Absatzhelfern zu minimieren, können die Absatzhelfer durch Schulungen und Informationsmaterial über den Betrieb und seine Leistungen in-

⁴⁴⁴ HEIBER (2001C), S.7

formiert werden. Ferner muss sich der ambulante Pflegedienst überlegen, wie viele und welche Absatzhelfer er gezielt in die Distribution einbeziehen will.⁴⁴⁵

Für alle o. g. Absatzhelfer bietet sich an, eine ausführliche Mappe mit Informationen über den Betrieb, seine Leistungen, seine Mitarbeiter und seine Leistungsziele zusammenzustellen, um ihnen in schriftlicher Form die wichtigsten Informationen über den Betrieb zu geben. Der ambulante Pflegedienst wirkt dadurch auf die Absatzhelfer nicht mehr anonym, sondern bekommt eine Gestalt. Dieses Informationsmaterial kann je nach Absatzhelfergruppe inhaltlich unterschiedlich gestaltet und auf diese Gruppe abgestimmt sein.

7.2.2 Entscheidungen zum Standort mit überwiegend betrieblichen Interessen

Ambulante Pflegedienste, die sich für einen Standort interessieren, müssen bei ihrer Entscheidung bzgl. eines geeigneten Betriebsstandortes die unterschiedlichen Standortfaktoren berücksichtigen und bewerten.⁴⁴⁶

Bei der Struktur des Standortes sind das mögliche Absatzpotential - potentielle Hilfe- und Pflegebedürftige und die Anzahl der Hausärzte als Absatzhelfer - innerhalb eines bestimmten Einzugsgebietes zu berücksichtigen. Dienstleistungen des täglichen Bedarfs wie die der ambulanten Pflegedienste, benötigen ein eher enges und begrenztes Einzugsgebiet. Dies wird auch in den gesetzlichen Vorschriften zum Einzugsgebiet innerhalb des Versorgungsvertrages deutlich.⁴⁴⁷ Gibt es Leistungsabnehmer, die außerhalb des vereinbarten Einzugsgebietes leben, muss dies den Kostenträgern gegenüber begründet und von diesen genehmigt werden.

In die Entscheidung zum Standort ist das Umfeld, städtisch, ländlich, strukturarm, etc., das den Standort der ambulanten Pflegedienste umgibt bzw. umgeben wird, einzubeziehen. Anhand des Umfeldes lassen sich Vermutungen anstellen, welches Klientel dort lebt und welche Leistungen abgesetzt werden können. Wichtig bei der Auswertung des Umfeldes sind auch die Akquisitionsmöglichkeiten für genügend qualifizierte Mitarbeiter zur Leistungserstellung.

Ferner muss ein Blick auf die am Standort schon vorhandenen Mitbewerber gerichtet werden. Ein Standort eignet sich dann für Dienstleistungen des täglichen Bedarfs, wenn im näheren Umfeld kein weiterer Betrieb diese Leistungen anbietet oder das Absatzpotential so hoch ist, dass für einen weiteren Betrieb genügend Absatzmöglichkeiten bestehen.

Zur Erreichbarkeit des ambulanten Pflegedienstes als Anbieter von standortungebundenen Leistungen zählt eher die mediale Erreichbarkeit wie Telefon, Fax, E-Mail, etc. als die ver-

⁴⁴⁵ BIEBERSTEIN (1998), S.278

⁴⁴⁶ BIEBERSTEIN (1998), S.283ff.

⁴⁴⁷ §2 Versorgungsvertrag nach §72 SGB XI

kehrstechnische Anbindung an das örtliche Straßennetz oder den öffentlichen Personennahverkehr.⁴⁴⁸

Am Betriebssitz, in dem überwiegend die Verwaltungsaufgaben erbracht werden, interessieren die ambulanten Pflegedienste besonders die Mieten oder bei Eigentum die Boden- und Immobilienpreise. Für die in der Verwaltung tätigen Mitarbeiter und für die Mitarbeiter im Außendienst müssen dennoch Räume zur Erholung und für Besprechungen in entsprechender Anzahl, Größe und Gestaltung zur Verfügung stehen.

7.2.3 Entscheidungen zur Marketinglogistik

Marketinglogistik bedeutet für ambulante Pflegedienste eine Tourenplanung. Mittels der Tourenplanung wird die optimale Versorgung der Hilfe- und Pflegebedürftigen unter gleichzeitiger Auslastung der Mitarbeiter, Minimierung der Wegezeiten und Einhaltung von gesetzlichen Vorschriften verfolgt. EISENBART (2003) bezeichnet die Tourenplanung als den Kernprozess des Betriebes ambulanter Pflegedienst.⁴⁴⁹

In der Tourenplanung wird festgelegt, welche Hilfe- und Pflegebedürftigen innerhalb einer Tour zu betreuen sind. Die Zuordnung der Mitarbeiter zu einer Tour erfolgt in einem weiteren Schritt. Die Tourenplanung selbst muss so flexibel sein, dass sie auf kurzfristige Änderungen schnell und effizient reagieren kann. Weiterhin müssen bei der Tourenplanung folgende Nebenbedingungen berücksichtigt werden:

- Berücksichtigung der medizinischen Zeitanforderungen für die einzelnen Leistungen,
- gerechte Verteilung der Wegezeiten und »Lieblingspatienten« auf die Mitarbeiter,
- Berücksichtigung der Wünsche der Patienten unter Einhaltung der Qualifizierung der Mitarbeiter bzgl. der zu erbringenden Leistungen und der Erbringungszeiten für die entsprechenden Leistungen.⁴⁵⁰

Diese Nebenbedingungen stehen in unmittelbarem Zusammenhang mit der Einsatzplanung, in der eine Zuordnung von zu erbringenden Leistungen bei einem Hilfe- und Pflegebedürftigen erfolgt. Dies wird als Soll-Planung bezeichnet.⁴⁵¹

Eine für den Hilfe- und Pflegebedürftigen transparente Tourenplanung wirkt in der Außerdarstellung professionell und kann Verständnis bei ihm für die Zeit- und Mitarbeiterplanung hervorrufen, falls sich Änderungen bzgl. der Leistungserstellungszeiten oder Mitarbeiter ergeben sollten.⁴⁵²

⁴⁴⁸ Vgl. hier das Instrument Ausstattungspolitik.

⁴⁴⁹ EISENBART (2003), S.25

⁴⁵⁰ EISENBART (2003), S.24f.

⁴⁵¹ EISENBART (2003), S.23

⁴⁵² EISENBART (2003), S.25

Weiterhin bildet die Tourenplanung einen Nachweis darüber, wann welcher Mitarbeiter bei welchem Hilfe- und Pflegebedürftigen gewesen ist bzw. sein wird und welche Leistungen vor Ort erbracht wurden bzw. werden sollen. Meist wird die Tourenplanung auch mit der Dienstplanung verknüpft, um für evtl. Prüfungen durch den MDK einen korrekten Zusammenhang zwischen der Dienstplanung, der Abrechnung von Leistungen und Wegezeiten und der Einsatzplanung zu erhalten.⁴⁵³

Mit Hilfe der Tourenplanung erhalten die Mitarbeiter rechtzeitig Informationen über die in der Tour zu betreuenden Hilfe- und Pflegebedürftigen. Als Hilfsmittel zur Erstellung der Touren gibt es für die ambulanten Pflegedienste branchenspezifische Software, die kombiniert mit einer mobilen Zeit- und Leistungserfassung alle gewünschten und auch geforderten Informationen liefern kann.⁴⁵⁴

7.3 Teilinstrumente der Kontrahierungspolitik

7.3.1 Preispolitik

Für Dienstleistungen hat die Preisfestlegung einen besonderen Stellenwert. Leistungsabnehmer ziehen den Preis aufgrund der Immaterialität der Leistungen als Ersatzkriterium für die Qualitätsbeurteilung heran, da das Preis-Leistungsverhältnis von den Leistungsabnehmern nur sehr schwer vor dem Kauf beurteilt und mit anderen Anbietern verglichen werden kann.⁴⁵⁵ Dies trifft im Besonderen für die Leistungen von ambulanten Pflegediensten zu: „Auf den ersten Blick findet auf dem Pflegemarkt überhaupt kein Preiswettbewerb statt. Für jede Leistungseinheit bzw. jeden Leistungskomplex ist der Preis in Form einer zwischen den Marktparteien [bzw. deren Verbände] langfristig ausgehandelte Vergütung vorgegeben.“⁴⁵⁶

In die Verhandlungen für die Vergütung der Einzelleistungen bzw. Leistungskomplexe gehen ambulante Pflegedienste bzw. deren Vertreter aber mit Vorschlägen, die auf der kostenorientierten Preisbildung basieren. In den Verhandlungen mit den Pflege- und Krankenkassen kann es dann zur Preisaushandlung bis zur Preisnormierung kommen. SIEBEGGER (1997) beschreibt diese drei Möglichkeiten der Preisermittlung für ambulante Pflegedienste wie folgt:⁴⁵⁷

1. Preisermittlung mit Hilfe der Kostenrechnung (kostenorientierte Preisbildung)

Zunächst legt der ambulante Pflegedienst fest, welche Leistungen von ihm erbracht werden sollen. Für jede Leistung werden die zur Leistungserstellung entsprechenden Mitar-

⁴⁵³ EISENBART (2003), S.26

⁴⁵⁴ EISENBART (2003), S.26

⁴⁵⁵ BIEBERSTEIN (1998), S.294

⁴⁵⁶ GRÜNDGER (2001), S.11

⁴⁵⁷ SIEBEGGER (1997A), S.85

beiterqualifikationen, die dafür benötigten Zeiten und die dazugehörigen Sach- und Verwaltungskosten ermittelt. Stehen alle Informationen zur Verfügung, kann nun mit Hilfe der Kostenrechnung (Kalkulation) der Preis für die jeweilige Leistung ermittelt werden. Sind die Preise ermittelt, wird geprüft, ob sie am Markt erzielt werden können. Da es sich bei dem Pflegemarkt um einen »Quasi-Markt« handelt, kann dieses Verfahren lediglich bei Leistungen für Privatzahler eingesetzt werden.⁴⁵⁸

2. Prinzip der leistungsgerechten Entgelte (Preisaushandlung)

Leistungsgerechte Entgelte werden nach dem Pflegeversicherungsgesetz für jeden Pflegedienst individuell vereinbart.⁴⁵⁹ Die Vergütungen können nach Art und Umfang der pflegerischen Leistung entsprechend dem dafür erforderlichen Zeitaufwand oder – unabhängig vom Zeitaufwand – nach dem Leistungsinhalt des jeweiligen Einsatzes oder als Komplexleistungen vereinbart werden. Die Vergütungsvereinbarungen erstrecken sich auf die pflegerischen Dienstleistungen, die hauswirtschaftliche Versorgung sowie sonstige Leistungen wie z. B. Pauschalen für An- und Abfahrt oder Behörden- und Botengänge. In einer Bundesempfehlung haben die Spitzenverbände der Pflegekassen Leistungskomplexe zur Vergütung der Leistungen von ambulanten Pflegediensten gebildet. Für jeden Leistungskomplex wird der durchschnittlich erforderliche Zeitaufwand erfasst und in eine Punktzahl übertragen. Die jeweilige Vergütung ergibt sich durch Multiplikation der Punktzahl des erbrachten Leistungskomplexes mit dem zwischen den Vertragsparteien ausgehandelten Punktwert. In dem Vergütungsvertrag wird der Wert pro Punkt verankert oder dieser schon mit der zugehörigen Punktzahl multipliziert und ein Gesamtpreis für einen Leistungskomplex vereinbart.⁴⁶⁰

Eine weitere Vorgehensweise ist zunächst die Festlegung der rein bedarfs- und bedürfnisabhängig notwendigen und gewünschten Leistungen oder Leistungskomplexe pro Patient und pro Tag. Im Anschluss daran folgt eine Aufstellung der für diese Leistungen notwendigen Mitarbeiterqualifikationen und Leistungserstellungszeiten, die nicht die vorhandenen Strukturen widerspiegeln, sondern aus den Daten einer Zeit- und Leistungserfassung zusammengestellt sind. Diese Informationen dienen den ambulanten Pflegediensten als Grundlage zur prospektiven Aushandlung der Preise (Punktwerte etc.) mit den Vertragspartnern. Zum Schluss erfolgt eine Abstimmung mit den Leistungen anderer Leistungsträger, z. B. Leistungen der Sozialhilfe. SIEBEGGER (1997) merkt an dieser Stelle sehr deutlich an, dass die ambulanten Pflegedienste meist nicht in der Lage sind, das Verfahren der leistungsgerechten Entgelte anzuwenden, da aufgrund von fehlenden Vor-

⁴⁵⁸ SIEBEGGER (1997A), S.85

⁴⁵⁹ §89 Abs.1 SGB XI

⁴⁶⁰ §89 Abs.2 SGB XI; Vereinbarung über die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen nach SGB XI; Anlage zur Vergütungsvereinbarung nach §89 SGB XI – Leistungsbeschreibung und Vergütungsregelung im Rahmen der ambulanten Pflegeleistungen in Hessen.

aussetzungen wie den Daten aus der Zeit- und Leistungserfassung oder präzisen Leistungsbeschreibungen (Standards), aber auch fehlendem Verhandlungsgeschick, leistungsgerechte Entgelte bei den Kostenträgern nicht durchzusetzen sind.⁴⁶¹

3. Die Realität: Orientierung an dem, was die Vergütungen zulassen (Preisnormierung)

Grundlage für dieses Verfahren bildet der Ansatz, dass die einzelnen ambulanten Pflegedienste kaum Einflussmöglichkeiten auf die Verhandlungen über Vergütungen haben, da sie durch übergeordnete Verbände (Vertragsparteien) ausgehandelt werden. Somit werden die vereinbarten Preise für die ambulanten Pflegedienste zu externen Rahmenbedingungen. In der Praxis werden, wie bei der kostenorientierten Preisbildung, die internen Kosten berechnet und den ausgehandelten Vergütungen gegenübergestellt. Was nun erfolgt ist meist eine »vergütungsorientierte« Personaleinsatzplanung. Dies bedeutet, dass die Mitarbeiter entsprechend ihren Qualifikationen und damit ihren Kosten so eingesetzt werden, dass mit der Vergütung einer Leistung die zugehörigen Personalkosten gedeckt sind. Wenn dieser Weg von den ambulanten Pflegediensten konsequent verfolgt wird, besteht die Gefahr, dass die ambulanten Pflegedienste es zwar meist schaffen werden mit den ausgehandelten Vergütungen auszukommen. Es ist aber zu befürchten, dass Mitarbeiter eingespart, Qualifikation gesenkt und Verweilzeiten beim Leistungsabnehmer gekürzt werden, um kostendeckend arbeiten zu können.⁴⁶²

In der Praxis findet sich bei ambulanten Pflegediensten meist ein Mix aus den verschiedenen Verfahren zur Preisfindung.

7.3.2 Zahlungsbedingungen

Zahlungsbedingungen legen die ambulanten Pflegedienste in einem Pflegevertrag fest. Leistungen, die mit den Kostenträgern Pflege- oder Krankenkasse abzurechnen sind, werden diesen direkt in Rechnung gestellt. Über diese Rechnungsstellung wird der Leistungsabnehmer – meist der Hilfe- und Pflegebedürftige selbst - informiert. Übersteigen die Leistungen die Leistungspflicht der Kostenträger, werden diese überschüssigen Leistungen dem Leistungsabnehmer in Rechnung gestellt. Die Abrechnung der Entgelte erfolgt monatlich und ist innerhalb einer Frist von drei Wochen zu begleichen.

Die Zahlungsbedingungen der ambulanten Pflegedienste sind Ergebniszahlungen, die erst nach der Leistungserstellung vergütet werden.⁴⁶³

⁴⁶¹ SIEBEGGER (1997A), S.85

⁴⁶² SIEBEGGER (1997A), S.85

⁴⁶³ BIEBERSTEIN (1998), S.304

7.3.3 Lieferbedingungen

Die Lieferbedingungen für die Leistungen sind ebenfalls Bestandteil des Pflegevertrages. Art, Häufigkeit und Umfang der vom Pflegedienst zu erbringenden Leistungen ergeben sich aus der vereinbarten Leistungsbeschreibung und -planung, die als Anlage jedem Pflegevertrag beigelegt wird. Änderungen des Leistungsumfanges können jederzeit vereinbart werden, wobei der Gesundheitszustand des Hilfe- und Pflegebedürftigen einerseits und die Dienstplangestaltung des ambulanten Pflegedienstes andererseits zu berücksichtigen sind. Auch diese Veränderungen werden dem Pflegevertrag als Anlage beigelegt.

Die erbrachten Leistungen werden vom ambulanten Pflegedienst in geeigneter Form aufgezeichnet und vom Hilfe- und Pflegebedürftigen und dem jeweiligen Mitarbeiter gegengezeichnet. Sie dienen der Dokumentation der Leistungserbringung.

7.4 Teilinstrumente der Kommunikationspolitik

7.4.1 Werbung

Bei Dienstleistungen müssen der Absatz und die Inanspruchnahme bzw. Leistungserstellung nach Art, Zeit und Menge mit der geplanten Leistungsbereitschaft in Übereinstimmung gebracht werden. Zentrale Aufgabe der Dienstleistungswerbung bei ambulanten Pflegediensten ist es, die Nutzenvorstellung für eine noch nicht produzierte und nicht materiell darstellbare Leistung zu wecken bzw. zu erhöhen. Ferner muss durch die Werbung ein Vertrauen in das quantitative und qualitative Leistungsvermögen der ambulanten Pflegedienste geschaffen werden.⁴⁶⁴

Werbeobjekte der ambulanten Pflegedienste können die Betriebe selbst oder ihre Absatzobjekte sein. Ambulante Pflegedienste müssen aufgrund der Nichtsichtbarkeit von Dienstleistungen für die Leistungsabnehmer überlegen, welche Werbebotschaft sie in ihrer Werbung vermitteln wollen. Ist das Werbeobjekt der ambulante Pflegedienst selbst, so muss in der Werbung das Unsichtbare des Leistungsangebots sichtbar, visualisiert bzw. erlebbar oder wahrnehmbar gemacht werden. Dies gilt sowohl für die Kerndienstleistung als auch für die Zusatz- bzw. Serviceleistungen. Für immaterielle, nicht sichtbare Leistungen müssen in der Werbung Symbole gefunden werden, die aus dem materiellen Aspekt des Leistungsangebots gezogen werden können. Da dieser Punkt sehr schwer umzusetzen ist, werden meist die Mitarbeiter bei der Leistungserstellung, wie in Abbildung 7.2 dargestellt, als Werbeobjekt herangezogen.⁴⁶⁵

⁴⁶⁴ BIEBERSTEIN (1998), S.315

⁴⁶⁵ BIEBERSTEIN (1998), S.312f.



Abbildung 7.2: Beispiel von abgebildeten Leistungserstellungssituationen als Werbeobjekt⁴⁶⁶

Werbeziele sind vorwiegend psychologische Ziele, die sich in kognitive, affektive und konative Ziele untergliedern lassen. Tabelle 7.2 zeigt Beispiele zu den Werbezielen.

Tabelle 7.2: Werbeziele und deren Kategorisierung⁴⁶⁷

kognitiv orientiert (die Erkenntnis betreffend)	affektiv orientiert (das Gefühl betreffend)	konativ orientiert (Aktivitäten betreffend)
<ul style="list-style-type: none"> • Aufmerksamkeit und Wahrnehmung von Werbespots, • Kenntnis von Marken und Produkten (Bekanntheitsgrad, Namenskenntnis), • Wissen über Leistungsvorteile (Informationsstand). 	<ul style="list-style-type: none"> • Interesse an Leistungsangeboten, • Einstellungen/Image, • Leistungs- und Marktpositionierung, • Emotionales Erleben von Marken. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informationsverhalten, • Kaufabsichten, • Probierkäufe, • Wiederholungskäufe.

Im Zuge der Realisierung der Werbeziele können mit der Werbung mehrere Wirkungen gleichzeitig angestrebt bzw. erzielt werden. Diese Wirkungen können sich auf die Wahrnehmung, die Emotionen, die Informationen, das Gedächtnis, die Einstellungen oder das Verhalten auswirken bzw. darauf angelegt sein, diese Wirkungen anzusprechen.⁴⁶⁸

Bei der Gestaltung der psychologischen Ziele der Werbung kommt das AIDA-Schema als Modell zur Strukturierung der Werbeinformationen zum Einsatz. Dabei werden folgende Stufen nacheinander durchlaufen:

1. Stufe: Aufmerksamkeit (attention),
2. Stufe: **Interesse** (interest),
3. Stufe: **Kaufwunsch** (desire),
4. Stufe: **Kauf** (action).⁴⁶⁹

Die Erfüllung der psychologischen Ziele dient zugleich der Realisierung von primären, ökonomischen Zielen wie Steigerung von Umsatz-, Absatz- und/oder Marktanteilen. Dazu wird die Werbung gestaltet als

⁴⁶⁶ www.medizinmobilnord.de

⁴⁶⁷ BRUHN (1999), S.209f.

⁴⁶⁸ BRUHN (1999), S.210; MEFFERT/BRUHN (2000), S.351ff.

⁴⁶⁹ BRUHN (1999), S.210; BIEBERSTEIN (1998), S.315

- Einführungswerbung erstmalige, zeitlich begrenzte, sehr konzentrierte und massive Werbung für eine neue Leistung in einem bestimmten Gebiet oder für eine bestimmte Zielgruppe; Ziel: Bekanntmachung der Leistung, Gewinnung von Aufmerksamkeit und Aspekt der Neuigkeit;
- Expansionswerbung künftige Erhöhung des Umsatzes oder Steigerung des Marktanteils;
- Erhaltungswerbung Erhaltung und Aktualisierung des bisherigen Bekanntheitsgrades oder Images im Zeitablauf durch ständiges Erinnern an das Leistungsangebot oder den Leistungsanbieter.⁴⁷⁰

Werbeziele der ambulanten Pflegedienste werden vorwiegend auf Erhaltungs- oder Expansionswerbung ausgerichtet. Dabei sind die Werbeziele der ambulanten Pflegedienste immer auf Längerfristigkeit ausgelegt. Bei der Formulierung der Werbeziele selbst sind die rechtlichen, überbetrieblichen Bestimmungen oder Beschränkungen zu beachten. Dazu zählen z. B. das Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb oder die Selbstbeschränkungen durch Vorgaben von Standesorganisationen.⁴⁷¹

Die *Anzahl der Werbenden* gibt an, ob die Werbung für eine Leistung durch einen ambulanten Pflegedienst allein oder in Zusammenschluss mit anderen Betrieben erfolgt. Eine Allein- oder Einzelwerbung liegt dann vor, wenn ein ambulanter Pflegedienst für seine Leistungen Werbung allein betreibt. Werben mehrere ambulante Pflegedienste für ihre Leistungen gemeinsam, wird dies als Kollektivwerbung bezeichnet, die sich in Gemeinschafts- und Sammelwerbung unterteilen lässt. Durch die Anonymität der Gemeinschaftswerbung, in der für eine Branche geworben wird, sind die angebotenen Leistungen eines einzelnen ambulanten Pflegedienstes für den Umworbenen meist nicht zu erkennen. Anders sieht es in einer Sammelwerbung aus, in der alle an der Werbung beteiligten ambulanten Pflegedienste mit ihren Namen, Logos und Leistungsangeboten dargestellt bzw. abgebildet werden.⁴⁷²

Für die einzelnen Formen gibt es jeweils Vor- und Nachteile, die in der folgenden Tabelle zusammengestellt sind:

⁴⁷⁰ WEIS (1993), S.345; BIEBERSTEIN (1998), S.313f.

⁴⁷¹ BIEBERSTEIN (1998), S.315

⁴⁷² WEIS (1993), S.346; BIEBERSTEIN (1998), S.316

Tabelle 7.3: Vor- und Nachteile von Allein- und Kollektivwerbung⁴⁷³

	Vorteile	Nachteile
Allein-/Einzelwerbung	<ul style="list-style-type: none"> • Werber kann die Werbung genau auf seine Werbeobjekte und -ziele abstimmen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Finanzielles Werbebudget reicht meist für Alleinwerbung nicht aus.
Gemeinschaftswerbung	<ul style="list-style-type: none"> • Wirtschaftlichere Werbung. • Höherer Grad der einzelbetrieblichen Verwirklichung von Werbezielen. 	<ul style="list-style-type: none"> • In der Praxis schwierigere Realisierung. • Leistungen sind meist stark generalisiert, Einzelleistungen werden nicht dargestellt. • Weitere Interessen der Mitwerber sind zu berücksichtigen.
Sammelwerbung	<ul style="list-style-type: none"> • Wirtschaftlichere Werbung. • Höherer Grad der einzelbetrieblichen Verwirklichung von Werbezielen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Einzelwerber wird durch die Fülle an Mitwerbern nicht beachtet.

Für ambulante Pflegedienste kommen sowohl Einzel- als auch Kollektivwerbung zum Tragen. Dies sollte jedoch im Einzelfall mit den o. g. Vor- und Nachteilen differenziert für jeden Betrieb einzeln entschieden werden.

*Werbezielgruppen*⁴⁷⁴ sind solche Personengruppen, auf die eine Werbemaßnahme ausgerichtet wird.⁴⁷⁵ „Zielgruppen sind nicht mit Marktsegmenten gleichzusetzen. Während bei der Marktsegmentierung aktuelle und potentielle Käufer identifiziert werden, die durch den Einsatz der Marketinginstrumente differenziert zu bearbeiten sind, werden im Rahmen der werblichen Zielgruppenplanung jene Gruppen bestimmt, die durch die Werbung angesprochen werden sollen. Hierbei sind nicht nur aktuelle und potentielle Käufer, sondern auch Gruppen von Interesse, die einen Einfluß auf die Entscheidungen der Käufer ausüben, wie z. B. Meinungsführer oder Referenzpersonen.“⁴⁷⁶ Die Zielgruppenplanung läuft in drei Schritten ab:

- Zielgruppenidentifikation: Identifikation von Personen und Organisationen, die zur Realisierung der Betriebs- und Marketingziele angesprochen werden müssen.
- Zielgruppenbeschreibung: Zusammentragen möglichst genauer Informationen über die einzelnen Zielgruppen.
- Zielgruppenerreichbarkeit: Zusammentragen von Informationen, über welche Medien die einzelnen Zielgruppen angesprochen werden können.⁴⁷⁷

⁴⁷³ BIEBERSTEIN (1998), S.316

⁴⁷⁴ Die für diese Arbeit relevanten Zielgruppen wurden in Kap. 4 identifiziert.

⁴⁷⁵ BIEBERSTEIN (1998), S.317

⁴⁷⁶ BRUHN (1999), S.211

⁴⁷⁷ BRUHN (1999), S.213

Beschreibungen von Zielgruppen für Werbemaßnahmen müssen bestimmte Anforderungen, wie z. B. Segmentbildungseigenschaften, Wiedererkennbarkeit, Auffindbarkeit oder Zielbezug erfüllen.⁴⁷⁸

Beschreibungsmerkmale für einzelne Werbezielgruppen sind für

Konsumtive Dienstleistungen: soziodemographische, geographische Merkmale, psychographische Kriterien und Kriterien beobachtbaren Kaufverhaltens;

Investive Dienstleistungen: branchenbezogene Kriterien, betriebsbezogene Kriterien, gruppenbezogene Kriterien und personenbezogene Kriterien.⁴⁷⁹

Eng mit der Gestaltung der Werbezielgruppen verknüpft ist die Werbeweiterpflanzung. Sie nimmt für die Pflegeleistungen einen besonderen Stellenwert ein, da sie ein billiges Werbemittel für ambulante Pflegedienste mit geringem Werbebudget darstellt. Die Werbeweiterpflanzung läuft über Leistungsabnehmer, die die Leistungen selbst schon einmal in Anspruch genommen haben und so davon überzeugt sind, dass sie diese auch anderen Personen weiterempfehlen. Diese Hebelwirkung muss im Dienstleistungsmarketing und besonders bei ambulanten Pflegediensten ausgenutzt werden. Je größer die Auswahl an Leistungsanbietern ist, desto mehr wird sich ein potentieller Leistungsabnehmer auf glaubwürdige, mündliche Empfehlungen anderer Leistungsabnehmer stützen. Unter Mund-zu-Mund-Werbung fällt das gesamte Spektrum der von Leistungsabnehmern untereinander zu den Dienstleistungen ausgetauschten Informationen. Personen, die diese Form der Werbung für den ambulanten Pflegedienst durchführen, sind meistens Freunde, Bekannte, Arbeitskollegen, Familienangehörige oder Nachbarn von potentiellen Leistungsabnehmern. Über diese Personen können sämtliche Informationen zur erlebten Dienstleistung als auch zur wahrgenommenen Dienstleistungsqualität weitergeleitet werden. Besonders bei sehr individuellen, intransparenten und personendominanten Dienstleistungen ist ein potentieller Leistungsabnehmer auf solche Informationen angewiesen. Mund-zu-Mund-Werbung kann von den ambulanten Pflegediensten gezielt eingesetzt werden. Diese müssen sich aber darüber im Klaren sein, dass diese Form von Werbung nicht nur fördern, sondern sehr schnell auch das Image des Betriebes in eine negative Wahrnehmung kehren kann.⁴⁸⁰

Werbeinhalte sollen eine informierende und motivierende Werbebotschaft enthalten und eine ansprechende Form aufweisen. Werbebotschaften enthalten Themen, die die Aufmerksamkeit für den ambulanten Pflegedienst und seine Leistungen wecken. Sie sollen einzigartig und damit unverwechselbar, eindrucksvoll und überzeugend sein. Berücksichtigt werden

⁴⁷⁸ BRUHN (1999), S.212

⁴⁷⁹ BIEBERSTEIN (1998), 317; MEFFERT/BRUHN (2000), S.114

⁴⁸⁰ BIEBERSTEIN (1998), S.318f.

sollen in den Werbebotschaften die Motive und die Einstellungen der jeweiligen Zielgruppe.⁴⁸¹

Gerade ambulante Pflegedienste müssen in ihren Werbebotschaften solche Inhalte kommunizieren, die die Leistungen für die Leistungsabnehmer greifbar und beurteilbar erscheinen lassen. Die Werbebotschaft muss über Wissensinhalte verfügen, die z. B. die Verfügbarkeit und den Verwendungszweck des Leistungsangebots vermitteln. Erst wenn diese Werbebotschaft inhaltlich steht, können die weiteren Elemente zur Wirkungsverstärkung gestaltet werden. Solche Gestaltungsmittel sind:

- Sprache,
- Text,
- Schrift,
- Bilder/Abbildungen,
- Musik,
- Handlung.

Je nach Werbebotschaftsziel müssen die eingesetzten Gestaltungsmittel aufeinander abgestimmt sein, sodass mit ihnen eine konsistente Werbebotschaft vermittelt werden kann.

Mit Hilfe der Gestaltungsmittel und den unterschiedlichen Gestaltungstechniken können Werbebotschaften unterschiedliche Richtungen aufweisen. Als

- informierende Werbung: mit rationaler Argumentation,
- Sympathiewerbung: mit psychologischer Gestaltung der Werbeinformation ohne konkrete Informationsweitergabe und Weckung positiver Emotionen,
- Leitbildwerbung: mit der Nutzung von Imagetransfer von Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens, Experten, etc.,
- Lifestyle-Technik: mit der Einbettung der Leistung in einen bestimmten, gewünschten Lebensstil,
- Testimonialwerbung: mit dem Einsatz von glaubwürdigen Dienstleistungskunden, die über ihre positiven Erfahrungen mit der Leistung berichten,
- Werbung mit Symbolfiguren: mit der Personifizierung der Dienstleistung, entweder als Comic- oder Zeichentrickfigur oder als realer Mensch.⁴⁸²

In ihrem Marketing stehen die ambulanten Pflegedienste vor dem Visualisierungs- und Argumentationsproblem bei der Gestaltung der Werbebotschaft. Potentielle Leistungsabnehmer müssen sich durch die Werbebotschaft und das Werbeobjekt ein Bild von der Leistung machen können, die sie später während und nach dem Leistungserstellungsprozess erwartet.⁴⁸³ Um dennoch ihre Leistungen darzustellen, können ambulante Pflegedienste mit Elementen arbeiten, die ihre Leistungen sichtbar werden lassen. Diese Elemente können fol-

⁴⁸¹ BIEBERSTEIN (1998), S.319

⁴⁸² BIEBERSTEIN (1998), S.320ff.

⁴⁸³ BIEBERSTEIN (1998), S.324

gende Formen haben: Beschreibung der Gesamtleistung mit den dazugehörigen Teilleistungen,

- Vorher-Nachher-Darstellungen,
- Darstellung der internen Produktionsfaktoren,
- Wiedergabe von Äußerungen zufriedener Kunden (Referenzen),
- Darstellung von Gütezeichen und Auszeichnungen,
- Darstellung der materiellen Elemente des Leistungserstellungsprozesses.

Wenn die Werbebotschaft erstellt ist, muss das geeignete Werbemittel gefunden werden, um die Werbebotschaft zu den entsprechenden Zielgruppen zu transportieren. Zum Transport der Werbebotschaft gibt es unterschiedliche Werbemittelarten, die in Tabelle 7.4 aufgeführt sind.

Tabelle 7.4: System von Werbemitteln⁴⁸⁴

Anzeigen- und Beilagenwerbung	<ul style="list-style-type: none"> • Zeitungen • Publikumszeitschriften • Fachzeitschriften • ...
Außenwerbung	<ul style="list-style-type: none"> • Anschlagwerbung • Verkehrsmittelwerbung • Licht- und Schilderwerbung • ...
Fernseh-, Rundfunk-, Film- und Online-Werbung	<ul style="list-style-type: none"> • Fernsehwerbung • Rundfunkwerbung • Kinowerbung • ...
Direktwerbung mit graphischen Werbemitteln	<ul style="list-style-type: none"> • Direktwerbung mit graphischen Werbemitteln
Wertwerbung	<ul style="list-style-type: none"> • Werbeartikel • Preisausschreiben • Kundenzeitschriften • ...
Schauwerbung	<ul style="list-style-type: none"> • Schaufensterwerbung • Verkaufsraumwerbung
Werbeveranstaltungen	<ul style="list-style-type: none"> • Messen und Ausstellungen • Sonstige Werbeveranstaltungen

„Bei der Auswahl des geeigneten Werbeträgers müssen neben der Abstimmung des Werbeträgers mit den ausgewählten Werbemitteln auch die besonderen Eigenschaften der einzelnen Werbeträger beachtet werden.“⁴⁸⁵

⁴⁸⁴ BIEBERSTEIN (1998), S.332

⁴⁸⁵ BIEBERSTEIN (1998), S.336, vgl. dazu auch dort die auf S.337 abgedruckte Tabelle zum Werbeträgervergleich.

Die Gestaltung der Werbeinhalte für ambulante Pflegedienste betrifft vor allem Sprache, Text, Schrift und Bilder. Bei der Gestaltung der Werbebotschaft zielen ambulante Pflegedienste überwiegend auf Informations- und Sympathiewerbung ab. Aus der Vielzahl von Werbemitteln treffen für ambulante Pflegedienste nur einige wenige zu, wie z. B. Anzeigen in Zeitungen, Außenwerbung wie Lichtwerbung oder seltene Werbeartikel. Erst wenige ambulante Pflegedienste finden den Weg einer Rundfunkwerbung in regionalen Sendern. Im Gegensatz dazu besitzen aber schon viele ambulante Pflegedienste eine eigene Homepage, auf der sich der ambulante Pflegedienst mit seinem Leitbild, seinen Leistungen und vielen Informationen rund um die häusliche Pflege darstellt. Bei der Erstellung dieser Homepage sind die o. g. Elemente zur Gestaltung zu berücksichtigen, da auch eine in der Art und Aufmachung gestaltete Homepage für Leistungsabnehmer dazu dient, sich ein Bild vom ambulanten Pflegedienst zu machen.⁴⁸⁶

7.4.2 Öffentlichkeitsarbeit

Innerhalb der leistungsbezogenen Öffentlichkeitsarbeit informieren ambulante Pflegedienste die Öffentlichkeit in hohem Maße über ihre Leistungen. Der informative Anteil dieser Art von Öffentlichkeitsarbeit ist wie der individuelle sehr hoch. Informationen einzelner ambulanter Pflegedienste beschreiben die Leistungen nur für den jeweiligen Dienst. Die Informationen können sich auf eine neue Leistung im Angebot beziehen oder ein spezielles Gerät zur Behandlung eines bestimmten Krankheitsbildes. Informationen werden immer für eine Leistung oder einen Leistungsanteil an die Öffentlichkeit weitergegeben. Diese Informationen können als Zeitungsartikel, Fachartikel oder in Form einer Präsentation z. B. auf einer regionalen Messe an die Öffentlichkeit gelangen. Werden die Medien z. T. gezielt von den ambulanten Pflegediensten angefordert, kann so eine kostenlose Berichterstattung in den Medien erreicht werden. Informationen werden zweckmäßigerweise durch die ambulanten Pflegedienste für Journalisten vorbereitet.⁴⁸⁷ Eine solche vorbeugende Pressearbeit kann mögliche Fehlinformationen oder Missverständnisse vermeiden. Die Öffentlichkeit wird im Vorfeld über bestimmte Dinge, z. B. die Behandlung von Aids- und Krebskranken, zutreffend informiert.

Betriebsbezogene Öffentlichkeitsarbeit betrifft die Veröffentlichung von allgemeinen Geschäftszahlen oder Berichten aus Vorstandstreffen. Je nach Betriebsform müssen diese Informationen veröffentlicht werden.⁴⁸⁸ Im Bereich der ambulanten Pflegedienste sind diese Veröffentlichungen eher bei den Vergütungsverhandlungen mit den Kostenträgern von breitem Interesse.

⁴⁸⁶ Vgl. www.ars-curandi-pflege.de

⁴⁸⁷ MEFFERT/BRUHN (2000), S.375; BIEBERSTEIN (1998), S.347

⁴⁸⁸ MEFFERT/BRUHN (2000), S.375

Durch eine gesellschaftsbezogene Öffentlichkeitsarbeit erreichen ambulante Pflegedienste ein hohes Image. Mitarbeiter von ambulanten Pflegediensten können als Experten an Vorträgen oder Podiumsdiskussionen teilnehmen oder durch redaktionelle Beiträge in Fachzeitschriften oder Regionalzeitungen für die Belange ihrer Branche eintreten. Die Individualität jedes einzelnen ambulanten Pflegedienstes tritt hierbei zwar eher in den Hintergrund, jedoch gilt es mit dieser Art von Öffentlichkeitsarbeit eher das Gesamtbild einer Branche zu vertreten, um die Öffentlichkeit über die Belange und Probleme der Branche zu informieren. Die ambulanten Pflegedienste erhalten mit solchen Veranstaltungen die Möglichkeit, auch politische Themen in der Öffentlichkeit zu vertreten und ihre Meinungen zu politischen Themen zu äußern. Podiumsdiskussionen, Symposien oder andere Veranstaltungen dieser Art erhalten durch die Medien eine große Aufmerksamkeit und werden so der weiteren Öffentlichkeit zugänglich gemacht.⁴⁸⁹

7.4.3 Corporate Communication

Viele ambulante Pflegedienste setzen Corporate Communication in Form von Abstimmung des Layouts von Briefbögen, Visitenkarten, Autobeschriftungen etc. schon ein, stimmen aber nicht alle kommunikationspolitischen Instrumente genügend aufeinander ab, wie z. B. Großunternehmen dies tun. Für ambulante Pflegedienste ist es aber wichtig, dass die kommunikationspolitischen Instrumente alle aufeinander abgestimmt sind, damit die Öffentlichkeit ein homogenes Bild des ambulanten Pflegedienstes erhält. So müssen Logo, Schriftzeichen, Slogan, Philosophie, Leitbild und allgemeine Informationen in sich stimmig und für die Öffentlichkeit wieder erkennbar sein. Corporate Communication hat die Aufgabe einer Kontrolle der bisher oder in Zukunft einzusetzenden Instrumente.

7.4.4 Persönlicher Verkauf

„Pflegen und Verkaufen ist doch wie Feuer und Eis, werden viele sagen. Entweder bin ich eine gute Pflegekraft und Sorge für meine Patienten, oder ich verkaufe möglichst viel.“⁴⁹⁰ Solche Vorurteile sind noch immer in den ambulanten Pflegediensten vorzufinden. Doch verkaufen ist nach RON WILLINGHAM mehr: „Verkaufen heißt, dem Kunden zu helfen, das zu bekommen, was er braucht und ihm dabei ein gutes Gefühl zu vermitteln.“ Dieser Ausspruch sollte auch für ambulante Pflegedienste gelten und in ihren Verkaufsgesprächen zum Ausdruck kommen, da ohne Verkauf kein ambulanter Pflegedienst in der Zukunft mehr überleben kann.⁴⁹¹ Damit ein Verkaufsgespräch zu einem erfolgreichen Abschluss kommen kann,

⁴⁸⁹ MEFFERT/BRUHN (2000), S.374f.; BIEBERSTEIN (1998), S.348

⁴⁹⁰ MENZINGER (2004), S.18

⁴⁹¹ MENZINGER (2004), S.18

müssen zunächst die Mitarbeiter von den eigenen Leistungen überzeugt und dafür begeistert werden. Nur wer keine Zweifel an den eigenen Leistungen hat, kann diese auch anderen verkaufen.

Damit Mitarbeiter für ihre ambulanten Pflegedienste deren Leistungen verkaufen können, müssen folgende Faktoren erfüllt sein:

- die Identifizierung mit dem ambulanten Pflegedienst,
- die Anerkennung durch die Pflegedienstleitung und die Kollegen für verkaufsorientierte Leistungen,
- die alltägliche Erfahrung mit den Hilfe- und Pflegebedürftigen, die den Nutzen (in Geldwert, Lebensqualität und Wertschätzung) der Dienstleistungen bestätigen,
- die Transparenz über Kosten und Erlöse,
- der Glaube an die Verbesserung der Situation des Hilfe- und Pflegebedürftigen durch mehr und bessere Pflegeleistungen,
- die Qualifizierung in wirtschaftlichen und verkaufstechnischen Bereichen.⁴⁹²

Weiterhin steht und fällt die Freude am Verkaufsgespräch mit der inneren Überzeugung jedes einzelnen Mitarbeiters, die auch Rhetorikschulungen nicht ersetzen kann. In dem Verkaufsgespräch von Pflegeleistungen steht der Nutzen, den die Leistungsabnehmer zu einem fairen Preis erwerben können, in unmittelbarem Zusammenhang mit der dadurch gewonnenen Lebensqualität.⁴⁹³

Das Erstgespräch stellt hohe Anforderungen an das Pflegepersonal von ambulanten Pflegediensten. Jedem Erstgespräch geht eine gute Planung und Vorbereitung voraus, damit mit diesem Verkaufsgespräch ein neuer Kunde gewonnen und die Existenz des ambulanten Pflegedienstes gesichert werden kann. Viele Hilfe- und Pflegebedürftige und deren Angehörige sind kritischer in der Auswahl eines ambulanten Pflegedienstes geworden, sodass sie sich meist mehrere ambulante Pflegedienste anhören und sich beraten lassen, bevor sie sich entscheiden. Neben den Informationen aus dem Erstgespräch spielt das Vertrauen zur Pflegefachkraft im Gespräch eine wichtige Rolle.⁴⁹⁴

In der Planungs- und Vorbereitungsphase ist es notwendig, sich nach der ersten Kontaktaufnahme durch den möglichen Leistungsabnehmer eine Akte für diesen anzulegen und dieser eine Checkliste hinzuzufügen, in dem der Verlauf des Kontaktes dokumentiert und alle weiteren Planungen und Dokumente aufgenommen werden können. Wichtig bei einem Erstge-

⁴⁹² MENZINGER (2004), S.19

⁴⁹³ MENZINGER (2004), S.19

⁴⁹⁴ GASCHLER (2000), S.24

spräch ist, dass dem Leistungsabnehmer das Gefühl vermittelt werden muss, dass er durch die Pflegefachkraft umfassend informiert worden ist.⁴⁹⁵

Für das Erstgespräch sollte genügend Zeit durch die Pflegefachkraft eingeplant werden, damit in Ruhe alle wichtigen Details erklärt und erfragt und sonstige Informationen ausgetauscht werden können. Damit wird vermieden, sich später durch mehrmaliges Nachfragen noch fehlende Informationen beschaffen zu müssen und damit evtl. unprofessionell bzw. konfus auf die Leistungsabnehmer zu wirken. In diesem Erstgespräch werden Fragen zur Finanzierung der Leistungen geklärt, vor allem aber der zukünftige Ablauf des Pflegebedarfs mittels einer Pflegeanamnese ermittelt. Sie stellt die Basis für alle weiteren Schritte dar. Die Pflegeanamnese mündet in eine Pflegeplanung, die absteckt, welche Maßnahmen vom Pflegedienst übernommen und welche möglicherweise von Angehörigen ausgeführt werden sollen. Sind alle diese Informationen aufgenommen, kann der ambulante Pflegedienst sein Angebot abgeben und der Hilfe- und Pflegebedürftige dieses in Form eines Pflegevertrages manifestieren.⁴⁹⁶

Wichtig für den Abschluss eines Pflegevertrages ist für die Pflegefachkraft, wie sie sich in dem Gespräch verhält und wie sie bei den Leistungsabnehmern ankommt. Entscheidende Elemente sind die Vermittlung von Fachkompetenz, ein gepflegtes Äußeres, eine angemessene, nicht zu übertriebene Körpersprache und höfliches, zurückhaltendes Benehmen, wodurch insgesamt den Leistungsabnehmern das Gefühl vermittelt wird, dass sie von der Pflegefachkraft ernst genommen und respektiert werden.⁴⁹⁷ Zusammenfassend sollten folgende Punkte in Tabelle 7.5 bei einem Erstgespräch beachtet werden.

⁴⁹⁵ GASCHLER (2000), S.24

⁴⁹⁶ GASCHLER (2000), S.25f.

⁴⁹⁷ GASCHLER (2000), S.25

Tabelle 7.5: Tipps für den Ablauf eines Erstgesprächs⁴⁹⁸

1. Eröffnung des Gesprächs	<ul style="list-style-type: none"> • Begrüßung mit Händedruck, • eigene Person vorstellen, • Ziele des Erstgesprächs nennen, • Leistungsabnehmer darüber informieren, dass sie jederzeit Fragen stellen können.
2. Während des Gesprächs	<ul style="list-style-type: none"> • Auf die eigene Körperhaltung achten, • nonverbale Zeichen setzen - Blickkontakt, Gesichtsausdruck, Berührung, • nonverbale Zeichen der Leistungsabnehmer erkennen – Angst, Unsicherheit – und gegebenenfalls ansprechen.
3. Sprache	<ul style="list-style-type: none"> • Eigenen Sprachgebrauch an den der Leistungsabnehmer angleichen, • Fachtermini vermeiden, • jeweils nur eine Sachfrage stellen, • Leistungsabnehmern Zeit einräumen, die Fragen in Ruhe zu beantworten, • überwiegend direkte Fragen stellen.
4. Gezielte Reaktion während des Gesprächs	<ul style="list-style-type: none"> • Unklare Wörter müssen während des Gesprächs erklärt werden, • Abschweifungen vermeiden, • Gesprächspausen zum Nachdenken einräumen.
5. Abschluss des Gesprächs	<ul style="list-style-type: none"> • Gespräch zusammenfassen – Vorlesen der Notizen, • nachfragen, ob diese Wiedergabe richtig ist, • Leistungsabnehmer nach dem Empfinden über das Gespräch befragen, • nachfragen, ob noch etwas ergänzt werden soll, • Informationen über das weitere Vorgehen geben, • für die Mitarbeit bedanken.

7.4.5 Sponsoring

Sponsoring tangiert die ambulanten Pflegedienste meist in der Rolle als Gesponserter. So bekommen häufig gemeinnützig arbeitende ambulante Pflegedienste die Autos von einem Sponsor gestellt, die dann den Schriftzug und das Logo des Sponsors aufweisen. Nachteil dieser Art von Sponsoring ist, dass der ambulante Pflegedienste nur schwer über dieses Fahrzeug wiedererkannt und identifiziert wird.

Ambulante Pflegedienste treten selbst aber auch als Sponsoren auf. Meist handelt es sich um Sachmittel wie z. B. Trikots, Taschen, Verbandsmaterial für kleinere Sportveranstaltungen im Ort etc.

⁴⁹⁸ GASCHLER (2000), S.26

7.4.6 Event-Marketing

Betriebsinterne Events (Feiern) zielen auf die Mitarbeiter im eigenen Betrieb. Die Mitarbeiter sollen emotional an den Betrieb gebunden werden und sich mit diesem identifizieren. Die Events stellen darauf ab, das Zusammengehörigkeitsgefühl und die Arbeitsmotivation zu steigern, zur Stärkung und zur Würdigung des Teams beizutragen und die Mitarbeiter von dem klassischen Funktionieren abzulenken. Klassische betriebsinterne Events sind Sommerfeste, Weihnachtsfeiern, Geburtstage, Jubiläen oder Abschiede.⁴⁹⁹

Den Ausgestaltungsformen sind dabei keine Grenzen gesetzt. Sie können als eintägige oder mehrtägige Veranstaltung, mit oder ohne Partner des Mitarbeiters ausgerichtet sein. Ebenso werden ggf. Zuzahlungen zu den Kosten der jeweiligen Veranstaltung gewährt. Dies hängt von der Art des Events ab und von der wirtschaftlichen Situation der ambulanten Pflegedienste.

7.4.7 Messen und Ausstellungen

Messen und Ausstellungen sind für ambulante Pflegedienste in zweierlei Hinsicht wichtig: Ambulante Pflegedienste sind selbst Besucher auf Messen und Ausstellungen, um sich über neue Produkte, Leistungen, Methoden und Verfahren zur Behandlung bestimmter Krankheitsbilder etc. zu informieren. Bei diesen Messen und Ausstellungen handelt es sich um Branchenmessen, die i. d. R. einmal jährlich stattfinden. Die größte Messe dieser Art für ambulante Pflegedienste ist die »Altenpflege« in Deutschland.

Ambulante Pflegedienste können aber auch selbst als Aussteller auf einer Messe auftreten. Bei diesen Messen handelt es sich um regionale Veranstaltungen, die eher als Informationsveranstaltung eines Kreises oder einer Gemeinde für eine bestimmte Branche oder unter einem bestimmten Thema stattfinden. Ambulante Pflegedienste präsentieren sich hier einem interessierten Publikum mit ihren Leistungen zur Knüpfung von Kontakten.

Messen und Ausstellungen bedeuten einen hohen Arbeits- und Organisationsaufwand, die meist der Imagebildung, weniger der Neugewinnung von Leistungsabnehmern, dienen.

⁴⁹⁹ KÄMMER (2003), S.6

7.5 Teilinstrumente der Personalpolitik

Zwischen der Mitarbeitermotivation, der Dienstleistungsqualität, der Kundenzufriedenheit und dem ökonomischem Erfolg besteht ein Zusammenhang bei ambulanten Pflegediensten. Der Erreichung dieser Ziele dienen die personalpolitischen Instrumente Gewinnung, Entwicklung und Bindung von kundenorientierten Mitarbeitern.⁵⁰⁰

Die durch die Leistungsabnehmer wahrgenommene Dienstleistungsqualität wird ganz wesentlich vom fachlichen Handeln, dem Verhalten, dem Aussehen, dem Auftreten und dem Benehmen, von der Art der Ansprache und dem Bemühen der Mitarbeiter bestimmt. Dies gilt besonders dann, wenn die Leistungsabnehmer selbst an der Leistungserstellung beteiligt sind. Das Wahrnehmen der Dienstleistungsqualität steigt mit der Zunahme der Interaktions-tätigkeit zwischen dem Mitarbeiter und dem Leistungsabnehmer.⁵⁰¹

Das Verhalten ist Voraussetzung für eine positiv verlaufende Interaktion, da sowohl der Leistungserstellungsprozessverlauf als auch die wahrgenommene Dienstleistungsqualität durch die Kommunikation und das Verhalten der Mitarbeiter während der Leistungserstellung beeinflusst werden. Gerade Mitarbeiter von personenintensiven Dienstleistungsbetrieben benötigen zusätzlich zu ihrer Fachkompetenz in gleicher Weise eine Dienstleistungsmentalität und ein leistungsabnehmergerechtes Verhalten.⁵⁰²

Kontakt-Mitarbeiter in ambulanten Pflegediensten müssen ihr Verhalten auf den jeweiligen Leistungsabnehmer und die entsprechende Situation abstimmen und einstellen. Dies kann durch die Wahl einer einfachen Sprache, einer prägnanten Darstellung und eines rhetorischen Stimulans auf den Leistungsabnehmer geschehen. Ziel dieses Verhaltens ist es, die Authentizität und Glaubwürdigkeit des Verhaltens den Leistungsabnehmern zu vermitteln.⁵⁰³

Weitere Ziele, die mit diesen Instrumenten verfolgt werden, sind der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses, die Förderung der Motivation, der Einstellungen und des Verhaltens der Mitarbeiter gegenüber bzw. im Betrieb (Identifikation).⁵⁰⁴

Zur Erreichung des gewünschten Mitarbeiterverhaltens werden die Instrumente der Personalpolitik konsequent unter dem Aspekt absatzmarktpolitischer Erfordernisse eingesetzt.⁵⁰⁵

⁵⁰⁰ BIEBERSTEIN (1998), S.362

⁵⁰¹ STAUSS (1991), S.229

⁵⁰² BIEBERSTEIN (1998), S.223f.

⁵⁰³ BIEBERSTEIN (1998), S.228

⁵⁰⁴ STAUSS (1991), S.235; BIEBERSTEIN (1998), S.371

⁵⁰⁵ STAUSS (1991), S.235

7.5.1 Personalbeschaffung

Personalbeschaffung kann in ambulanten Pflegediensten intern oder extern erfolgen. Grundlage bildet eine Stellenausschreibung zur Gewinnung neuer Mitarbeiter oder zur gezielten Personalentwicklung eines vorhandenen Mitarbeiters für eine bestimmte Stelle, wie z. B. die Weiterentwicklung einer Pflegefachkraft zur stellvertretenden Pflegedienstleitung.

Im Falle der externen Stellenausschreibung werden durch die ambulanten Pflegedienste Bewerbungsunterlagen erbeten. Anhand der Bewerbungsunterlagen wird eine Vorauswahl getroffen, in der die Unterlagen nach formalen Voraussetzungen, wie berufliche Qualifikation, Berufserfahrung, Alter, etc. bzgl. der Stellen- und Betriebsanforderungen vorsortiert werden.⁵⁰⁶ In die Hauptauswahl kommen diejenigen Bewerber, die laut Unterlagen wahrscheinlich dem erwarteten Anforderungs- und Persönlichkeitsprofil am meisten entsprechen.⁵⁰⁷

Können Stellen nicht oder nur sehr schwer auf Grund fehlender Fachkräfte besetzt werden, kann das Hinzuziehen eines Personaldienstleisters hilfreich sein, der für die ambulanten Pflegedienste eine Vorauswahl der Bewerber treffen kann. Fehlen dennoch Fachkräfte kann mit einigen anderen ambulanten Pflegediensten eine Kampagne für den Berufsstand aufgebaut werden. Dazu bieten sich folgende Möglichkeiten für die Öffentlichkeit an:

- Image-Kampagnen, die für den Beruf der Altenpflegerin oder Krankenschwester werben,
- Einsatz bei Berufsverbänden zur Finanzierung von Ausbildungsplätzen,
- flexible Arbeitszeitmodelle, damit Frauen mit Kindern diesen Beruf eher (wieder) ausüben können,
- Schaffung einer sinnvollen Kooperation zwischen Bildungsträgern und der Agentur für Arbeit zur Qualifizierung geeigneter Mitarbeiter,
- enge Kooperation zwischen Krankenhäusern und ambulanten Pflegediensten zur Schaffung gemeinsamer Versorgungsangebote.⁵⁰⁸

Bewerber, die den Anforderungs- und Persönlichkeitsprofilen lt. Unterlagen am ehesten entsprechen, werden zu einem Vorstellungsgespräch eingeladen. Während des Gesprächs können sich die ambulanten Pflegedienste einen Eindruck von dem Bewerber machen und das Qualifikationsprofil des Bewerbers mit dem Anforderungsprofil der Stelle entlang einer Checkliste vergleichen. Sinnvoll ist es, dieses Vorgehen nicht nur auf die Vollzeitmitarbeiter, sondern auch auf alle anderen Mitarbeiter anzuwenden.⁵⁰⁹

Neben der fachlich-technischen Kompetenz (berufliche Qualifikation und Erfahrung), müssen auch die psycho-sozialen Eigenschaften (Grundeinstellung bzgl. der Pflegebranche und ein

⁵⁰⁶ JUNG (1994), S.883

⁵⁰⁷ JUNG (1994), S.885

⁵⁰⁸ DÖRFLER (2003), S.22

⁵⁰⁹ BIEBERSTEIN (1998), S.363; JUNG (1994), S.885

hohes Maß an Kommunikationsfähigkeit) bei der Bewerberauswahl berücksichtigt werden. Schulungen können zwar Eigenschaften verstärken, diese aber nicht neu entwickeln. Servicegerechte Personalauswahl erfolgt für jeden Arbeitsplatz separat, indem die jeweils zutreffenden Kriterien zusammengestellt und mit den unterschiedlichen Methoden der Personalauswahl (Bewerbungsgespräche, Leistungstests, Persönlichkeitstests) überprüft werden.⁵¹⁰

Ist nach der Personalauswahl die Entscheidung für einen neuen Mitarbeiter gefallen, erfolgt die Einstellung. Eine Bindung des neuen Mitarbeiters erfolgt durch den Abschluss eines Arbeitsvertrages, in welchem die gegenseitigen Rechte und Pflichten der beiden Vertragsparteien geregelt und weitere Arbeitsbedingungen vertraglich festgelegt werden.⁵¹¹

Mit der Art und Weise der Einarbeitung des neuen Mitarbeiters ist der Zeitraum der vollen Einsetzbarkeit eng verbunden. Je intensiver ein neuer Mitarbeiter eingearbeitet wird, desto schneller kann dieser seine vollen Fähigkeiten in die Leistungserstellung einbringen und die Stelle voll und selbständig auszufüllen.⁵¹²

7.5.2 Personalentwicklung

Ambulante Pflegedienste sind für die Weiterentwicklung der Pflegequalität verantwortlich.⁵¹³ Um dieser Weiterentwicklung der Pflegequalität gerecht zu werden, müssen die Mitarbeiter regelmäßig fortgebildet werden. Diese Fortbildungen beziehen sich sowohl auf die Kenntnisse als auch auf die Fertigkeiten der Mitarbeiter. Lohnend für ambulante Pflegedienste ist es, wenn sie ihre Mitarbeiter über das Maß der vorgeschriebenen Qualifikationen hinaus in ihren Kenntnissen und Fertigkeiten der Pflegetätigkeiten weiterentwickeln, wie z. B. durch Angebote zur Konflikt-handhabung, zum Umgang mit Mobbing, zum Umgang mit schwierigen Leistungsabnehmern etc.

Die fachliche Qualifizierung der Mitarbeiter ist vom Gesetzgeber her vorgeschrieben, wonach die Mitarbeiter eine bestimmte Anzahl an Fortbildungsstunden zum Nachweis der Pflegequalität wahrnehmen müssen. Soziale Qualifizierungen sind für den Träger der ambulanten Pflegedienste von ebenso großer Bedeutung, da diese Kompetenzen in der täglichen Arbeit im Team und im Umgang mit den Hilfe- und Pflegebedürftigen zum Tragen kommen. Durch eine gezielte Weiterentwicklung der Mitarbeiter im fachlichen wie im sozialen Bereich bindet der ambulante Pflegedienst seine Mitarbeiter nachhaltig an seinen Betrieb.

Weiterentwicklungen und Qualifizierungen können im Betrieb als interne Fortbildungen durch Vorträge, Training on the Job oder außerhalb des Arbeitsplatzes in Seminaren, Schulungen

⁵¹⁰ BIEBERSTEIN (1998), S.365

⁵¹¹ JUNG (1994), S.890f.

⁵¹² JUNG (1994), S.892

⁵¹³ §112 Abs.1 SGB XI

etc. bei speziellen Fortbildungsträgern stattfinden.

Bei der Planung der Personalentwicklung ist zu berücksichtigen, dass die Personalkosten zwischen 75 und 80 Prozent der Gesamtkosten eines ambulanten Pflegedienstes betragen, somit den größten Kostenblock darstellen. Ferner liegt auf dem Pflegemarkt ein Fachkräftemangel vor. Damit die ambulanten Pflegedienste ihre Leistungen erbringen können, kommen deshalb auch Hilfskräfte zum Einsatz, die in der Personalentwicklung ebenfalls berücksichtigt werden müssen. Diese Hilfskräfte bieten den ambulanten Pflegediensten mehrere Vorteile:

- Ihr Einsatz dient der Senkung der Personalkosten,
- mit entsprechenden Schulungen sind die Hilfskräfte sehr flexibel einsetzbar,
- Hilfskräfte bringen häufig wertvolle Lebens- und Berufserfahrungen außerhalb der Pflege mit, die sehr nützlich für die Pflegetätigkeiten und den Umgang mit den Hilfe- und Pflegebedürftigen sein können.⁵¹⁴

Schulungsinhalte für Pflegehilfskräfte können z. B. Pflegebilder und Pflegesysteme, Pflegeziele, Raumgestaltung, Wahrnehmen und Beobachten, Körperfunktionen und Vitalwerte, etc. sein.⁵¹⁵

Grundvoraussetzung für den Einsatz und die Entwicklung von Hilfskräften in ambulanten Pflegediensten ist deren Sprachkompetenz, da für das Pflgeteam eine reibungslose Kommunikation mit den Leistungsabnehmern eine wichtige Grundvoraussetzung darstellt. Hilfskräfte, die Sprach-, Lese- oder Schriftkenntnisse im Deutschen nicht vorweisen können, sollten in einem Pflgeteam nicht eingesetzt werden oder sie müssen neben den fachlichen Schulungen auch eine sprachliche Weiterentwicklung erfahren. Im Zuge der Qualitätsanforderungen eines ambulanten Pflegedienstes sind diese Voraussetzungen von großer Bedeutung.⁵¹⁶

Zur Personalentwicklung gehört auch die Einarbeitung von neuen Mitarbeitern in das Team. Viele Fachkräfte von ambulanten Pflegediensten kommen aus Krankenhäusern, in denen ganz andere Strukturen und Prozesse vorherrschen als in ambulanten Pflegediensten. Das Arbeiten in ambulanten Pflegediensten erfordert ein hohes Maß an Selbstständigkeit und Eigenverantwortung. Daher ist es umso wichtiger, dass gerade für solche Mitarbeiter eine sehr gute Einarbeitung erfolgt. Ziele, die mit dieser Einarbeitung noch verbunden werden, sind:

- schnelle, profunde und gezielte Einarbeitung neuer Mitarbeiter,
- frühzeitiges Erkennen, ob die neuen Mitarbeiter effektives und selbstständiges Arbeiten annehmen und das

⁵¹⁴ IMMENROTH/NOLTE (2003), S.32

⁵¹⁵ IMMENROTH/NOLTE (2003), S.33

⁵¹⁶ IMMENROTH/NOLTE (2003), S.34

- Erreichen einer optimalen Integration in die Arbeits- und Beziehungsprozesse.⁵¹⁷

Für eine optimale Einarbeitung eignet sich eine Checkliste, in der alle für diese Stelle wichtigen Punkte aufgeführt sind: allgemeine Angaben zum Mitarbeiter, Einarbeitungszeitraum, verantwortlicher Mentor, Einarbeitungsthemen, Verantwortlichkeiten, Erledigungsdatum oder –zeitraum, Unterschriften der Verantwortlichen und des Mitarbeiters. Vorgesehen sind auch Mitarbeitergespräche am Anfang und am Ende der Einarbeitungszeit. Das erste Mitarbeitergespräch dient der Klärung von gegenseitigen Erwartungen, damit frühzeitig Missverständnisse vermieden werden können. Das zweite Gespräch dient der Evaluierung der Einarbeitungszeit sowohl für den neuen Mitarbeiter als auch für die Pflegedienstleitung. Hier kann dann festgelegt werden, ob noch Punkte in der Einarbeitung nachgebessert werden müssen. Diese Checkliste gehört in die Personalakte des Mitarbeiters und kann für spätere Beurteilungen herangezogen werden.⁵¹⁸

7.5.3 Personalbindung

Als Instrumente der Personalbindung können finanzielle Maßnahmen wie Bezahlung oder Sozialleistungen, Arbeitszeit- und Arbeitsplatzmaßnahmen und/oder organisatorische Maßnahmen wie Aufgaben- und Kompetenzverteilung, Beförderungspolitik oder Weiterbildungsmaßnahmen dienen.⁵¹⁹

Innerhalb der finanziellen Maßnahmen können unterschiedliche Bezahlungs- und Lohnformen oder unterschiedliche Formen von betrieblichen Sozialleistungen gute Mitarbeiter davon abhalten, den Betrieb zu verlassen. Materielle Entlohnungssysteme dagegen dienen der Unterstützung der aufgestellten Qualitätsziele und machen den Mitarbeitern klar, dass der Betrieb auch bereit ist, die Erfüllung dieser Ziele zu honorieren. So bieten manche ambulante Pflegedienste ihren Mitarbeitern an, die Dienstwagen auch privat zu nutzen.⁵²⁰

Im Bereich der nicht-monetären Anreize können Auszeichnungen oder Preise Anreize schaffen, sich für den Betrieb als Mitarbeiter einzusetzen und zu bleiben. Solche Auszeichnungen stärken die soziale Anerkennung des Mitarbeiters und dienen der Motivationsförderung der anderen Mitarbeiter im Betrieb.⁵²¹ Neben den anforderungs-, leistungs- oder qualifikationsorientierten, entgeltpolitischen Maßnahmen können auch betriebliche Sozialleistungen zum Einsatz kommen. Betriebliche Sozialleistungen sind solche monetären und nichtmonetären Vergütungsbestandteile, die den Mitarbeitern unabhängig von einer Arbeitsleistung zusätzlich zu ihrem Arbeitsentgelt gewährt werden. Sie können gesetzlich, tarifvertraglich oder frei-

⁵¹⁷ FISCHBACH (2003), S.28

⁵¹⁸ FISCHBACH (2003), S.30

⁵¹⁹ BIEBERSTEIN (1998), S.369

⁵²⁰ KLINGBEIL-BAKSI (2001), S.29

⁵²¹ BIEBERSTEIN (1998), S.369f.

willing sein.⁵²² Zur Motivation der Mitarbeiter werden allerdings nur die freiwilligen Sozialleistungen herangezogen. Zu ihnen gehören Gratifikationen, die zusätzlich aus besonderem Anlass zu dem sonstigen Entgelt bezahlt werden und die betriebliche Altersversorgung, zu der alle Leistungen eines Betriebes gehören, die über die Pflichtbeiträge der gesetzlichen Rentenversicherung zur Zukunftssicherung der Mitarbeiter hinausgehen.⁵²³

Ein weiteres Instrument zur Personalbindung ist die Gestaltung der Arbeitszeit, die sich z. B. an das Familien- und Sozialleben der Mitarbeiter, soweit es der betriebliche Ablauf zulässt, anpassen kann oder die Gestaltung eines attraktiven Arbeitsplatzes, in dem für bestimmte Tätigkeiten neueste Technologien eingesetzt werden können.⁵²⁴

Mit Hilfe personalpolitischer Maßnahmen kann ein Arbeitsplatz so gestaltet werden, dass die Mitarbeiter motiviert und zufrieden sind und die Fluktuation verringert werden kann. Leistungsmotivation und Arbeitszufriedenheit werden durch Spaß, Geld, Sinn, Zeit und Status beeinflusst. So kann z. B. eine familienbewusste Personalpolitik gute und eingearbeitete Mitarbeiter halten und gleichzeitig das Image des Berufsbildes Pflege verbessern. Neben der flexiblen Arbeitszeitgestaltung können zusätzliche, familienfreundliche Leistungen durch die ambulanten Pflegedienste angeboten werden, wie z. B. Kinder-/Schülerbetreuung im Pflegedienst oder zu Hause, Beteiligung am Kindergartengeld, Reintegration nach der Elternzeit auch für Väter etc.⁵²⁵ Diese Formen von Familienfreundlichkeit können auch dazu beitragen, neue Mitarbeiter für die Pflegedienste zu gewinnen, da sie es erleichtern, Familie und Beruf zu verbinden.

Mitarbeiter können auch dadurch im Betrieb gehalten werden, dass ihnen ansprechende Aufgaben und Entscheidungskompetenz übertragen werden. Besonders bei personenintensiven Dienstleistungen muss diese Kompetenz an untere Hierarchieebenen delegiert werden, da sich gerade im Kundenkontakt und in dem daraus entstehenden Interaktionsprozess die Kundenzufriedenheit entwickelt. Hier müssen Spielräume für Entscheidungen gegeben sein, damit die Mitarbeiter auf die speziellen individuellen Wünsche vor Ort beim Leistungsabnehmer eingehen können. Die Identifikation der Mitarbeiter mit ihren Aufgaben wird umso stärker sein, je eigenverantwortlicher sie handeln können.⁵²⁶

Auch die Beförderungspolitik in einem Betrieb kann die Mitarbeiter an diesen binden. Innerhalb der Karriereplanung können Ziele und Strategien mit den Mitarbeitern vereinbart werden, die sie in ihrer beruflichen Position aufsteigen lassen, sofern es die betriebliche Struktur zulässt. Schon bei der Einstellung des Mitarbeiters kann dieses Ziel mit ihm abgesprochen

⁵²² JUNG (1994), S.950f.

⁵²³ JUNG (1994), S.952f.

⁵²⁴ BIEBERSTEIN (1998), S.369

⁵²⁵ KÖHLER/LOFFING/MANTEI (2002), S.29ff.

⁵²⁶ BIEBERSTEIN (1998), S.370

und kontinuierlich im Betrieb verfolgt werden. Dies bedeutet eine zusätzliche Bindung an den Betrieb.⁵²⁷

Ähnlich sieht es mit den Weiterbildungsmaßnahmen aus, vor allem mit denen, die nicht gesetzlich oder tariflich vorgeschrieben sind. Durch ein attraktives Weiterbildungsangebot kann eine weitere Form der Personalbindung erfolgen.

7.5.4 Personaleinsatz

Ambulante Pflegedienste müssen zunächst bestimmen wie viele Stellen für ihr Arbeitsaufkommen insgesamt notwendig sind. Dabei sind die Ausfallzeiten für Urlaub, Krankheit und Fluktuation zu berücksichtigen. Weiterhin gibt es auch saisonale Schwankungen im benötigten Arbeitskräftepotential, die zum einen durch klimatische Bedingungen verursacht sind, zum anderen durch die Entlassungsgewohnheiten von Krankenhäusern, Patienten zu bestimmten Zeiten zu entlassen.⁵²⁸

Um den genauen täglichen Personalbedarf zu ermitteln, ist es notwendig, die Pflegezeiten der einzelnen Hilfe- und Pflegebedürftigen zu kennen und diese nach Qualifikation der Mitarbeiter zu erfassen. Daraus ergeben sich Zeitstunden, die pro Qualifikation und Tag an direkter Pflege geleistet werden müssen.⁵²⁹ Darüber hinaus sollten auch die Urlaubszeiten bzw. Abwesenheitszeiten von Angehörigen aufgenommen werden und in die Planung einbezogen werden. Über die Faktoren Pflegezeit, Anwesenheitszeit und Arbeitszeit werden die ermittelten Zeiten in realen Zeitbedarf je Qualifikation umgerechnet.⁵³⁰ Aus der Summe der direkten Pflegestunden pro Qualifikation lassen sich durch Hinzurechnen der Faktorzeiten für Urlaub, Krankheit, Fortbildungen etc. die täglichen bzw. wöchentlichen Arbeitszeiten der Mitarbeiter und somit deren Anzahl bestimmen.⁵³¹ Im Anschluss an diese Kalkulation erfolgt die Zuordnung der Mitarbeiter zu den Stellen.

Unter- oder Überdeckungen bei dieser Zuordnung sind durch Anpassungen zu glätten (z. B. Umstrukturierungen von Aufgaben, Überstunden, Schulungen). Das Ergebnis besteht aus dem verbindlichen Dienst- und Tourenplan.

⁵²⁷ BIEBERSTEIN (1998), S.370

⁵²⁸ SIEBEGGER (1997B), S.22

⁵²⁹ Vgl. dazu Tabelle 1 in: MARCHEWITZ (2002), S.18

⁵³⁰ Faktor Pflegezeit: Pflegezeit ist die Zeit, die direkte Pflege- und Wegezeiten beinhaltet = Pflegestunden./direkte Pflegestunden

Faktor Anwesenheitszeit: Anwesenheitszeit ist die Zeit, die die Pflegekräfte dem Pflegedienst zur Verfügung stehen = Anwesenheitsstunden./Pflegestunden

Faktor Arbeitszeit: Die normale vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit = Arbeitsstunden ./Anwesenheitsstunden; MARCHEWITZ (2002), S.18

⁵³¹ MARCHEWITZ (2002), S.18f.

7.5.5 Personalerscheinung

Hier sind das Erstgespräch und die weiteren Pflegebesuche voneinander zu unterscheiden. Das erste, was ein Leistungsabnehmer von einem ambulanten Pflegedienst neben dem Ersttelefonat zur Terminbestimmung wahrnimmt, ist, das äußere Erscheinungsbild des Mitarbeiters, der das Erstgespräch durchführt. Diese Tatsache muss den Mitarbeitern bewusst sein. Leistungsabnehmer identifizieren die ambulanten Pflegedienste über ihre Mitarbeiter. Stimmt die Wahrnehmung der Personalerscheinung nicht mit den Erwartungen der Leistungsabnehmer überein, werden Leistungsabnehmer ihre negative Wahrnehmung auf den gesamten Betrieb übertragen. Dies gilt auch für die Wahrnehmung der Persönlichkeit der Mitarbeiter.

Über den ersten Eindruck eines fremden Menschen entscheiden die ersten sieben Sekunden, wobei das äußere Erscheinungsbild bestimmt, ob das Gegenüber als sympathisch eingestuft wird oder nicht. Merkmal kann z. B. ein gepflegtes Äußeres sein, das sich in einem guten Haarschnitt, einem dezenten Make-up und auch in passender Kleidung, sowohl im Stil als auch in der Größe, niederschlägt. Auch signalisieren diese Merkmale dem Leistungsabnehmer, dass er von dem Mitarbeiter ernst genommen wird.⁵³²

Weiterhin vermittelt die Körpersprache dem Leistungsabnehmer, ob sich der Mitarbeiter für das Gespräch Zeit genommen hat oder ob dieser unter Zeitdruck steht. Mimik und Gestik signalisieren dem Leistungsabnehmer, ob sich der Mitarbeiter wirklich für ihn und seine Bedürfnisse interessiert oder ob er nur eine »Nummer« für ihn darstellt. Ebenso spiegeln unbewusste Bewegungen und die Körperhaltung die Einstellung zum Leistungsabnehmer wider; sie können dem Leistungsabnehmer darüber Auskunft geben, ob er von dem Mitarbeiter des ambulanten Pflegedienstes akzeptiert und respektiert wird.⁵³³

Ergänzend liefert die Höflichkeit dem Leistungsabnehmer ein wichtiges Indiz dafür, ob er ernst genommen und respektiert wird. Leistungsabnehmer fassen zu einem höflichen Mitarbeiter schneller Vertrauen, sodass sie diesem bereitwilliger ihre pflegerischen Bedürfnisse mitteilen. Eine positive Ausstrahlung fördert ein offenes Gespräch.⁵³⁴

Ein gepflegtes Äußeres, Körpersprache und Höflichkeit hinterlassen bei den täglichen Pflegeeinsätzen ihre positive Wirkung. Das gepflegte Äußere wird im Wesentlichen durch die Kleidung bestimmt, die in Arbeits-, Berufs-, Dienst- und Schutzkleidung unterschieden werden kann.⁵³⁵ Bei der Kleidung der Mitarbeiter von ambulanten Pflegediensten handelt es sich um Dienstkleidung, die die Zugehörigkeit zu einem bestimmten ambulanten Pflegedienstes ausweist und dem Schutz der eigenen Kleidungsstücke dienen soll. Das Tragen von Dienstkleidung kann durch den ambulanten Pflegedienst angeordnet werden. Diese Vereinbarung

⁵³² GASCHLER (2000), S.24f.

⁵³³ GASCHLER (2000), S.25

⁵³⁴ GASCHLER (2000); 25f.

⁵³⁵ Vgl.ENGELHARDT (2003), S.34

ist meist Bestandteil des Arbeitsvertrages. Der ambulante Pflegedienst hat in diesem Fall für die Bereitstellung der Dienstkleidung zu sorgen, da diese Kleidung nicht außerhalb der Arbeit getragen werden kann.⁵³⁶

Wird die Dienstkleidung durch den ambulanten Pflegedienst gestellt, ist darauf zu achten, dass sie erstens zweckmäßig für die Ausübung der Leistungserstellung ist und zweitens den Mitarbeitern in ausreichender Größe und Anzahl zur Verfügung steht. Dienstkleidung kann sich auf ein bestimmtes Kleidungsstück beziehen, das mit einem entsprechenden Emblem/Logo des ambulanten Pflegedienstes versehen ist, oder auf eine Kombination von Kleidungsstücken, die eine Art Uniform darstellen. Während der leihweisen Überlassung der Dienstkleidung haben die Mitarbeiter darauf zu achten, dass ihre Kleidung bzgl. des Verschmutzungs- und Abnutzungsgrades in Ordnung gehalten wird. Sie haften während ihres Arbeitsverhältnisses für deren schuldhaft Beschädigung oder Verlust.⁵³⁷ Daher ist bei der Anschaffung von Dienstkleidung darauf zu achten, dass sie pflegeleicht ist, die Mitarbeiter in dieser aber trotzdem gepflegt aussehen.⁵³⁸

Ist für bestimmte Tätigkeiten Schutzkleidung (z. B. Einmalhandschuhe) notwendig, ist diese vom Arbeitgeber in ausreichender Menge und Größe zu stellen.⁵³⁹ In jedem Fall sollte die Kleiderfrage zu Beginn des Arbeitsverhältnisses angesprochen und geklärt werden.⁵⁴⁰

Mit dem Tragen von Dienstkleidung sind weitere Wirkungen verbunden. Mitarbeiter identifizieren sich stärker mit dem Betrieb, wenn sie mit ihrer Dienstkleidung wahrgenommen werden. Ebenso dient die Dienstkleidung einem hohen Wiedererkennungswert, der einen Teil der Corporate Identity ausmacht. Nicht zu unterschätzen ist der Sicherheitsaspekt der Dienstkleidung gegenüber den Leistungsabnehmern. Eine klar identifizierbare Dienstkleidung, evtl. mit Namen des Mitarbeiters, zeigt dem Leistungsabnehmer schon optisch an, wer bei ihm vor der Tür steht, so dass er die Person schneller erkennt.⁵⁴¹

So erfüllt eine einheitliche Dienstkleidung mehrere Funktionen sowohl für die ambulanten Pflegedienste als auch für die Leistungsabnehmer.

7.5.6 Personalbeurteilung

Systematische Mitarbeiterbeurteilungen sind in ambulanten Pflegediensten sowohl für die Qualitätssicherung als auch für die Organisations- und Personalentwicklung unerlässlich. Mitarbeiterbeurteilungen bilden ein wichtiges Führungsinstrument, das nicht zu unterschät-

⁵³⁶ ENGELHARDT (2003), S.34f.

⁵³⁷ ENGELHARDT (2003), S.35

⁵³⁸ KLINGBEIL (2003), S.36

⁵³⁹ ENGELHARDT (2003), S.35

⁵⁴⁰ ENGELHARDT (2003), S.35

⁵⁴¹ KLINGBEIL (2003), S. 36

zen ist, vorausgesetzt, es handelt sich um einen transparenten Beurteilungsprozess und ein geeignetes Beurteilungsverfahren.⁵⁴² Mitarbeiterbeurteilungen können die Motivation der Mitarbeiter steigern und zu einer höheren Anpassung zwischen Anforderungen und Fähigkeiten der Mitarbeiter und somit zu einer qualifizierten Leistungserbringung beitragen.⁵⁴³

In ambulanten Pflegediensten ist es notwendig, dass sich eine individuelle Leistungsbeurteilung an den für die Pflege notwendigen Schlüsselqualifikationen orientiert. Mitarbeiterbeurteilungen erstrecken sich auf alle in den ambulanten Pflegediensten angestellten Mitarbeiter. Sie dienen auch Führungskräften dazu, da sie ihr eigenes Führungsverhalten zu reflektieren.⁵⁴⁴

Die Zeitpunkte für Beurteilungen können unterschiedlich sein; Anlässe sind das Ende einer Probezeit, ein bestimmter jährlicher Termin, sinkende Arbeitsleistungen, Versetzungen, Beförderungen, Kündigungen, Fort- und Weiterbildungen oder auch der eigene Wunsch eines Mitarbeiters.⁵⁴⁵

Inhaltlich sollte sich die Beurteilung sowohl auf die Leistungen als auch auf die Persönlichkeit der Mitarbeiter beziehen. Leistungen können anhand von Feststellungen und Messungen von Zielabweichungen erfolgen; die Persönlichkeit der Mitarbeiter wird anhand von Schlüsselqualifikationen erfasst. Die Beurteilung der Schlüsselqualifikationen erfolgt über die Handlungskompetenz, die sich aus der Fachkompetenz, der Methodenkompetenz und der Sozialkompetenz zusammensetzt. Handlungskompetenz ermöglicht ein angemessenes Handeln in einer bestimmten Situation oder an einem bestimmten Arbeitsplatz. Fachkompetenz vereint das benötigte Fachwissen für den jeweiligen Arbeitsplatz mit den dazugehörigen Tätigkeiten. Sozialkompetenz beinhaltet kognitive, sprachliche und interaktive Fähigkeiten, die für soziales Handeln wichtig sind, wie z. B. Kommunikationsfähigkeit, Teamfähigkeit oder Konfliktfähigkeit. Methodenkompetenz ist die Fähigkeit, geeignete Arbeitsmethoden anzuwenden, z. B. vernetztes Denken, Problemlösungsfähigkeit oder Entscheidungsfähigkeit.⁵⁴⁶

Bei der Entwicklung eines Beurteilungsinstrumentes ist es wichtig, dass dies gemeinsam mit den Mitarbeitern geschieht, um auf diese Weise deren Akzeptanz und Kreativität zu erhalten. So schafft das Beurteilungsinstrument auch Transparenz und nimmt den Mitarbeitern die Angst vor den Beurteilungen. Die Beurteilungskriterien selbst müssen folgenden Punkten genügen, damit sie eine Grundlage für den Beurteilungsbogen bilden können: Beurteilungskriterien müssen

⁵⁴² LOFFING (2001), S.27

⁵⁴³ LOFFING (2001), S.31

⁵⁴⁴ LOFFING (2001), S.27

⁵⁴⁵ LOFFING (2001), S.27f.

⁵⁴⁶ LOFFING (2001), S.28f.; Vgl. auch Tab. 6.9 und Abb. 6.4

- zielabhängig sein, kompatibel mit übergeordneten Betriebszielen,
- allen bekannt und jederzeit einsehbar sein,
- regelmäßig kommuniziert werden,
- regelmäßig evaluiert werden,
- veränderbar sein,
- beobachtbar sein und
- dem Arbeitsbereich entsprechen.⁵⁴⁷

Im Beurteilungsgespräch selbst muss von der beurteilenden Person eine Atmosphäre geschaffen werden, die dem zu beurteilenden Mitarbeiter partnerschaftliche Zuwendung signalisiert. Neben der Sitzordnung (runder Tisch) und dem Ungestört sein (keine Anrufe etc.) bilden eine gute Vorbereitung und die Einstellung auf den Mitarbeiter seitens der Führungskraft gute Voraussetzungen für eine Beurteilung. Im Gespräch selbst tragen aktives und verständnisvolles Zuhören sowie offene Fragestellungen zum Erfahren von Gedanken und Gefühlen bei. Anhand der Informationen aus dem Gespräch kann die Beurteilung erfolgen. Abschluss einer Beurteilung bildet eine gemeinsam erarbeitete Zielvereinbarung mit Inhalt und Terminierung, mit der sich der Mitarbeiter identifizieren kann. Sie wird von diesem unterschrieben, anschließend in die Personalakte geheftet und bei der nächsten Beurteilung überprüft.⁵⁴⁸

Für die beurteilende Person besteht bei allen Beurteilungen die Gefahr von Beurteilungsfehlern, wenn kein geeignetes und operationalisiertes Instrument vorliegt. Beurteilungsfehler können wie folgt auftreten:

⁵⁴⁷ LOFFING (2001), S.29

⁵⁴⁸ LOFFING (2001), S.29f.

Tabelle 7.6: Gruppen von Beurteilungsfehlern⁵⁴⁹

Wahrnehmungsverzerrungen	<ul style="list-style-type: none"> • Überstrahlungen: Ausgehend von einer einzelnen guten/schlechten Leistung wird ein Gesamturteil gefällt, • Recency-Effekt: Beurteilung aufgrund eines kürzlichen Ereignisses, • Primacy-Effekt: Beurteilung aufgrund des ersten Eindrucks, • Kleber-Effekt: unbewusste schlechte Einschätzung länger nicht beförderter Mitarbeiter, • Statusfehler: Mitarbeiter höherer Ebenen werden tendenziell besser beurteilt, • Lorbeer-Effekt: Fixieren auf in der Vergangenheit erreichte Lorbeeren, • Vorurteile.
Maßstabsprobleme	<ul style="list-style-type: none"> • Tendenz zur Mitte, • Tendenz zur Strenge, • Sympathie, • Antipathie.
Bewusstes Verfälschen	<ul style="list-style-type: none"> • Egoismus/Mikropolitik: jemanden bewusst besser/schlechter beurteilen.

Beurteilende Personen sollten sich der Gefahr solcher Beurteilungsfehler bewusst sein. Dazu sind eine gründliche Vorbereitung sowie geeignete Kriterien notwendig. Ferner müssen sich diese Personen der Subjektivität ihrer Wahrnehmung bewusst sein, ihre Wahrnehmungsfähigkeiten evaluieren und schulen. Neutralität zu wahren und Vorurteile zu vermeiden zeichnen eine gute Führungskraft aus.⁵⁵⁰

7.5.7 Interne Kommunikation

Bei der Gestaltung der internen Kommunikation werden die Mitarbeiter direkt von der Führung des Betriebes angesprochen. Sie bezeichnet den kontinuierlichen Dialog zwischen dem Management und den Mitarbeitern in einem Dienstleistungsbetrieb. Instrumente zur Erreichung dieses Ziels sind z. B. Führungsgespräche, Gespräche zwischen Führung und Mitarbeitern etc.

Demgegenüber dient die interne Massenkommunikation der allgemeinen Information der Mitarbeiter durch das Management in Form der unpersönlichen Ansprache. Solche Informationen können z. B. die ökonomische Lage des Betriebes, zentrale Entscheidungen des Trägers, spezielle Kampagnen oder identitätsstiftende Ereignisse sein. Als Mittel kommen z. B. Rundschreiben, Firmenzeitschriften, Videos und andere Medien zum Einsatz.⁵⁵¹

⁵⁴⁹ LOFFING (2001), S.30

⁵⁵⁰ LOFFING (2001), S.30

⁵⁵¹ STAUSS (1991), S.239

7.5.8 Externe Kommunikationsinstrumente mit interner Wirkung

Die Mitarbeiter werden direkt in die Werbung der ambulanten Pflegedienste mit einbezogen, indem sie auf Fotos der Flyern oder auf der Homepage abgebildet werden. Dies kann die Form von Szenenbildern haben, in denen die Tätigkeiten des ambulanten Pflegedienstes beispielhaft dargestellt werden oder Mitarbeiter werden entlang eines kurzen Steckbriefes den Leistungsabnehmern vorgestellt. Eine solche Vorstellung kann bei den Mitarbeitern Stolz und ein Zugehörigkeitsgefühl zum Betrieb hervorrufen, was die Loyalität zum Betrieb Arbeit fördern kann. Bei der Gestaltung dieser Instrumente ist darauf zu achten, dass sich die Mitarbeiter mit dem vermittelten Bild identifizieren können.

7.5.9 Corporate Behavior

Mitarbeiterführung muss zielorientiert erfolgen und ist für viele Führungskräfte von ambulanten Pflegediensten ein unangenehmes Thema. Die Führungskräfte haben Zielvorstellungen des Gesetzgebers (z. B. das Qualitätsmanagementsystem⁵⁵²), der Kostenträger (z. B. eine stabile wirtschaftliche Situation⁵⁵³, qualitätsorientierte Personaleinsatzplanung) und der Gesellschaft (Erreichen von Kundenzufriedenheit) zu verfolgen. Diese Zielvorstellungen können durch gute Mitarbeiterführung erreicht werden, die nicht allein von der Führungskraft ausgeht, sondern auch auf diese zurückwirkt. Mitarbeiterführung drückt sich in einem Führungsstil aus, der durch eine situationsbezogene Art und Weise (Worte und Handlungen) geprägt wird.⁵⁵⁴

Große Bedeutung hat die Reflexion, Evaluation und Anpassung ihres Führungsstils durch die Führungskräfte und dessen angemessene Adaption. Führungskräfte können sich dabei an Standards für den Führungsstil orientieren. Standards bieten eine gewisse Sicherheit sowohl für die Mitarbeiter als auch für die Leistungsabnehmer. Eine moderne und zukunftsweisende Mitarbeiterführung ist dann für die Mitarbeiter und das Management transparent, wenn sie solchen, eigens für den Betrieb entwickelten Standards folgt und dadurch für alle Mitarbeiter nachvollziehbar ist.

Es gibt nicht den einzigen, am besten geeigneten Führungsstil, der konsequenterweise überall umgesetzt werden kann. Ob ein bestimmter Führungsstil geeignet ist, hängt von der Situation, dem Verhalten der Führungskräfte und der Mitarbeiter ab.⁵⁵⁵ Ziel der Führung ist es, die Mitarbeiter zu eigenverantwortlichem und motiviertem Arbeiten zu motivieren. So könnte sich die Führung eines neuen Mitarbeiters z. B. von der Vorgabe von Tätigkeiten

⁵⁵² §80 SGB XI, PQsG

⁵⁵³ §79 SGB XI

⁵⁵⁴ HARDER/STECH (2004A), S.1

⁵⁵⁵ HARDER/STECH (2004A), S.1f.

(genaues Beschreiben der auszuführenden Tätigkeiten) hin zum Delegieren (eigenverantwortliche Übernahme) von Tätigkeiten entwickeln. Je nach Situation und Mitarbeiterverhalten ist es notwendig, Akzente zu verschieben und nicht einen Führungsstil starr zu praktizieren, sondern Fortschritte bei einem Mitarbeiter zu erkennen und den eigenen Führungsstil daran anzupassen.⁵⁵⁶ Einen Überblick über verschiedene Führungsstile und Reifegrade von Mitarbeitern gibt Abbildung 7.3.

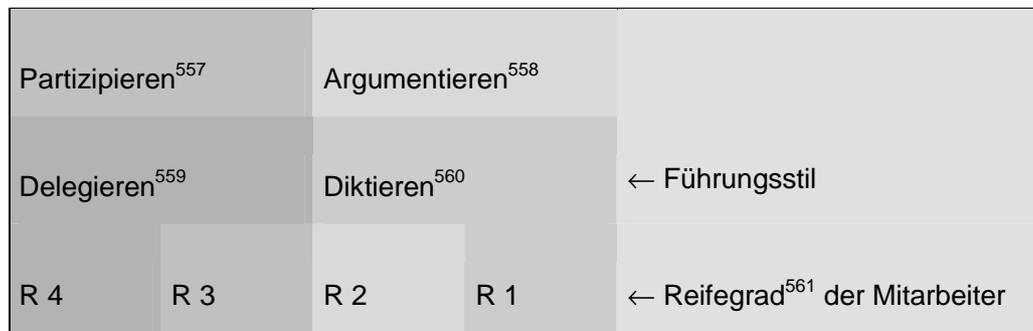


Abbildung 7.3: Modell des situativen Führens⁵⁶²

Ein klarer Führungsstil und die Selbstreflexion der Führungskraft in ihrem Verhalten den Mitarbeitern gegenüber, wirken sich positiv auf das Verhalten der Mitarbeiter gegenüber den Leistungsabnehmern aus.⁵⁶³ Denn die Mitarbeiter des ambulanten Pflegedienstes können das ihnen gegenüber gezeigte Verhalten ihrer Vorgesetzten (Führungsstil, Umgangston und Verhalten im Miteinander, Konferenzstil und Kultur im Umgang mit Kritik) - sowohl im positiven wie auch im negativen Sinne - den Leistungsabnehmern entgegenbringen.

Das Corporate Behavior beinhaltet auch die schriftliche Ansprache der Leistungsabnehmer. Dazu zählen sowohl ein angemessener schriftlicher Ausdruck als auch das Aussehen des Anschreibens bzgl. Form, Briefpapier etc.

⁵⁵⁶ HARDER/STECH (2004A), S.2

⁵⁵⁷ Partizipieren = Teilnehmen

⁵⁵⁸ Argumentieren = Begründen, Beweisen

⁵⁵⁹ Delegieren = Aufgabenübertragung

⁵⁶⁰ Diktieren = Unterweisen; „Das Diktieren setzt den Mitarbeitern einen (Handlungs-)Rahmen, der einerseits Hilfestellung bietet jeder weiß, was er zu tun hat) und auf der anderen Seite eine hohe Verbindlichkeit erzeugt.“ HARDER/STECH (2004B), S.2

⁵⁶¹ Zeichnet sich durch Einstellungen, Motivation, Fähigkeiten, etc. aus.

⁵⁶² HARDER/STECH (2004A), S.2

⁵⁶³ Vgl. hierzu den Beitrag von HOTOPP (2001)

7.6 Teilinstrumente der Ausstattungspolitik

7.6.1 Erreichbarkeit des Dienstleistungsbetriebes

Für ambulante Pflegedienste bedeutet Erreichbarkeit, dass sie erstens von den Leistungsabnehmern erreicht werden und zweitens als Leistungsersteller die Leistungsabnehmer - vorwiegend die Hilfe- und Pflegebedürftigen - erreichen.

Ambulante Pflegedienste müssen für ihre Zielgruppen über verschiedene Kommunikationsmittel erreichbar sein. So gehören Telefon inkl. Handys, Fax und ein Internetauftritt mit E-Mail-Adresse schon fast zum Standard. Die wichtigsten Kommunikationsmittel zur Erreichbarkeit von ambulanten Pflegediensten sind jedoch das Telefon und das Handy. Diese müssen so eingerichtet sein, dass der ambulante Pflegedienst jederzeit erreichbar ist und im Rahmen des Versorgungsauftrages die individuelle Versorgung der Hilfe- und Pflegebedürftigen mit Pflegeleistungen bei Tag und bei Nacht einschl. Sonn- und Feiertage gewährleistet.⁵⁶⁴

Zusätzlich dient eine gute Ausstattung mit kommunikationstechnischen Mitteln zur optimalen und schnellen Informationsweitergabe und damit zur Reduzierung von negativen, wirtschaftlichen Folgen. So sollte jeder Mitarbeiter mit einem Handy während seiner Arbeitszeit ausgestattet sein, damit er unverzüglich über Änderungen der Tour oder der Leistungserstellung informiert werden kann. Ein Fax und ein Emailsystm dienen der schnellen Informationsweitergabe zwischen dem ambulanten Pflegedienst und anderen Institutionen. Bei der Einrichtung eines optimal abgestimmten Telekommunikationsmanagements gibt es viele Möglichkeiten der Einsparung. Einen Überblick über das, was bei der Einrichtung von Telekommunikationsmedien zu berücksichtigen ist, gibt EISENREICH (1999).⁵⁶⁵

Die physische Erreichbarkeit der Leistungsabnehmer durch die ambulanten Pflegedienste wird durch die Festlegung der Einzugsbereiche bestimmt. Die Einzugsbereiche sind so festzulegen, dass lange Anfahrtswege vermieden werden. Als Grundlage dienen die kreisfreien Städte oder Landkreise. Berücksichtigung finden auch Besiedlungsdichte, Altersstruktur der Einwohner der jeweiligen Region, Topographie, soziale Infrastruktur, räumliche Strukturen der Religionsgemeinschaften sowie bestehende Versorgungsstrukturen.⁵⁶⁶

⁵⁶⁴ §9 Abs.1 Rahmenvertrag nach §75 SGB XI; §9 Rahmenvertrag nach §132a SGB V

⁵⁶⁵ EISENREICH (1999)

⁵⁶⁶ §72 Abs.3 SGB XI; §§33 und 34 Abs.1 Rahmenvertrag §75 SGB XI; §16 Rahmenvertrag §132a SGB V

7.6.2 Räumliches Erscheinungsbild in der Öffentlichkeit

Der Gesetzgeber schreibt vor, dass bestimmte organisatorische Voraussetzungen erfüllt sein müssen, um einen ambulanten Pflegedienst zu führen. Dazu müssen die ambulanten Pflegedienste eigene Geschäftsräume sowie entsprechend notwendige Ausstattungsgegenstände vorhalten, die den Kostenträgern nachzuweisen sind. Die in der Krankenpflege verwendeten Materialien und Geräte müssen fachlichen und Sicherheitsstandards entsprechen.⁵⁶⁷

Im Hinblick auf die Leistungsabnehmer steht für ambulante Pflegedienste die technische Ausstattung zur Unterstützung der Pflege im Vordergrund. Das räumliche Erscheinungsbild in der Öffentlichkeit tritt erst in Bezug auf die Gestaltung der Geschäftsräume in den Blick. Überlegungen zur Auswahl der Räumlichkeiten werden einerseits von Kostengesichtspunkten (Miete, Immobilienpreise) determiniert, andererseits sollten die Räume ausreichend Kapazität für Verwaltung, Dienstbesprechungen und Mitarbeiter bieten. Die Raumqualität sollte sich in einer zweckmäßigen Einrichtung widerspiegeln und zugleich eine angenehme Atmosphäre ausstrahlen.⁵⁶⁸

Der Standort dieser Räume sollte so zentral gewählt werden, dass die Leistungsabnehmer im Einzugsgebiet möglichst gut zu erreichen sind.⁵⁶⁹

7.6.3 Corporate Design

Das gewünschte Erscheinungsbild in der Öffentlichkeit wird durch die Gestaltung von einheitlicher Dienstkleidung, Betriebsfarben, die sich in der Kleidung, auf Formularen und auch bei anderen Produktionsfaktoren wiederfinden, der Gestaltung der Formulare mittels Schriftfarbe, -arten oder -zügen, Symbolen, Papierwahl etc. erzeugt. Damit sich nach außen ein einheitliches Erscheinungsbild ergibt, sind diese Elemente aufeinander abzustimmen.

Weitere Produktionsfaktoren wie z. B. Dienstwagen können je nach Image der ambulanten Pflegedienste Repräsentationsansprüchen genügen. Sie stellen mit einem durchdachten und auffallenden Design mit wiedererkennbaren Farben, dem Logo und der Telefonnummer der ambulanten Pflegedienste eine fahrende Visitenkarte dar.⁵⁷⁰

⁵⁶⁷ §4 Abs.1 und Anlage 2 §3 Rahmenvertrag §132a SGB V

⁵⁶⁸ Vgl. dazu Kap. 6.6.2

⁵⁶⁹ §16 Rahmenvertrag nach §132a SGB V

⁵⁷⁰ Vgl. Abb. 7.4



Abbildung 7.4: Beispiel für die Gestaltung eines Dienstwagens und eines Logos⁵⁷¹

Dieser Wiedererkennungseffekt von Außenwerbung sollte nicht unterschätzt werden. Durch ein auffallendes Design stellen die Dienstwagen einen Blickfang dar, der potentielle Leistungsabnehmer zu einem Anruf animieren kann.⁵⁷² Gesteigert wird der Effekt von Außenwerbung zusätzlich, wenn die Mitarbeiter die Dienstwagen auch nach Dienstschluss zur privaten Nutzung einsetzen können.⁵⁷³

7.7 Teilinstrumente der Prozesspolitik

7.7.1 Leistungsbereitschaft

Die Leistungsbereitschaft zielt auf zwei Nutzen:

- a) Beanspruchungsnutzen, welcher mit der Nutzung der abgegebenen Leistung entsteht und somit für diese greifbar wird und
- b) Bereitstellungsnutzen, der den Leistungsabnehmern erst dann bewusst wird, wenn eine Leistung nicht in vollem Umfang in Anspruch genommen werden kann.⁵⁷⁴

Ambulante Pflegedienste müssen bei der zielgerechten Gestaltung der Leistungsbereitschaft verschiedene Aspekte miteinander verbinden. Einerseits muss die Kundenzufriedenheit erreicht werden und andererseits müssen die Touren zu einem wirtschaftlichen Erfolg führen. Dabei sind die vom Gesetzgeber geforderten hohen Qualitätsstandards der Leistungserstellung zu beachten, die durch Weiterbildungs- und Dokumentationsaufwand Organisationszeiten erfordern, die dann als Pflegezeiten bei den Mitarbeitern fehlen. Ausfallzeiten wie Krankheit, Urlaub, Teambesprechungen etc. mindern ebenfalls die Pflegezeiten. Diese nicht für die unmittelbare Pflege zur Verfügung stehenden Zeiten der Mitarbeiter müssen eine Berücksichtigung bei der Gestaltung der Leistungsbereitschaft finden.⁵⁷⁵

⁵⁷¹ www.ars-curandi.de

⁵⁷² KLINGBEIL-BAKSI (2001), S.29

⁵⁷³ KLINGBEIL-BAKSI (2001), S.28

⁵⁷⁴ CORSTEN (1990B), S.103ff.

⁵⁷⁵ SIERKE/GROHMANN/BALKE (2002), S.29

Einen starken Einfluss auf die Personaleinsatz- und Tourenplanung haben die Hilfe- und Pflegebedürftigen und die Qualifikationsstruktur der Mitarbeiter in ambulanten Pflegediensten. Zur Leistungserstellung schreibt der Gesetzgeber vor, welche Leistungen durch welche Mitarbeiter mit welchen Qualifikationen erbracht werden dürfen. So unterscheidet der Gesetzgeber die Pflegedienstleitung (PDL) von der Pflegefachkraft, der Pflegehilfskraft und der Pflegekraft.⁵⁷⁶

Die Anzahl der Mitarbeiter hängt von der Anzahl der Hilfe- und Pflegebedürftigen ab, die täglich mit Pflegeleistungen oder hauswirtschaftlichen Leistungen zu versorgen sind. Eine personelle Mindestausstattung ist dabei zu berücksichtigen.⁵⁷⁷

Damit die Personaleinsatz- und Tourenplanung sowohl für die ambulanten Pflegedienste effizient als auch für die Hilfe- und Pflegebedürftigen zufrieden stellend gestaltet werden können, ist es notwendig, die bestimmenden Parameter genau zu kennen und optimal miteinander zu kombinieren. Damit lassen sich die Arbeitsgeschwindigkeit und regelmäßige tägliche Arbeitszeit variieren. SIERKE ET AL. (2002) haben ein umfassendes Modell entwickelt, das sowohl der Wirtschaftlichkeit als auch der Zufriedenheit von Hilfe- und Pflegebedürftigen Rechnung trägt. In diesem Modell ist die Planung der Leistungserstellungszeiten bei den Hilfe- und Pflegebedürftigen ein wesentlicher Bestandteil.⁵⁷⁸

7.7.2 Leistungserstellungsprozess

Die *Integration des externen Faktors* in den Leistungserstellungsprozess wird bei personendominanten und personalintensiven Dienstleistungen, wie hier bei ambulanten Pflegediensten, zu einer besonderen Marketingaufgabe. Der Qualitätsgrad der Leistungserstellung hängt vom fachlichen und psycho-sozialen Können der leistungserstellenden Mitarbeiter ab. Leistungsschwankungen sind vor den Leistungsabnehmern meist nicht oder nur schwer zu verbergen. Solche Qualitätsschwankungen gilt es durch die Planung des Leistungserstellungsprozesses und dessen bestimmende Faktoren zu minimieren bzw. zu vermeiden.⁵⁷⁹

Neben der physischen Präsenz des externen Faktors muss dieser Integrationsbereitschaft aufweisen. Diese Integrationsbereitschaft bezieht sich auf

- die Art und Intensität der Beteiligung des Leistungsabnehmers am Leistungserstellungsprozess,

⁵⁷⁶ §71 Abs.1 SGB XI; §18 Abs.4 Bempf.ambPfl.; Nr.3.1.2.1 bis 3.1.2.3 Qual.ambPfl.; §3 Abs.1-3 und Anlage 2 §1 Abs.1 Rahmenvertrag nach §132a SGB

⁵⁷⁷ Anlage 2 §1 Abs.2 Rahmenvertrag nach §132a SGB V

⁵⁷⁸ Vgl. dazu: SIERKE/GROHMANN/BALKE (2002)

⁵⁷⁹ BIEBERSTEIN (1998), S.216

- die raumzeitliche Integration, bei der unmittelbarer Kontakt zwischen Leistungsanbieter und –abnehmer besteht und auf
- die zeitliche Integration, bei der ein unmittelbarer Kontakt zwischen Leistungsanbieter und –abnehmer entfällt.

Die Integration des externen Faktors kann physisch, intellektuell oder emotional jeweils in aktiver oder passiver Form erfolgen.⁵⁸⁰

Die Leistungserstellung von pflegerischen und hauswirtschaftlichen Leistungen durch ambulante Pflegedienste dient den Hilfe- und Pflegebedürftigen zur Aufrechterhaltung ihrer Grundbedürfnisse und zur Ergänzung und Ersetzung ihrer krankheitsbedingten Einschränkungen. Dabei handelt es sich um medizinische Leistungen, die nicht vom behandelnden Arzt erbracht werden, um Leistungen, die zur Unterstützungen der ärztlichen Behandlung im Interesse der Erreichung des angestrebten Therapieziels erforderlich sind und um Leistungen, die den Hilfe- und Pflegebedürftigen ermöglichen, einen Krankenhausaufenthalt zu vermeiden.⁵⁸¹ Gleichzeitig soll die Leistungserstellung dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse folgen und bei der Integration der Hilfe- und Pflegebedürftigen eine humane und aktivierende Form einnehmen.⁵⁸²

Die Leistungserstellung der einzelnen Pflegeleistungen in ambulanten Pflegediensten basiert auf Pflegestandards. Diese geben den leistungserstellenden Mitarbeitern die Abfolge von Tätigkeiten während der Erstellung von Pflegeleistungen vor. Die Pflegestandards sind eingebunden in den Pflegeprozess, der sich in die Phasen Informationssammlung (Pflegeanamnese), Planung (Pflegeplanung, Pflegediagnose, Prozessqualität), Durchführung von Maßnahmen (Pflegedokumentation)⁵⁸³ und Evaluation (Ergebnisqualität) untergliedert.⁵⁸⁴

Abbildung 7.5 stellt die einzelnen Phasen des Pflegeprozesses im Überblick dar.

⁵⁸⁰ BIEBERSTEIN (1998), S.217; Siehe Glossar

⁵⁸¹ §2 Rahmenvertrag nach §132a SGB V

⁵⁸² §11 Abs.1 SGB XI

⁵⁸³ Vgl. Kap. 7.7.3

⁵⁸⁴ CareHelix-Lexikon; www.carehelix.de

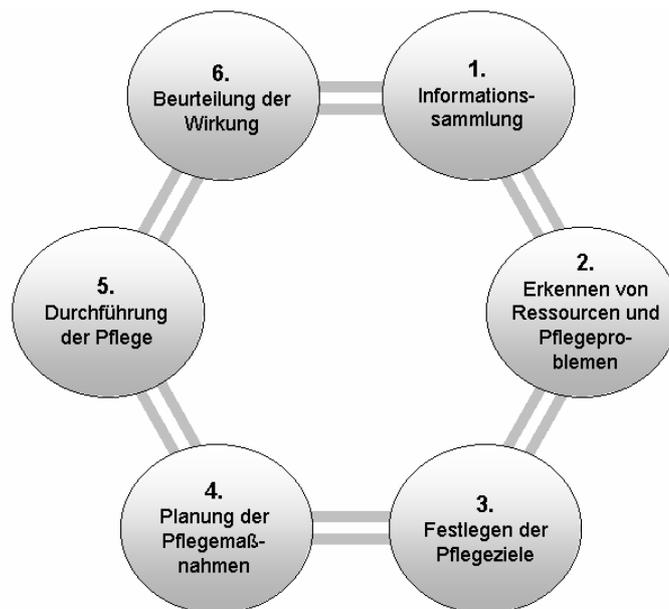


Abbildung 7.5: Der Pflegeprozess⁵⁸⁵

Eingebunden sind die Pflegestandards in eine Dienstanweisung, die besagt, wie der jeweilige Kontakt zu den Leistungsabnehmern von der Begrüßung bis zur Verabschiedung ablaufen soll.

Solche Verfahrensstandards gelten auch für hauswirtschaftliche Leistungen in ambulanten Pflegediensten. Darüber hinaus können Standards auch für die Verwaltung und den Kontakt mit anderen Zielgruppen individuell entwickelt werden.

7.7.3 Kontrolle von Leistungsbereitschaft und Leistungserstellungsprozess

Für ambulante Pflegedienste erfüllt die Kontrolle von Leistungsbereitschaft und Leistungserstellungsprozess zwei Aufgaben:

1. Ambulante Pflegedienste sind per Gesetz verpflichtet einen Nachweis über die „[...] erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis einschließlich des Tages und der Zeit der Leistungserbringung [...]“⁵⁸⁶ zu führen „[...] und den Pflegekassen sowie den Verbänden [...] zu übermitteln.“⁵⁸⁷
2. Mittels der Kontrolle findet ein Abgleich von aktuellen Bedürfnissen und Erwartungen der Leistungsabnehmer mit dem Einsatz von Leistungsbereitschaft und Leistungserstellungsprozess statt.

⁵⁸⁵ GALOW (1998), S.47

⁵⁸⁶ §105 Abs.1(1) SGB XI

⁵⁸⁷ §104 Abs.1 SGB XI

Während Pkt. 1 über die Pflegedokumentation mit entsprechenden Bögen und/oder entsprechender Soft- und Hardware erstellt werden kann, muss die Kontrolle der in Pkt. 2 genannten Bedürfnisse und Erwartungen der Leistungsabnehmer über ein gut strukturiertes und organisiertes Beschwerdemanagement erfolgen.

- Gestaltung der Leistungsdokumentation

Kontrolle der Leistungserstellung bedeutet die Auflistung aller Tätigkeiten, die die Leistungserstellung umfasst, und die Dokumentation darüber.

Eine Pflegedokumentation ist von den ambulanten Pflegediensten für jeden Hilfe- und Pflegebedürftigen sachgerecht und kontinuierlich zu führen und bei den Hilfe- und Pflegebedürftigen aufzubewahren. In der Pflegedokumentation werden die Pflegeanamnese, die Pflegeplanung, der Pflegebericht, Angaben über den Einsatz von Pflegehilfsmitteln und Angaben über durchgeführte Pflegeleistungen registriert. Aus diesen Unterlagen muss jederzeit der aktuelle Verlauf und Stand des Pflegeprozesses ablesbar sein.⁵⁸⁸

Da die Pflegedokumentation in der Wohnung der Hilfe- und Pflegebedürftigen verbleibt, ist sie eine »öffentliche« Dokumentation, welche auch von anderen Personen eingesehen werden kann. Daher sollte auch sie ein gepflegtes äußeres Erscheinungsbild aufweisen; sie kann als weitere Visitenkarte der ambulanten Pflegedienste angesehen werden. Eine stabile Mappe mit verschiedenen Fächern für die unterschiedlichen Dokumente ist dabei sehr hilfreich. Mit einem Deckblatt auf dem das Logo des ambulanten Pflegedienstes, der Name des Hilfe- und Pflegebedürftigen und die wichtigsten Telefonnummern, Ansprechpartner und Erreichbarkeiten vom jeweiligen ambulanten Pflegedienst vermerkt sind, beginnt die Pflegedokumentationsmappe. Zur Wertschätzung der Hilfe- und Pflegebedürftigen sollten Bemerkungen zu diesen immer mit Anrede und Nachname in die Dokumentation eingetragen werden.⁵⁸⁹ Nach dem Deckblatt und den allgemeinen Informationen folgen die unterschiedlichen Dokumente sauber eingehftet und sortiert. Zusätzlich zu den o. g. Pkt., die eine Pflegedokumentation beinhalten muss, sollte sie eine Kopie des Pflegevertrages mit den momentan gültigen Anlagen der zu erbringenden und erwünschten Leistungen, eine gültige Leistungs- und Preisliste und einen schon vorbereiteten Überleitungsbogen für evtl. Krankenhausaufenthalte oder die Überleitung in eine stationäre Pflegeeinrichtung beinhalten. Komplettiert wird die Pflegedokumentation durch eine Leistungs- und Arbeitsübersicht mit Leistungsaufteilung und eine ganzheitliche auch andere Pflegepersonen einbeziehende Pflegeplanung nach §80 SGB XI. Ferner sollte die Mappe auch für andere Pflegepersonen ausgerichtet sein, so dass sie auch von diesen zu verstehen und anzuwenden ist. Sinnvoll erscheint es

⁵⁸⁸ §12 Bempf.ambPfl.; Nr.3.2.3 Qual.ambPfl.

⁵⁸⁹ HEIBER (2001D), S.7f.

hier, dass für den Informationsaustausch ein eigenes Fach geschaffen wird, wo die anderen Pflegepersonen (Angehörige, etc.) Vorkommnisse vermerken können, die dann von den Mitarbeitern des ambulanten Pflegedienstes gelesen und aufgenommen werden können.⁵⁹⁰

Die Pflegedokumentation stellt als Informationsmedium ein zentrales Element bei der Planung der Leistungsbereitschaft und der Leistungserstellung in ambulanten Pflegediensten dar, da sie die Schnittstelle zu vielen an der Pflege beteiligten Personen, wie z. B. den Pflegekräften, Angehörigen, Hausärzten bildet. Sie sollte das individuelle Bild eines jenen Hilfe- und Pflegebedürftigen widerspiegeln. Dabei sind die Angaben von den anderen an der Pflege beteiligten Personen mit einzubeziehen. Eintragungen in die Pflegedokumentation sind von allen Beteiligten mit Handzeichen und Datum zu versehen.⁵⁹¹

Nach den Ausführungsbestimmungen zu §80 SGB XI dient die Pflegeprozessdokumentation sowohl als Leistungsnachweis als auch als gesetzliche Beurteilungsgrundlage für die Qualität der Umsetzung des Pflegeauftrages in der Praxis.⁵⁹² Um als rechtliche Beurteilungsgrundlage anerkannt zu sein, muss die Pflegedokumentation folgende in Tabelle 7.7 aufgeführten Informationen mindestens enthalten.

⁵⁹⁰ HEIBER (2001D), S.7f.

⁵⁹¹ GALOW (1998), S.42; MDS (2000), S.80

⁵⁹² GALOW (1998), S.42

Tabelle 7.7: In der Pflegedokumentation mindestens aufzuführende Informationen⁵⁹³

Stamtblatt	<ul style="list-style-type: none"> • Angaben zur Person des Hilfe- und Pflegebedürftigen einschl. Konfession, • Versicherungsdaten, Kostenübernahmeregelungen, Pflegestufe nach SGB XI, • Medizinische Diagnosen, • Allergien, • Kostform, • Medizinische/therapeutische Versorgungssituation sowie andere an der Versorgung beteiligten Dienste (z. B. Haus- und ggf. Fachärzte, Hilfsmittel, Schrittmacher, Verfügungen, Krankengymnastik, Ergotherapie, Essen auf Rädern), • Soziale Versorgungssituation (z. B. Bezugsperson, Vollmachten, ggf. gesetzlicher Betreuer mit Wirkungskreis, ggf. Seelsorger), • Informationen für Notfallsituationen (z. B. Aufbewahrungsort für Schlüssel, Adresse und Telefonnummer einer Bezugsperson, Notrufvereinbarungen), • Aufenthalte in Einrichtungen (z. B. Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtung).
Pflegeanamnese	<ul style="list-style-type: none"> • Informationen über Biografie, Gewohnheiten, soziale Beziehungen, Kontakte, Befinden, Emotionalität, Wohn- und Lebensbereich, hauswirtschaftliche Versorgung, Bezugsperson, • Wünsche, Bedürfnisse, Sorgen des Hilfe- und Pflegebedürftigen, • Informationen über den Grad der Selbständigkeit bei Aktivitäten des täglichen Lebens, • Informationen über Gedächtnis und Konzentration, • Informationen über Vitalfunktionen und pflegerelevante Probleme in Bezug auf Herz-Kreislauf, Atmung, Stoffwechsel, Schmerzen, • Eintragungen von anderen an der Versorgung Beteiligten, wie Ärzte, Therapeuten.
Pflegeprozessplanung	<ul style="list-style-type: none"> • Ressourcen, • Pflegeprobleme möglichst nach Priorität geordnet, • Potentielle Gefahren (z. B. Isolation, Sturzgefahr, Dekubitus), • Differenzierte Maßnahmenplanung (was, wie oft, wann, warum), • Kurzfristige und/oder langfristige Pflegeziele, • Regelmäßige Evaluation des Zielerreichungsgrades mit Datum und Unterschrift der durchführenden Pflegefachkraft.
Pflegedurchführungsnachweis	<ul style="list-style-type: none"> • Durchgeführte Maßnahmen einschl. Datum und tageszeitlicher Zuordnung, • Handzeichen der durchführenden Pflegekraft, • Nach Ablauf des Dokumentationsbogens Bestätigung der erbrachten Leistungen durch Unterschrift des Hilfe- und Pflegebedürftigen, • Ggf. gesonderte Lagerungs- und Bilanzierungspläne sowie Vitalzeichenbogen.
Pflegebericht	<ul style="list-style-type: none"> • Wichtige Geschehnisse, Beobachtungen, Informationen, • Aktuelle Probleme, • Verlauf, • Ursachen und Begründung für Veränderungen der Ziel- und/oder Maßnahmenplanung, • Besondere Hinweise.

⁵⁹³ MDS (2000), S.72f.

Darüber hinaus sollten noch ein Lagerungsplan, ein Trink-/Bilanzierungsplan und ein Überleitungsbogen die Pflegedokumentation vervollständigen⁵⁹⁴

Die Pflegedokumentation ist das zentrale Instrument zur Kontrolle des Leistungserstellungsprozesses. Ihr ist die größtmögliche Aufmerksamkeit und Sorgfalt entgegenzubringen. Dies gilt für alle Mitarbeiter in den ambulanten Pflegediensten und für sämtliche Personen, die an der Pflege der Hilfe- und Pflegebedürftigen beteiligt sind.

- Gestaltung der Beschwerdepolitik

Die Beschwerdepolitik bzw. das Beschwerdemanagement als Instrument der Qualitätssicherung im Management von ambulanten Pflegediensten sichert die Kundenbindung und die Kundenzufriedenheit, welche die obersten Qualitätsziele neben der Erbringung von Leistungen mit höchstmöglicher Qualität und der Erfüllung von Leistungsabnehmeranforderungen darstellen.⁵⁹⁵

Kommunizierte Beschwerden und Fehler dienen den ambulanten Pflegediensten als Reflektion der eigenen Arbeit und nicht als verurteilende Kritik an ihrer Arbeit. Mit einem sorgfältig geplanten und gut durchgeführtem Beschwerdemanagement können Schwachstellen aufgedeckt und behoben und negative Auswirkungen auf z. B. die Arbeitszufriedenheit, das Image des ambulanten Pflegedienstes oder die Abwanderung von Leistungsabnehmern minimiert werden. Leistungsabnehmer, deren Beschwerden ernst genommen und erfolgreich bearbeitet werden, halten den ambulanten Pflegediensten eher die Treue, als Leistungsabnehmer, deren Beschwerden keine Berücksichtigung finden.⁵⁹⁶

Ein gut funktionierendes Beschwerdemanagement kann allerdings nicht von heute auf morgen eingeführt werden. Mitarbeiter und Leistungsabnehmer müssen langsam an dieses herangeführt und mit einbezogen werden. Dabei ist es in der Implementierungsphase ständig zu reflektieren und anzupassen. Zur Implementierung eines erfolgreichen Beschwerdemanagements gehören folgende in Abbildung 7.6 abgebildeten Schritte.

⁵⁹⁴ „Sofern in den genannten Pflegedokumentationselementen ein übersichtlicher Lagerungs- und Bilanzierungsplan nicht geführt werden kann und die Dokumentation der Vitalzeichen nicht möglich ist, sind hierzu geeignete Formulare vorzuhalten und bei Bedarf einzusetzen.“ MDS (2000), S.72

⁵⁹⁵ KNITTEL (2004), S.29

⁵⁹⁶ KNITTEL (2004), S.29f.

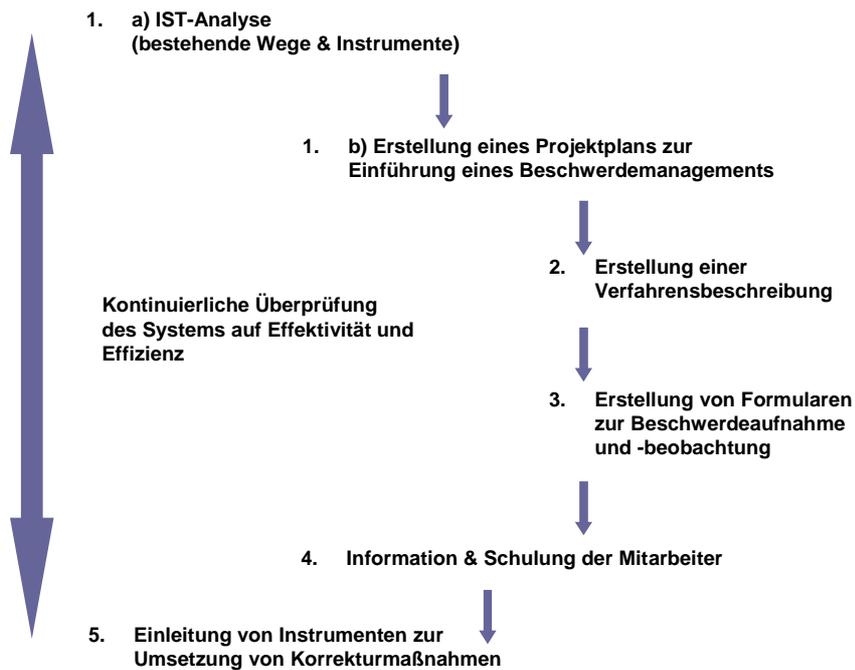


Abbildung 7.6: Fünf Schritte zu einem erfolgreichen Beschwerdemanagement⁵⁹⁷

In einer IST-Analyse wird der aktuelle Stand mit seinen Möglichkeiten, Problemen, bestehenden Verfahren und personellen Ressourcen abgeschätzt. Wenn innerhalb der IST-Analyse alles erfasst wurde, wird daraus ein Plan für das Beschwerdemanagement aufgestellt, an dem Vertreter der Führungsebene und die Mitarbeiter beteiligt sind. Betroffene Mitarbeiter sollten von Beginn an in die Planung eines Beschwerdemanagements einbezogen und informiert werden, damit evtl. Abneigungen und Ängste abgebaut und ein Verständnis für das Beschwerdemanagement erzeugt werden kann. Ferner kann von dem Ideenpotential der Mitarbeiter in der Planungsphase profitiert werden.

In der nächsten Phase wird das Beschwerdemanagement standardisiert. Dies stellt ein verbindliches Verfahren dar, welches entsprechende Verfahrensanweisungen z. B. in Form eines Flussdiagramms aufzeigt. Eingehende Beschwerden können dann anhand dieses Verfahrens von den Mitarbeitern bearbeitet werden.

Schritt drei beinhaltet die Erstellung eines einheitlichen Beschwerdeformulars, welches für den ambulanten Pflegedienst allgemein gültig, für diesen standardisiert ist und den Leistungsabnehmern gegenüber Professionalität signalisiert. Inhaltlich ist das Formular aus den Ideen der daran beteiligten Mitarbeiter entstanden und nur für den jeweiligen ambulanten Pflegedienst zugeschnitten. Elemente, die in keinem Formular fehlen sollten, sind die wichtigsten Daten der sich beschwerenden Leistungsabnehmer, das Datum der Aufnahme, die Dringlichkeit, der Inhalt der Beschwerde und der Adressat der Beschwerde zur weiteren Be-

⁵⁹⁷ KNITTEL (2004), S.31

arbeitung. Wichtig ist bei der weiteren Bearbeitung der Beschwerde, dass der Mitarbeiter, der die Beschwerde von dem Leistungsabnehmer entgegengenommen hat, nach deren Bearbeitung und evtl. Problemlösung durch einen anderen Mitarbeiter im ambulanten Pflegedienst über das Ergebnis informiert wird. Mit dieser Rückmeldung ist dann auch für diesen Mitarbeiter der Prozess abgeschlossen.

Im vierten Schritt erfolgt die konsequente Schulung der Mitarbeiter im Umgang mit Beschwerden, dem Umgang mit dem/den Formular/en, den anzuwendenden Verfahren und Verantwortlichkeiten. Unklarheiten können bei diesen Schulungen durch Fragen und Rückmeldungen aus der Praxis geklärt werden.

Abschließender Schritt fünf ist der standardisierte und definierte Prozess der Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen. Ständiges Feedback von Kunden, Zufriedenheitsabfragen, Beschwerden, Mitarbeitergespräche und andere Informationsquellen zu Verbesserungsvorschlägen tragen zu den Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen bei und steuern die Fehleranalyse sowie die Festlegung, Umsetzung, Überwachung und Bewertung von Verbesserungsmaßnahmen. Ist ein Fehler entdeckt worden oder eine Beschwerde eingegangen, werden die entsprechenden Korrekturmaßnahmen eingeleitet. Korrekturmaßnahmen stellen für die ambulanten Pflegedienste eine Chance dar, den Leistungsabnehmern zu signalisieren, dass sie selbst aus den Fehlern lernen können. Bei der Bearbeitung einer Beschwerde wird der Fehler analysiert und die Ursache für diesen Fehler ermittelt. Vorbeugemaßnahmen werden im Vorfeld, bevor überhaupt Fehler entstehen, entwickelt, um potenzielle Fehlerquellen auszuschalten. Sowohl Korrektur- als auch Vorbeugemaßnahmen müssen systemethisch und planvoll von dem verantwortlichen Mitarbeiter angegangen und kontinuierlich überwacht werden.⁵⁹⁸

Ein gutes Beschwerdemanagement ist ein Aushängeschild für jeden ambulanten Pflegedienst. Am professionellen Umgang mit seinen Beschwerden spürt der Leistungsabnehmer, welchen Stellenwert und Respekt ihm im ambulanten Pflegedienst zugemessen wird. Ein Dank oder Lob für den Hinweis auf Schwachstellen und Fehler vermittelt dem Leistungsabnehmer Ernsthaftigkeit im Verfahren und Bestätigung der Person.⁵⁹⁹

Ein auch den Mitarbeitern gegenüber gut strukturiertes Beschwerdemanagement hilft diesen mit Beschwerden und Kritik an ihrer Arbeit oder an ihrer Person besser umzugehen. Manche Mitarbeiter können sich durch Beschwerden persönlich angegriffen und zugleich ungerecht behandelt fühlen. Solche den Mitarbeitern entgegengebrachten Beschwerden durch die Hilfe- und Pflegebedürftigen können folgende Ursachen haben:

⁵⁹⁸ KNITTEL (2004), S.30f.

⁵⁹⁹ KNITTEL (2004), S.29 und 31

- Die Kontakte mit den Mitarbeitern können mit Schmerzen verbunden sein, die durch das jeweilige Krankheitsbild, z. B. das Säubern einer offenen Wunde, bestimmt sein können. In diesem Fall findet eine Konditionierung statt, in der die Mitarbeiter mit negativen Emotionen und Schmerzen in Verbindung gebracht werden.
- Andere Beschwerden haben ihre Ursachen in einer krankheits- oder altersbedingten bzw. in einer spezifischen psychologischen Situation, wie z. B. ein Umzug in eine neue Umgebung.⁶⁰⁰
- Mitarbeiter können aber auch einfach nur etwas falsch gemacht haben, was den Hilfe- und Pflegebedürftigen aufgefallen ist und diese veranlasst, sich beim ambulanten Pflegedienst zu beschweren.

In beiden Fällen ist es wichtig die Beschwerdenursache herauszufinden um sowohl adäquat gegenüber den Hilfe- und Pflegebedürftigen als auch den betroffenen Mitarbeitern reagieren zu können. KIRCHNER (2000) beschreibt in ihrem Artikel eine Methode zur Bearbeitung von Beschwerden, in dem die Beschwerdegründe von den Mitarbeitern im Team systematisch analysiert, Schattenmotive der beteiligten Personen herausgearbeitet und Handlungen für Lösungen daraus abgeleitet werden. Dadurch werden für die betroffenen Mitarbeiter eine sachliche Auseinandersetzung mit Beschwerden und ein motivierter Umgang mit diesen möglich. Grundlage für diese Art der Auseinandersetzung der Mitarbeiter mit Beschwerden bildet eine Erweiterung ihrer Methoden- und Sprachkompetenz.⁶⁰¹

Die Gruppe der Hilfe- und Pflegebedürftigen und deren Angehörige bilden die größte Zielgruppe in ambulanten Pflegediensten. Daher ist bzw. wird das Beschwerdemanagement meist für diese Gruppen ausgelegt. Sinnvoll ist es aber auch, das erarbeitete und eingeführte Beschwerdemanagement für andere Zielgruppen einzusetzen. Auch sie sind Leistungsabnehmer der ambulanten Pflegedienste und können sich im Extremfall von ihnen abwenden oder durch Handlungen dem Image der ambulanten Pflegedienste schaden.

⁶⁰⁰ KIRCHNER (2000), S.18ff.

⁶⁰¹ KIRCHNER (2000), S.18ff.

8 Schlussbetrachtung

Der Wettbewerb von ambulanten Pflegediensten um den bestehenden und den potentiellen Absatzmarkt ihrer Leistungen lässt sich wie folgt beschreiben:

Im Bereich der Pflege und Versorgung von Hilfe- und Pflegebedürftigen gewinnt die ambulante pflegerische Versorgung für die rund 1,44 Mio. zu Hause versorgten Personen immer mehr an Bedeutung.⁶⁰² Aber nur knapp 30% werden von ambulanten Pflegediensten versorgt bzw. gepflegt. Der andere Teil mit 70% wird durch Angehörige versorgt. Wie hoch aber das gesamte Potential der möglichen neuen Hilfe- und Pflegebedürftigen für ambulante Pflegedienste sein kann ist in Tabelle 8.1 zu sehen. Ebenfalls ist der Tabelle zu entnehmen, dass die ambulanten Pflegedienste nicht nur mit anderen ambulanten Pflegediensten im Wettbewerb stehen, sondern auch mit den Pflegeheimen, deren Bewohnerzahl stetig steigt.

Tabelle 8.1: Eckdaten der Pflegestatistiken 1999, 2001 und 2003⁶⁰³

1999 2,02 Mio. Pflegebedürftige			2001 2,04 Mio. Pflegebedürftige			2003 2,08 Mio. Pflegebedürftige		
1,44 Mio. (72%) zu Hause versorgt durch ...		573.000 (28%) in Heimen versorgt	1,44 Mio. (70%) zu Hause versorgt durch ...		435.000 (30%) in Heimen versorgt	1,44 Mio. (69%) zu Hause versorgt durch ...		640.000 (31%) in Heimen versorgt
Angehörige (ausschließlich) 1,03 Mio.	Pflegedienste 415.000		Angehörige (ausschließlich) 1,0 Mio.	Pflegedienste 435.000		Angehörige (ausschließlich) 987.000	Pflegedienste 450.000	
versorgt durch ...								
	10.800 Pflegedienste mit 184.000 Beschäftigten	8.900 Pflegeheime mit 441.000 Beschäftigten		10.600 Pflegedienste mit 190.000 Beschäftigten	9.200 Pflegeheime mit 475.000 Beschäftigten		10.600 Pflegedienste mit 201.000 Beschäftigten	9.700 Pflegeheime mit 511.000 Beschäftigten

Seit der Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 hat sich sowohl die Anzahl als auch die Größe der ambulanten Pflegedienste nach Anzahl der Pflegebedürftigen verändert. In den letzten Jahren ist eine Veränderung dahin gehend zu beobachten, dass die Zahl der kleinen ambulanten Pflegedienste (1 - 20 Pflegebedürftige) zurückgeht, während die Gesamtzahl der Pflegedienste in denselben Jahren fast konstant bleibt.⁶⁰⁴

⁶⁰² STATISTISCHES BUNDESAMT (2001A), S.10; STATISTISCHES BUNDESAMT (2005), S.8

⁶⁰³ STATISTISCHES BUNDESAMT (2001A), S.6; STATISTISCHES BUNDESAMT (2003), S.8; STATISTISCHES BUNDESAMT (2001B)

⁶⁰⁴ Vgl. dazu Abbildungen 8.1 und 8.2

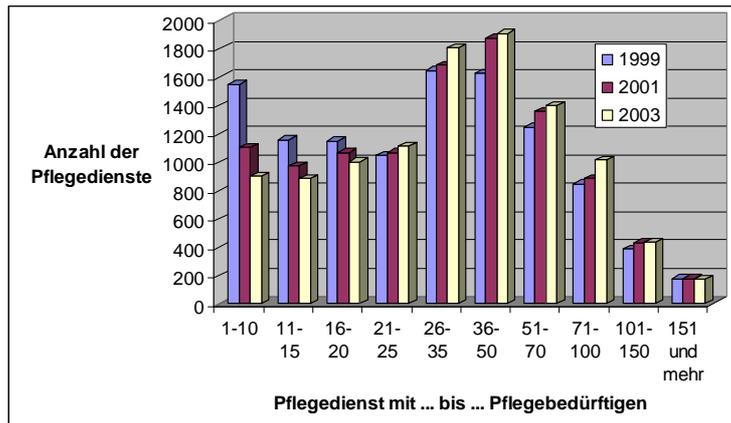


Abbildung 8.1: GröÙe der Dienste nach Anzahl der Pflegebedürftigen⁶⁰⁵

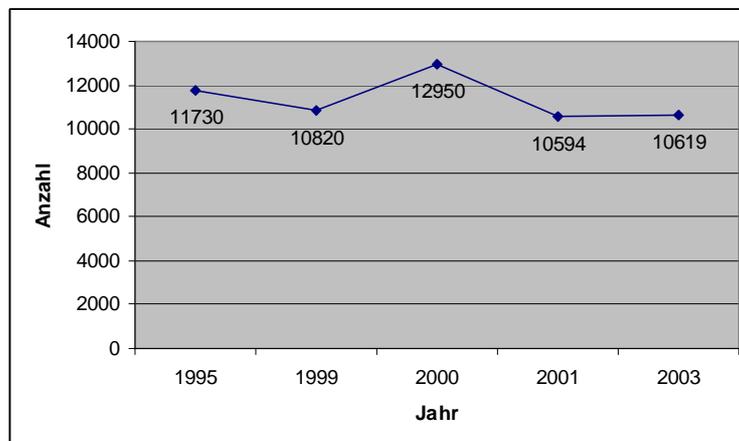


Abbildung 8.2: Veränderung der Anzahl ambulanter Pflegedienste in den Jahren 1995 - 2003⁶⁰⁶

Viele kleine Pflegedienste konnten sich nicht am Markt behaupten und gaben ihre Geschäftstätigkeit auf oder wurden durch größere übernommen. Unterschiedliche Gründe können dafür die Ursache sein: Mit Beginn der Pflegeversicherung kam es zur Gründung vieler ambulanter Pflegedienste durch Pflegepersonal aus stationären Einrichtungen, die sich gerne aus der Anstaltsroutine lösen wollten, um mehr persönliche Pflege zu leisten. Viele dieser Neugründer waren aber in erster Linie Pflegefachkräfte und keine Kaufleute, so dass das ökonomische KnowHow und Geschick fehlte und viele Inhaber schnell an ihre Grenzen stießen. Diesem Boom von Neugründungen folgten Jahre der Konsolidierung. Durch veränderte Rahmenbedingungen - wie z. B. die Pflicht eine Vollzeitpflegedienstleitung und Fortbildungen der Mitarbeiter nachzuweisen, immer höhere Qualitätsstandards einzuhalten und zu dokumentieren – ging die Zahl der ambulanten Pflegedienste zurück und hat sich in den letzten Jahren nicht wesentlich verändert. Die noch auf dem Markt bestehenden ambulanten Pfl-

⁶⁰⁵ STATISTISCHES BUNDESAMT (2005)

⁶⁰⁶ STATISTISCHES BUNDESAMT (2003), S.12; STATISTISCHES BUNDESAMT (2005), S.12; www.carehelix.de: Pflegeversicherung in Zahlen

gedienste müssen nun um die vorhandenen Leistungsabnehmer – im Schwerpunkt die Hilfe- und Pflegebedürftigen - mittels eines fach- und sachgerechten Marketings werben. Dazu gehört nicht nur die Ausrichtung des Marketings auf diese Zielgruppe, sondern auch der Einbezug anderer relevanter Zielgruppen (Marktpartner) in das Marketing, welche Einfluss auf die Inanspruchnahme der Leistungen nehmen können. Eine Erweiterung der Zielgruppen muss erfolgen.

Die vier klassischen Marketinginstrumente – Leistungs-, Distributions-, Kontrahierungs- und Kommunikationspolitik – werden den Bedingungen ambulanter Pflegedienste nicht voll gerecht. Sie können die Leistungsmerkmale der Leistungen von ambulanten Pflegediensten nicht hinreichend sachgerecht abbilden und berücksichtigen die spezifischen Merkmale der ambulanten Pflegedienste nur unzureichend. Somit erscheint es notwendig die Übertragung der Marketinginstrumente auf ambulante Pflegedienste neu zu erarbeiten.

Zur Beschreibung der Leistungsmerkmale muss zunächst die Dienstleistung definiert werden. Dies geschieht ausgehend von dem Vergleich mehrerer Definitionsansätze und berücksichtigend, dass die Definition auch die Leistungen von ambulanten Pflegediensten umgreifen muss. Ergebnis dieser Erarbeitung ist folgende Definition für Dienstleistungen: Als Dienstleistung wird eine immaterielle Einzelleistung verstanden, die sich in einer Wirkung (Initialisierung, Veränderung oder Erhaltung bestehender Zustände) an einem externen Faktor (Person oder Objekt) äußert. Dabei wird das Wesen einer Person oder eines Objektes nicht verändert. Jede Einzelleistung selbst wird als betriebliche Leistungsfähigkeit angeboten und durch eine betriebliche Tätigkeit erzeugt. Anschließend erfolgt eine Systematisierung der Dienstleistungen, an deren Ende ein Differenzierungsschema mit Kriterien und Merkmalen steht, mit dem jede Dienstleistung beschrieben werden kann; so auch die der ambulanten Pflegedienste.⁶⁰⁷ Mit Hilfe dieser Differenzierungskriterien werden die Leistungen der ambulanten Pflegedienste charakterisiert. Die Leistungen der ambulanten Pflegedienste sind individuelle und isoliert erbrachte Leistungen, besitzen eine aktive Integration des externen Faktors und sind personengerichtet. Sie werden dauervertraglich erbracht und finden mit einer regelmäßigen Bedarfshäufigkeit statt. Die Leistungserstellung ist persönlich-interaktiv, mittelbar und individualisiert. Weiterhin ist sie personalintensiv und personen- und standortgebunden. Diese Charakterisierung der Leistungen ist für die spätere Gestaltung der Marketinginstrumente notwendig, da auf sie mit eben diesen Instrumenten eingegangen werden muss.

Zur Charakterisierung der Dienstleistungen, speziell auch der Leistungen der ambulanten Pflegedienste, muss die Beschreibung des Betriebstyps ambulanter Pflegedienst selbst treten. Dieser wird aus der Menge aller Betriebe anhand von Merkmalen und deren Ausprägungen und seines Leistungsschwerpunkts herausgearbeitet. Der ambulante Pflegedienst

⁶⁰⁷ Vgl. Abb. 2.7 und Tabelle 2.1

gehört im Ergebnis zu den hauswirtschaftlichen Dienstleistungsbetrieben, die ihre Leistungen mobil erbringen. Diese Leistungen können an Personen oder Objekten vollzogen werden. Ihr Leistungsspektrum umfasst Leistungen, die innerhalb und außerhalb ihres Pflichtprogramms liegen.

Für ein gezieltes Marketing ist es von großer Bedeutung, die relevanten Zielgruppen zu bestimmen, damit die Marketinginstrumente entsprechend ausgerichtet bzw. gestaltet werden können und ein Maximum an Effektivität erreicht wird. Die Relevanz einer Zielgruppe für die Gestaltung der Marketinginstrumente drückt sich darin aus, inwieweit sie durch ihre Ansprüche und ihr Verhalten Einfluss auf die Betriebsexistenz ausüben kann und will. Überprüft wird die Relevanz durch die Zielgruppentypologie nach MITCHELL/AGLE/WOOD (1997). Dabei zeigt sich deutlich, dass die Hilfe- und Pflegebedürftigen und deren Angehörige für die Gestaltung der meisten Marketinginstrumente die größte Bedeutung haben. Sie entscheiden sowohl über die Inanspruchnahme eines Pflegedienstes als auch über die Anzahl und Struktur der Leistungen. Die Mitarbeiter sind die nächste Zielgruppe, für die Marketing von großer Bedeutung ist. Sie sind die Hauptproduktionsfaktoren eines jeden ambulanten Pflegedienstes. Ferner bilden sie das Bindeglied zwischen dem Betrieb und den Leistungsabnehmern. Mit ihnen wird der Betrieb identifiziert. Hausärzte und Krankenhauspersonal bilden Zulieferer von Hilfe- und Pflegebedürftigen für die ambulanten Pflegedienste. Diese beiden Gruppen weisen auf die Hilfen von ambulanten Pflegediensten hin oder verordnen deren Leistungen. Sie sind nicht zu vernachlässigen.

Nachdem die Dienstleistungen definiert, der Betriebstyp ambulanter Pflegedienst beschrieben und die Zielgruppen ermittelt sind, muss nach geeigneten Marketinginstrumenten gesucht werden. Dies erfolgt anhand der Marketingliteratur und im speziellen der für Dienstleistungen. In der Literatur für Dienstleistungsmarketing wurde in den 80iger Jahren über eine Erweiterung der vier klassischen Marketinginstrumente nachgedacht. Doch bis heute hat sich diese Erweiterung nicht durchgesetzt. Aufgrund der herausgearbeiteten Besonderheiten von Dienstleistungen und denen von ambulanten Pflegediensten muss eine Erweiterung der klassischen Marketinginstrumente erfolgen, da die vier klassischen Marketinginstrumente den Spezifika der ambulanten Pflegedienste nicht genügend gerecht werden. Daraufhin werden die klassischen Marketinginstrumente um die Instrumente Personalpolitik, Ausstattungspolitik und Prozesspolitik erweitert und für ambulante Pflegedienste gestaltet.

Am bedeutendsten ist die Erweiterung um das Marketinginstrument Personalpolitik, da die Mitarbeiter der Produktionsfaktor und Wahrnehmungspunkt Nummer eins im ambulanten Pflegedienst sind. Ohne die Mitarbeiter in entsprechender Anzahl und Qualifikation kann der ambulante Pflegedienst sein Leistungsangebot nicht anbieten. Das Marketinginstrument Personalpolitik ist somit ein Instrument, welches bei einem guten Dienstleistungsmarketing nicht fehlen darf.

Ferner darf bei der Erweiterung der Marketinginstrumente für ambulante Pflegedienste das Marketinginstrument Prozesspolitik nicht fehlen. Jede Stufe des Leistungserstellungsprozesses muss im Sinne der Gestaltung von Austauschprozessen gesehen werden. So gilt es die Leistungsbereitschaft so vorzuhalten, dass ein jederzeitiger Einsatz dieser Faktoren im geforderten Umfang möglich ist. Die Gestaltung des Leistungserstellungsprozesses entscheidet mit über die Zufriedenheit der Leistungsabnehmer, insbesondere die der Hilfe- und Pflegebedürftigen. Im Leistungserstellungsprozess treffen die Mitarbeiter und die externen Faktoren (Leistungsabnehmer) aufeinander. Dessen Verlauf beeinflusst das Ergebnis der Leistungserstellung maßgeblich und damit auch die Leistungsabnehmerzufriedenheit. Wie das Marketinginstrument der Personalpolitik ist die Prozesspolitik für ambulante Pflegedienste nicht zu unterschätzen.

Die dritte Erweiterung bildet das Instrument Ausstattungspolitik. Von ihrer Entwicklung her ist sie eher für Dienstleistungen gedacht, die in den Räumen der Leistungsanbieter stattfinden, wie z. B. Restaurantleistungen, Friseurleistungen oder Leistungen der stationären Altenhilfe. Der Einsatz ihrer Teilinstrumente unterstützt die Erlebnisorientierung einer Dienstleistung und macht die Inanspruchnahme zu einem evtl. unvergessenen Erlebnis. Für ambulante Pflegedienste sind die Instrumente daher nur eingeschränkt nutzbar, deshalb aber nicht zu unterschätzen.

Alle drei ergänzenden Marketinginstrumente gehören zu einem umfassenden Marketing für ambulante Pflegedienste wie für Dienstleistungen generell, auf die nicht verzichtet werden kann. Sie müssen als eigene Marketinginstrumente gesehen und gestaltet werden und dürfen nicht unter die vier klassischen Marketinginstrumente subsumiert werden.

Für viele ambulante Pflegedienste wird allerdings zum jetzigen Zeitpunkt eine Schwierigkeit in der umfassenden Umsetzung aller Marketinginstrumente gesehen, da Mitarbeiter mit entsprechendem KnowHow fehlen. Kleinere ambulante Pflegedienste können es sich aus wirtschaftlichen Gründen nicht leisten, eine eigene Kraft mit entsprechenden Qualifikationen einzustellen oder besitzen auch keine Verwaltungs- oder Organisationsstruktur, die diese Aufgaben übernehmen könnte. Pflegedienstleitungen sind für solche wirtschaftlichen Tätigkeiten i. d. R. nicht ausgebildet.

Dennoch ist es wichtig, dass für einen ambulanten Pflegedienst ein Marketingkonzept mit allen sieben Instrumenten und für mehrere Zielgruppen vorliegt. Stabile Austauschbeziehungen fördern die Existenz von ambulanten Pflegediensten. Denn auch in Zukunft kann von einer Zunahme der in häuslicher Umgebung zu versorgenden Hilfe- und Pflegebedürftigen ausgegangen werden. Gründe dafür werden in der demografischen Entwicklung, der Zunahme an Multimorbidität und/oder den starken Strukturveränderungen im Krankenhaussektor gesehen, durch die die Verweilzeiten deutlich verringert werden und den Bereich der ambulanten Pflege vor neue Herausforderungen - z. B. im Leistungsangebot – stellt. Für am-

bulante Pflegedienste ist es daher wichtig über ein gutes Marketing das Potential an Hilfe- und Pflegebedürftigen zu erreichen und für sich zu gewinnen und sich auf die neuen Herausforderungen einzustellen.

9 Literaturverzeichnis

- Beaven, Mary H.; Scotti, Dennis J. (1990):** Service-oriented thinking and its implications for the Marketing Mix. In: Journal of Services Marketing, Jg. 4, Hft. 4, S. 5 - 19.
- Becker, W. S.; Wellins, R. S. (1990):** Customer-service perceptions an reality. In: Training and Developement Journal, Jg. 3, Hft. Bd. 4, S. 49 - 51.
- Berry, Leonard L.; Parasuraman, Anantharathan (1995):** Dienstleistungsmarketing fängt beim Mitarbeiter an (übers. d. Hedke, Christian und Stauss, Bernd). In: Bruhn, Manfred (Hg.): Wiesbaden; S. 87 - 110.
- Bieberstein, Ingo (1998):** Dienstleistungsmarketing. Ludwigshafen (Rhein).
- Biermann, Thomas (1999):** Dienstleistungs-Management. München, Wien.
- Booms, Bernhard H.; Bitner, Mary Jo (1981):** Marketing strategies and organizational structures for service firms. In: Donnelly, James H., George, William R. (Hg.): Marketing of Services. Chicago; S. 47 - 51.
- Bottler, Jörg (1982):** Wirtschaftslehre des Großhaushalts - Großhaushaltsführung. Stuttgart.
- Bottler, Jörg (1986):** Objekt- und Problembereich der Wirtschaftslehre des Großhaushalts. In: Deutsche Gesellschaft für Hauswirtschaft e.V.- dgh- (Hg.): Gießen; S. 17 - 20.
- Bottler, Jörg (2004):** Management des hauswirtschaftlichen Dienstleistungsbetriebs in einem komplexen Umfeld. In: Fachausschuss Großhaushalt der Deutschen Gesellschaft für Hauswirtschaft e.V. (Hg.): Management des hauswirtschaftlichen Dienstleistungsbetriebs. München; S. 13 - 32.
- Bruhn, Manfred (1999):** Marketing: Grundlagen für Studium und Praxis. Wiesbaden.
- BSHG:** Bundessozialhilfegesetz (BSHG) in der Fassung des Gesetzes vom 27.12.2003 (BGBl. I S.3022). Nach Artikel 68 in Verbindung mit Artikel 70 des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts vom 27.12.2003 (BGBl. I S.3022) wird das BSHG mit Ausnahme der §100 Abs.1 und §101a mit Wirkung zum 1.1.2005 aufgehoben.
- Corsten, Hans (1990a):** Betriebswirtschaftslehre. 2. Auflage; München, Wien.
- Corsten, Hans (1990b):** Betriebswirtschaftslehre der Dienstleistungsunternehmen. 2., durchgs. Aufl.; München, Wien.
- Corsten, Hans (1997):** Dienstleistungsmanagement. München, Wien.
- Dörfler, Anneli (2003):** Das Problem öffentlich machen - Personaldienstleister können bei der Auswahl von Mitarbeitern hilfreich sein - doch fehlen die Fachkräfte, wird auch die Vermittlung immer schwieriger. In: Häusliche Pflege, Jg. 8, Hft. 12, S. 22 - 24.
- Dörrie, Klaus (1997):** Freie Träger. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hg.): Frankfurt am Main; S. 349 - 350.
- Eisenbart, Andrea (2003):** Software statt Stecktafel - Mitarbeiter- und Tourenplanung per Software optimal verzahnen. In: Häusliche Pflege, Jg. 7, Hft. 12, S. 24 - 26.

- Eisenreich, Thomas (1999):** Telekommunikationsmanagement - Möglichkeiten zur Einsparung nicht refinanzierter Zeiten. In: Häusliche Pflege, Jg. 8, Hft. 5, S. 35 - 38.
- Engelhardt, Stefan (2003):** Passende Kleidung für die Pflege - Arbeitskleidung in der ambulanten Pflege ist sinnvoll, bei Dienstkleidung scheiden sich die Geister - eine Pro-und-Contra-Betrachtung. In: Häusliche Pflege, Jg. 12, Hft. 12, S. 34 - 36.
- Engelhardt, Werner Hans; Kleinaltenkamp, Michael; Reckenfelderbäumer, Martin (1992):** Dienstleistungen als Absatzobjekt. Bochum.
- Erb, Manfred (1998):** Für den anderen handeln - Aufgaben und Rechte des Betreuers, ehemals als 'Vormund' bezeichnet. In: Häusliche Pflege, Jg. 7, Hft. 7, S. 38 - 43.
- Fischbach, Andreas (2003):** Neue Kräfte mit System integrieren - Die Checkliste als zentrales Element in der Einarbeitung neuer Mitarbeiter. In: Häusliche Pflege, Jg. 12, Hft. 11, S. 28 - 30.
- Gaitanides, Michael; Scholz, Rainer; Vrohling, Alwin (1994):** Prozessmanagement - Grundlagen und Zielsetzungen. In: Gaitanides, Michael (Hg.): Prozessmanagement: Konzepte, Umsetzungen und Erfahrungen des Reengineering. München, Wien; S. 1-20.
- Galow, Brigitte (1998):** Pflegedokumentation - Informationsmedium mit zentraler Bedeutung. In: Häusliche Pflege, Jg. 7, Hft. 9, S. 42 - 47.
- Gaschler, Karin (2000):** Sieben Sekunden entscheiden - Tipps für das Erstgespräch in der ambulanten Pflege. In: Häusliche Pflege, Jg. 9, Hft. 7, S. 24 - 27.
- Gronroos, Christian (1990):** Relationship approach to marketing in service contexts: The marketing and organizational behaviour interface. In: Journal of Business Research, Jg. 20, Hft. 1, S. 3 - 11.
- Gründger, Fritz (2001):** Ökonomische Eigenheiten der Pflegeleistungen. In: Management im Gesundheitswesen, Jg. k.A., Hft. 6, S. 4-12.
- Gutenberg, Erich (1973):** Grundlagen der Betriebswirtschaftslehre - Band 2: Der Absatz. 14. Auflage; Berlin, Heidelberg, New York.
- Harder, Jens; Stech, Steffen (2004a):** Die Führungsstile variieren - Zielorientierte Mitarbeiterführung mit Hilfe von Führungsstandards. In: PDLpraxis, Bestandteil der Häuslichen Pflege, Jg. 13, Hft. 7, S. 1 - 2.
- Harder, Jens; Stech, Steffen (2004b):** Mitarbeiter zielgerecht führen - Die Bedeutung des Führungsstils 'Diktieren' in der Praxis einer PDL. In: PDLpraxis, Bestandteil der Häuslichen Pflege, Jg. 13, Hft. 7, S. 1 - 2.
- Haubrock, Manfred; Aloisi, Bianca; Grzesiak, Thorsten (1996):** Gründung und Betrieb eines ambulanten Pflegedienstes. Wiesbaden.
- Heiber, Andreas (1997):** Leistungsgerechte Vergütung - Ein Modell zur Kalkulation. Hannover.

- Heiber, Andreas (2001a):** Heimlich, still und leise - Der richtige Umgang mit Zusatzleistungen. In: PDLpraxis, Bestandteil der Häuslichen Pflege, Jg. 10, Hft. 8, S. 7 - 8.
- Heiber, Andreas (2001b):** Zusätzliche Dienste sichtbar machen - Der richtige Umgang mit Serviceleistungen. In: PDLpraxis, Bestandteil der Häuslichen Pflege, Jg. 10, Hft. 9, S. 7 - 8.
- Heiber, Andreas (2001c):** Kleinigkeiten einen Wert geben - Zum richtigen Umgang mit Privatleistungen. In: PDLpraxis, Bestandteil der Häuslichen Pflege, Jg. 10, Hft. 10, S. 7.
- Heiber, Andreas (2001d):** Die Visitenkarte des Pflegedienstes - Tipps, die Pflegedokumentation richtig zu führen und zu nutzen. In: PDLpraxis, Bestandteil der Häuslichen Pflege, Jg. 10, Hft. 5, S. 7-8.
- Hilke, Wolfgang (1989):** Grundprobleme und Entwicklungstendenzen des Dienstleistungsmarketing. In: Schriften zur Unternehmensführung - SzU (Hg.): Dienstleistungsmarketing. Wiesbaden; S. 5 - 44.
- Hoerschelmann, Monika von (1997):** Häusliche Pflege zwischen Markt und Möglichkeiten. 1. Auflage; Berlin.
- Hotopp, Edda (2001):** Wer führen will, muss lernen - Wichtige Aspekte, die der PDL helfen, ihr persönliches Führungskonzept zu entwickeln. In: PDLpraxis, Bestandteil der Häuslichen Pflege, Jg. 10, Hft. 5, S. 1 - 2.
- Immenroth, Tobias; Nolte, Stefan (2003):** Qualität durch qualifizierte Helfer - In Zeiten des Fachkräftemangels sind Pflegedienste auf nicht-examiniertes Personal angewiesen - bei dessen Qualifizierung gilt es auf Qualitätsstandards zu achten. In: Häusliche Pflege, Jg. 10, Hft. 12, S. 32 - 34.
- Janisch, Monika (1993):** Das strategische Anspruchsgruppenmanagement: vom Shareholder Value zum Stakeholder Value. Bern, Stuttgart, Wien.
- Jung, Hans (1994):** Allgemeine Betriebswirtschaftslehre. München, Wien.
- Kämmer, Karla (2003):** Die Anlässe sind vielfältig - Stärkung der Teammitglieder durch die Bindekraft von Feiern. In: Häusliche Pflege, Jg. 2, Hft. 12, S. 6.
- Kirchner, Helga (2000):** Wie geht man mit Beschwerden um? - Vom konstruktiven Umgang mit Kritik. In: Häusliche Pflege, Jg. 9, Hft. 3, S. 18-20.
- Klingbeil, Darren (2003):** Pro und Contra: Was spricht für, was gegen Dienstkleidung in der Häuslichen Pflege - zwei Praktiker kommen zu Wort. In: Häusliche Pflege, Jg. 12, Hft. 12, S. 36.
- Klingbeil-Baksi, Darren (2001):** 'Man kommt gut an mit dem Auto.' - Der Einsatz von Kleinwagen in der Häuslichen Pflege: eine exemplarische Marktübersicht. In: Häusliche Pflege, Jg. 10, Hft. 5, S. 28 - 32.
- Knittel, Jan (2004):** Aus dem Minus ein Plus machen; In fünf Schritten zum standardisierten Beschwerdemanagement. In: Häusliche Pflege, Jg. 1, Hft. 13, S. 29 - 31.
- Köhler, Peter; Loffing, Christian; Mantei, Ralf (2002):** Der familienfreundliche Pflegedienst - Familienbewusste Personalpolitik motiviert Mitarbeiter und sichert so die Zukunft der Einrichtung. In: Häusliche Pflege, Jg. 7, Hft. 11, S. 29 - 32.

- Kotler, Philp; Bliemel, Friedhelm (1992):** Marketing-Management: Analyse, Planung, Umsetzung und Steuerung. 7. Auflage; Stuttgart.
- Lasswell, Harold Dwight (1948):** Power and Personalitiy. New York.
- Le Grand, Julian (1991):** Quasi-Markets an Soicial Policy. In: The Economic Journal, Jg. k.A., Hft. 101, S. 1256-1267.
- Loffing, Christian (2001):** Vom Verurteilen zum Beurteilen - Wie die Beurteilung von Mitarbeitern zu einem hilfreichen Führungsinstrument wird. In: Häusliche Pflege, Jg. 10, Hft. 9, S. 27 - 31.
- Magrath, A. J. (1986):** When Marketing Services, 4 Ps are not enough. In: Business Horizons, Jg. 29, Hft. 3, S. 44 - 50.
- Maleri, Rudolf (1997):** Grundlagen der Dienstleistungsproduktion. 4., vollst. überarb. und erweit. Auflage; Berlin, Heidelberg, New York, et al.
- Marchewitz, Yvonne (2002):** An den richtigen Schrauben drehen - Wer sich bei der Planung der Leistungserbringung an den individuellen Pflegebedürfnissen orientiert, handelt wirtschaftlicher. In: Häusliche Pflege, Jg. 11, Hft. 3, S. 16 - 20.
- MDK (2001):** MDK Gemeinschaft - Kurzprofil. <http://www.mdk.de>.
- Meffert, Heribert (1977):** Marketing - Einführung in die Absatzpolitik. Wiesbaden.
- Meffert, Heribert (1994):** Marketing-Management: Analyse - Strategie – Implementierung. Wiesbaden.
- Meffert, Heribert (1995a):** Dienstleistungsmarketing. In: Tietz, Bruno (Hg.): Handwörterbuch des Marketing. 2., vollst. überarb. Aufl.; Stuttgart; S. Sp.454 - Sp.469.
- Meffert, Heribert (1995b):** Marketing. In: Tietz, Bruno (Hg.): Handwörterbuch des Marketing. 2., vollst. überarb. Aufl.; Stuttgart; S. Sp.1472 - Sp.1490.
- Meffert, Heribert (1998):** Marketing: Grundlagen marktorientierter Unternehmensführung. 8. Auflage; Wiesbaden.
- Meffert, Heribert; Bruhn, Manfred (1995):** Dienstleistungsmarketing - Grundlagen, Konzepte, Methoden: mit Fallbeispielen. Wiesbaden.
- Meffert, Heribert; Bruhn, Manfred (2000):** Dienstleistungsmarketing: Grundlagen – Konzepte - Methoden. 3., vollständig überarb. und erw. Auflage; Wiesbaden.
- Meissner, Günther (1995):** Geschichte des Marketings. In: Tietz, Bruno (Hg.): Handwörterbuch des Marketing. 2., vollst. überarb. Aufl.; Stuttgart; S. Sp.785 - Sp.797.
- Menzinger, Peter (2004):** Umfassende Pflege anbieten - Mit privat finanzierten Leistungen die Versorgungsqualität steigern. In: Häusliche Pflege, Jg. 13, Hft. 2, S. 18 - 21.
- Meyer, Anton (1983):** Dienstleistungsmarketing; Erkenntnisse und praktische Beispiele. 1. Auflage; Augsburg.

- Meyer, Anton (1984):** Marketing für Dienstleistungsanbieter - Vergleichende Analyse verschiedener Dienstleistungsarten. In: Hermanns, Arnold; Meyer, Anton (Hg.): Zukunftsorientiertes Marketing für Theorie und Praxis. Berlin; S. 197 - 213.
- Meyer, Anton (1991):** Dienstleistungsmarketing. In: Die Betriebswirtschaft, Jg. 51, Hft. 2, S. 195 - 209.
- Mitchell, Roland K.; Agle, Bradley.; Wood, Donna J. (1997):** Toward a theory of stakeholder identification and salience: defining the principle of who and what really counts. In: Academy of Management Review, Jg. 22, Hft. 4, S. 853 - 886.
- Näf, Andreas (1998):** Effektivität und Effizienz öffentlicher Einrichtungen. Bern.
- O.V. (1977):** Der kleine Duden 'Fremdwörterbuch'. bearb. von der Dudenredaktion; Mannheim, Wien, Zürich.
- Olavarria, Marco (1999):** Erfolgreiche Marketingstrategien für Business to Consumer-Dienstleistungen - Eine empirische Analyse auf Basis des situativen Ansatzes. Dissertation am Fachbereich Wirtschaftswissenschaft der Freien Universität Berlin; Berlin.
- Olfert, Klaus; Steinbuch, Pitter A. (2001):** Personalwirtschaft. 9., aktualisierte und durchges. Aufl.; Ludwigshafen (Rhein).
- Pepels, Werner (1995):** Einführung in das Dienstleistungsmarketing. München.
- Pepels, Werner (1999):** Marketingrelevante Besonderheiten von Dienstleistungen. In: das Wirtschaftsstudium - wisu, Jg. 28, Hft. 5, S. 699 - 704.
- Peters, Michael (1991):** Besonderheiten des Dienstleistungsmarketing - Planung und Durchsetzung der Qualitätspolitik am Markt. In: Bruhn, Manfred; Stauss, Bernd (Hg.): Dienstleistungsqualität: Konzepte, Methoden, Erfahrungen. Wiesbaden; S. 49 - 65.
- Qual.ambPfl.:** Qualitätsgrundsätze ambulante Pflege: Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach §80 SGB XI in der ambulanten Pflege vom 10. Juli 1995. In der Fassung vom 31. Mai 1996.
- Rahmenvertrag nach §132a SGB V:** Rahmenvertrag nach §132a SGB V über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege.
- Rahmenvertrag nach §75 SGB XI:** Rahmenvertrag über die ambulante pflegerische Versorgung gemäß §75 Abs.1 SGB XI für das Land Hessen in der Fassung vom 10. März 1995.
- RVO:** Reichsversicherungsordnung (RVO) vom 19. Juli 1911 (RGBl. S.509) in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. Dezember 1924 (RGBl. I S.779) zuletzt geändert durch Art. 2 Neuntes SGB V - Änderungsgesetz vom 8.5.1998 (BGBl. I S.907) i. V. m. Art. 2 Buchst. b GKV. Solidaritätsstärkungsgesetz v. 19.12.1998 (BGBl. I S.3853).
- Schierenbeck, Henner (1989):** Grundzüge der Betriebswirtschaftslehre. 10. völlig überarb. u. erw. Auflage; München, Wien.

- Schulze, Henning S. (1991):** Internes Marketing von Dienstleistungsunternehmen: Fundierungsmöglichkeiten mittels ausgewählter Konzepte der Transaktionsanalyse. In: Bruhn, Manfred; Stauss, Bernd (Hg.): Dienstleistungsqualität - Konzepte - Methoden - Erfahrungen. Wiesbaden; S. 283 - 307.
- SGB I:** Sozialgesetzbuch - Erstes Buch (I) Allgemeiner Teil - (Artikel I des Gesetzes vom 11. Dezember 1975, BGBl. I S. 3015). Zuletzt geändert durch Art. 2, 14 Nr. 01 G v. 30. 7.2004 I S.2014.
- SGB V:** Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) – Gesetzliche Krankenversicherung – vom 20.12.1988 (BGBl. I S.2477, 2482) zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 27.12.2003 (BGBl. I S.3022) – mit Hinweisen zu den Änderungen durch das SGB XII zum 1.1.2005.
- SGB XI:** Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) Soziale Pflegeversicherung.
- Sierke, Bernt R.A.; Grohmann, Bernd; Balke, Friedrich-W. (2002):** Die Tour muss Erlöse einfahren - Eine durchdachte Personaleinsatz- und Tourenplanung garantiert den wirtschaftlichen Erfolg. In: Häusliche Pflege, Jg. 11, Hft. 3, S. 29 - 35.
- Sießegger, Thomas (1997a):** Handbuch Betriebswirtschaft - Wirtschaftliches Handeln in ambulanten Pflegediensten. Hannover.
- Sießegger, Thomas (1997b):** Eine Frage der Zeit - Bedürfnisorientierte Personaleinsatzplanung in ambulanten Diensten. In: Häusliche Pflege, Jg. 6, Hft. 10, S. 22 - 31.
- Statistisches Bundesamt (2001a):** Kurzbericht: Pflegestatistik 1999 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse. Bonn.
- Statistisches Bundesamt (2001b):** Pflegestatistik im Dezember 1999. <http://destatis.de/presse/deutsch/pm2001/pl1240094.htm>.
- Statistisches Bundesamt (2003):** 1. Bericht: Pflegestatistik 2001 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse. Bonn.
- Statistisches Bundesamt (2005):** Bericht: Pflegestatistik 2003 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse. Bonn.
- Stauss, Bernd (1989):** Beschwerdepolitik als Instrument der Dienstleistungsmarketings. In: Jahrbuch der Absatz- und Verbrauchsforschung der Gesellschaft für Konsum - GfK, Jg. 35, Hft. 1, S. 41 - 62.
- Stauss, Bernd (1991):** Internes Marketing als personalorientierte Qualitätspolitik. In: Bruhn, Manfred; Stauss, Bernd (Hg.): Dienstleistungsqualität: Konzepte, Methoden, Erfahrungen. Wiesbaden; S. 227 - 246.
- Stauss, Bernd; Schulze, Henning S. (1990):** Internes Marketing. In: Marketing - Zeitschrift für Forschung und Praxis, Jg. 12, Hft. 3, S. 149 - 158.
- Theuvsen, Ludwig (2001):** Stakeholder-Mangement - Möglichkeiten des Umgangs mit Anspruchsgruppen. Münster.
- Thiemeyer, Theo (1975):** Wirtschaftslehre öffentlicher Betriebe. Reinbek bei Hamburg.

Weis, Hans Christian (1993): Marketing. 8. Auflage; Ludwigshafen/Rhein.

Internetquellen:

www.ars-curandi-pflege.de	www.mobilehauskrankenpflege.de
www.pflegeteam-wolf.de	www.carehelix.de
www.ci-akademie.de	www.duden.de
www.emc-cup.de	www.net-lexikon.de

Anhang A: Übersicht der Vertragsinhalte verschiedener Leistungsträger

	Rahmenvertrag			Versorgungsvertrag bzw. Vereinbarung		
	SGB V §132a Abs. 1	SGB XI §75	BSHG §93d	SGB V §132a Abs. 2	SGB XI §72	BSHG §93
Inhalte	<p>1. Inhalte der häuslichen Krankenpflege einschließlich deren Abgrenzung,</p> <p>2. Eignung der Leistungserbringer,</p> <p>3. Maßnahmen der Qualitätssicherung,</p> <p>4. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Leistungserbringers mit dem verordnenden Vertragsarzt und dem Krankenhaus,</p> <p>5. Grundsätze der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung einschließlich deren Prüfung und</p> <p>6. Grundsätze der Vergütungen und ihrer Strukturen.</p>	<p>1. Inhalt der Pflegeleistungen ...,</p> <p>2. allg. Bedingungen der Pflege einschließlich der Kostenübernahme, der Abrechnung der Entgelte und der hierzu erforderlichen Bescheinigungen und Berichte,</p> <p>3. Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen,</p> <p>4. die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Pflege,</p> <p>5. Abschläge von der Pflegevergütung bei vorübergehender Abwesenheit der Pflegebedürftigen ...,</p> <p>6. den Zugang des Medizinischen Dienstes und sonstiger von den Pflegekassen beauftragter Prüfer zu den Pflegeeinrichtungen,</p> <p>7. die Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeitsprüfungen einschließlich der Verteilung der Prüfungskosten,</p> <p>8. die Grundsätze zur Festle-</p>	<p>1. Leistungsvereinbarungen,</p> <p>2. Vergütungsvereinbarungen,</p> <p>3. Prüfungsvereinbarungen</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einzelheiten der Versorgung ▪ Preise und deren Abrechnung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Art, Inhalt und Umfang der allg. Pflegeleistungen nach § 4 Abs. 2 SGB XI 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Leistungsvereinbarung: Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen, ▪ Vergütungsvereinbarung: Vergütung, die sich aus den Pauschalen und Beträgen für einzelne Leistungsbereiche zusammensetzt, ▪ Prüfungsvereinbarung: Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen.

	Rahmenvertrag			Versorgungsvertrag bzw. Vereinbarung		
	SGB V §132a Abs. 1	SGB XI §75	BSHG §93d	SGB V §132a Abs. 2	SGB XI §72	BSHG §93
		gung der örtlichen oder regionalen Einzugsbereiche der Pflegeeinrichtungen, um Pflegeleistungen ohne lange Wege möglichst orts- und bürger-nah anzubieten.				
Ziel	Erreichung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten §92 Abs. 1 Nr. 7.	Bundeseinheitliche Rahmenverträge zur Sicherstellung einer wirksamen und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgung der Versicherten.	Merkmale und Besonderheiten der jeweiligen Hilfeart sollen berücksichtigt werden.		Den Pflegebedürftigen in ihrer Wohnung eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung bieten.	Führung eines Lebens zu ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht §1 Abs. 2 BSHG
Vertragspartner	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Spitzenverbände der Krankenkassen, ▪ Vertreter der ambulanten Pflegedienste oder deren Spitzenorganisationen auf Bundesebene inkl. der Vertretungen durch Kirchen oder Wohlfahrtsverbänden. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Landesverbände der Pflegekassen unter Beteiligung des MDK, ▪ Vereinigungen der Träger der ambulanten Pflegedienste im Land, ▪ Arbeitsgemeinschaften der Sozialhilfeträger. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ überörtliche Träger der Sozialhilfe, ▪ kommunale Spitzenverbände auf Landesebene, ▪ Vereinigungen der Träger der Einrichtungen auf Landesebene, ▪ Vertreter der Kirchen oder Religionsgemeinschaften, ▪ die Wohlfahrtsverbände 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Krankenkasse ▪ Leistungserbringer 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Träger der Pflegeeinrichtungen oder die vertretungsberechtigte Vereinigung gleicher Träger ▪ Landesverband der Pflegekassen im Einvernehmen mit ▪ den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe, wenn nicht nach Landesrecht der örtliche Träger zuständig ist 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Träger der Einrichtung oder dessen Verband, ▪ Träger der Sozialhilfe

Anhang B: Darstellung der Austauschbeziehungen zwischen ambulantem Pflegedienst und seinen möglichen Zielgruppen und den daraus entstehenden Folgen für die Betriebsexistenz

I Ambulanter Pflegedienst – Hilfe- und Pflegebedürftige

	ambulanter Pflegedienst → Hilfe- und Pflegebedürftiger (HuP)	ambulanter Pflegedienst ← Hilfe- und Pflegebedürftiger (HuP)	(wesentliche) Folgen für die Betriebsexistenz i. d. lfd. Periode
	a	b	c
1	<ul style="list-style-type: none"> bietet Zielgruppe (HuP) generelle Informationen über Versorgungsleistungen 		<ul style="list-style-type: none"> Aufwand durch Ressourcenge-/verbrauch⁶⁰⁸ hat spürbaren Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen <i>Gestaltung des Infomaterials: Broschüren, Internet, Anzeigen, etc.</i>
2	<ul style="list-style-type: none"> bietet Zielgruppe (HuP) Leistungsversprechen 		
3		<ul style="list-style-type: none"> erhält unverbindliche Anfrage von Zielgruppe (HuP) bzgl. der Erbringung von Versorgungsleistungen 	<ul style="list-style-type: none"> hat keinen bis geringen Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen
4	<ul style="list-style-type: none"> gibt spezifische Leistungsbeschreibung an Zielgruppe (HuP) in Form eines Informations- bzw. Beratungsgesprächs 		<ul style="list-style-type: none"> Aufwand durch Ressourcenge-/verbrauch es kommt zu Auszahlungen hat spürbaren Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen <i>aus dieser Informationsweitergabe kann es zur Entscheidung zur Erbringung der Leistungen kommen</i>
5		<ul style="list-style-type: none"> erhält Entscheidung der Zielgruppe (HuP) bzgl. der Erbringung von Versorgungsleistungen bzw. der Deckung von Bedürfnissen 	<ul style="list-style-type: none"> hat gravierenden Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen <i>es erfolgt ein Beschäftigungsauftrag</i>
6		<ul style="list-style-type: none"> erfährt Einflussnahme bzgl. des Zeitpunktes der Leistungserstellung, welche Versorgungsleistungen erbracht werden sollen und wie oft die Leistungserstellung (in welchem Intervall) erfolgen soll 	<ul style="list-style-type: none"> hat gravierenden Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen <i>Beziehung hat Einfluss auf Mitarbeitereinsatz, qualifikation und -anzahl</i> <i>bei Nichterfüllung kann Anbieterwechsel seitens der Zielgruppe (HuP) erfolgen</i> <i>bei Erfüllung wird Kundenzufriedenheit und Betriebstreue erhalten</i>
7	<ul style="list-style-type: none"> Parteien schließen einen Pflegevertrag ab, in dem Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich der vereinbarten Vergütungen beschrieben sind <p>gesetzl. Grundlage: §120 Abs.1-3 SGB XI</p>		<ul style="list-style-type: none"> hat gravierenden Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen <i>vertragliche Festlegung von gegenseitigen Verpflichtungen</i>

⁶⁰⁸ Der Begriff Ressource wird mit der Bedeutung von Produktionsfaktoren gleich gesetzt.

	ambulanter Pflegedienst → Hilfe- und Pflegebedürftiger (HuP)	ambulanter Pflegedienst ← Hilfe- und Pflegebedürftiger (HuP)	(wesentliche) Folgen für die Betriebsexistenz i. d. lfd. Periode
	a	b	c
8	<ul style="list-style-type: none"> • leistet Versorgungsleistungen zur Bedürfnisbefriedigung und zur Vermeidung von stationären Aufenthalten der Zielgruppe (HuP) gesetzl. Grundlage: §3 SGB XI		<ul style="list-style-type: none"> • Aufwand durch Ressourcenge-/verbrauch • ggf. fallspezifische Auszahlung • Ertrag durch abrechnungsfähige Leistungen • fallspezifische Einzahlungen • hat gravierenden Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen
9		<ul style="list-style-type: none"> • erfährt Einflussnahme auf die Leistungsqualität durch Einsatzqualitäten und Ausbringungsansprüche der Zielgruppe (HuP) 	<ul style="list-style-type: none"> • hat gravierenden Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen • <i>ständiges Anpassen und Rückfragen erforderlich zur Erreichung von Kundenzufriedenheit</i>
10		<ul style="list-style-type: none"> • erfährt durch Zielgruppe (HuP) Kontrolle der Versorgungsleistungen im Prozess und Ergebnis 	<ul style="list-style-type: none"> • hat gravierenden Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen • <i>im Falle von Mängeln können Beschwerden durch Zielgruppe (HuP) erfolgen, die im Extrem die Schließung des ambulanten Pflegedienstes bedeuten können</i> • <i>Kündigung des Pflegevertrages und Wechsel des Anbieters durch Zielgruppe (HuP)</i>

II Ambulanter Pflegedienst – Angehörige

	ambulanter Pflegedienst → Angehörige (AN)	ambulanter Pflegedienst ← Angehörige (AN)	(wesentliche) Folgen für die Betriebsexistenz i. d. lfd. Periode
	a	b	c
11	<ul style="list-style-type: none"> • bietet Zielgruppe (AN) generelle Informationen über Versorgungsleistungen 		<ul style="list-style-type: none"> • Aufwand durch Ressourcenge-/verbrauch
12		<ul style="list-style-type: none"> • erhält unverbindliche Anfrage der Zielgruppe (AN) bzgl. der Erbringung von Versorgungsleistungen an Zielgruppe (HuP) 	<ul style="list-style-type: none"> • hat keinen bis geringen Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen
13	<ul style="list-style-type: none"> • gibt spezifische Leistungsbeschreibung an Zielgruppe (AN) in Form von Informationsweitergabe- und Beratungstätigkeiten 		<ul style="list-style-type: none"> • Aufwand durch Ressourcenge-/verbrauch • es kommt zu Auszahlungen • hat spürbaren Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen • <i>aus dieser Informationsweitergabe kann es zur Entscheidung zur Erbringung der Leistungen kommen</i>

	ambulanter Pflegedienst → Angehörige (AN)	ambulanter Pflegedienst ← Angehörige (AN)	(wesentliche) Folgen für die Betriebsexistenz i. d. lfd. Periode
	a	b	c
14		<ul style="list-style-type: none"> erhält direkt oder indirekt die Entscheidung zur Leistungserstellung von Versorgungsleistungen an Zielgruppe (HuP) 	<ul style="list-style-type: none"> hat gravierenden Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen <i>es erfolgt ein Beschäftigungsauftrag</i>
15		<ul style="list-style-type: none"> erfährt den Kauf von Versorgungsleistungen durch diese Zielgruppe (AN) (ZG = Käufer (Bezahler) der VL) 	<ul style="list-style-type: none"> Aufwand durch Ressourcenge-/verbrauch ggf. fallspezifische Auszahlung Ertrag durch abrechnungsfähige Leistungen ggf. fallspezifische Einzahlungen hat gravierenden Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen
16		<ul style="list-style-type: none"> erhält versorgungsrelevante Informationen von der Zielgruppe (AN) über Zielgruppe (HuP) 	<ul style="list-style-type: none"> hat gravierenden Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen <i>ist auf diese Informationen angewiesen</i>
17		<ul style="list-style-type: none"> erfährt Einflussnahme auf die Leistungsqualität durch Ausbringungsansprüche der Zielgruppe (AN) 	<ul style="list-style-type: none"> hat gravierenden Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen <i>bei Nichterfüllung kann Anbieterwechsel durch Zielgruppe (AN) veranlasst werden</i> <i>bei Erfüllung wird Kundenzufriedenheit und Betriebstreue erhalten</i>
18		<ul style="list-style-type: none"> erfährt Einflussnahme bzgl. des Zeitpunktes der Leistungserstellung, welche Versorgungsleistungen erbracht werden sollen und wie oft die Leistungserstellung (in welchem Intervall) erfolgen soll 	<ul style="list-style-type: none"> hat gravierenden Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen <i>Beziehung hat Einfluss auf Mitarbeitereinsatz, -qualifikation und -anzahl</i> <i>bei Nichterfüllung kann Anbieterwechsel seitens der Zielgruppe (HuP) erfolgen</i> <i>bei Erfüllung wird Kundenzufriedenheit und Betriebstreue erhalten</i>
19		<ul style="list-style-type: none"> erfährt durch Zielgruppe (AN) Kontrolle der Versorgungsleistungen im Prozess und Ergebnis 	<ul style="list-style-type: none"> hat gravierenden Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen <i>im Falle von Mängeln können Beschwerden durch Zielgruppe (AN) erfolgen, die im Extrem die Schließung des ambulanten Pflegedienstes bedeuten können</i> <i>Kündigung des Pflegevertrages und Wechsel des Anbieters durch Zielgruppe (HuP)</i>

	ambulanter Pflegedienst → Angehörige (AN)	ambulanter Pflegedienst ← Angehörige (AN)	(wesentliche) Folgen für die Betriebsexistenz i. d. lfd. Periode
	a	b	c
20	<ul style="list-style-type: none"> • leistet durch Abgabe von Versorgungsleistungen an HuP physische und psychische Entlastung und Unterstützung für Zielgruppe (AN) 		<ul style="list-style-type: none"> • hat spürbaren Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen • <i>positive Meinungsbildung</i> • <i>Dankbarkeit</i> • <i>mögl. Weiterempfehlungen durch eigene positive Erfahrungen</i>
21	<ul style="list-style-type: none"> • nimmt der Zielgruppe (AN) ggf. Beschäftigung und damit ggf. Verdienstmöglichkeit 		<ul style="list-style-type: none"> • hat spürbaren Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen • <i>kann zu schlechtem Ansehen bei Zielgruppe (AN) führen</i> • <i>Imageverlust</i> • <i>negative Meinungsbildung</i>

III Ambulanter Pflegedienst – Nachbarn/Freunde/Bekannte

	ambulanter Pflegedienst → Nachbarn/Freunde/Bekannte (NFB)	ambulanter Pflegedienst ← Nachbarn/Freunde/Bekannte (NFB)	(wesentliche) Folgen für die Betriebsexistenz i. d. lfd. Periode
	a	b	c
22		<ul style="list-style-type: none"> • erfährt Mittlerfunktion durch Zielgruppe (NFB) 	<ul style="list-style-type: none"> • hat spürbaren Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen • <i>indirekter Beschäftigungsauftrag</i>
23		<ul style="list-style-type: none"> • erhält ggf. versorgungsrelevante Informationen von Zielgruppe (NFB) über die Zielgruppe (HuP) 	<ul style="list-style-type: none"> • hat spürbaren Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen
24	<ul style="list-style-type: none"> • leistet durch Abgabe von Versorgungsleistungen an die HuP physische und psychische Entlastung für die Zielgruppe (NFB) 		<ul style="list-style-type: none"> • hat spürbaren Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen • <i>mögl. Weiterempfehlung durch eigene positive Erfahrungen</i> • <i>Dankbarkeit</i> • <i>positive Meinungsbildung</i>
25	<ul style="list-style-type: none"> • nimmt der Zielgruppe (NFB) ggf. Beschäftigung und damit ggf. Verdienstmöglichkeit 		<ul style="list-style-type: none"> • hat spürbaren Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen • <i>kann zu schlechtem Ansehen bei der Zielgruppe (NFB) führen</i> • <i>Imageverlust</i> • <i>negative Meinungsbildung</i>

IV Ambulanter Pflegedienst – gesetzlicher Betreuer

	ambulanter Pflegedienst → gesetzl. Betreuer (GB)	ambulanter Pflegedienst ← gesetzl. Betreuer (GB)	(wesentliche) Folgen für die Betriebsexistenz i. d. lfd. Periode
	a	b	c
26		<ul style="list-style-type: none"> erhält unverbindliche Anfrage von Zielgruppe (GB) bzgl. der Erbringung von Versorgungsleistungen 	<ul style="list-style-type: none"> hat keinen bis geringen Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen
27	<ul style="list-style-type: none"> gibt spezifische Leistungsbeschreibung an Zielgruppe (GB) in Form eines Informations- bzw. Beratungsgesprächs 		<ul style="list-style-type: none"> Aufwand durch Ressourcenge-/verbrauch ggf. fallspezifische Auszahlung hat spürbaren Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen <i>aus dieser Informationsweitergabe kann es zur Entscheidung zur Erbringung der Leistungen kommen</i>
28		<ul style="list-style-type: none"> erhält indirekt oder direkt die Entscheidung der Zielgruppe (GB) bzgl. der Erbringung von Versorgungsleistungen 	<ul style="list-style-type: none"> hat gravierenden Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen <i>es folgt ein Beschäftigungsauftrag</i>
29		<ul style="list-style-type: none"> erhält versorgungsrelevante Informationen von Zielgruppe (GB) über Zielgruppe (HuP) 	<ul style="list-style-type: none"> hat gravierenden Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen <i>ist auf diese Informationen angewiesen</i>
30		<ul style="list-style-type: none"> erfährt durch Zielgruppe (GB) Kontrolle der Versorgungsleistungen im Prozess und Ergebnis 	<ul style="list-style-type: none"> hat gravierenden Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen <i>im Falle von Mängeln können Beschwerden durch Zielgruppe (GB) erfolgen, die im Extrem die Schließung des ambulanten Pflegedienstes bedeuten können</i> <i>Kündigung des Pflegevertrages und Kündigung des Anbieters durch Zielgruppe (HuP)</i>
31	<ul style="list-style-type: none"> leistet Unterstützung für Zielgruppe (GB) durch Versorgung der Zielgruppe (HuP) mit Versorgungsleistungen 		<ul style="list-style-type: none"> hat spürbaren Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen <i>positive Meinungsbildung</i> <i>mögl. Weiterempfehlungen durch eigenen positive Erfahrungen</i> <i>Dankbarkeit</i>

V Ambulanter Pflegedienst - Hausarzt

	ambulanter Pflegedienst → Hausarzt (HA)	ambulanter Pflegedienst ← Hausarzt (HA)	(wesentliche) Folgen für die Betriebsexistenz i. d. lfd. Periode
	a	b	c
32	<ul style="list-style-type: none"> • leistet Versorgungsleistungen im Auftrag der Zielgruppe (HA) an Zielgruppe (HuP) durch Verordnung häuslicher Behandlungspflege <p>gesetzl. Grundlage: §92 Abs.1 Satz 2 Nr.6 und Abs.7 SGB V</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Aufwand durch Ressourcenge-/verbrauch • ggf. fallspezifische Auszahlung • Ertrag durch abrechnungsfähige Leistungen • ggf. fallspezifische Einzahlungen • hat gravierenden Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen • <i>es erfolgt ein Beschäftigungsauftrag</i>
33		<ul style="list-style-type: none"> • erhält pflegerelevante Befunde und versorgungsrelevante Informationen durch die Zielgruppe (HA) für Zielgruppe (HuP) 	<ul style="list-style-type: none"> • hat gravierenden Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen • <i>Informationen sind wichtig für die Leistungserstellung</i> • <i>ist auf diese Informationen angewiesen</i>
34	<ul style="list-style-type: none"> • leistet krankheits- bzw. gesundheitsrelevante Informationsweitergabe an Zielgruppe (HA) über Zielgruppe (HuP) 		<ul style="list-style-type: none"> • Aufwand durch Ressourcenge-/verbrauch • ggf. fallspezifische Auszahlung • hat spürbaren Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen • <i>mögl. Weiterempfehlung durch positive Erfahrungen und Zufriedenheit durch Zielgruppe (HA)</i>
35		<ul style="list-style-type: none"> • erfährt Kontrolle der Versorgungsleistungen durch Zielgruppe (HA) 	<ul style="list-style-type: none"> • hat gravierenden Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen • <i>im Falle von Mängeln können Beschwerden durch Zielgruppe (HA) erfolgen, die im Extrem die Schließung des ambulanten Pflegedienstes bedeuten können</i> • <i>mögl. Anbieterwechsel durch Zielgruppe (HuP)</i>

VI Ambulanter Pflegedienst – Krankenhaus/-personal

	ambulanter Pflegedienst → Krankenhaus/-personal (KHP)	ambulanter Pflegedienst ← Krankenhaus/-personal (KHP)	(wesentliche) Folgen für die Betriebsexistenz i. d. lfd. Periode
	a	b	c
36		<ul style="list-style-type: none"> erhält indirekt durch Mittlerfunktion der Zielgruppe (KHP) die Entscheidung zur Erbringung von Versorgungsleistungen 	<ul style="list-style-type: none"> hat spürbaren Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen <i>es folgt indirekt ein Beschäftigungsauftrag</i>
37	<ul style="list-style-type: none"> leistet Entlastung der Zielgruppe (KHP) durch Weiterversorgung der Zielgruppe (HuP) 		<ul style="list-style-type: none"> Aufwand durch Ressourcenge-/verbrauch ggf. fallspezifische Auszahlung hat keinen bis geringen Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen
38		<ul style="list-style-type: none"> erhält durch Zielgruppe (KHP) versorgungsrelevante Informationen 	<ul style="list-style-type: none"> hat gravierenden Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen <i>Informationen sind wichtig für die Leistungserstellung</i> <i>ist auf diese Informationen angewiesen</i>
39	<ul style="list-style-type: none"> leistet versorgungsrelevante Informationen für Zielgruppe (KHP) über Zielgruppe (HuP) 		<ul style="list-style-type: none"> Aufwand durch Ressourcenge-/verbrauch ggf. fallspezifische Auszahlung hat spürbaren Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen <i>positive Meinungsbildung</i> <i>mögl. Weiterempfehlung durch positive Erfahrungen</i>
40		<ul style="list-style-type: none"> erhält durch Zielgruppe (KHP) Mitarbeiterkapazitäten bzw. Arbeitsleistung 	<ul style="list-style-type: none"> hat gravierenden Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen <i>Ressourcenpool für Arbeitskräfte</i> <i>ist auf diesen angewiesen</i>

VII Ambulanter Pflegedienst – Mitarbeiter

	ambulanter Pflegedienst → Mitarbeiter (MA)	ambulanter Pflegedienst ← Mitarbeiter (MA)	(wesentliche) Folgen für die Betriebsexistenz i. d. lfd. Periode
	a	b	c
41		<ul style="list-style-type: none"> erhält durch Zielgruppe (MA) Arbeitsleistung 	<ul style="list-style-type: none"> hat gravierenden Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen <i>durch Arbeitsleistung kann der Beschäftigungsauftrag umgesetzt werden</i> <i>Arbeitsleistung ist Ressource zur Leistungserstellung</i> <i>Ressource bringt Ertrag</i>
42	<ul style="list-style-type: none"> zahlt Personalentgelte in Form eines zweckmäßigen Entgeltsystems 		<ul style="list-style-type: none"> es kommt zu Auszahlungen hat spürbaren Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen <i>Förderung der Arbeitszufriedenheit</i> <i>Senkung der Fluktuationsrate</i>
43	<ul style="list-style-type: none"> erbringt mitarbeitergerichtete Förderung durch Weiter- und/oder Ausbildungsleistungen 		<ul style="list-style-type: none"> Aufwand durch Ressourcenge-/verbrauch es kommt zu Auszahlungen hat spürbaren Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen <i>z. T. gesetzlich vorge-schrieben</i>
44		<ul style="list-style-type: none"> erhält versorgungsrelevante Informationen von Zielgruppe (MA) über Zielgruppe (HuP) 	<ul style="list-style-type: none"> hat gravierenden Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen <i>ist auf diese Informationen für Leistungserstellungsergebnis und zur Überprüfung der Kundenzufriedenheit angewiesen</i>
45		<ul style="list-style-type: none"> erhält nutzergerichtete Motivation 	<ul style="list-style-type: none"> hat gravierenden Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen <i>Sicherung der dauerhaften Leistungserstellung</i>
46		<ul style="list-style-type: none"> erfährt Kundenzufriedenheit durch Zielgruppe (MA) 	<ul style="list-style-type: none"> hat gravierenden Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen <i>Sicherung der dauerhaften Leistungsabnahme</i>
47		<ul style="list-style-type: none"> erfährt durch Zielgruppe (MA) die Vertretung des Betriebs in der Öffentlichkeit 	<ul style="list-style-type: none"> hat gravierenden Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen <i>Zielgruppe (MA) häufig Synonym für Betrieb selbst</i>

	ambulanter Pflegedienst → Mitarbeiter (MA)	ambulanter Pflegedienst ← Mitarbeiter (MA)	(wesentliche) Folgen für die Betriebsexistenz i. d. lfd. Periode
	a	b	c
48	<ul style="list-style-type: none"> bietet der Zielgruppe (MA) flexible Arbeitszeiten (fortschrittliche Arbeitszeit- und Urlaubsregelung) 		<ul style="list-style-type: none"> hat gravierenden Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen <i>Aufwand durch Personaleinteilung</i> <i>Förderung der Arbeitsmotivation und -zufriedenheit</i> <i>Erhaltung der Arbeitsfähigkeit</i> <i>Senkung des Krankheitsstandes</i> <i>Senkung der Fluktuationsrate</i> <i>Sicherung der dauerhaften Leistungserstellung</i>
49	<ul style="list-style-type: none"> bietet der Zielgruppe (MA) persönliche und fachlicher Anerkennung 		<ul style="list-style-type: none"> hat gravierenden Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen <i>Schutz und Förderung des Selbstwertes</i> <i>Sicherung der dauerhaften Leistungserstellung</i>
50		<ul style="list-style-type: none"> erhält Arbeitszufriedenheit und dadurch Arbeitsmotivation 	<ul style="list-style-type: none"> hat gravierenden Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen <i>Erhaltung und Steigerung der Ressource Arbeitskraft</i>
51	<ul style="list-style-type: none"> bietet angemessene Ausstattung des Arbeitsplatzes mit Arbeitsgeräten und Hilfsmitteln 		<ul style="list-style-type: none"> hat spürbaren Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen <i>Förderung der Arbeitszufriedenheit</i> <i>keine Überforderung durch Überbelastung oder -beanspruchung</i>
52	<ul style="list-style-type: none"> bietet (im Idealfall) eine dem Arbeitsanfall entsprechende Personalbesetzung 		<ul style="list-style-type: none"> hat spürbaren Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen <i>Förderung der Arbeitszufriedenheit</i> <i>Schutz vor Überbelastung</i> <i>Senkung des Krankheitsstandes</i> <i>Senkung der Fluktuationsrate</i>
53	<ul style="list-style-type: none"> bietet eigenständiges verantwortliches Arbeiten im Rahmen der Qualifizierung des Mitarbeiters (Kompetenz- und Verantwortungsübertragung) 		<ul style="list-style-type: none"> hat spürbaren Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen <i>Förderung des Selbstwertes</i>

	ambulanter Pflegedienst → Mitarbeiter (MA)	ambulanter Pflegedienst ← Mitarbeiter (MA)	(wesentliche) Folgen für die Betriebsexistenz i. d. lfd. Periode
	a	b	c
54	<ul style="list-style-type: none"> bietet Möglichkeiten der Aufarbeitung des „Sozialstresses“ durch psychologisches Unterstützungsangebot 		<ul style="list-style-type: none"> Aufwand durch Ressourcenge-/verbrauch es kommt zu Auszahlungen hat spürbaren Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen <i>Senkung des Krankheitsstandes</i> <i>Senkung der Fluktuationsrate</i> <i>Beitrag zur Erhaltung des Berufsstandes Pflegeberufe</i>
55	<ul style="list-style-type: none"> bietet Hierarchie unabhängige Arbeitsform, partizipativen, kooperativen Führungsstil 		<ul style="list-style-type: none"> hat spürbaren Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen <i>Förderung der Arbeitsmotivation und -zufriedenheit</i> <i>Förderung der Eigeninitiative der Mitarbeiter</i>
56	<ul style="list-style-type: none"> bietet Nutzung von betriebseigenen Räumen, Auto etc. 		<ul style="list-style-type: none"> Aufwand durch Ressourcenge-/verbrauch es kommt zu Auszahlungen hat spürbaren Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen <i>Förderung der Arbeitszufriedenheit</i>
57	<ul style="list-style-type: none"> bietet langfristig sicheren Arbeitsplatz 		<ul style="list-style-type: none"> hat spürbaren Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen <i>Beitrag zur finanziellen Absicherung der Mitarbeiter</i> <i>Sicherung der dauerhaften Leistungserstellung</i>
58	<ul style="list-style-type: none"> bietet Anerkennung und Förderung innerbetrieblicher Mitarbeitervertretung 		<ul style="list-style-type: none"> hat spürbaren Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen <i>Förderung der Arbeitsmotivation und -zufriedenheit</i>
59		<ul style="list-style-type: none"> erhält längerfristig Arbeitsleistung der Zielgruppe (MA) 	<ul style="list-style-type: none"> hat gravierenden Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen <i>Sicherung der dauerhaften Leistungserstellung</i>
60		<ul style="list-style-type: none"> erhält Kundenzufriedenheit zur Zielgruppe (MA) 	<ul style="list-style-type: none"> hat gravierenden Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen <i>Imageerhaltung</i> <i>Erhaltung des Vertrauens der Zielgruppen (HuP, AN, etc.) in den Betrieb</i> <i>Erhaltung des Ansehens des Betriebs</i> <i>längerfristige Kundenbindung wird erreicht</i> <i>Erträge werden langfristig gesichert</i>

	ambulanter Pflegedienst → Mitarbeiter (MA)	ambulanter Pflegedienst ← Mitarbeiter (MA)	(wesentliche) Folgen für die Betriebsexistenz i. d. lfd. Periode
	a	b	c
61		<ul style="list-style-type: none"> erhält Leistungssteigerung im fachlichen Bereich 	<ul style="list-style-type: none"> hat gravierenden Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen erhöht die Kundenzufriedenheit Erhaltung des Vertrauens der Zielgruppen (HuP, AN, etc.) in den Betrieb Erhaltung des Ansehens des Betriebs längerfristige Kundenbindung wird erreicht Erträge werden langfristig gesichert

VIII Ambulanter Pflegedienst - Pflegekasse

	ambulanter Pflegedienst → Pflegekasse (PK)	ambulanter Pflegedienst ← Pflegekasse (PK)	(wesentliche) Folgen für die Betriebsexistenz i. d. lfd. Periode
	a	b	c
62	<ul style="list-style-type: none"> beide Parteien schließen (schriftlich) einen Versorgungsvertrag ab, in dem Art, Inhalt und Umfang der allgemeinen Pflegeleistung festgelegt werden, die von dem ambulanten Pflegedienst für die Dauer des Vertrages für die Zielgruppe (HuP) zu erbringen sind <p>gesetzl. Grundlage: §72 Abs.1 SGB XI und §73 Abs.1 SGB XI</p>		<ul style="list-style-type: none"> hat gravierenden Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen muss diesen Versorgungsvertrag haben, damit ambulanter Pflegedienst als zugelassene Pflegeeinrichtung gilt
63	<ul style="list-style-type: none"> übernimmt den Versorgungsauftrag für Zielgruppe (PK) <p>gesetzl. Grundlage: §72 Abs.1 SGB XI</p>		<ul style="list-style-type: none"> hat gravierenden Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen Gewähr auf Ertrag bei Leistungen nach SGB XI durch Zielgruppe (PK)
64		<ul style="list-style-type: none"> erhält durch Vertrag die Verpflichtung der Zielgruppe (PK) die Leistungen zu vergüten <p>gesetzl. Grundlage: §72 Abs.4 SGB XI</p>	<ul style="list-style-type: none"> hat gravierenden Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen Ertrag aus Leistungen nach SGB XI durch Zielgruppe (PK)
65	<ul style="list-style-type: none"> beide Parteien können den Vertrag kündigen <p>gesetzl. Grundlage: §74 Abs.1 SGB XI</p>		<ul style="list-style-type: none"> hat gravierenden Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen keine Gewähr auf Ertrag aus Leistungen nach SGB XI durch Zielgruppe (PK)
66	<ul style="list-style-type: none"> Parteien schließen indirekt über ihre Vertreterverbände einheitliche Rahmenverträge mit dem Ziel, eine wirksame und wirtschaftliche, pflegerische Versorgung der Zielgruppe HuP sicherzustellen <p>gesetzl. Grundlage: §75 SGB XI</p>		<ul style="list-style-type: none"> hat gravierenden Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen <p>Regelungen z. B. der</p> <ul style="list-style-type: none"> Inhalt der Pflegeleistungen Kostenübernahme und Abrechnung Zugang des MDK

	ambulanter Pflegedienst → Pflegekasse (PK)	ambulanter Pflegedienst ← Pflegekasse (PK)	(wesentliche) Folgen für die Betriebsexistenz i. d. lfd. Periode
	a	b	c
67	<ul style="list-style-type: none"> Parteien (u.a.) vereinbaren gemeinsam und einheitlich Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität und Qualitätssicherung [...] sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements <p>gesetzliche Grundlage: §80 Abs.1 SGB XI</p>		<ul style="list-style-type: none"> hat gravierenden Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen die hier festgelegten Grundsätze und Maßstäbe bilden die Voraussetzungen für spätere Prüfungen Abweichungen von diesen Grundsätzen und Maßstäben können im Extrem zu Schließungen des ambulanten Pflegedienstes führen
68	<ul style="list-style-type: none"> geht Verpflichtung ein, sich an den Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen und die erbrachten Leistungen und deren Qualität nachzuweisen (Leistungs- und Qualitätsnachweise) <p>gesetzl. Grundlage: §112 Abs.2 SGB XI und §113 Abs.1 SGB XI</p>		<ul style="list-style-type: none"> Aufwand durch Ressourcenge-/verbrauch es kommt zu Auszahlungen (§116 Abs.1 SGB XI) hat gravierenden Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen Abweichungen von diesen Grundsätzen und Maßstäben können im Extrem zu Schließungen des ambulanten Pflegedienstes führen Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen berechtigen zum Abschluss einer Vergütungsvereinbarung Gewähr auf Ertrag bei Leistungen nach SGB XI durch Zielgruppe (PK)
69		<ul style="list-style-type: none"> erhält Ergebnis der Qualitätsprüfungen <p>gesetzl. Grundlage: §115 Abs.1 SGB XI</p>	<ul style="list-style-type: none"> hat gravierenden Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen werden Mängel festgestellt müssen diese bis zu einem gesetzten Termin beseitigt werden (§115 Abs.2 SGB XI)
70		<ul style="list-style-type: none"> erhält Frist zur Beseitigung festgestellter Mängel <p>gesetzl. Grundlage: §115 Abs.3 SGB XI</p>	<ul style="list-style-type: none"> hat gravierenden Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen werden bis zur gesetzten Frist die schwerwiegenden Mängel nicht behoben, kann der Versorgungsvertrag durch die PK gekündigt werden solange besteht noch Gewähr auf Vergütung der Leistungen, allerdings muss mit Kürzungen oder Rückzahlungen gerechnet werden keine Erträge aus Leistungen nach SGB XI durch PK

	ambulanter Pflegedienst → Pflegekasse (PK)	ambulanter Pflegedienst ← Pflegekasse (PK)	(wesentliche) Folgen für die Betriebsexistenz i. d. lfd. Periode
	a	b	c
71	<ul style="list-style-type: none"> Parteien (o.a.) vereinbaren die Vergütung der Versorgungsleistungen nach einheitlichen Grundsätzen gesetzliche Grundlage: §89 Abs.1 SGB XI 		<ul style="list-style-type: none"> hat gravierenden Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen mit der Vergütungsvereinbarung werden die Preise für die Leistungen nach §36 SGB XI festgelegt damit wird die Höhe der Einzahlungen festgelegt Vergütungen können nach unterschiedlichen Modellen abgeschlossen werden (§89 Abs.3 SGB XI)

IX Ambulanter Pflegedienst - Krankenkasse

	ambulanter Pflegedienst → Krankenkasse (KK)	ambulanter Pflegedienst ← Krankenkasse (KK)	(wesentliche) Folgen für die Betriebsexistenz i. d. lfd. Periode
	a	b	c
72	<ul style="list-style-type: none"> Parteien schließen zur Versorgung mit Haushaltshilfe Verträge ab, in denen Inhalt, Umfang, Vergütung, Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen geregelt sind gesetzl. Grundlage: §132 SGB V 		<ul style="list-style-type: none"> hat gravierenden Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen bei Nichteinhaltung kann es zu Kündigungen der Verträge kommen
73	<ul style="list-style-type: none"> Parteien schließen zur Versorgung mit häuslicher Krankenpflege Verträge ab, in denen Preise und deren Abrechnung geregelt sind gesetzl. Grundlage: §132a Abs.2 SGB V 		<ul style="list-style-type: none"> hat gravierenden Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen damit wird gesichert, dass die erbrachte Leistung zu bestimmten Preisen und einem bestimmten Zeitpunkt bezahlt werden
74	<ul style="list-style-type: none"> erbringt für Zielgruppe (KK) häusliche Krankenpflege und Leistungen der Haushaltshilfe als Versorgungsleistungen für Zielgruppe (HuP) 		<ul style="list-style-type: none"> Aufwand durch Ressourcenge-/verbrauch ggf. fallspezifische Auszahlung Ertrag durch abrechnungsfähige Leistungen ggf. fallspezifische Einzahlungen hat gravierenden Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen
75		<ul style="list-style-type: none"> erhält durch Zielgruppe (KK) die Vergütung der Leistungen 	<ul style="list-style-type: none"> Aufwand durch Ressourcenge-/verbrauch ggf. fallspezifische Auszahlung Ertrag durch abrechnungsfähige Leistungen ggf. fallspezifische Einzahlungen hat gravierenden Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen

	ambulanter Pflegedienst → Krankenkasse (KK)	ambulanter Pflegedienst ← Krankenkasse (KK)	(wesentliche) Folgen für die Betriebsexistenz i. d. lfd. Periode
	a	b	c
76		<ul style="list-style-type: none"> erfährt Kontrolle über wirtschaftliche und preisgünstige Erbringung der Leistungen gesetzl. Grundlage: §132a Abs.2 SGB V	<ul style="list-style-type: none"> hat gravierenden Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen <i>es kann zu Kürzungen oder Nachzahlungen bei Abweichungen kommen</i>
77	<ul style="list-style-type: none"> leistet Sozialversicherungsbeiträge an Zielgruppe (KK) für Zielgruppe (MA) 		<ul style="list-style-type: none"> es kommt zu Auszahlungen hat keinen bis geringen Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen

X Ambulanter Pflegedienst - Sozialhilfeträger

	ambulanter Pflegedienst → Sozialhilfeträger (SHT)	ambulanter Pflegedienst ← Sozialhilfeträger (SHT)	(wesentliche) Folgen für die Betriebsexistenz i. d. lfd. Periode
	a	b	c
78	<ul style="list-style-type: none"> Sämtliche Verordnungen, Richtlinien, Rahmenverträge und Bundesempfehlungen des SGB XI gelten auch für diese Vertragsparteien 		
79	<ul style="list-style-type: none"> erbringt Versorgungsleistungen nach §69 BSHG 		<ul style="list-style-type: none"> Aufwand durch Ressourcenge-/verbrauch ggf. fallspezifischen Auszahlungen Ertrag durch abrechnungsfähige Leistungen ggf. fallspezifische Einzahlungen hat gravierenden Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen
80		<ul style="list-style-type: none"> erhält von Zielgruppe (SHT) die Aufwendungen für Versorgungsleistungen erstattet 	<ul style="list-style-type: none"> Aufwand durch Ressourcenge-/verbrauch ggf. fallspezifischen Auszahlungen Ertrag durch abrechnungsfähige Leistungen ggf. fallspezifische Einzahlungen hat gravierenden Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen <i>Höhe der Vergütung der Leistungen richtet sich nach den Preisen des SGB XI, es werden die tatsächlichen Aufwendungen bezahlt</i>

	ambulanter Pflegedienst → Sozialhilfeträger (SHT)	ambulanter Pflegedienst ← Sozialhilfeträger (SHT)	(wesentliche) Folgen für die Betriebsexistenz i. d. lfd. Periode
	a	b	c
81	<ul style="list-style-type: none"> erbringt Versorgungsleistungen im Rahmen der Hilfe zur Pflege an Zielgruppe (HuP) 		<ul style="list-style-type: none"> Aufwand durch Ressourcenge-/verbrauch ggf. fallspezifischen Auszahlungen Ertrag durch abrechnungsfähige Leistungen ggf. fallspezifische Einzahlungen hat gravierenden Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen

XI Ambulanter Pflegedienst – Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

	ambulanter Pflegedienst → Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)	ambulanter Pflegedienst ← Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)	(wesentliche) Folgen für die Betriebsexistenz i. d. lfd. Periode
	a	b	c
82		<ul style="list-style-type: none"> erfährt Kontrollen/Prüfungen durch Zielgruppe (MDK) bezüglich der Versorgungsleistungen in Struktur, Prozess und Ergebnis gesetzl. Grundlage: §112 Abs.2 SGB XI und §113 Abs.1 SGB XI 	<ul style="list-style-type: none"> hat gravierenden Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen <i>werden Mängel festgestellt müssen diese bis zu einem gesetzten Termin beseitigt werden (§115 Abs.2 SGB XI</i> <i>im Extrem kann es zu Schließungen des ambulanten Pflegedienstes führen</i>
83	<ul style="list-style-type: none"> ist verpflichtet bei Prüfungen erforderliche Unterlagen zur Verfügung zu stellen gesetzl. Grundlage: §112 Abs.3 SGB XI 		<ul style="list-style-type: none"> Aufwand durch Ressourcenge-/verbrauch es kommt zu Auszahlungen
84	<ul style="list-style-type: none"> leistet Unterstützung bei Begutachtungen der Zielgruppe (HuP) bzgl. Einstufung der Pflegebedürftigkeit 		<ul style="list-style-type: none"> Aufwand durch Ressourcenge-/verbrauch es kommt zu Auszahlungen hat spürbaren Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen <i>positive Meinungsbildung durch Zielgruppen (MDK, HuP, AN)</i>
85		<ul style="list-style-type: none"> erhält indirekt Beschäftigungsauftrag durch Zielgruppe (MDK) 	<ul style="list-style-type: none"> Aufwand durch Ressourcenge-/verbrauch ggf. fallspezifischen Auszahlungen Ertrag durch abrechnungsfähige Leistungen ggf. fallspezifische Einzahlungen hat spürbaren Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen

XII Ambulanter Pflegedienst - Apotheken

	ambulanter Pflegedienst → Apotheken (AP)	ambulanter Pflegedienst ← Apotheken (AP)	(wesentliche) Folgen für die Betriebsexistenz i. d. lfd. Periode
	a	b	c
86		<ul style="list-style-type: none"> erfährt durch Zielgruppe (AP) Vermittlung von Leistungen 	<ul style="list-style-type: none"> hat keinen bis geringen Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen <i>es kann ein Beschäftigungsgrad ausgelöst werden</i>
87	<ul style="list-style-type: none"> leistet als Mittler regelmäßigen Absatz für Leistungen der Zielgruppe (AP) 		<ul style="list-style-type: none"> Aufwand durch Ressourcenge-/verbrauch es kommt zu Auszahlungen hat keinen bis geringen Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen
88		<ul style="list-style-type: none"> erhält Auslagemöglichkeit für Broschüren 	<ul style="list-style-type: none"> hat spürbaren Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen <i>Streuungsmöglichkeit für Werbematerial</i>
89		<ul style="list-style-type: none"> erfährt Unterstützung durch Anlieferung von Heil- und Hilfsmitteln an sich selbst oder zur Zielgruppe (HuP) 	<ul style="list-style-type: none"> hat spürbaren Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen <i>Reduzierung des Ressourceneinsatzes</i> <i>Ertragswegfall durch Übertragung von abrechnungsfähigen Leistungen</i> <i>Leistungsannahme beinhaltet Ertragseinbußen</i>

XIII Ambulanter Pflegedienst - Sanitätshäuser

	ambulanter Pflegedienst → Sanitätshäuser (SH)	ambulanter Pflegedienst ← Sanitätshäuser (SH)	(wesentliche) Folgen für die Betriebsexistenz i. d. lfd. Periode
	a	b	c
90	<ul style="list-style-type: none"> leistet Vermittlungsfunktion für Zielgruppe (SH) im Bereich technischer Hilfen 		<ul style="list-style-type: none"> Aufwand durch Ressourcenge-/verbrauch es kommt zu Auszahlungen hat keinen bis geringen Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen
91		<ul style="list-style-type: none"> erfährt Unterstützung und Entlastung durch Kooperation, da technische Hilfen nicht vorgehalten werden müssen 	<ul style="list-style-type: none"> hat gravierenden Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen <i>Reduzierung von Kapitalbindung durch technische Hilfen</i>
92	<ul style="list-style-type: none"> überträgt die Aufgaben der Wartung und Instandhaltung der technischen Hilfen an Zielgruppe (SH) 		<ul style="list-style-type: none"> hat gravierenden Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen <i>Leistungsannahme bedeutet Aufwandswegfall</i>

XIV Ambulanter Pflegedienst - Einzelhandelsgeschäfte

	ambulanter Pflegedienst → Einzelhandelsgeschäfte (EZH)	ambulanter Pflegedienst ← Einzelhandelsgeschäfte (EZH)	(wesentliche) Folgen für die Betriebsexistenz i. d. lfd. Periode
	a	b	c
93		<ul style="list-style-type: none"> Zielgruppe (EZH) übernimmt eine Teilleistung eines Leistungskomplexes 	<ul style="list-style-type: none"> hat keinen bis geringen Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen <i>Leistungsannahme bedeutet Ertragswegfall</i> <i>Leistungsannahme bedeutet Aufwandswegfall</i> <i>Leistungsannahme bedeutet Reduzierung des Ressourceneinsatzes</i>
94	<ul style="list-style-type: none"> leistet Absatzmittlerfunktion für Zielgruppe (EZH) 		<ul style="list-style-type: none"> hat keinen bis geringen Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen indirekter Ressourcenge-/verbrauch es kommt zu Auszahlungen

XV Ambulanter Pflegedienst - Kirchengemeinde

	ambulanter Pflegedienst → Kirchengemeinde (KG)	ambulanter Pflegedienst ← Kirchengemeinde (KG)	(wesentliche) Folgen für die Betriebsexistenz i. d. lfd. Periode
	a	b	c
95		<ul style="list-style-type: none"> erhält durch Zielgruppe (KG) Unterstützung, Hilfe im Bereich der Seelsorge 	<ul style="list-style-type: none"> hat spürbaren Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen <i>Erhaltung der Arbeitsleistung</i> <i>für sich selbst aber auch für Zielgruppe (HuP, AN)</i>
96		<ul style="list-style-type: none"> erfährt Mittlerfunktion durch Zielgruppe (KG) 	<ul style="list-style-type: none"> hat spürbaren Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen <i>es kann zu einem Beschäftigungsgrad kommen</i>
97	<ul style="list-style-type: none"> übernimmt z. T. Aufgaben der Zielgruppe (KG) bei Überforderung oder nicht vorhandenem Fachwissen 		<ul style="list-style-type: none"> hat spürbaren Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen <i>es kann zu einem Beschäftigungsgrad kommen</i>
98	<ul style="list-style-type: none"> vermittelt seelsorgerische Aufgaben an Zielgruppe (KG) 		<ul style="list-style-type: none"> Aufwand durch Ressourcenge-/verbrauch es kommt zu Auszahlungen hat keinen bis geringen Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen

XVI Ambulanter Pflegedienst - Pflegeberatungsstellen

	ambulanter Pflegedienst → Pflegeberatungsstellen (PBST)	ambulanter Pflegedienst ← Pflegeberatungsstellen (PBST)	(wesentliche) Folgen für die Betriebsexistenz i. d. lfd. Periode
	a	b	c
99	<ul style="list-style-type: none"> bietet der Zielgruppe (PBST) Informationen über Versorgungsleistungen 		<ul style="list-style-type: none"> Aufwand durch Ressourcenge-/verbrauch es kommt zu Auszahlungen hat gravierenden Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen <i>Präsenz zeigen</i> <i>Bekanntheitsgrad steigern</i> <i>Auslagemöglichkeit für Broschüren</i>
100		<ul style="list-style-type: none"> erhält durch Zielgruppe (PBST) Informationsweitergabe seiner Versorgungsleistungen an andere Zielgruppen (HuP, AN, NFB) 	<ul style="list-style-type: none"> hat gravierenden Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen <i>es kann zu einem Beschäftigungsgrad kommen</i>
101	<ul style="list-style-type: none"> leistet für Zielgruppe (PBST) Hilfe bei Informationssuche und -weitergabe 		<ul style="list-style-type: none"> Aufwand durch Ressourcenge-/verbrauch es kommt zu Auszahlungen hat keinen bis geringen Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen <i>es kann daraus ein Beschäftigungsgrad erfolgen</i>

XVII Ambulanter Pflegedienst – Träger/Eigentümer

	ambulanter Pflegedienst → Träger/Eigentümer (TR)	ambulanter Pflegedienst ← Träger/Eigentümer (TR)	(wesentliche) Folgen für die Betriebsexistenz i. d. lfd. Periode
	a	b	c
102	<ul style="list-style-type: none"> dient der Zielgruppe (TR) zur Einkommenserzielung und zur Mehrung des Eigenkapitals 		<ul style="list-style-type: none"> es kommt zu Auszahlungen
103	<ul style="list-style-type: none"> dient der Zielgruppe (TR) zur Selbstverwirklichung 		<ul style="list-style-type: none"> hat spürbaren Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen <i>Leistungserstellung und -abgabe erfolgt z. T. nach den Vorstellungen der Träger</i>
104	<ul style="list-style-type: none"> gibt der Zielgruppe (TR) Macht, Status und Erfolg 		
105		<ul style="list-style-type: none"> erhält von der Zielgruppe (TR) die Zielsetzungen 	<ul style="list-style-type: none"> hat gravierenden Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen <i>durch die Abgabe der Leistungen sollen Ziele des Trägers, z. B. Mehrung des Eigenkapitals erreicht werden</i>

	ambulanter Pflegedienst → Träger/Eigentümer (TR)	ambulanter Pflegedienst ← Träger/Eigentümer (TR)	(wesentliche) Folgen für die Betriebsexistenz i. d. lfd. Periode
106		<ul style="list-style-type: none"> erhält durch Zielgruppe (TR) Leitbild und wird durch das Arbeitsklima, die Kultur und das Konzept der Zielgruppe (TR) geprägt 	<ul style="list-style-type: none"> hat gravierenden Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen mit der Übernahme des Leistbildes und den anderen Elementen ist der Betrieb in seine eigenen Entscheidungen eingeschränkt
107		<ul style="list-style-type: none"> erfährt durch die Zielgruppe (TR) Kontrolle der Betriebsführung 	<ul style="list-style-type: none"> hat gravierenden Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen Träger kontrolliert die Tätigkeiten der Betriebsführung und kann bei „Gefahr“ korrigierend eingreifen
108		<ul style="list-style-type: none"> erfährt Einflussnahme auf Entscheidungen durch Zielgruppe (TR) aufgrund von Bereitstellung von finanziellen Mitteln 	<ul style="list-style-type: none"> hat gravierenden Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen es kann durch Träger in die Entscheidungsprozesse der Betriebsführung massiv eingewirkt werden und soweit kommen
109		<ul style="list-style-type: none"> erhält durch Zielgruppe (TR) Interesse und Motivation bei Leistungserstellung 	
110		<ul style="list-style-type: none"> profitiert/wird beeinträchtigt bei Leistungsabgabe durch den Bekanntheitsgrad des Trägers 	<ul style="list-style-type: none"> hat gravierenden Einfluss auf die Abgabe der ertragsbringenden Leistungen Träger ist möglicherweise schon von anderen Leistungen her bekannt, auch dessen Image, „man kennt ihn“
111	<ul style="list-style-type: none"> stellt dem Träger Wissen und Arbeitskraft zur Verwirklichung seiner Ziele zur Verfügung 		

XVIII Ambulanter Pflegedienst - Fremdkapitalgeber

	ambulanter Pflegedienst → Fremdkapitalgeber (FKG)	ambulanter Pflegedienst ← Fremdkapitalgeber (FKG)	(wesentliche) Folgen für die Betriebsexistenz i. d. lfd. Periode
	a	b	c
112		<ul style="list-style-type: none"> erhält finanzielle Mittel zur Erhaltung der Liquidität 	<ul style="list-style-type: none"> hat Folgen für Liquidität hat Folgen für den Gelderfolg
113		<ul style="list-style-type: none"> erfährt Vertrauen und Loyalität für seine Tätigkeit und seinen Betrieb 	<ul style="list-style-type: none"> hat Folgen für den Betriebserfolg
114	<ul style="list-style-type: none"> zahlt Kredit mit Zinsen über einen bestimmten Zeitraum zurück 		<ul style="list-style-type: none"> hat Folgen für die Liquidität hat keinen bis geringen Einfluss auf die Abgabe ertragsbringender Leistungen

XIX Ambulanter Pflegedienst - Öffentlichkeit

	ambulanter Pflegedienst → Öffentlichkeit (ÖK)	ambulanter Pflegedienst ← Öffentlichkeit (ÖK)	(wesentliche) Folgen für die Betriebsexistenz i. d. lfd. Periode
	a	b	c
115		• Akzeptanz	
116		• Vertrauen	
117		• Goodwill	
118		• gute Meinung	
119		• Legitimität	
120	• übernimmt gesellschaftliche Aufgabe		
121	• trägt zum sozialen Profil der Umgebung bei		