



Bayerisches Landesamt für  
Gesundheit und Lebensmittelsicherheit



## Experten-Hearing

**„Gesundheitstourismus und Marketing – Perspektiven für die  
bayerischen Kurorte und Heilbäder“**

**25.07.2013**

**Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL)**

**Dienstort München, Pfarrstraße**

**LGL**

**Stand:** 12. September 2013

**Teilnehmer:**

Prof. Dr. Anja Brittner-Widmann, Duale Hochschule Baden-Württemberg, Ravensburg

Prof. Dr. Walter Freyer, Technische Universität Dresden

Prof. Dr. Andrea Raab, Hochschule für angewandte Wissenschaften Ingolstadt

Gabriella Squarra, Kurdirektion Bad Reichenhall und BHV

Thomas Jahn, AIB-KUR GmbH & Co. KG und BHV

Andreas Ellmaier, Korbinian Funke (StMUG)

Dr. Andreas Zapf, Prof. Dr. Manfred Wildner, Dr. Sven Schluckebier,

Marietta Hartmann, Ann-Kathrin Heider, Elisabeth Schäfer (LGL)

**Kontakt:**

Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL)

Bayerische Gesundheitsagentur

Bayerisches Haus der Gesundheit

Schweinauer Hauptstraße 80

90441 Nürnberg

Telefon: 09131 6808-0

**Ansprechpartner:**

Dr. Sven Schluckebier, Durchwahl 09131 6808-2933

Marietta Hartmann, Durchwahl 09131 6808-4502

Sekretariat: Yvonne Geißdörfer, Durchwahl 09131 6808-2932

# 1 Hintergrund

Durchführung eines weiteren Experten-Hearings zur näheren Bestimmung der Perspektiven, die sich den bayerischen hochprädikatisierten Kurorten und Heilbädern sowie den anerkannten Heilquellen- und Moorkurbetrieben durch den sich entwickelnden Gesundheitstourismus bieten. Es sollen konkrete Strategien und Maßnahmen aufgezeigt werden, wie sich die Kurorte und Heilbäder positionieren und künftig am Markt behaupten können. Der Fokus liegt auf dem zweiten Gesundheitsmarkt.

Infolge der Regierungserklärung „Gesundheitsland Bayern - neue Strategien für eine menschliche Medizin“ vom 20.10.2011 wurde ein Förderprogramm zur Unterstützung der Bayerischen Kurorte und Heilbäder (KuHeMo) vom Bayerischen Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit (StMUG) eingerichtet. Die Administration erfolgt durch die Bayerische Gesundheitsagentur (BayGA) am Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL).

Ziel des Zukunftsprogramms ist, Bayerns Kurorte und Heilbäder sowie anerkannte Moorkurbetriebe zukunftsfest zu machen. Diese sollen sich als moderne Gesundheitszentren für eine immer gesundheitsbewusstere Gesellschaft präsentieren. Dafür sollen Kurorte einerseits Orte sein, um gesund zu werden, andererseits Orte, um auch gesund zu bleiben.

Mit dem neuen Förderprogramm sollen drei Bereiche gezielt unterstützt werden:

- Ausrichtung der Kurorte und Heilbäder auf Zukunftsthemen
- die weitere Qualitätsentwicklung bei der Durchführung von Kuren und anderen Angeboten
- Förderung von medizinisch-therapeutischen Infrastrukturmaßnahmen.

Im Fokus des Förderprogramms stehen die 47 hochprädikatisierten Kurorte und Heilbäder sowie der 10 Gemeinden mit anerkannten Heilquellen und Moorkurbetrieben in Bayern.

Nachdem in einem ersten Expertenhearing Themen zu den Bereichen demographische Entwicklung, übergreifende Kriterien einer erfolgreichen Weiterentwicklung, Stand und Zukunft der Kurortemedizin behandelt wurden, sollen nun die Bereiche des Gesundheitsmarktes, insbesondere des zweiten Gesundheitsmarktes und dessen Marketingstrategien betrachtet werden.

Der Gesundheitstourismus ist ein bedeutender Wirtschaftszweig mit großem Zukunftspotential für Bayern. Die Nachfrage nach gesundheitstouristischen Produkten und Dienstleistungen

gen wird weiter wachsen. Die Chancen und Möglichkeiten, die sich daraus ergeben, sind mit erheblichen Anforderungen an die Angebote und Anbieter verbunden. Durch den weitgehenden Rückzug der Sozialversicherungsträger aus der Finanzierung der wohnortfernen ambulanten Kur ist eine Weiterentwicklung bzw. Neuausrichtung des Angebots dringlich.

## **2 Gesundheitstourismus und Zweiter Gesundheitsmarkt**

In einer ersten Näherung lassen sich „Erster“ und „Zweiter“ Gesundheitsmarkt durch Ihre Zielsetzungen und Ihre Finanzierung differenzieren. Während im „Ersten Gesundheitsmarkt“ die herkömmliche krankheitsorientierte Vorbeugung, Behandlung einschließlich der Akutversorgung und Rehabilitation und Pflege im Vordergrund stehen, welche durch die Sozialversicherungen bzw. durch private Versicherungen getragen werden, ist der sogenannte „Zweite Gesundheitsmarkt“ überwiegend privat finanziert und durch Elemente wie ästhetische Medizin, Wellness bzw. Fitness und gesundheitstouristische Aspekte gekennzeichnet. In einem erweiterten Verständnis erfasst dieser Zweite Gesundheitsmarkt auch den Bereich der frei verkäuflichen Arzneimittel, der individuellen Gesundheitsleistungen, der „Bio-Orientierung“ sowie verschiedene weitere Aspekte eines gesundheitsbewussten Lebensstils.

Als typische „Produkte“ der Kurorte und Heilbäder finden sich im Ersten Gesundheitsmarkt die Kurbehandlung und verschiedene oft indikationsspezifische Rehabilitationsangebote, im Zweiten Gesundheitsmarkt weniger indikationsorientierte Angebote aus dem Bereich allgemeiner Prävention und Gesundheitsförderung. Mit Bezug zu den Kurorten und Heilbädern ist in Abgrenzung zur Unterbringung in Krankenhäusern und Kurkliniken für den Zweiten Gesundheitsmarkt die fast ausschließliche Unterbringung in Hotels und ggf. auch Sanatorien zu nennen.

Bezogen auf die touristischen Elemente findet sich ein Spektrum, welches von einem Medizin-Tourismus mit Schwerpunkt auf einer stationären medizinischen Behandlung über den Kur-Tourismus mit Aufhalten in Kurkliniken und Sanatorien bis zum Wellness-Tourismus und dem gesundheitsorientierten Urlaub reicht. Damit sind die ambulanten, wohnortfernen Kuren in einem Grenzbereich zwischen Erstem und Zweitem Gesundheitsmarkt angesiedelt.

In einer Analyse ausgesuchter Urlaubsaktivitäten liegt der Marktanteil von Gesundheitsurlauben an allen Urlauben für die deutsche Bevölkerung bei etwa 6% (das entspricht 4,3 Mio. Gesundheitsurlauben von mindestens fünftägiger Dauer)<sup>1</sup>. Dabei führt jeder Vierte dieser Ur-

---

<sup>1</sup> Forschungsgemeinschaft Urlaub & Reisen (F.U.R.). Gesundheitsorientierte Urlaubsformen: Strukturen, Potentiale und Ansprüche. Kiel, 2011

laube nach Bayern. Die typische Dauer eines Gesundheitsurlaubs beläuft sich auf knapp zwei Wochen und liegt damit sogar über der Urlaubsdauer von vergleichbaren Aufenthalten. Die Gesamtausgaben liegen mit etwa 800 EUR pro Person bei gesundheitsorientierten Urlauben höher als im normalen Urlaubssegment.

Damit kann festgehalten werden, dass insbesondere für Bayern erhebliche Potentiale bei gesundheitsorientierten Urlauben gegeben sind, welche sich unter anderem in einer Wertschätzung der Gesundheit als Lebensstilthema gründen. Genauere Analysen nach Alters- und Sozialgruppen liegen zur Zeit nicht vor, wobei unter anderem Bezüge zu den Lebensstilen bewusster Einfachheit sowie gesundheitlicher Orientierung und Nachhaltigkeit nahe liegen (Lifestyle of voluntary Simplicity, LOVOS, bzw. Lifestyle of Health and Sustainability, LOHAS). Festzuhalten ist auch, dass bei den Personen in diesem Segment des Gesundheitstourismus und hier vor allem im Bereich des Wellness-tourismus in der Regel nur geringe gesundheitliche Beschwerden aktuell vorliegen, diese Reisen also im Wesentlichen der Krankheitsvorbeugung und allgemeinen Gesundheitsförderung bzw. dem Wohlbefinden („Wellness“) dienen. Hier unterscheidet sich das Klientel der Wellness-touristen und gesundheitsorientierten Urlauber von den Personen, die Reiseaktivitäten durchführen mit dem Ziel einer Kur im Urlaub: bei dieser Personengruppe sind häufig stärkere bzw. spürbare gesundheitliche Einschränkungen zu beobachten. Z.T. sind diese Ergebnisse auch mit dem Alter der Reisenden zu korrelieren.

Vor diesem Hintergrund wird empfohlen, das Kommunikationskonzept für die hochprädikatisierten gesundheitsbezogenen Angebote der bayerischen Kurorte und Heilbäder differenziert und zielgruppenspezifisch auszurichten. Ein solches Kommunikationskonzept umfasst u.a.

- die Gäste in ihrer individuell differenzierten Ausrichtung als Kurgäste oder als Wellness-Touristen,
- die interne Kommunikation an die verschiedenen Leistungsbringer am Kurort bzw. Heilbad (Selbstverständnis/“Corporate Identity“),
- die Kommunalpolitik am Kurort und Heilbad sowie
- die Bürger der Kurorte und Heilbäder, insbesondere hinsichtlich einer gelebten Willkommenskultur und der Bereitstellung von Kureinrichtungen im öffentlichen Raum sowie
- zuweisende Ärzte und Institutionen.

Diese zielgruppenspezifische Kommunikation eines Kurortes bzw. Heilbades ist im Sinne differenzierter und zueinander komplementärer Kommunikationsstrategien aufzufassen.

Mit Bezug auf die 54 hoch prädikatisierten Kurorte und Heilbäder bzw. Moorheilbäder in Bayern wird die staatliche Zertifizierung als deutlicher zu betonender Konkurrenzvorteil gesehen. Angeregt wird, die diesbezügliche Kriterienliste transparent und aktualisiert in den Kommunikationsprozess einzubringen und auch eine Aktualisierung und Bestätigung einer Prädikatisierung in geeigneter Form vorzusehen. Basierend auf der neutralen staatlichen Hochprädikatisierung könnten jeweils ausgewählte geeignete Kriterien in die differenzierte Kommunikation der Wellness-Angebote, auch in den internationalen Bereich des Spa-Tourismus, einfließen. Dem gegenüber kommt den von anderen Stellen vergebenen Siegeln und Auszeichnungen eine komplementäre Rolle zu, die der Hochprädikatisierung in der Wertigkeit untergeordnet ist, da hier keine staatliche Kontrolle erfolgt.

Weitere offene Fragen für die Zukunft des Gesundheitstourismus in Bayern sind:

- Passen die Angebotsstrukturen überall zu den Bedürfnissen der Nachfrager?
- Sind die bayerischen Heilbäder und Kurorte auf die skizzierten neuen Bedürfnisgruppen, auch im internationalen Kontext, vorbereitet?
- Sind die bayerischen Heilbäder und Kurorte mit den Anbietern aus dem Zweiten Gesundheitsmarkt ausreichend vernetzt?
- Welche Synergieeffekte durch strategische Partnerschaften wären möglich und realisierbar?
- Wer sind die entscheidenden Konkurrenten der bayerischen Kurorte und Heilbäder im In- und Ausland?

### **3 Marketingstrategien für Rehabilitationsdienstleistungen**

Marketing im Gesundheitsbereich hat Besonderheiten, die bewusst zur Kenntnis genommen werden müssen. In Bezug auf das Klinikmarketing handelt es sich bei vielen Angeboten mit Krankheitsbezug um so genannte „No-Interest-Produkte“. Darunter sind Angebote zu verstehen, welche überwiegend bei gesundheitlichen Problemen in Anspruch genommen werden und nicht aus einer Motivation jenseits des Assoziationsfeldes von Krankheit und Tod nachgefragt werden. Eine weitere Besonderheit ist, dass die Qualität der angebotenen Leistungen bzw. Leistungsbündel auch von Fachleuten oftmals nur schwer beurteilt werden kann und hier der Komponente „Vertrauen“ große Bedeutung zukommt. Die möglichen Angebote im Bereich des Zweiten Gesundheitsmarktes haben eine günstigere Ausgangssituation, zumindest soweit die Bereiche Gesundheit, Ästhetik und sportlicher Fitness im Vordergrund ste-

hen. Hieraus ergibt sich die Herausforderung, zielgruppenspezifisch passende „Begeisterungsfaktoren“ für die Dienstleistungsangebote an den Kurorten und Heilbädern zu finden und effektiv zu kommunizieren.

Zu beachten ist auch, dass so genannte „selbstreferentielle“ Kommunikation im Klinikbereich häufig zu finden ist. Bei dieser Art verfehlter Kommunikation werden die Strukturen und Prozesse innerhalb einer Klinik in den Vordergrund der Kommunikation gestellt, nicht aber die Perspektive des Leistungsnachfragers mit dem Fokus auf die interessierenden Produkt einer Einrichtung eingenommen. Auf den Punkt gebracht ist nur das gut, was gut gemacht ist und für den Kunden gut ist, eingebettet in den Gesamtrahmen einer gegenseitigen Nutzenstiftung (win-win-Situation). Bezogen auf die bayerischen Kurorte und Heilbäder bedeutet dies, dass die Dienstleitungen aus Sicht der Klienten materialisiert und visualisiert werden und als Dienstleistungsbündel in einem übersichtlichen One-Stop-Programm mit aus Kundensicht einer zentralen Ansprechstelle angeboten werden sollten.

Neben dieser direkten Kundenorientierung mit Bezug auf einzelne Personen ist auch das Einweiserbeziehungsmanagement zu betrachten. Ein Einweiserbeziehungsmanagement oder Zuweisermanagement bezeichnet eine markt- und kundenorientierte Form der Klinikführung, die den Aufbau, die Intensivierung und ggf. die Wiederaufnahme langfristiger Beziehungen zu den potentiellen Einweisern auf Basis einer ganzheitlichen, differenzierten Einweiserstrategie mit dem Ziel der gegenseitigen Nutzenstiftung zur Aufgabe hat<sup>2</sup>.

Dabei sind Fachkompetenzen und strukturelle Qualitäten von großer grundsätzlicher Bedeutung, haben jedoch nicht die Rolle von Begeisterungsfaktoren. Wichtige Faktoren für das Marketing und die erfolgreiche Entscheidung von Kundengruppen sind ein intensives Schnittstellenmanagement mit zuverlässiger Erreichbarkeit und ein hierarchiefreies und kollegiales Kommunikationsmuster innerhalb der ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringer wie auch gegenüber den Klienten. Gleichzeitig sind Strukturqualitäten wie die Fachkompetenz der Leistungserbringer und die Ausstattungs- und Behandlungsqualität unverzichtbar, welche bei negativer Bewertung ein weiteres erfolgreiches Beziehungsmanagement verhindern. Vor diesem Hintergrund wird noch einmal auf die Sinnhaftigkeit und Bedeutung eines Hygienezertifikates im Bereich der Kurorte und Heilbäder hingewiesen.

Positive Aspekte eines pro-aktiven Zuweisermarketings sind empirisch belegbar und beinhalten auch Ansätze wie persönliche Gespräche mit Zuweisern, Sozialversicherungen und Kundengruppen im Rahmen eines personalisierten und aktiven Beziehungsmanagements.

---

<sup>2</sup> s.a. Raab A, Drisner A. Einweiserbeziehungsmanagement. Wie Krankenhäuser erfolgreich Win-Win-Beziehungen zu niedergelassenen Ärzten aufbauen. Stuttgart, Kohlhammer 2011

Voraussetzung für eine gelingende Kommunikation ist Qualität auf allen Ebenen. Dies beinhaltet sowohl die einzelnen gesundheitsbezogenen Leistungserbringer an den Kurorten und Heilbädern wie auch die Orte selbst mit ihren übergeordneten Angeboten und Marketingstrategien sowie die einzelnen Gastgeber.

Mit dem Ziel einer ehrlichen und damit nachvollziehbar transparenten Kommunikation sind Prozesse mit weniger Bürokratie anzustreben, welche mehr Spielraum für therapeutische Kommunikation lassen. Ein zentrales Element einer solchen weiterentwickelten Kommunikation sind sogenannte One-Stop-Strategien, also aus Kundensicht die Verfügbarkeit eines einzelnen Ansprechpartners bzw. einer einzelnen Ansprechstelle, mit welcher alle Fragen in medizinischer und touristischer Hinsicht geklärt werden können – bis zur Rechnungsstellung. In diesem Zusammenhang wird auf laufende Aktivitäten im Rahmen der Förderprogramme der Bayerischen Staatsregierung hingewiesen, die derartige integrierte Ansätze als indikationsspezifische Programme mit Elementen wie Kurortlotsen unterstützen.

Als besondere Zielgruppe dieser Kommunikationsstrategie werden

- die Patienten bzw. Individualreisende,
- die Arbeitgeber im Segment der Klein- und mittleren Unternehmen im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung identifiziert.

Während die Individualreisenden als Selbstzahler eine mengenmäßig breite Kundengruppe darstellen, ist bei den Klein- und mittleren Unternehmen häufig keine spezifische Expertise im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung gegeben. Diese kann potentiell in einem gegenseitigen Nutzenverhältnis durch die Kurorte und Heilbäder beigesteuert werden.

In Hinblick auf beide Zielgruppen ist ein bedürfnisorientiertes Marketing mit der Perspektive der Nachfrager geboten, wobei insbesondere gesundheitsökonomische Argumente mit nachweisbaren Einsparungen, z.B. aus Perspektive des Arbeitsgebers, dringlich gefordert sind.

## **4 Gesundheitstourismus und Medizintourismus**

Auf die entsprechenden Publikationen der Deutschen Zentrale für Tourismus (DZT) sowie des Bayerischen Gesundheitsministeriums wird in diesem Zusammenhang verwiesen<sup>3</sup>. Im

---

<sup>3</sup> Siehe u.a. Expert medical care at hospitals and rehabilitation clinics. Medical Travel. URL: [www.germany.travel/medicine](http://www.germany.travel/medicine); Richtig gesund werden. Medizinische Rehabilitation in Bayern. URL: [www.state-of-health.bayern.de](http://www.state-of-health.bayern.de); We cure and care. URL: [www.state-of-health.de](http://www.state-of-health.de)

Marketing der DZT werden drei Säulen für das „Gesundheitsland“ Deutschland unterschieden und aktiv beworben:

- Gesundheitsreisen bzw. Gesundheitstourismus
- Wellnessreisen bzw. Wellness-Tourismus
- Medizinreisen bzw. Medizin-Tourismus.

Während bei Wellnessreisen die Themen Erholung, Freizeit und Lifestyle im Mittelpunkt stehen und bei Medizinreisen die Heilung bzw. Behandlung spezifischer Krankheiten, nimmt der Gesundheitstourismus eine Art Mittelstellung ein. Bei ihm sind die thematischen Schwerpunkte Prävention und Gesundheitsförderung, Rehabilitation im Sinn der Tertiärprävention, sowie indikationsspezifische Vor- und Nachsorge Angebote. In diesem Bereich liegt auch der Kompetenzschwerpunkt der Heilbäder und Kurorte. Zu unterscheiden sind auch Reisen von Deutschland aus ins Ausland, der sogenannte Outbound-Tourismus, vom Ausland nach Deutschland, der sogenannte Inbound-Tourismus sowie als drittes Segment der im Land stattfindende Reiseverkehr, der sogenannte Domestic-Tourismus.

Wie in der Begrifflichkeit Gesundheit und Tourismus bzw. Medizin und Tourismus oder auch Wellness und Tourismus erkennbar, sind einerseits Angebote aus dem Medizin- bzw. dem Gesundheits- und Wellnessbereich angesprochen, andererseits auch die begleitenden klassischen Tourismusdienstleistungen. Im Bereich des Gesundheits- und Medizintourismus lassen sich fünf Hauptmotive für die Entscheidung der Kunden unterscheiden:

- Qualität und Reputation des Reiseziels bzw. Angebots
- Zugang in zeitlicher, rechtlicher und auch ethischer Hinsicht (Beispiel Fertilitäts- oder Geschlechtswahlangebote)
- Kosteneinsparungen hinsichtlich des jeweiligen Konkurrenzangebotes
- Privatheit und Fürsorge
- Touristische Attraktivität, auch unter dem Aspekt von mitreisenden Angehörigen.

Klassische Destinationen im internationalen Bereich sind die Länder Indien, Thailand und Malaysia. Im nationalen wie internationalen Kontext zu berücksichtigen ist, dass nicht nur die wissenschaftlich basierten medizinischen Angebote und Disziplinen angefragt werden, sondern häufig auch sogenannte alternative oder komplementär-medizinische Verfahren wie z.B. Naturheilverfahren, orientale Medizin (Akupunktur, Ayurveda etc.) oder mentale medizinische Angebote (spiritueller Tourismus, Meditation und Förderung der psychischen und mentalen Belastbarkeit).

Chancen und Herausforderungen ergeben sich aus einer systematischen und durchdachten Verknüpfung der touristischen und medizinischen bzw. gesundheitlichen Komponenten, von der Vorsorge bzw. Reisevorbereitung bis zur touristischen und gesundheitlichen Durchführung am Zielort und einer angemessenen Nachsorge. Auch in diesem Zusammenhang kommt den oben schon erwähnten One-Stop-Angeboten große Bedeutung zu. Wichtige Kriterien sind die touristischen und medizinischen bzw. gesundheitlichen Inhalte, die Transparenz der Information sowohl hinsichtlich der Kosten als auch möglicher Zuschüsse, ein einheitliches und damit transparentes Akkreditierungs- und Qualitätssystem, eine ggf. interkulturelle Qualifikation der touristischen und gesundheitlichen Anbieter, Kooperationsmodelle im Grenzbereich von Medizin bzw. Gesundheitstourismus und allgemeinem Tourismus sowie unter Berücksichtigung von Kranken- und Sozialversicherungsträgern geeignete Formen von Private Public Partnerschaften.

In einer touristisch orientierten Betrachtungsweise kommt auch den zentralen Umschlagspunkten wie z.B. den bayerischen Flughäfen, insbesondere dem Flughafen München-Erding, große Bedeutung zu. In dieser Betrachtungsweise ist der sogenannte grenznahe Gesundheits- bzw. Medizintourismus, welcher eine relevante Bedeutung hat, bezüglich der „bayerischen Außengrenze Flughafen“ mit seine dort zentrierten Transportangeboten zu beachten.

## **5 Empfehlungen und weitere Schritte**

Aus den angestellten Überlegungen ergeben sich folgende konkrete Anregungen zur weiteren Bewertung:

- Eröffnung von Möglichkeiten der betrieblichen Gesundheitsförderung z.B. im Öffentlichen Dienst in Bayern (weitere Prüfung nötig) für qualitätsgesicherte Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote in der Phase des Berufslebens durch geförderte Aufenthalte in bayerischen Kurorten und Heilbädern (gesundheitpolitisches Signal)
- Darstellung des Prädikats „hochprädisierte bayerische Kurorte“ durch ein abgestimmtes Vorgehen zwischen StMUG und StMI unter Einbeziehung des BHV und des StMWiVT und seine Kommunikation im Innen und Außen-Verhältnis
- Überzeugende Darstellung des Mehrwertes bayerischer Kurorte und Heilbäder im Vergleich zu konkurrierenden Angeboten

- Vertiefte empirische Erhebung zur Marke „Kurorte und Heilbäder im Gesundheitsland Bayern“ mit modernen Marktforschungsmethoden „Was begeistert“, insbesondere unter Berücksichtigung der ortsgebundenen besonderen Heilmittel sowie Initiativen zur Qualitätsmessung aus Kundensicht unter Einbindung von Marktforschungsexpertisen
- Verknüpfung der exzellenten Expertiseträger bayerischer Hochschulen und Universitäten mit den Belangen der hoch prädikatisierten bayerischen Kurorte und Heilbäder
- Profilierung unter Berücksichtigung von inländischen und ausländischen Wettbewerbern einschließlich der Option der Gewinnung ausländischer Kundengruppen
- Erstellung entsprechend differenzierter Marketingkonzepte.

Zur weiteren Diskussion wird auch gestellt, ob einzelne bayerische Kurorte und Heilbäder unter Berücksichtigung der Wettbewerbssituation eine Ausrichtung auf spezifische ausländische Kundengruppen nehmen könnten sowie auf Kundengruppen, auch aus dem Bereich multinationaler Unternehmen.

Anlagen:

1. Programm des Expertenhearings
2. Präsentationen der Referenten (wissenschaftliche Dokumentation)

## Anlage

# Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit



### Anlage 1

## Tagesordnung: „Gesundheitstourismus und Marketing - Perspektiven für die bayerischen Kurorte und Heilbäder“

### Termin/Ort

Donnerstag, 25.07.2013, 11.00h-15.30h, München Pfarrstraße 3 (U-Bahn U4/U5, „Lehel“)

### Ablauf

11.00-11.30 Top 1: Begrüßung (Dr. Zapf, Präsident LGL/Landesarzt StMUG)

- Sachstand Förderprogramm zur Weiterentwicklung der bayerischen Kurorte und Heilbäder, Expertenhearing zur med. Qualität (Ref.: Dr. Sven Schluckebier, LGL/BayGA)

11.30-12.15 Top 2: Gesundheitstourismus und zweiter Gesundheitsmarkt

- Gesundheitstourismus und zweiter Gesundheitsmarkt – Umfang, Ausprägungen und aktuelle Entwicklungen (Ref.: Prof. Anja Brittner- Widmann, Ravensburg)

- Diskussion zum Thema  
(Diskutantin: Frau Kurdirektorin Gabriella Squarra, Bad Reichenhall, BHV)

12.15-13.00 Top 3: Marketingstrategien für Rehabilitationsdienstleistungen

- Der wechselseitige Bezug von Gesundheit, Qualität und Marketing/Zuweisermanagement (Ref.: Prof. Andrea Raab, Ingolstadt)

- Diskussion zum Thema  
(Diskutant: Herr Kurdirektor Thomas Jahn, Bad Aibling, BHV)

13.00-14.00 Pause

14.00-14.45 Top 4: Gesundheitstourismus und Medizintourismus

- Gesundheitstourismus und Medizintourismus: Chancen, Schnittstellen und Abgrenzungen (Ref.: Prof. Walter Freyer, Dresden)

- Diskussion zum Thema

14.45-15.30 Top 5: Nächste Schritte

Rapporteurs: Frau Hartmann, Frau Heider

**Dienstsitz:**  
LGL  
Eggenreuther Weg 43  
91058 Erlangen

**Telefon:** 09131/6808-0  
**Telefax:** 09131/6808-2102

**Diese Dienststelle schreibt Ihnen:**  
LGL, Dienststelle Oberschleißheim  
Veterinärstr. 2  
85764 Oberschleißheim

**Telefon:** 09131/6808-0  
**Telefax:** 09131/6808-5425

**E-Mail und Internet**  
poststelle@lgl.bayern.de  
www.lgl.bayern.de

Anfahrtsskizze im Internet  
**Bahn:** S1 Oberschleißheim  
**Bus:** 292 Sonnenstraße

Seite 1 von 1  
**Bankverbindung**  
Bayerische Landesbank  
Kto. 1279280  
BLZ 700 500 00



**BAYERISCHES LANDESAMT FÜR GESUNDHEIT  
UND LEBENSMITTELSICHERHEIT**

**LGL**

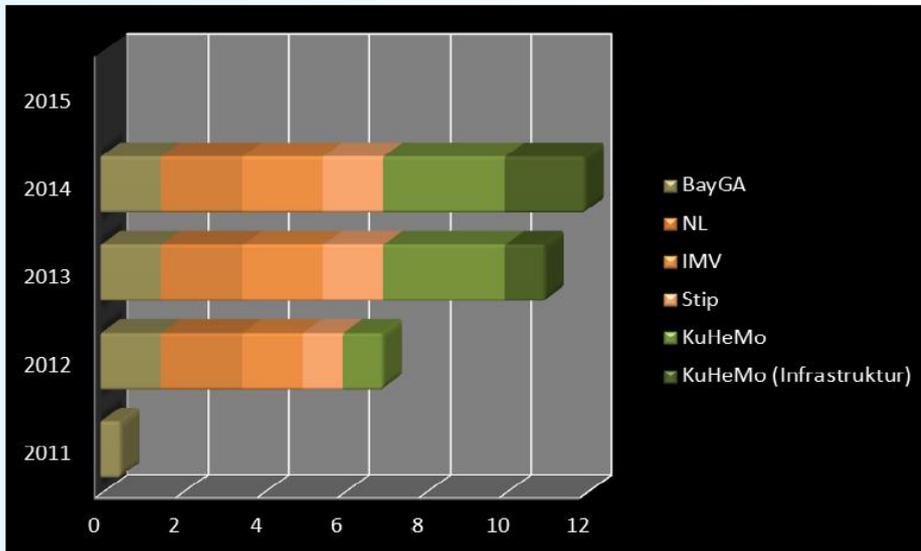
Expertenhearing „Gesundheitstourismus“  
*Programm zur Förderung der bayerischen Kurorte und Heilbäder  
bei der Weiterentwicklung ihres medizinischen Angebots*

Dr. Sven Schluckebier, Ann-Kathrin Heider, Bayerische Gesundheitsagentur (BayGA)

## **Die Bayerische Gesundheitsagentur (BayGA)**

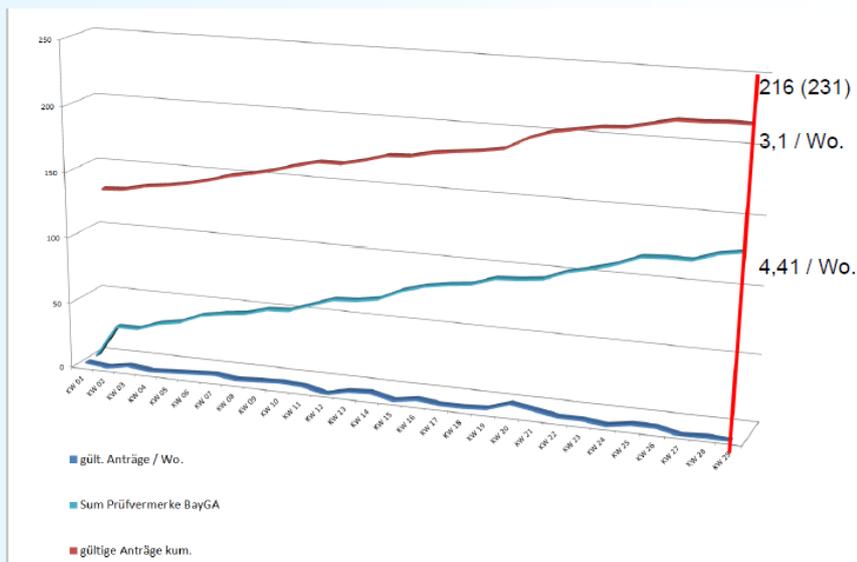
- **Bis Ende 2014 mit 5 Mio. € für 4 Jahre projektfinanziert**
- **Start zum 01.02.2012**
- **BayGA-Sitz: im Bayerischen Haus der Gesundheit in Nürnberg**
- **Geschäftsfelder der BayGA:**
  - **Umsetzung (ab 08'2012) von 2 Förderprogrammen des StMUG; ges. 25,5 Mio. €**
    - Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung (ländlicher Raum)
      - Förderung der Niederlassung von Hausärzten in der vertragsärztlichen Versorgung (NL)
      - Förderung von „Innovativen medizinischen Versorgungsformen“ (IMV)
      - Stipendienprogramm zur Förderung von Medizinstudierenden (Stip)
    - Stärkung bayerische Kurorte, Heilbäder und anerkannter Moorheilbetriebe bei der Weiterentwicklung ihres medizinischen Angebots (KuHeMo)
  - **Entwicklung von Konzepten zur Weiterentwicklung der (ausgezeichneten) bayerischen Gesundheitsregionen**
  - **Weiterentwicklung der Gesundheitswirtschaft**
  - **Unterstützung bayerischer Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen bei ausländischen Patienten und Ärzten**

## Eigen- und Fördermittel der BayGA



+510 %

## Bearbeitungsstatus Förderanträge - BayGA



Stand: 19.07.2013

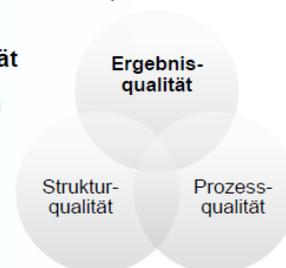
## Übersicht Ergebnisse Experten-Hearing „Evidenzbasierte Weiterentwicklung der Bayerischen Kurorte und Heilbäder“

### Hintergrund

- Rückgang der kurärztlichen Behandlungsfälle > 70% (10 Jahre)
- Veränderung Gastverhalten  
-> selbstbezahlte Aufenthalte  
-> kürzere Verweildauer  
=> Kompensation möglich durch Steigerung der Gästeankünfte
- Förderprogramm zur Unterstützung der bayerischen Kurorte und Heilbäder im Rahmen der Regierungserklärung „Gesundheitsland Bayern (20.10.2011)

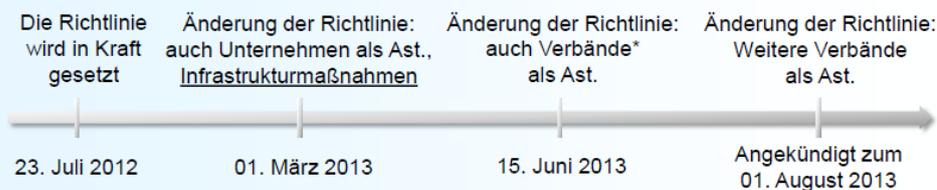
### Qualitätsentwicklung bei Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

- Wissenschaftliche Evaluation bereits im Rahmen von geförderten Projekten untersucht (Fokus: Struktur- und Prozessqualität)
- Dritte wichtige Qualitätsdimension, gesundheitliche Ergebnisse (Outcomes), als Schwerpunkt des derzeitigen Förderprogramms



## Entwicklung und Inhalt der Förderrichtlinie

### Historie



### Inhalt der Richtlinie

- Ziel: Weitere Verbesserung der medizinischen Qualität
- Zweck: Unterstützung von Unternehmen und Verbänden bei der aktiven Gestaltung des Strukturwandels
- Antragsberechtigt: Unternehmen und Verbände aus 47+10 = 54 Gemeinden
- Umfang der Zuwendung: bis zu 200.000 Euro für max. 3 Jahre  
Höchstfördersatz max. 70%

\* Verbände, deren Mitglieder mehrheitlich antragsberechtigte Gemeinden sind

## ***Ergebnisse Experten-Hearing „Evidenzbasierte Weiterentwicklung der Bayerischen Kurorte und Heilbäder“***

### **Übergreifenden Kriterien einer erfolgreichen Weiterentwicklung (1)**

I. Das Leistungsangebot dient Gesundheit und Wohlbefinden der Person („Gesundheit an erster Stelle“)

- Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation
- komplementäre Wellness-Angebote
- eine hochwertige medizinische Betreuung vor Ort

II. Leistungsangebot und Leistungserbringung sind

- evidenzbasiert
- optimieren die Qualität
- sichern die Mitsprache von Kunden/Patienten und Mitarbeitern

## ***Ergebnisse Experten-Hearing „Evidenzbasierte Weiterentwicklung der Bayerischen Kurorte und Heilbäder“***

### **Übergreifenden Kriterien einer erfolgreichen Weiterentwicklung (2)**

III. Es bestehen Synergien und Kooperationen mit anderen Bereichen des Gesundheitswesens

IV. Das Angebot entspricht ethischen Ansprüchen und persönlichen Werten

V. Das Angebot ist erschwinglich für die Patienten/Kunden bzw. Mittelgeber

VI. Angebot und Strukturen sind wirtschaftlich nachhaltig und zukunftsfähig

VII. Angebot und Strukturen tragen zum Gesundheitsstandort bei

## ***Ergebnisse Experten-Hearing „Evidenzbasierte Weiterentwicklung der Bayerischen Kurorte und Heilbäder“***

### **Expertenempfehlungen – Zur weiteren Diskussion (1)**

- I. Wertschätzung der Heterogenität und Diversität der Kurorte als Bestandteil einer lebendigen Wettbewerbslandschaft mit langer Tradition
- II. Profilierung der Kurorte mit den jeweiligen ortsgebundenen Heilmitteln
- III. Wettbewerbliche Ausrichtung und Vernetzung der Angebote am Kurort unter Berücksichtigung der angestrebten inhaltlichen Profilierung
- IV. Einsatz von Informationstechnologien bei der Vermarktung
- V. Finanzielle Inzentivierungen für eine erfolgreiche Qualitätsorientierung in den Kurorten, u.a. durch die Kostenträger
- VI. Anreize und innovativen Motivationssystemen für den Selbstzahler als Teil der Gesundheits- und Sozialversicherung

## ***Ergebnisse Experten-Hearing „Evidenzbasierte Weiterentwicklung der Bayerischen Kurorte und Heilbäder“***

### **Expertenempfehlungen – Zur weiteren Diskussion (2)**

- VII. Differenzierung zwischen den patienten- bzw. sozialversicherungsträgerbezogenen Leistungen und dem allgemeinen Gesundheitstourismus
- VIII. Verankerung der unternehmerischen Verantwortung und auch Gestaltungsfreiheit bei den jeweiligen Kurorten und Heilbädern
- IX. Identifikation von erfolgreichen Best-Practice-Ansätzen innerhalb und außerhalb Bayerns (Benchmarking)
- X. Aktive politische Begleitung und Unterstützung bei der Vernetzung von Gesundheits- und Sozialversicherungsdienstleistern mit den Kurorten
- XI. Kommunikation einer ökonomisch wie sozial sinnvollen Investition in Prävention und Gesundheitsförderung im Setting Kurort/ Heilbad in Richtung Politik, Sozialversicherungsträger und Wirtschaftsunternehmen

---

# Gesundheitstourismus und zweiter Gesundheitsmarkt – Umfang, Ausprägungen und aktuelle Entwicklungen

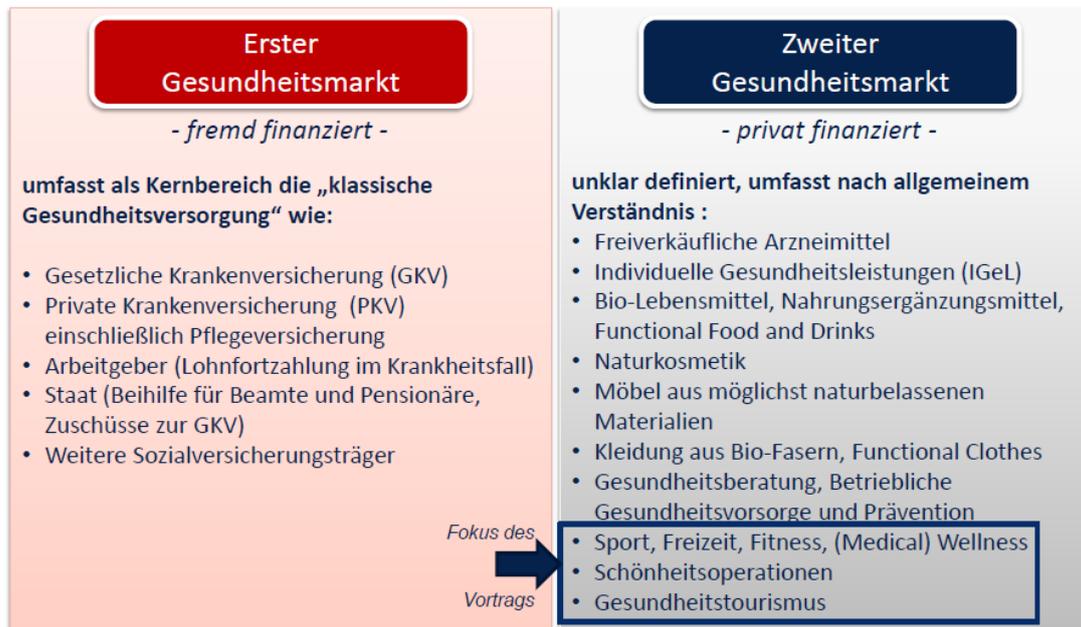
Prof. Dr. Anja Brittner-Widmann

## Was erwartet Sie in meinem Vortrag?

---

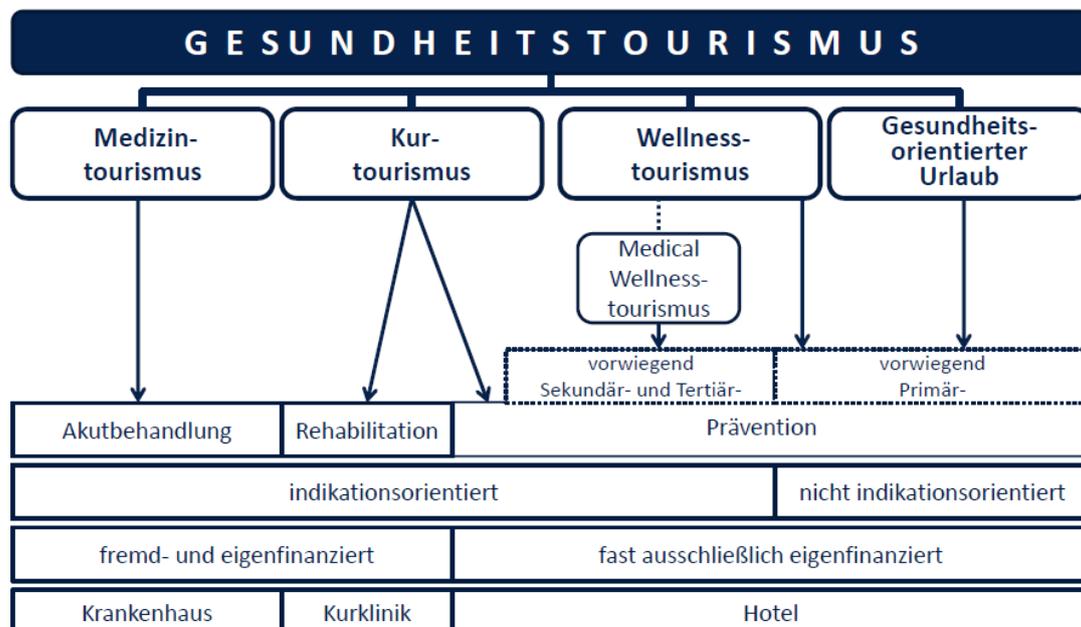
1. Differenzierung des 1. und 2. Gesundheitsmarkts
2. Gesundheitstourismus – ein Abgrenzungsversuch
3. Zur Nachfrage im Gesundheitstourismus
4. Zur Anbieterstruktur im Gesundheits- und Wellnesstourismus:  
Im Dschungel der Gütesiegel, Auszeichnungen und  
Marketinglabel?
5. Abschließende Fragen zur Zukunft des Gesundheitstourismus in  
Bayern

# 1. Differenzierung des Ersten und Zweiten Gesundheitsmarkts



Quellen: eigene Zusammenstellung nach Bundesministerium für Gesundheit 2013; Wirtschaftskammer Österreich 2010

# 2. Gesundheitstourismus – ein Abgrenzungsversuch



Quelle: eigene Zusammenstellung

### 3. Zur Nachfrage im Gesundheitstourismus

#### 3.1 Langfristige Entwicklung ausgesuchter Urlaubsaktivitäten (F.U.R.)

Angaben in %	1999	2009	2011
Baden im See oder im Meer	48	48	60
Ausgeruht und viel geschlafen	47 ↗	52	44
Wanderungen	41 ↘	31	40
Baden im Swimmingpool	30	33	41
Leichte sportliche Aktivitäten	21 ↗	28	38
Fahrradfahren	18	15	20
Sich verwöhnen lassen/Beauty/Wellness	.*	8	18
Gesundheits-, Kureinrichtungen genutzt	5 ↗	11	12

Größere Bedeutung einiger regenerativer Urlaubsmotive

Zunahme der Nutzung von Gesundheits- und Kureinrichtungen im Urlaub

**2010: 4,3 Mio. Gesundheitsurlaube der Deutschen (mind. 5 Tage) = Marktanteil von 6%, darunter 1,9% mit „Gesundheit als primärem Reisemotiv“**

\* 1999: nicht abgefragt

Frage RA (Reiseanalyse) 2011: „[...] Welche dieser Aktivitäten haben Sie während Ihres Urlaubes in den letzten 3 Jahren, also 2008, 2009 und 2010, sehr häufig oder häufig ausgeübt?“ (Listenvorlage mit 19 Urlaubsaktivitäten, nur Auswahl hier dargestellt).

Anmerkung: Abfrage ab der RA 2010 geändert (vorher skalierte Abfrage), daher direkter Vergleich mit früheren RA-Daten nur bis zur RA 2009 möglich.

Basis: Deutschsprachige Bevölkerung 14+ (2011: n=7.654; 70,5 Mio.), bis 2009 nur Deutsche 14+

Quelle: F.U. R. 2011 (nach RA 1999, 2009 & 2011 face-to-face)



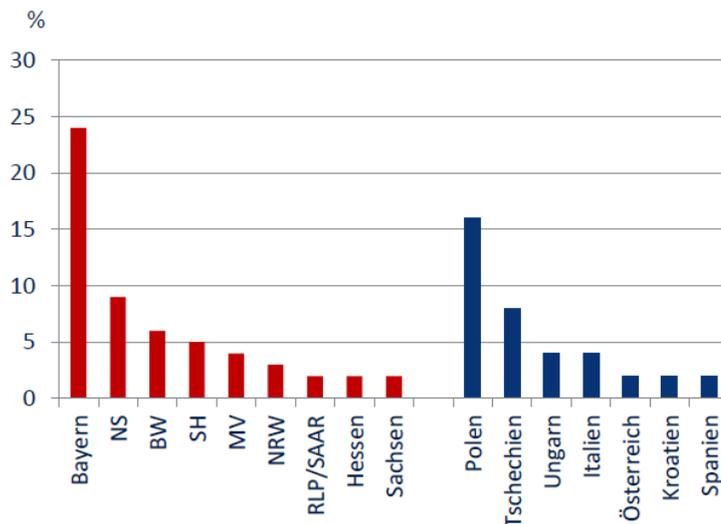
Prof. Dr. Anja Brittner-Widmann  
Zweites Experten-Hearing zur Weiterentwicklung der Bayerischen Kurorte und Heilbäder: „Gesundheitstourismus“

25.07.2013

5

### 3. Zur Nachfrage im Gesundheitstourismus

#### 3.2 Wichtigste Reiseziele der Gesundheitsurlaube in 1. Linie (2010)



insgesamt führen Gesundheitsurlaube wesentlich **häufiger ins Inland: 58%** (42% ins Ausland)

im Vergleich dazu führen alle Urlaubsreisen der Deutschen zu 31% ins Inland und zu 69% ins Ausland

**Bayern ist wichtigstes inländisches Reiseziel an allen Gesundheitsurlaube in 1. Linie**

Basis: Gesundheitsurlaube in erster Linie (n=207; 1,9 Mio.)

Quelle: RA 2011 face-to-face



Prof. Dr. Anja Brittner-Widmann  
Zweites Experten-Hearing zur Weiterentwicklung der Bayerischen Kurorte und Heilbäder: „Gesundheitstourismus“

25.07.2013

6

### 3. Zur Nachfrage im Gesundheitstourismus

#### 3.3 Reiseausgaben pro Person & Tag für Gesundheitsurlaube in 1. Linie (2010)

	Alle Urlaubsreisen			Gesundheitsurlaube in 1. Linie		
	Gesamt	Inland	Ausland	Gesamt	Inland	Ausland
	n=7.581; 69,5 Mio.	n=2.348; 21,5 Mio.	n=5.233 48,0 Mio.	n=207; 1,9 Mio.	n=120; 1,1 Mio.	n=87; 0,8 Mio.
Ø Ausgaben pro Person (in €)	845	523	989	860	800	943
Ø Reisedauer (Tage)	12,8	10,4	13,8	13,5	12,9	14,2
Ø Ausgaben pro Person & Tag (in €)	66	50	72	64	62	66

*Ausgaben für Gesundheitsurlaube liegen leicht über den durchschnittlichen Ausgaben für alle Urlaubsreisen; pro Tag und Person sind sogar deutliche Unterschiede im In- und Ausland erkennbar*

*Gesundheitsurlaube dauern im Schnitt länger, insbesondere Gesundheitsurlaube im Inland dauern im Schnitt 2 ½ Tage länger als alle anderen Inlandsreisen insgesamt*

Fragen: „Wie hoch waren die Gesamtausgaben (in €): Fahrt Unterkunft, Verpflegung und Nebenkosten für alle aus ihrem Haushalt mitgereisten Personen insgesamt gerechnet?“ / „Wie lange hat/haben diese Reise(n) gedauert?“

Basis: Urlaubsreisen (5 Tage+) der deutschsprachigen Bev. 14+ (Fallzahlen wie oben angegeben)

Quelle: F.U. R. 2011



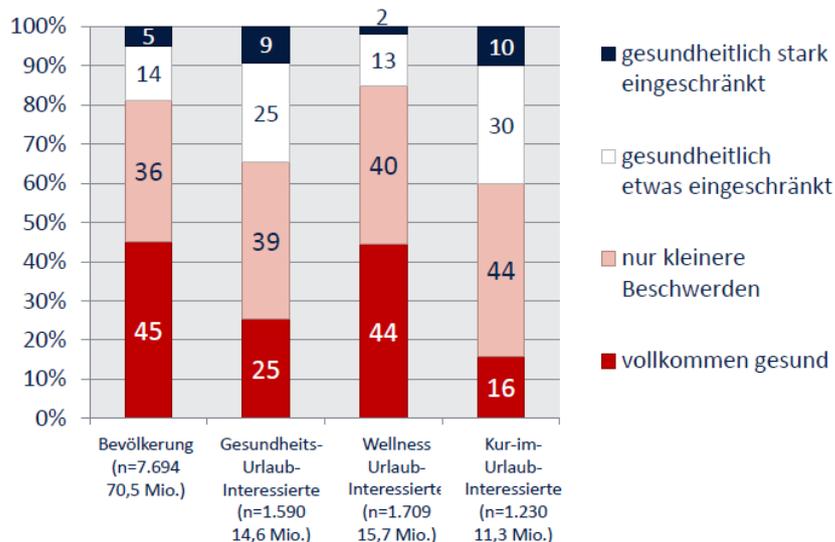
Prof. Dr. Anja Brittner-Widmann  
Zweites Experten-Hearing zur Weiterentwicklung der Bayerischen Kurorte und Heilbäder: „Gesundheitstourismus“

25.07.2013

7

### 3. Zur Nachfrage im Gesundheitstourismus

#### 3.4 Gesundheitszustand der Interessierten für gesundheitsorientierte Urlaubsformen (2011)



*Unterschiede sind auf unterschiedliche Altersstrukturen der einzelnen Interessengruppen zurückzuführen, aber auch auf unterschiedliche Angebotsanforderungen, die zum jeweiligen Urlaubstyp gehören*

Frage: „Wie beurteilen Sie Ihren eigenen gesundheitlichen Zustand?“ Die Summen sind jeweils ungleich 100%, weil ein geringer Anteil der Befragten keine Angaben machte. Basis: Deutschsprachige Interessenten 14+ für die jeweilige Urlaubsform (Fallzahlen wie oben angegeben)

Quelle: F.U. R. 2011

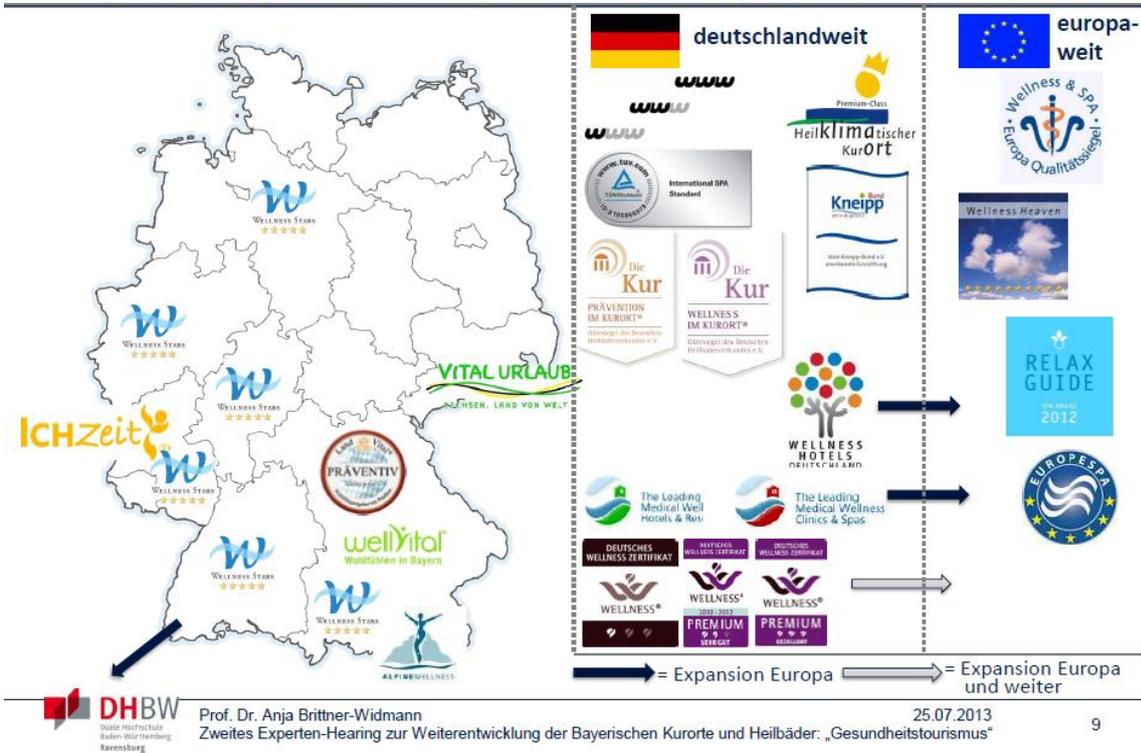


Prof. Dr. Anja Brittner-Widmann  
Zweites Experten-Hearing zur Weiterentwicklung der Bayerischen Kurorte und Heilbäder: „Gesundheitstourismus“

25.07.2013

8

#### 4. Zur Anbieterstruktur im Gesundheits- und Wellness-tourismus: Im Dschungel der Gütesiegel, Auszeichnungen und Marketinglabel?



#### 5. Abschließende Fragen zur Zukunft des Gesundheitstourismus in Bayern

- Bedarf es einheitlicher Qualitätsstandards im Gesundheitstourismus?
- Wenn ja, wer soll diese Standards entwickeln?
  
- Ist die Internationalisierung eine Chance oder Gefahr für bayerische Heilbäder und Kurorte?
  
- Passen die Angebotsstrukturen in Bayern auf die Bedürfnisse der Nachfrager?
- Sind die bayerischen Heilbäder und Kurorte auf neue Bedürfnisgruppen vorbereitet (z. B. Burnout, Lohas)?
  
- Sind die bayerischen Heilbäder und Kurorte mit anderen Anbietern aus dem 2. Gesundheitsmarkt vernetzt?
- Welche Synergiepartner gibt es?
- Wer sind die entscheidenden Konkurrenten?

---

## Kontakt:

Prof. Dr. Anja Brittner-Widmann  
Duale Hochschule Baden-Württemberg Ravensburg  
Studiengang Destinations- und Kurortmanagement  
Rudolfstraße 19, 88214 Ravensburg  
Tel.: 0751-18999 2145, Fax: 0751-18999 2705  
brittnerwidmann@dhbw-ravensburg.de  
www.dhbw-ravensburg.de/destinations-und-kurortmanagement.html



Prof. Dr. Anja Brittner-Widmann

Zweites Experten-Hearing zur Weiterentwicklung der Bayerischen Kurorte und Heilbäder: „Gesundheitstourismus“

25.07.2013

11

---

## Quellen- und Literaturnachweis

- Böhm, Kerstin (2007): Servicequalität im Gesundheitstourismus. Erfolgsfaktor für die deutschen Heilbäder und Kurorte.- Saarbrücken: VDMVerlag.
- Brittner, Anja; Stehle, Tanja (2000): Kurverkehr. (= Trierer Tourismus Bibliographien, Band 9). Trier.
- Brittner-Widmann, Anja (2009): Zertifizierte Wellnesshotels und -orte in Deutschland: Eine Studie zur Verleihung von Gütesiegeln...- In: Tour HP 03/2009, S. 36-40.
- Bünten, Katrin (2011): Medizintourismus als touristische Positionierungsstrategie der neuen EU-Beitrittsländer. Angebot und Nachfrage im Markt des Medizintourismus in Polen.- Hamburg.
- Bundesministerium für Gesundheit (2013): Gesundheitswirtschaft im Überblick.- <http://www.bmg.bund.de/gesundheitsystem/gesundheitswirtschaft/gesundheitswirtschaft-im-ueberblick.html>, abgerufen am 19.07.2013
- Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie – BMWi (Hrsg.) (2011): Innovativer Gesundheitstourismus in Deutschland. Leitfaden. Berlin.
- Forschungsgemeinschaft Urlaub und Reisen e. V. (F.U.R.) (2011): Gesundheitsorientierte Urlaubsformen: Strukturen, Potenziale und Ansprüche.- Kiel.
- Lanz Kaufmann, Eveline (2002): Wellness-Tourismus: Entscheidungsgrundlage für Investitionen und Qualitätsverbesserungen.- (Berner Studien zu Freizeit und Tourismus). Bern.
- Rulle, Monika; Hoffmann, Wolfgang; Kraft, Karin (2010): Erfolgsstrategien im Gesundheitstourismus. Analyse zur Erwartung und Zufriedenheit von Gästen.- Berlin.
- Wirtschaftskammer Österreich (2010): Erfolg auf dem Gesundheitsmarkt. Ein Leitfaden für die Praxis (= Schriftenreihe des Wirtschaftsförderungsinstituts, Nr. 343). Wien.



Prof. Dr. Anja Brittner-Widmann

Zweites Experten-Hearing zur Weiterentwicklung der Bayerischen Kurorte und Heilbäder: „Gesundheitstourismus“

25.07.2013

12

## Experten-Hearing des LGL zur Weiterentwicklung der Bayerischen Kurorte und Heilbäder: „Gesundheitstourismus“

*Der wechselseitige Bezug von Gesundheit, Qualität und  
Marketing / Einweiserbeziehungsmanagement*

*Prof. Dr. Andrea Raab, Technische Hochschule Ingolstadt*



## Agenda

1. Beispiel Klinikmarketing heute
2. Zusammenhang zwischen Qualität und Klinikmarketing
3. Definition Einweiserbeziehungsmanagement
4. Studie Einweiserbeziehungsmanagement/Zuweisermarketing von deutschen Rehakliniken
  1. Auswertung der qualitativen Befragung
  2. Auswertung der quantitativen Online-Befragung
  3. Fazit
5. Ableitungen für Kurkliniken?

## Klinikmarketing hat (leider) zumeist ein Problem: Es geht um ein No-Interest-Product.

Marken leben in der Vorstellungswelt der Kunden ...

- aber wer will sich „Klinik“ schon vorstellen?

Je besser das Krankenhaus, je wichtiger die Behandlung ...

.... desto schlimmer  
die Vorstellung.

- Wenn es aber gelingen könnte, jenseits von „Krankheit, Tod und Verderben“ bei den Bürgerinnen und Bürgern eine positive Vorstellung von den Leistungen einer Klinik zu wecken, dann könnten daraus wichtige Wettbewerbsvorteile erwachsen.
- Nicht zuletzt würde Markenbildung für Kliniken Vertrauen schaffen, bevor Bedarf an der Klinikleistung entsteht.

Quelle:  
Vgl. Steudemann, H.: Marketingkommunikation für Krankenhäuser - Grundlagen und Praxisbeispiele; Gastvortrag an der Technischen Hochschule Ingolstadt, Masterkurs Dienstleistungsmarketing, 18.04.2013  
25.07.2013 Prof. Dr. Andrea Raab & Dr. Celine Schulz

3



## Marketingkommunikation von Kliniken - Beispiele

- Schauen wir mal, wie deutsche Kliniken im Internet kommunizieren ...

25.07.2013

Prof. Dr. Andrea Raab & Dr. Celine Schulz

4



## Medizinische Klinik - Onkologie, Hämatologie, Gastroenterologie

- ↳ Kurzprofil
- ↳ **Fachabteilungen und Kliniken**
- ↳ Qualität und Zertifikate
- ↳ Therapieangebote
- ↳ Medizintechnische Geräte
- ↳ Service und Komfort
- ↳ Betreuung und Beratung
- ↳ Ansprechpartner
- ↳ Anfahrt

Chefarzt Prof. Dr. med.

Name des Chefarztes



↳ Sekretariat



	Fälle	Betten	CMI*	Ärzte	Pflege**
Hauptabteilung	2.887	190	0,952	32,5	248,5

### Weitere Informationen

- ▶ Die fünf häufigsten Diagnosen, die von der Fachabteilung gestellt wurden .....
- ▶ Die fünf häufigsten Eingriffe und Operationen, die von der Fachabteilung..... durchgeführt wurden

25.07.2013

Prof. Dr. Andrea Raab & Dr. Celine Schulz



## Wie sieht die mediale Kommunikation von Kliniken oft aus ...

Kliniken kommunizieren:

- Mit unterschiedlich attraktiver Fotografie von Gebäuden.
- Mit Daten und Fakten, die für den Patienten (und Zuweiser) kaum von Bedeutung sind.
  - Erlösdaten (z.B. Case Mix Indizes)
  - Qualitätsdaten und Zertifizierungen von (oft wenig bekannten) Instituten
- Mit Fotos von Chefarzten.

Quelle:  
Vgl. Steudemann, H.: Marketingkommunikation für Krankenhäuser - Grundlagen und Praxisbeispiele; Gastvortrag an der Technischen Hochschule Ingolstadt, Masterkurs Dienstleistungsmarketing, 16.04.2013

25.07.2013

Prof. Dr. Andrea Raab & Dr. Celine Schulz



## Die Kommunikation von Kliniken ist zumeist selbstreferenziell.

- Selbstreferenzielle Kommunikation beschreibt, was man als Institution selbst als wichtig erachtet.
- Da Kommunikation aber ist, was ankommt, ist das sehr gefährlich.
- Unternehmen sind für Kunden nicht interessant. Die Produkte sind es.
- Gute Marketingkommunikation geht von den Bedürfnissen und Rezeptionsmustern der Empfänger aus.
- Was aber ist der Gegenstand einer medizinischen Leistung bzw. das Produkt einer Klinik?

Quelle:  
Vgl. Steudemann, H.: Marketingkommunikation für Krankenhäuser - Grundlagen und Praxisbeispiele; Gastvortrag an der Technischen Hochschule Ingolstadt, Masterkurs Dienstleistungsmarketing, 16.04.2013

25.07.2013

Prof. Dr. Andrea Raab & Dr. Celine Schulz



## Agenda

1. Beispiel Klinikmarketing heute
2. Zusammenhang zwischen Qualität und Klinikmarketing
3. Definition Einweiserbeziehungsmanagement
4. Studie Einweiserbeziehungsmanagement/Zuweisermarketing von deutschen Rehakliniken
  1. Auswertung der qualitativen Befragung
  2. Auswertung der quantitativen Online-Befragung
  3. Fazit
5. Ableitungen für Kurkliniken?

25.07.2013

Prof. Dr. Andrea Raab & Dr. Celine Schulz



# Medizinische Leistungen und Qualität

- Medizinische Güter sind Dienstleistungen.
- Insgesamt ist bei Dienstleistungen die Qualität für den Konsumenten schwer zu beurteilen und zugleich – wegen der Integrität – besonders wichtig. Daraus folgt, dass der Qualität ihrer Erstellung besondere Bedeutung zukommt.<sup>1)</sup>
- Qualitätsdefinition: „Quality is the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of **desired health outcome** and are consistent with current professional knowledge.“<sup>2)</sup>
- „Gut“ ist, was „gut“ für den „Kunden“ ist (und konsistent ist mit entsprechenden medizinischen Leitlinien).<sup>3)</sup>

Quellen:

- 1) Bruhn, M.: Qualitätsmanagement für Dienstleistungen. Heidelberg 2008, S. 25
- 2) Loehr, KN, Schroeder SA: A Strategy for Quality Assurance in Medicare. N Engl J Med Vol 322 (No 10), March 8, 1990, S. 707-712
- 3) Vgl. Thielscher, C. (Hrsg.): Medizinökonomie, Band 1: Das System der medizinischen Versorgung. Wiesbaden 2012, S. 343

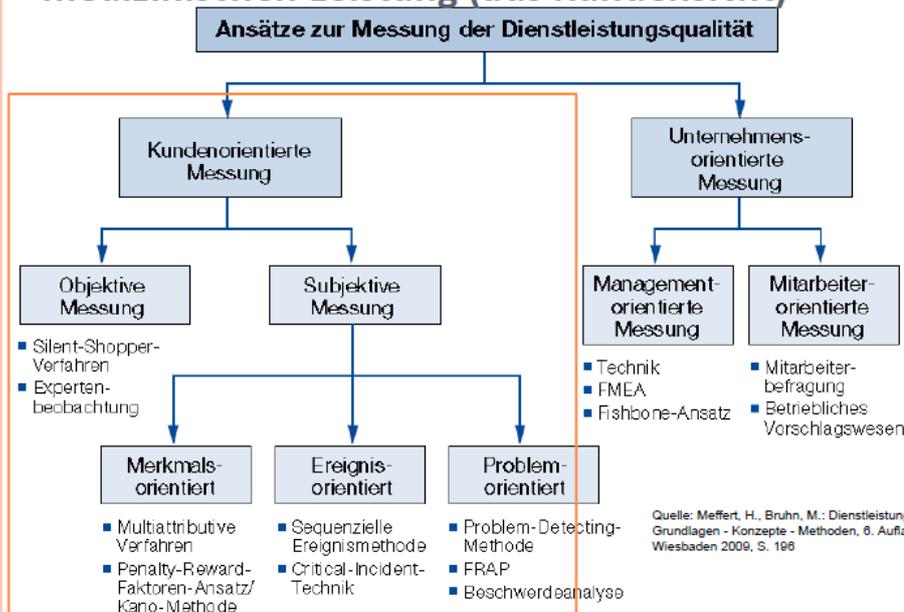
25.07.2013

Prof. Dr. Andrea Raab & Dr. Celine Schulz

9



# Ansätze zur Messung der Qualität einer medizinischen Leistung (aus Kundensicht)



25.07.2013

Prof. Dr. Andrea Raab & Dr. Celine Schulz

10



## Agenda

1. Beispiel Klinikmarketing heute
2. Zusammenhang zwischen Qualität und Klinikmarketing
3. Definition Einweiserbeziehungsmanagement
4. Studie Einweiserbeziehungsmanagement/Zuweisermarketing von deutschen Rehakliniken
  1. Auswertung der qualitativen Befragung
  2. Auswertung der quantitativen Online-Befragung
  3. Fazit
5. Ableitungen für Kurkliniken?

11

25.07.2013

Prof. Dr. Andrea Raab & Dr. Celine Schulz



## Einweiserbeziehungsmanagement – Definition

*„Einweiserbeziehungsmanagement bezeichnet eine markt- und kundenorientierte Form der Klinikführung, die den **Aufbau**, die **Intensivierung** und ggf. die **Wiederaufnahme langfristiger Beziehungen** zu den potenziellen **Einweisern** auf Basis einer **ganzheitlichen und differenzierten Einweiserstrategie** mit dem Ziel der **gegenseitigen Nutzenstiftung zur Aufgabe hat.**“*

12

Quelle: Vgl. Raab, A., Drissner, A. (Hrsg.): Einweiserbeziehungsmanagement – Wie Krankenhäuser erfolgreich Win-Win-Beziehungen zu ihren Einweisern aufbauen. Stuttgart: Kohlhammer, S. 28

25.07.2013

Prof. Dr. Andrea Raab & Dr. Celine Schulz



## Determinanten der Einweiserzufriedenheit



Abb.: Determinanten der Einweiserzufriedenheit (vgl. Brinkmann, A. (2007): Niedergelassene Ärzte als Kunden des Krankenhauses – eine empirische Untersuchung der Determinanten von Einweiserzufriedenheit. Köln: Dissertation Medizinische Fakultät der Universität zu Köln, S. 83  
25.07.2013 Prof. Dr. Andrea Raab & Dr. Celine Schulz

13



## Agenda

1. Beispiel Klinikmarketing heute
2. Zusammenhang zwischen Qualität und Klinikmarketing
3. Definition Einweiserbeziehungsmanagement
4. Studie Einweiserbeziehungsmanagement/Zuweisermarketing von deutschen Rehakliniken
  1. Auswertung der qualitativen Befragung
  2. Auswertung der quantitativen Online-Befragung
  3. Fazit
5. Ableitungen für Kurkliniken?

14

25.07.2013

Prof. Dr. Andrea Raab & Dr. Celine Schulz



## Projektzielsetzung

In vielen Krankenhäusern ist Zuweisermarketing kein Fremdwort mehr. Wie stellt sich die Situation bei Rehakliniken dar?

	Ziele	Ergebnisse
1.	Darstellung aktueller Stand	Verschiedene Sichten aus qualitativen Interviews
2.	Identifizierung des Interesses an Zuweisermarketing	Bedarfsanalyse (qualitative Interviews)
3.	Wie verbreitet ist Zuweisermarketing in Rehakliniken in Deutschland?	Messung der Intensität von Zuweisermarketing (quantitative Befragung)
4.	Ist Zuweisermarketing erfolgreich?	Zusammenhangsanalyse zwischen Intensität von Zuweisermarketing und Erfolgskennziffern (quantitative Befragung)

Quelle: Zuweisermarketing in deutschen Rehakliniken, Studie der Hochschule Ingolstadt, Erhebungszeitraum Oktober 2012 bis Februar 2013; Forschungsplan: Qualitative Befragung von 28 Experten, Online Befragung von 107 Rehakliniken

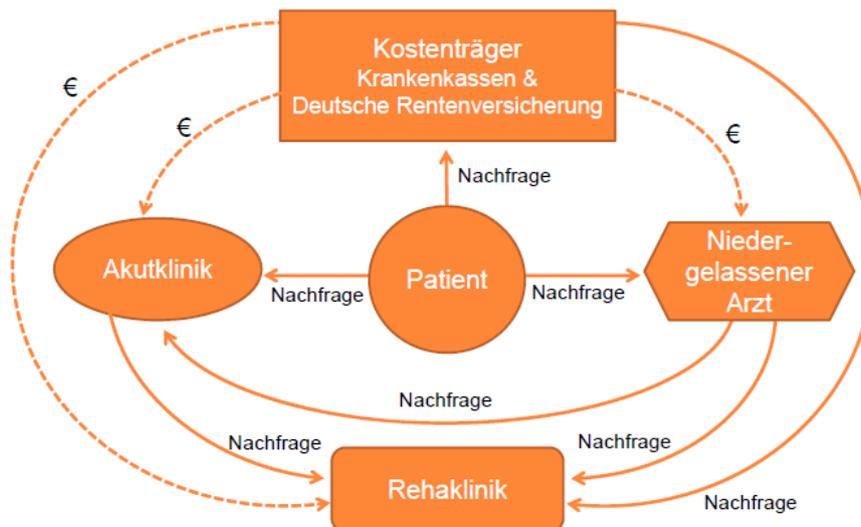
15

25.07.2013

Prof. Dr. Andrea Raab & Dr. Celine Schulz



## Motivation für die Studie



Quelle: In Anlehnung an: Papenhoff & Platzkötter (2010) Marketing für Krankenhäuser und Reha-Kliniken: Marktorientierung & Strategie, Analyse & Umsetzung, Trends & Chancen

16

25.07.2013

Prof. Dr. Andrea Raab & Dr. Celine Schulz



## Agenda

1. Beispiel Klinikmarketing heute
2. Zusammenhang zwischen Qualität und Klinikmarketing
3. Definition Einweiserbeziehungsmanagement
4. Studie Einweiserbeziehungsmanagement/Zuweisermarketing von deutschen Rehakliniken
1. Auswertung der qualitativen Befragung
2. Auswertung der quantitativen Online-Befragung
3. Fazit
5. Ableitungen für Kurkliniken?

17

25.07.2013

Prof. Dr. Andrea Raab & Dr. Celine Schulz



## Ziel 1: Darstellung aktueller Stand

1. **Aktuelle Trends**, die die Zuweisung eines Patienten an die Rehakliniken beeinflussen
  - Sparkurs der Kostenträger → **Einfluss der Krankenkassen** nimmt zu
  - Anforderungen an **Ausstattung** der Rehaklinik nehmen zu
  - **Kooperationsverträge** zwischen Rehakliniken und Zuweisern
  - Qualifikation der Mitarbeiter als entscheidender Aspekt
  - Kürzere Verweildauern in Krankenhäusern und damit frühere Überweisung der Patienten an Rehakliniken
  - Internetpräsenz der Rehakliniken nimmt zu
2. **Faktoren**, die die Überweisung eines Patienten an eine bestimmte Rehaklinik bestimmen
  - Primär: **Verträge** zwischen Kostenträger und Rehakliniken
  - **Regionalität**, Wohnortnähe
  - Langjährige **Beziehungspflege** der Beteiligten
  - **Einfluss von Sozialdienst/Referenz des Chefarztes** in der Rehaklinik
  - Wunsch- und Wahlrecht des Patienten
  - Qualität der Leistung (Spezialisierungsgrad)
  - Anforderungen an **Ausstattung** der Rehaklinik nehmen zu (Inklusiv-/Zusatzleistungen)

18

Quelle: Zuweisermarketing in deutschen Rehakliniken, Studie der Hochschule Ingolstadt, Erhebungszeitraum Oktober 2012; Qualitative Befragung von 28 Experten

25.07.2013

Prof. Dr. Andrea Raab & Dr. Celine Schulz



## Ziel 1: Darstellung aktueller Stand

### 3. Wettbewerbssituation im Reha-Bereich

- Wettbewerb hat dramatische zugenommen aufgrund enormen Kostendrucks
- Verstärkt **aggressives Marketing** & Kampf unter den Rehakliniken
- **Persönliche Vorstellung der Rehakliniken** bei den Krankenkassen wird nötig, da Werbematerialien generell nicht gesichtet werden
- Wettbewerb verschärft sich durch **Rehaberater**
- Rehakliniken unterliegen Wandel im Gesundheitswesen (Entwicklung hin zu mehr Wirtschaftlichkeit); Große Klinik-Ketten kaufen kleine Rehakliniken auf

### 4. Gestaltung des Gesamtprozesses der Überweisung mit den einzelnen Beteiligten

- **Bürokratisch** und langwierig
- **Überfordernd** aus Sicht Patient und Niedergelassener Arzt
- Besonders schneller Prozess z. B. mit AOK, da diese ein computergestütztes System zur Reha-Buchung benutzen
- Unterscheidung zwischen Zuweisung an eine Rehaklinik als Anschlussheilbehandlung oder als Reha aus dem Wohnort heraus

19

Quelle: Zuweisemarketing in deutschen Rehakliniken, Studie der Hochschule Ingolstadt, Erhebungszeitraum Oktober 2012; Qualitative Befragung von 28 Experten

25.07.2013

Prof. Dr. Andrea Raab & Dr. Celine Schulz



## Ziel 2: Identifizierung des Interesses an Zuweisemarketing



20

Quelle: Zuweisemarketing in deutschen Rehakliniken, Studie der Hochschule Ingolstadt, Erhebungszeitraum Oktober 2012; Qualitative Befragung von 28 Experten

25.07.2013

Prof. Dr. Andrea Raab & Dr. Celine Schulz



## Agenda

1. Beispiel Klinikmarketing heute
2. Zusammenhang zwischen Qualität und Klinikmarketing
3. Definition Einweiserbeziehungsmanagement
4. Studie Einweiserbeziehungsmanagement/Zuweisermarketing von deutschen Rehakliniken
  1. Auswertung der qualitativen Befragung
  2. Auswertung der quantitativen Online-Befragung
  3. Fazit
5. Ableitungen für Kurkliniken?

21

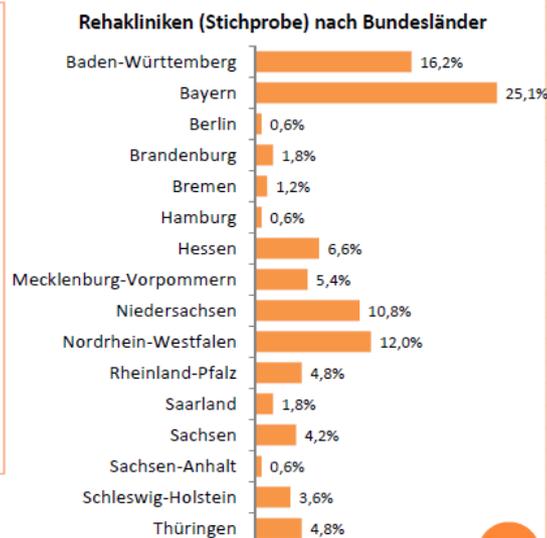
25.07.2013

Prof. Dr. Andrea Raab & Dr. Celine Schulz



## Die Quantitative Online Befragung

- Kontaktsuche auf rehakliniken.de
- Anzahl an Kliniken im Stichprobenplan: 1.142
- Erhebungszeitraum: 4.12.12 bis 21.12.12
- **167 beantwortete Fragebögen**
- Rücklaufquote von ca. 15%
- Verteilung der Stichprobe nach Bundesländern ähnlich der Verteilung der Grundgesamtheit



22

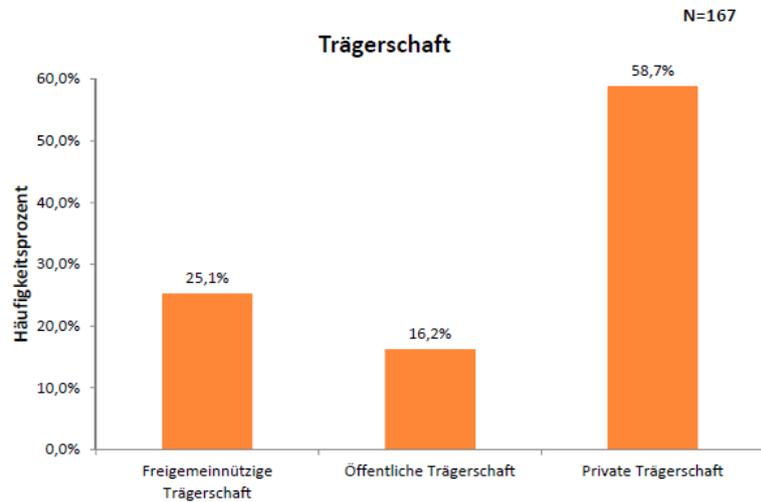
Quelle: Zuweisermarketing in deutschen Rehakliniken, Studie der Hochschule Ingolstadt, Erhebungszeitraum November/Dezember 2012; Online Befragung von 167 Rehakliniken  
25.07.2013

Prof. Dr. Andrea Raab & Dr. Celine Schulz



## Trägerschaft

Frage: Welche Art der Trägerschaft trifft auf Ihre Rehaklinik zu?



Quelle: Zuweisemarketing in deutschen Rehakliniken, Studie der Hochschule Ingolstadt, Erhebungszeitraum November/Dezember 2012; Online Befragung von 187 Rehakliniken

23

25.07.2013

Prof. Dr. Andrea Raab & Dr. Celine Schulz



## Zuständigkeit - Zuweisemarketing

Frage: Wer ist in Ihrer Rehaklinik primär für die strategische Maßnahmenplanung für Zuweisemarketing zuständig?



Quelle: Zuweisemarketing in deutschen Rehakliniken, Studie der Hochschule Ingolstadt, Erhebungszeitraum November/Dezember 2012; Online Befragung von 187 Rehakliniken

24

25.07.2013

Prof. Dr. Andrea Raab & Dr. Celine Schulz



## Aspekte des Zuweisermarketings

Frage: Sind die folgenden Aspekte des Zuweisermarketings in Ihrer Klinik umgesetzt oder nicht?

N=167



Quelle: Zuweisemarketing in deutschen Rehakliniken, Studie der Hochschule Ingolstadt, Erhebungszeitraum November/Dezember 2012; Online Befragung von 167 Rehakliniken

25

25.07.2013

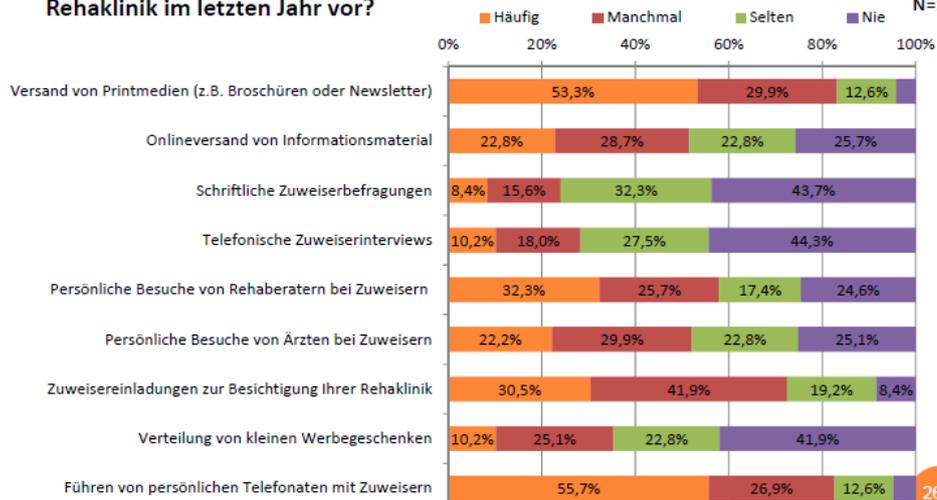
Prof. Dr. Andrea Raab & Dr. Celine Schulz



## Zuweisermarketingmaßnahmen

Frage: Wie häufig kamen die folgenden Zuweisermarketingmaßnahmen in Ihrer Rehaklinik im letzten Jahr vor?

N=167



Quelle: Zuweisemarketing in deutschen Rehakliniken, Studie der Hochschule Ingolstadt, Erhebungszeitraum November/Dezember 2012; Online Befragung von 167 Rehakliniken

26

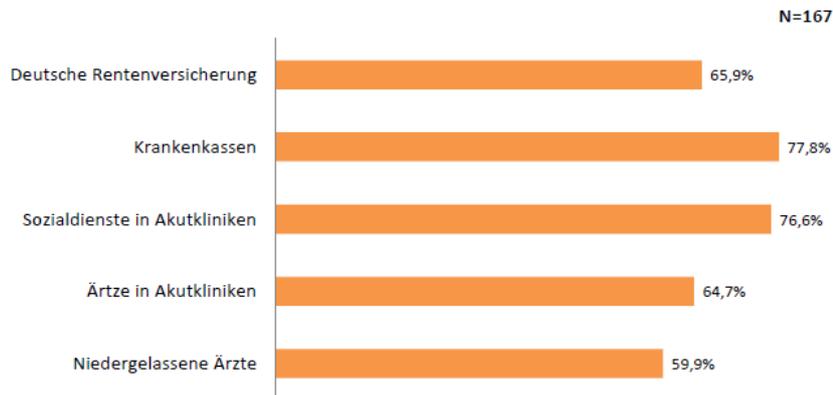
25.07.2013

Prof. Dr. Andrea Raab & Dr. Celine Schulz



## Zuweisermarketing Adressaten

Frage: Wer waren die Adressaten der Zuweisermarketingmaßnahmen in Ihrer Rehaklinik im letzten Jahr?



Quelle: Zuweisermarketing in deutschen Rehakliniken, Studie der Hochschule Ingolstadt, Erhebungszeitraum November/Dezember 2012; Online Befragung von 167 Rehakliniken

27

25.07.2013

Prof. Dr. Andrea Raab & Dr. Celine Schulz



## Wichtigkeit der Zuweiser

Frage: Welcher ist Ihr wichtigster Zuweiser? Bitte bringen Sie die unten genannten Institutionen in eine Rangfolge der Wichtigkeit. (5: sehr wichtig, 1: weniger wichtig)

Zuweiser	Anzahl	Wichtigkeit*
Deutsche Rentenversicherung	149	3,74
Krankenkassen	158	3,65
Akutkliniken	132	2,63
Niedergelassene Ärzte	129	1,93
sonstige	75	1,05

\* Wichtigkeit berechnet durch den mittleren Rang der genannten Modalität.

Quelle: Zuweisermarketing in deutschen Rehakliniken, Studie der Hochschule Ingolstadt, Erhebungszeitraum November/Dezember 2012; Online Befragung von 167 Rehakliniken

28

25.07.2013

Prof. Dr. Andrea Raab & Dr. Celine Schulz



## Definition

### Intensität des Zuweisermarketings

Frage  
B5

Wie häufig kamen die folgenden **Zuweisermarketingmaßnahmen** in Ihrer Rehaklinik im letzten Jahr vor?

Maßnahme	Häufigkeit im letzten Jahr			
	häufig	manchmal	selten	nie
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Versand von Printmedien (z.B. Broschüren oder Newsletter)</li> <li>• Onlineversand von Informationsmaterial</li> <li>• Schriftliche Zuweiserbefragungen</li> <li>• Telefonische Zuweiserinterviews</li> <li>• Persönliche Besuche von Rehaberatern bei Zuweisern</li> <li>• Persönliche Besuche von Ärzten bei Zuweisern</li> <li>• Zuweisereinladungen zur Besichtigung Ihrer Rehaklinik</li> <li>• Verteilung von kleinen Werbegeschenken</li> <li>• Führen von persönlichen Telefonaten mit Zuweisern</li> </ul>				

→ Summenbildung aller Maßnahmen der Frage B5  
→ Generierung einer neuen Variable B5:

“Summe der Zuweisermarketingmaßnahmen, die letztes Jahr in der Rehaklinik vorgekommen sind (häufig)“

Quelle: Zuweisermarketing in deutschen Rehakliniken, Studie der Hochschule Ingolstadt, Erhebungszeitraum November/Dezember 2012; Online Befragung von 167 Rehakliniken

29

25.07.2013

Prof. Dr. Andrea Raab & Dr. Celine Schulz

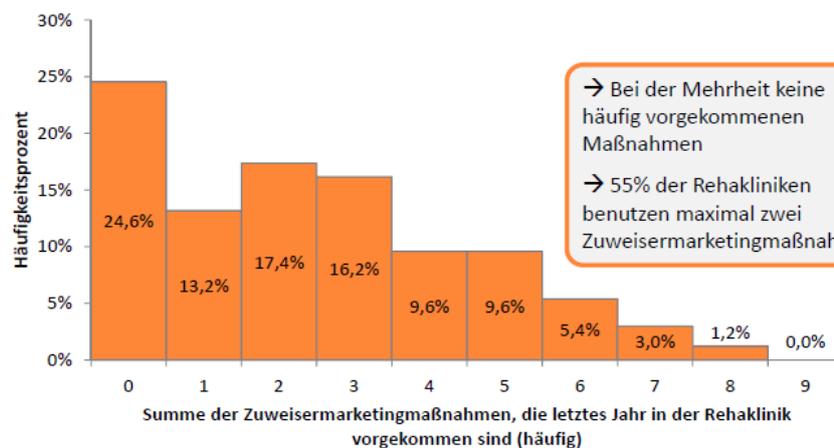


## Ziel 3: Intensität des Zuweisermarketings

Summe der Zuweisermarketingmaßnahmen, die letztes Jahr in einer Rehaklinik häufig vorgekommen sind

N=167

### Intensität des Zuweisermarketings



→ Bei der Mehrheit keine häufig vorgekommenen Maßnahmen  
→ 55% der Rehakliniken benutzen maximal zwei Zuweisermarketingmaßnahmen

Quelle: Zuweisermarketing in deutschen Rehakliniken, Studie der Hochschule Ingolstadt, Erhebungszeitraum November/Dezember 2012; Online Befragung von 167 Rehakliniken

30

25.07.2013

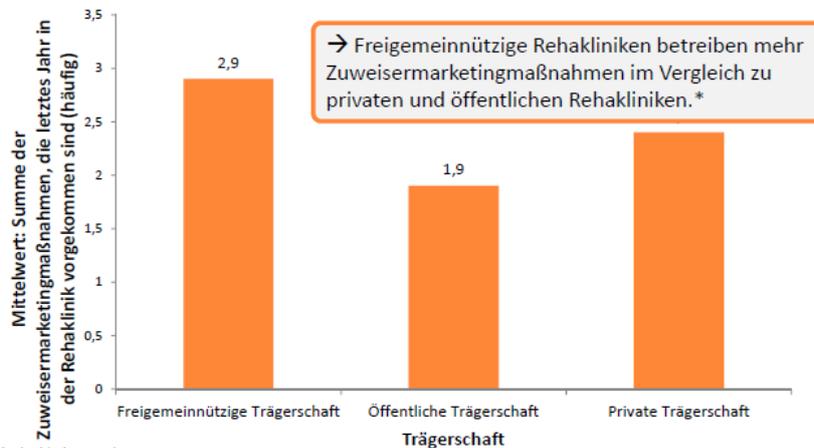
Prof. Dr. Andrea Raab & Dr. Celine Schulz



# Intensität des Zuweisermarketings & Trägerschaft

Zusammenhang zwischen Trägerschaft und der Intensität des Zuweisermarketings

N=167



\* Ergebnis der Varianzanalyse:  
Die Intensität des Zuweisermarketings unterscheidet sich NICHT zwischen den verschiedenen Trägerschaften (5% Signifikanzniveau).

Quelle: Zuweisermarketing in deutschen Rehakliniken, Studie der Hochschule Ingolstadt, Erhebungszeitraum November/Dezember 2012; Online Befragung von 167 Rehakliniken

31

25.07.2013

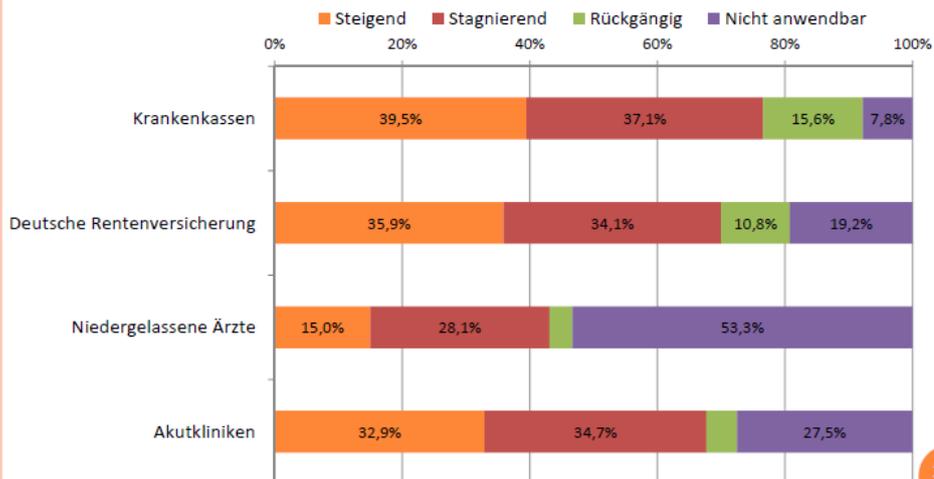
Prof. Dr. Andrea Raab & Dr. Celine Schulz



# Erfolgskontrolle

Frage: Wie hat sich die Anzahl eingewiesener Fälle je Zuweiser im Jahr 2012 im Vergleich zu 2011 entwickelt?

N=167



Quelle: Zuweisermarketing in deutschen Rehakliniken, Studie der Hochschule Ingolstadt, Erhebungszeitraum November/Dezember 2012; Online Befragung von 167 Rehakliniken

32

25.07.2013

Prof. Dr. Andrea Raab & Dr. Celine Schulz



## Ziel 4: Intensität des Zuweisermarketings & Erfolgskontrolle (Krankenkasse)

### Zusammenhang zwischen Erfolgskontrolle (Krankenkasse) und der Intensität des Zuweisermarketings

n=154



\* Signifikanter Zusammenhang (Spearman Korrelationskoeffizient) beider Variablen bei 1% Signifikanzniveau  
 Quelle: Zuweisermarketing in deutschen Rehakliniken, Studie der Hochschule Ingolstadt, Erhebungszeitraum November/Dezember 2012; Online Befragung von 167 Rehakliniken

33

25.07.2013

Prof. Dr. Andrea Raab & Dr. Celine Schulz



## Definition

### Intensität des Face-to-Face Zuweisermarketings

Frage B5

Wie häufig kamen die folgenden Zuweisermarketingmaßnahmen in Ihrer Rehaklinik im letzten Jahr vor?

Maßnahme	Häufigkeit im letzten Jahr			
	häufig	manchmal	selten	nie

- Persönliche Besuche von Rehabilitatoren bei Zuweisern
- Persönliche Besuche von Ärzten bei Zuweisern
- Zuweisereinladungen zur Besichtigung Ihrer Rehaklinik

→ Summenbildung aller Face-to-Face Maßnahmen der Frage B5  
 → Generierung einer neuen Variable B5:

“Summe der Face-to-Face-Zuweisermarketingmaßnahmen, die letztes Jahr in der Rehaklinik vorgekommen sind (häufig)“

Quelle: Zuweisermarketing in deutschen Rehakliniken, Studie der Hochschule Ingolstadt, Erhebungszeitraum November/Dezember 2012; Online Befragung von 167 Rehakliniken

34

25.07.2013

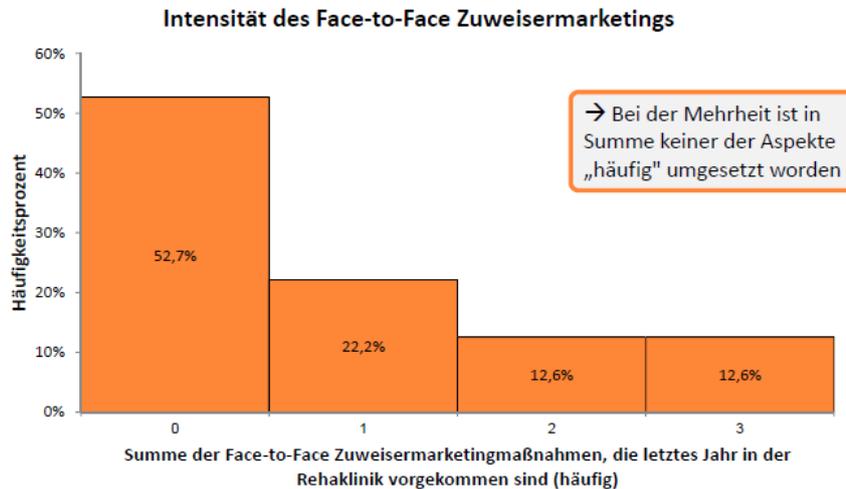
Prof. Dr. Andrea Raab & Dr. Celine Schulz



## Intensität des Face-to-Face Zuweisermarketings

Summe der Face-to-Face Zuweisermarketingmaßnahmen, die letztes Jahr in einer Rehaklinik häufig vorgekommen sind

N=167



25.07.2013

Prof. Dr. Andrea Raab & Dr. Celine Schulz

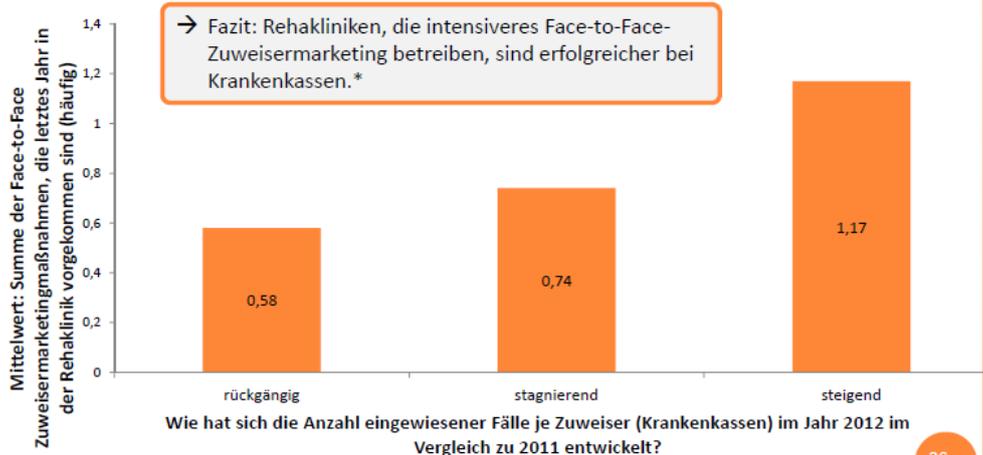


35

## Ziel 4: Intensität des Face-to-Face Zuweisermarketings & Erfolgskontrolle (Krankenkasse)

Zusammenhang zwischen Erfolgskontrolle (Krankenkasse) und der Face-to-Face Intensität des Zuweisermarketings

n=154



Quelle: Zuweisemarketing in deutschen Rehakliniken, Studie der Hochschule Ingolstadt, Erhebungszeitraum November/Dezember 2012; Online Befragung von 167 Rehakliniken

25.07.2013

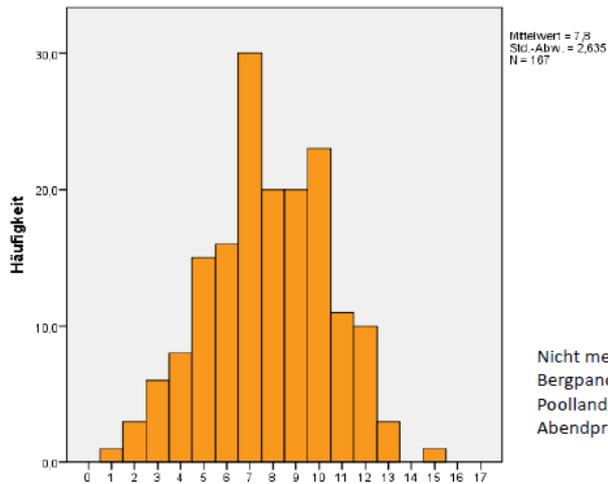
Prof. Dr. Andrea Raab & Dr. Celine Schulz



36

## Nicht-medizinische Leistungsangebote

Anzahl nicht medizinischer Leistungsangebote



→ Die meisten Rehakliniken bieten 7 nicht-medizinische Leistungen an.

Nicht medizinische Leistungen: Abholservice, Bergpanorama, Gourmetmahlzeiten, Poollandschaft, Seelage, Wellness, WLAN, Abendprogramm

A.10 Gesamtangebot nicht-medizinischer Leistungsangebote der Rehaklinik

Quelle: Zuweisermarketing in deutschen Rehakliniken, Studie der Hochschule Ingolstadt, Erhebungszeitraum November/Dezember 2012; Online Befragung von 167 Rehakliniken

37

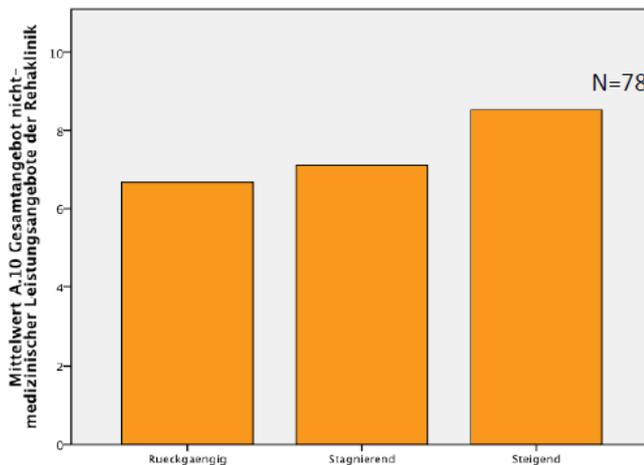
25.07.2013

Prof. Dr. Andrea Raab & Dr. Celine Schulz



## Ziel 4: Intensität des Zuweisermarketings & Erfolgskontrolle (niedergelassene Ärzte)

Zusammenhang zwischen Angebotsvielfalt und der Entwicklung eingewiesener Fälle



→ Fazit: Je mehr Angebote eine Rehaklinik anbietet, desto erfolgreicher ist die Zuweisung niedergelassener Ärzte

D.1.3 Wie hat sich die Anzahl eingewiesener Fälle je Zuweiser im Jahr 2012 im Vergleich zu 2011 entwickelt? Niedergelassene Ärzte

\* = Signifikanter Zusammenhang (Spearman Korrelationskoeffizient) bei beider Variablen bei einem Signifikanzniveau von 5%

Quelle: Zuweisermarketing in deutschen Rehakliniken, Studie der Hochschule Ingolstadt, Erhebungszeitraum November/Dezember 2012; Online Befragung von 167 Rehakliniken

38

25.07.2013

Prof. Dr. Andrea Raab & Dr. Celine Schulz



## Agenda

1. Beispiel Klinikmarketing heute
2. Zusammenhang zwischen Qualität und Klinikmarketing
3. Definition Einweiserbeziehungsmanagement
4. Studie Einweiserbeziehungsmanagement/Zuweisermarketing von deutschen Rehakliniken
  1. Auswertung der qualitativen Befragung
  2. Auswertung der quantitativen Online-Befragung
  3. Fazit
5. Ableitungen für Kurkliniken?

39

25.07.2013

Prof. Dr. Andrea Raab & Dr. Celine Schulz



## Fazit

- Zuweisermarketing ist in deutschen Rehakliniken (noch) nicht weit verbreitet.
- Die Mehrheit der Rehakliniken benutzen wenig zeitgemäße Kommunikationskanäle (z.B. Printmedien), die geringere Anerkennung bei den Zuweisern finden.
- Die Kostenträger werden von den Rehakliniken als die wichtigsten Zuweiser angesehen.
- Zuweisermarketing ist erfolgreich bei Krankenkassen
  - Gezieltes Zuweisermarketing bei den Krankenkassen wirkt sich positiv auf die Entwicklung der Zahl eingewiesener Fälle aus.
  - Informationsflut stumpft Krankenkassen ab. Hier erweisen sich besonders „Face-to-Face“-Zuweisermarketingmaßnahmen als erfolgreich
- Niedergelassene Ärzte orientieren sich bei der Empfehlung für eine Rehaklinik stark am Angebot nicht medizinischer Leistungen.

Quelle: Zuweisermarketing in deutschen Rehakliniken, Studie der Hochschule Ingolstadt, Erhebungszeitraum Oktober 2012 bis Februar 2013; Qualitative Befragung von 28 Experten, Online Befragung von 167 Rehakliniken

40

25.07.2013

Prof. Dr. Andrea Raab & Dr. Celine Schulz



## Literatur

Andrea Raab/Alexandra Dräsner

### Einweiserbeziehungsmanagement

Wie Krankenhäuser erfolgreich Win-Win-Beziehungen zu niedergelassenen Ärzten aufbauen

Mit Beiträgen von Dirk Elmhorst, Michael Franz, Mico Kasper, Klaus Lagl, Gerhard F. Riegler, Sascha Saßon, Felix Dorn und Harald Hollenberger



Von der Entwicklung einer Einweiserstrategie bis zur deren Umsetzung führt dieses Handbuch mit Beiträgen namhafter Autoren aus der Praxis systematisch durch alle relevanten Schritte: von strategischen, prozessorientierten Einweiserstrategien, Fundierte Einblicke in das Verhalten niedergelassener Ärzte, detaillierte Fallbeispiele, rechtliche Hinweise und die neuesten Trends machen die aus Werk zu einem wesentlichen Erfolgsfaktor für Krankenhäuser.

„Das Buch ist eine Lektüre für leitendes Personal von Krankenhäusern nicht nur zu empfehlen, sondern eine Pflichtlektüre.“

Univ.-Prof. Dr. Peter Oberender, Forschungsstelle für Sozialrecht und Gesundheitsökonomie Universität Bayreuth

„Das Buch bringt vollumfassend und sehr strukturiert die Sicht der Praxiseinsteiger ein. Es formuliert klare Handlungsempfehlungen, die umsetzbar sind.“

Dr. med. Siegfried Jodanis, 1. Vorsitzender Fraxactzwerk GO IN e.V.

„Dieses Werk liefert die Basis für ein fundiertes strategisches Vorgehen.“

Stefhan Lorthaus, führender Experte für Klinikmanagement im deutschsprachigen Bereich

„Eine gute Lektüre, die sehr präzise durch dieses Thema führt – praxisnah und ergebnisorientiert.“

Herbert Festerweler, Geschäftsführer Klinikum Ingolstadt GmbH

25.07.2013

Prof. Dr. Andrea Raab & Dr. Celine Schulz

#### Bibliografie

2011, 240 Seiten, Kart € 44,80  
ISBN 978-3-17-03116-0

Hochschule  
Ingolstadt

#### Die Autorinnen

Prof. Dr. Andrea Raab lehrt Marketing und Allgemeine Betriebswirtschaftslehre an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Ingolstadt und verfügt auf Basis ihrer Vielzahl an Forschungs- und Beratungsprojekten über umfangreiches Branchenwissen im Gesundheitswesen. Alexandra Dräsner absolviert ein Studium zum Master of Science in Marketing & Media Management an der Stockholm School of Economics und beschäftigt sich als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Angewandte Forschung der Hochschule Ingolstadt mit dem Thema Einweiserbeziehungsmanagement.

#### Zum Inhalt

- 1 Einführung: Warum ist Kundenorientierung wichtig?
- 2 Der strategische Einweiserprozess: Wie entwickelt ein Krankenhaus eine Einweiserstrategie?
- 3 Der Einweiserprozess: Welche Aktivitäten umfasst ein niedergelassener Arzt vor, während und nach der Einweisung eines Patienten?
- 4 Das Einweiserbeziehungsmanagement: Welche Maßnahmen und Instrumente sind geeignet um langfristige Beziehungen zu den niedergelassenen Ärzten aufzubauen und aufrechtzuerhalten zu können?
- 5 Rechtliche Grundregeln: Welche rechtlichen Vorgaben müssen im Einweiserbeziehungsmanagement beachtet werden?
- 6 Einweisercontrolling: Wie kann ein Krankenhaus den Erfolg der eingesetzten Maßnahmen überprüfen?
- 7 Trends: Wohin geht die Krise in der Zusammenarbeit von Krankenhäusern und Ärzten?

41



## Kontakt

Prof. Dr. Andrea Raab  
Technische Hochschule Ingolstadt  
University of Applied Sciences  
Esplanade 10  
85049 Ingolstadt  
Telefon: +49 841 9348-127 Fax: +49 841 9348-339

th  
Technische Hochschule  
Ingolstadt

25.07.2013

Prof. Dr. Andrea Raab & Dr. Celine Schulz

42





## Marketingstrategien für Rehabilitations- (Kur-) dienstleistungen

Bayerischer Heilbäder-Verband e. V.

[www.gesundes-bayern.de](http://www.gesundes-bayern.de)

### Wer ist im Spiel?

- Patient/ Betroffener/ Gast
- Leistungserbringer
  - Kliniken & Ärzte
    - **Hausärzte**
    - Badeärzte
  - Therapeuten
  - Kurmittelhäuser
- Kostenträger
- Orte
  - Heilbäder & Kurorte
- Verbände
  - Heilbäderverbände, Kammern, etc...

Bayerischer Heilbäder-Verband e. V.

[www.gesundes-bayern.de](http://www.gesundes-bayern.de)

## Wen sprechen wir an?

- Oder die Fragen, wer hat Interesse an einem erfolgreichen Kurwesen oder wer sollte dieses Interesse haben?
  1. Patient/ Betroffener - Bürger?
  2. Kostenträger?
  3. Arbeitgeber?
  4. Leistungserbringer vor Ort?
  5. Politik?
  6. Örtliche Gewerbestruktur?

## Voraussetzungen

- **Qualität auf allen Ebenen**
  - Leistungserbringer
  - Orte
  - Gastgeber
- **Ehrliche Kommunikation**
  - Vorbeugen ist besser als Heilen
  - Anerkennung der Qualitäten und Inhalte des Kurwesens
- **Vernetzung/ Vereinfachung der Systeme**
  - Weniger Bürokratie – Mehr Therapie
  - one stop-Strategie für den Patienten/ Betroffenen
    - Anfrage, Buchung, Anreise, Abwicklung, Abrechnung, Kontrolle

# Voraussetzungen

## Präventionspauschale: Gesund

Termin	Vorgang	zuständige Ärzte	Kontakt	bitte beachten bzw. bzw. noch zu erledigen	Wer macht was	Was fehlt noch
Mittwochvormittag	Prävention Osteoporose Knochendichtemessung nach DXA	Dr. Ellöbel Dr. März	Sekretariat Dr. Ellöbel Frau Bauer 496-512 (ganzt.) Fr. Benninghoven 496-510 (vormittags) FAX: 496502	Termin 1 Woche vor Anreise vereinbaren - spätestens am Mittwoch vor Anreise (So). Sollte Termin nicht in Anspruch genommen werden, Re wird trotzdem gestellt! <b>Bericht bekommt Gast!</b>	Terminvereinb./AIB-KUR -mind. 1 Woche vor Anreise-	Infoblatt
Mittwochnachmittag	14.00 Nordic Walking					
Donnerstagvorm.	8.30 Nordic Walking					
Freitagvormittag	Abschlussgespräch	Dr. Gschwändler-Töller		alle Ergebnisse bis spätestens Donnerstag zu Fr. Dr. Gschw. faxen!	Terminvereinb./AIB-KUR -mind. 1 Woche vor Anreise-	
Freitagnachmittag	14.00 Nordic Walking					
Samstag	<b>Abreise</b>					

Bayerischer Heilbäder-Verband e. V.

www.gesundes-bayern.de

# Voraussetzungen

## Präventionspauschale: Gesund

Termin	Vorgang	zuständige Ärzte	Kontakt	bitte beachten bzw. bzw. noch zu erledigen	Wer macht was	Was fehlt noch
Sonntag	Anreise					
Sonntagnachmittag oder abend	Empfehlung: Thermenbesuch			Gutscheine beim Vermieter abgeben!	Gutscheine bei der Thermo kaufen (AIB-KUR)	
Montagvormittag	8.00 Uhr Termin bei Dr. Gschw.-Töller (nüchtern)	Dr. Gschwändler-Töller	Telefon: 2455 FAX: 2461	Fragebogen (Infogen) mitbringen! Unterlagen vom Hausarzt können mitgebracht werden!	Terminvereinb./AIB-KUR - mind. 1 Woche vor Anreise- <b>2 Termine:</b> 1 x Eingangsuaters/Mo 8.00 1 x Abschlussgespr. Fr/vorm. (Name, Vorname, Geb.datum)	
Montagvormittag	9.00 Uhr EKG RoMed Frühstück ist ok!	Dr. Neidhardt bzw. die Kollegen aus den entsprechend. Abteilungen	Sekretariat - Dr. Neidhardt Frau Mate/Frau Krämer Telefon: 930141 FAX: 930148	Bericht an Neurol. Klinik faxen FAX: 903625 bis Dienst. nachmittag	Terminvereinb./AIB-KUR - mind. 1 Woche vor Anreise- (Name, Vorname, Geb.datum)	Infoblatt Lageplan zu welchem Tag finden die restlichen Behandlungen statt!
Montagvormittag	Labor/Herz-Kreislauf oder Labor/Blutzucker	nur Mo möglich Mi ist belegt Fr ist zu spät	entfällt-macht Dr Gschw.-T.			
Montagnachmittag	Begrüßung in AIB-KUR?					
Dienstagvormittag	08.30 Nordic Walking					
Dienstagnachmittag	Neurosonographie Neurol. Klinik ca. 30 Min. Fragebogen 15 - 30 Minuten Frau Naumann FAX: 9039600 cnaumann@schoenkliniken.de	Dr. Bader Frau Naumann (Vorm./ Tel. 903600) Frau Leinenbach (Diagnostik) Frau Naumann FAX: 903602 - mit Vermerk / weiterleiten an Diagnostik/ Frau Leinenbach	Diagnostik - Fr. Leinenbach Telefon: 903509 oder (besser) 9030 (Zentrale) und erreichbar über Funk, besser E-Mail: hleinenbach@schoenkliniken.de	Bericht an Badearzt faxen die ersten 5 Buchungen bei Frau Naumann anmelden!	Terminvereinb./AIB-KUR - mind. 1 Woche vor Anreise-	Infoblatt Infogen Fragebogen

Bayerischer Heilbäder-Verband e. V.

www.gesundes-bayern.de

## Voraussetzungen

- Gesetzliche Rahmenbedingungen
  - Präventionsgesetz
  - Zuschussregelung
  - freie Entscheidung der **Gäste**

## Chancen

- Prävention ist die Zukunft – in enger Kooperation mit den Arbeitgebern!
- Steigende Qualität & Kompetenz in den Orten
- Disziplinen werden vernetzt
- Entwicklung von neuen Therapien
- Forschungsthemen
- Neue Kooperationen mit den wichtigen Partnern zum Wohl der Patienten vor dem Hintergrund des Demografischen Wandels

## Fazit

- Wirken alle diese Kräfte und Faktoren gemeinsam in eine Richtung, dann erschließen wir konsequent und dauerhaft neue Zielgruppen



# Gesundheitstourismus und Medizintourismus: Chancen, Schnittstellen und Abgrenzungen

von

**Professor Dr. Walter Freyer**  
Lehrstuhl für Tourismuswirtschaft  
Technische Universität Dresden

für

**Expertenhearing „Gesundheitstourismus“**  
**Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmitteltechnik**  
München 25.07.2013



## Inhalt

- 1. Drei Säulen des deutschen Gesundheitstourismus**
- 2. Fokus Medizintourismus**
  - 2.1 Was ist Medizintourismus?
  - 2.2 Medizintourismus: ein weltweiter Boom?
  - 2.3 Medizintourismus: einige Zahlen
  - 2.4 Wo geht die Reise hin?
- 3. Formen und Arten des Medizintourismus**
  - 3.1 Nachfrager-Motive im Medizintourismus
  - 3.2 Behandlungsformen von Internationalen Patienten
- 4. Chancen und Herausforderungen**
  - 4.1 Leistungsketten und Schnittstellen-Management
  - 4.2 Transparenz, Qualität und Akkreditierung
  - 4.3 Interkulturelle Herausforderungen
  - 4.4 Kooperationen im Medizintourismus
  - 4.5 Medizintouristische Risiken und Nebenwirkungen
- 5. Anhang** (Literatur, Kontakt)



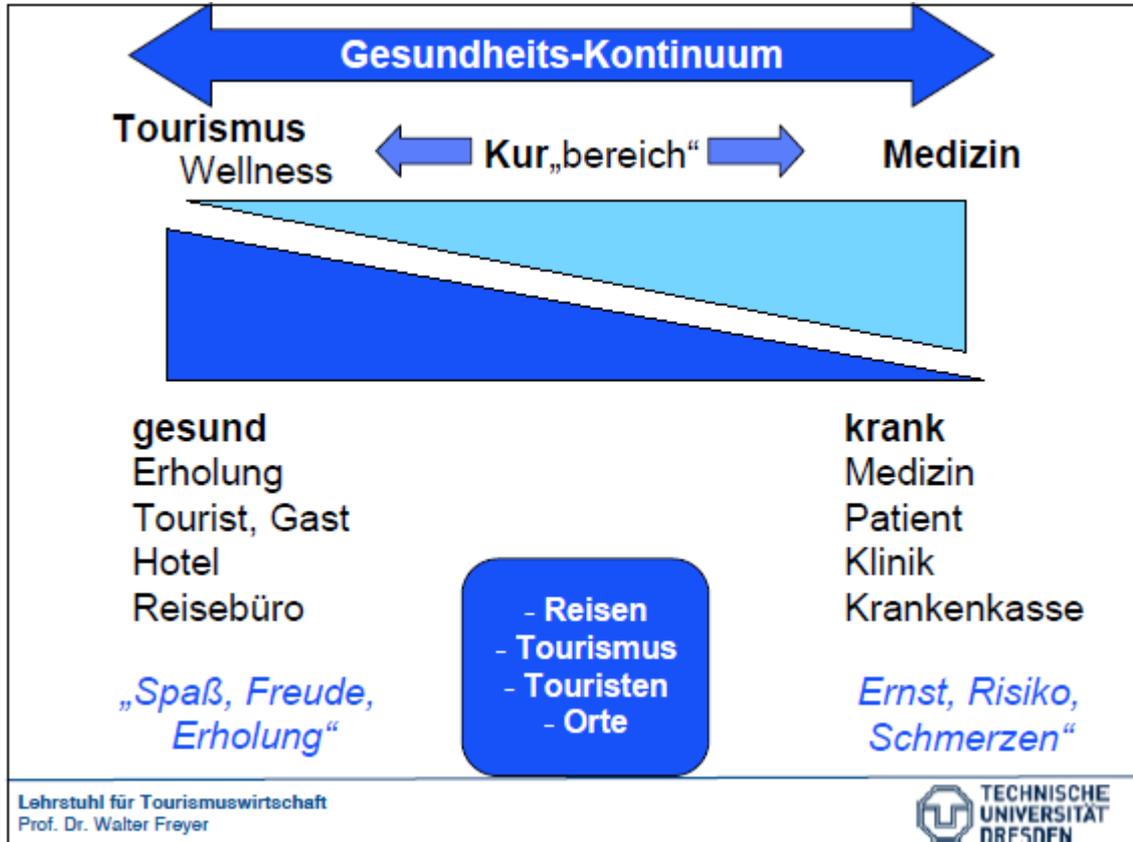
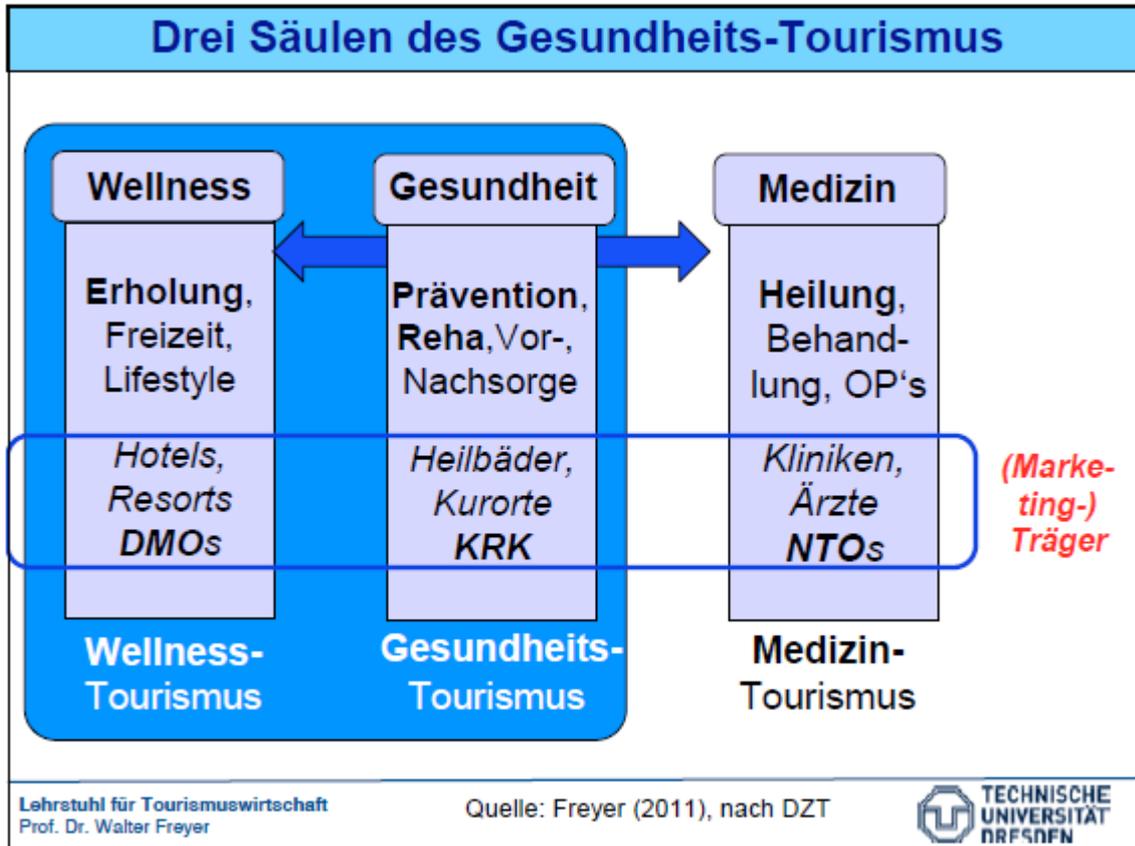
## 1. Drei-Säulen des deutschen Gesundheitstourismus

## Das 3-Säulen-Modell der DZT

Im Marketing der DZT-Deutsche Zentrale für Tourismus werden aktuell drei Säulen für das „Gesundheitsland Deutschland“ unterschieden – und aktiv beworben:

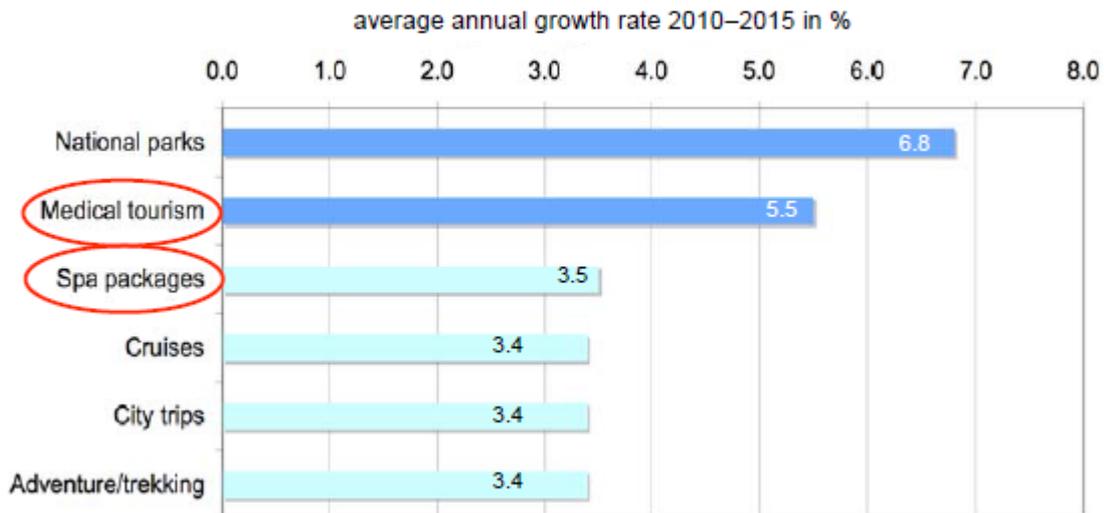
- **Gesundheitsreisen** oder -tourismus
- **Wellnessreisen** oder -tourismus
- **Medizinreisen** oder -tourismus

Quelle: DZT-Deutsche Zentrale für Tourismus 2013



## Wachstumsfelder im Tourismus

Medizinreisen und Spa Packages zählen zu den weltweit am schnellsten wachsenden Segmenten (2010–2015, nach Umsatz)



## 2. Fokus Medizintourismus

## 2.1 Was ist Medizintourismus?

### Das Phänomen und seine Definition

**Medizintourismus** umfasst alle Aktivitäten von Personen, die vorübergehend an Orte außerhalb ihrer gewohnten Umgebung reisen und dort freiwillig medizinische Leistungen in Anspruch nehmen.

(Freyer, W./Kim, B.-S.: Medizintourismus und Medizinreisen, in: Gesundheitswesen, H. 06 (2013))

Auch: **Medizin-Reisen, Internationaler Patienten-Service, -Mobilität, grenzüberschreitende Medizin, randseitig: Gesundheits-, Kur-, Wellness-Tourismus**

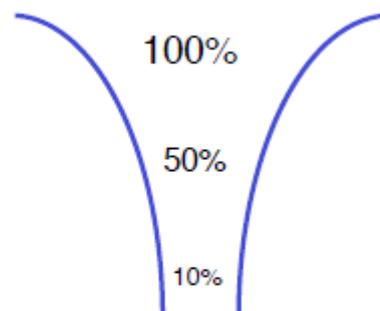
### Grenzen des Medizintourismus

#### ... ist nicht:

- Notfall-Behandlung (auf Reisen)
- Kranken-Rück-Transport
- Reise-Vorbeugung (Impfen etc.)
- Medikamentenkauf im Ausland
- Austauschstudenten

#### ... ist zum Teil:

- Expatriats, Migranten
- Pensionäre, Altersruhesitz
- (Euthanasie)
- Ärzte, Pfleger „unterwegs“
- Telemedizin



## Medizin und/plus Tourismus

### Medizin-Tourismus/-Reisen

Medizinische Leistungen	Touristische Leistungen
Nutzung medizinischer Infrastruktur <ul style="list-style-type: none"> <li>• Krankenhäuser, Kliniken, Reha-Einrichtungen (priv., öff.)</li> <li>• Medizinisches Personal: Ärzte, Pfleger, Techniker</li> <li>• Medizin-Technik</li> <li>• Pharmazie, Medikamente</li> <li>• Kranken-Versicherungen</li> <li>• Wissenschaft und Forschung</li> <li>• Ergänzende Gesundheits-Dienstleister (nur z.T. mediz.)</li> </ul>	Nutzung touristischer Infrastruktur <ul style="list-style-type: none"> <li>• Access: An- und Abreise</li> <li>• Accomodation: Aufenthalt</li> <li>• Attractions: touristische Attraktionen</li> <li>• Agencies/Organisation: Reise-mittler, Intermediäre, Facilitators</li> <li>• Sonstige touristische Dienstleister</li> </ul>
Ort: • Inland: für Ausländer (inbound) - für Inländer (domestic) • Ausland (nahes, fernes): Medical Travel (outbound)	

Lehrstuhl für Tourismuswirtschaft  
Prof. Dr. Walter Freyer

Quelle: Freyer/Kim 2013 (Medizintourismus)



## 2.2 Medizintourismus: ein weltweiter Boom?

Weltweit stehen ca. 50 Destinationen\* im Wettbewerb um internationale (und nationale) Patienten, aber:

- als (\*) „Destinationen“ gelten

Länder, Regionen, Orte, Kliniken, Krankenhaus-Ketten

- die **Behandlungsschwerpunkte** sind sehr unterschiedlich:

von klassischen OP's bis Beauty, Wellness, Lifestyle-, Alternativmedizin und Spiritualität – von „notwendigen“ bis „freiwilligen“ Eingriffen und Behandlungen

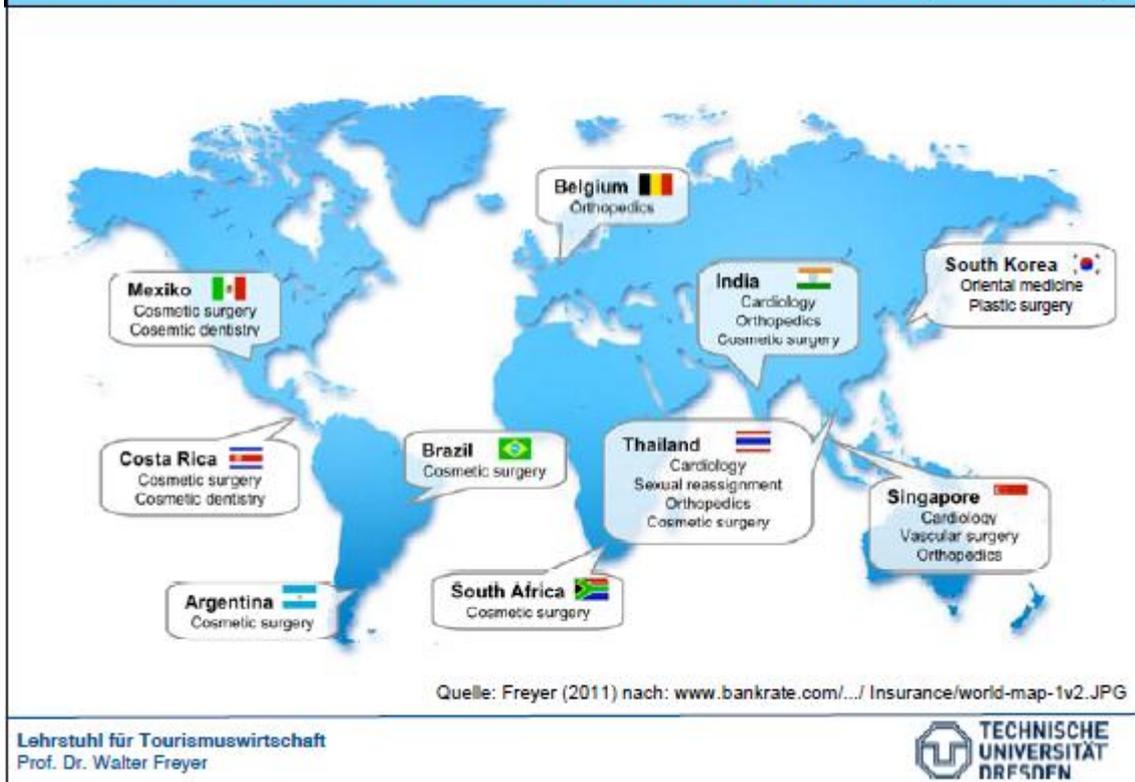
- **genaue Zahlen** sind unbekannt:

von Besuchern, Touristen, Übernachtungen, Visiten, Diagnosen und Behandlungen

Lehrstuhl für Tourismuswirtschaft  
Prof. Dr. Walter Freyer



## Medizintourismus-Destinationen weltweit (Auswahl)

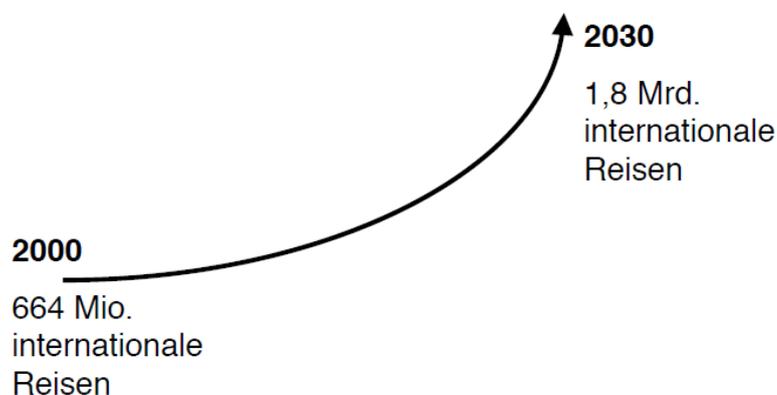


## Boomfaktoren des Medizintourismus

Die Ursachen und Triebkräfte des Medizintourismus sind sehr vielfältig – touristisch ebenso wie medizinisch:

- **Tourismus: Globalisierung, Internationalisierung, Mobilisierung – Konkurrenz der Destinationen**

- Anstieg internat. Tourismus, Low Cost Travelling
- Wettbewerb der Destinationen: immer neue Segmente



## Boomfaktoren des Medizintourismus

Die Ursachen und Triebkräfte des Medizintourismus sind sehr vielfältig – touristisch ebenso wie **medizinisch**:

- **Privatisierung des Gesundheitswesens, Demographie**

- eingeschränkte Kassenleistungen sowie
- Kostenanstieg der Behandlungen im Inland
- Privatisierung, 2. Gesundheitsmarkt

- **Internationalisierung des Gesundheitswesens**

- Förderung von Behandlungen im Ausland (KRK)
- Cross border health care, u.a. EU
- gleiche/gestiegene Qualitäts-Standards (v.a. EL, IL)

- **Gestiegene Nachfrage nach bestimmten Behandlungen**

- Beauty-Tourismus: inkl. dental und fertility tourism

## 2.3 Medizintourismus: einige Zahlen

## Daten, Fakten

Im Medizintourismus gibt es nur sehr vage Zahlenangaben, v.a. infolge unterschiedlicher Definitionen und Abgrenzungen.

- **Weltweit:** Geschätzt werden einige zig-Millionen Patienten.
  - Die führenden Empfängerländer (wie Thailand, Indien, Malaysia) sprechen von jeweils 0,5-1,0 Mio. internationalen Patienten.
  - Aus den USA sind knapp 1 Mio. Patienten international unterwegs.
- **EU:** ca. 1% des health care markets sind internat. Patienten
- **Deutschland:** ca. 100.000 stationäre und 120.000 ambulante internationale Patienten, mit ca. 1 Mrd. Erlösvolumen  
Ca. 300.000 Deutsche nehmen im Ausland medizinische Leistungen in Anspruch (*Outbound-Medizintouristen*)
- **Bayern:** ca. 17.000 internationale Patienten (stationär)

Quellen: Eigene Zusammenstellung nach versch. Quellen, u.a. Deloitte 2008, Woodman 2012, Juszczak 2012, EU-Statistik, Statistisches Bundesamt, TK 2012

Lehrstuhl für Tourismuswirtschaft  
Prof. Dr. Walter Freyer



## Wer gilt (statistisch) als Medizin-Tourist?

### • Wer ist ein Tourist?

... wer mindestens 1 Nacht an einem fremden Ort übernachtet – ansonsten sind es **Tagesbesucher** oder **-gäste** (nach UNWTO)

### • Wer ist ein Medizin-Tourist?

**Fokus stationär** (Medizintouristen), daneben **ambulant** (Medizinbesucher)

**Statistik: von 1 bis 24 ...**

- **Zahl der Personen:** z.B. 1 Patient
- **Reisen:** z.B. Patient kommt 3x
- **Zahl der ÜN;** z.B. 4 ÜN x 3 = 12 – ohne Begleitungen, mit Partner x 2 = 24 ÜN
- **Zahl der Behandlungen/Visiten:**  
z.B. pro Reise 4 Visiten und 2 Behandlungen
- **Visiten:** 3 Reisen x 4 Visiten = 12
- **Behandlungen:** 3 Reisen x 2 Behandlungen = 6



Lehrstuhl für Tourismuswirtschaft  
Prof. Dr. Walter Freyer



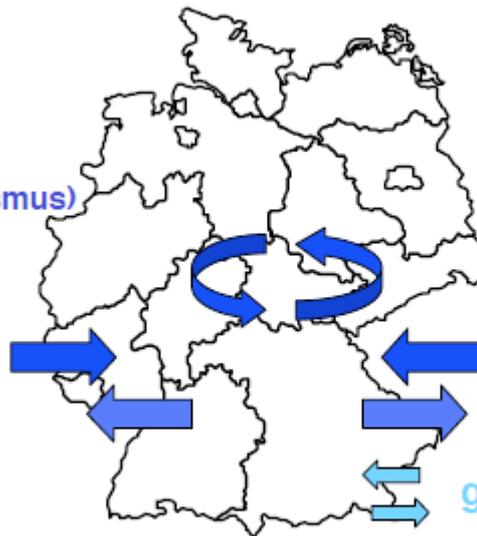
## 2.4 Wo geht die Reise hin?

Lehrstuhl für Tourismuswirtschaft  
Prof. Dr. Walter Freyer



## Medizintourismus: was ist „in“ und „out“

**Domestic**  
(Binnentourismus)



**Inbound**  
(über nat. Grenzen)

**Outbound**  
(über nat. Grenzen)

grenznahe

Lehrstuhl für Tourismuswirtschaft  
Prof. Dr. Walter Freyer



## Medizintourismus: was ist „in“ und „out“

Im Medizintourismus interessieren drei bzw. vier Arten der Ortsveränderung (der Bewegung, des Reisens oder Tourismus):

- **Outbound-Medizintourismus:** Deutsche Patienten reisen ins Ausland, um dort medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen
- **Inbound-Medizintourismus:** Patienten reisen vom Ausland nach Deutschland, um hier medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen
- **Domestic-Medizintourismus:** Deutsche Patienten reisen innerhalb Deutschlands, um medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen – wohnortnah oder wohnortfern
- **Sonderfall: Grenznaher Medizintourismus (in and out):** Beim grenznahen Medizintourismus entfallen aufwendige Reisen, es gelten aber die medizinischen Regelungen des Auslandes

Lehrstuhl für Tourismuswirtschaft  
Prof. Dr. Walter Freyer

Quelle: Freyer/Kim 2013



## Woher kommen die Deutschland-Medizintouristen?

Stationäre Patienten 2010



Lehrstuhl für Tourismuswirtschaft  
Prof. Dr. Walter Freyer

Quelle: Juszczak 2012



## 3. Formen und Arten des Medizintourismus

### 3.1 Nachfrager-Motive im Medizintourismus

### 3.2 Behandlungsformen im Medizintourismus

## 3.1 Nachfragemotive im Medizintourismus

Es werden vor allem **5 Hauptmotive** für den internationalen Medizintourismus genannt:

- **Qualität & Reputation**

Der Länder, Kliniken, Ärzte, Technologien etc.

- **Zugang zu Behandlungen (Verfügbarkeit, availability):**

- **Zeitlich:** Verkürzung von Wartezeiten

- **Rechtlich, ethisch:** Fertility, Sex-change, Alternativmedizin

- **Kosteneinsparung**

Preise, Leistungen der Behandlungen und Nebenkosten

- **Privatheit und mehr Fürsorge**

Anonymität sowie bessere Dienstleistungsorientierung im Gastland

- **Touristische Attraktivität**

für Patienten und Begleiter

## 3.2 Behandlungsformen von Internat. Patienten

### • weltweit

- *Cosmetic Surgery*
- *Dentistry (general, restorative, cosmetic)*
- Cardiovascular
- Orthopedics (joint and spine),
- Cancer
- Reproductive (fertility)
- *Weight loss*
- Scans, tests, health screening and second opinions
- *kosmetische Eingriffe*
- *Zahnbehandlung*
- Kardiologie
- Orthopädie
- Onkologie
- Fertilität
- *Gewicht, Fettabsaugung*



### • Deutschland (ohne die Bereiche des Beauty-Tourismus)

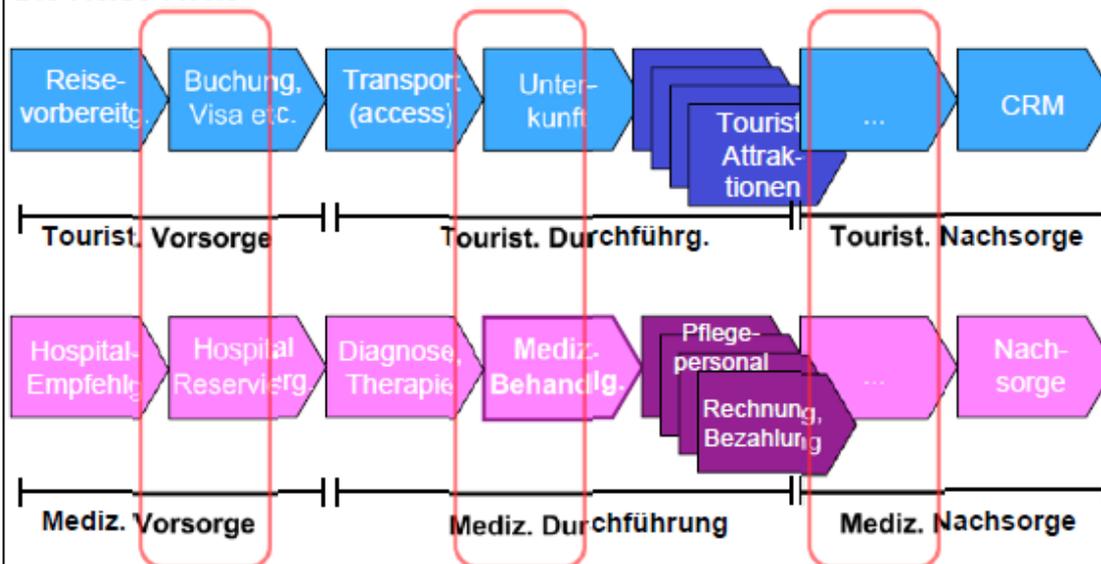
- Orthopädie
- Innere Medizin
- Allgemein- und Viszeralchirurgie
- Unfall- und orthopäd. Chirurgie
- Kardiologie
- Onkologie

Auswahl, z.T. nach Häufigkeit

## 4. Chancen und Herausforderungen

## 4.1 Leistungsketten und Schnittstellen-Management

### Die Reise-Kette



### Die Medizin-Kette

Lehrstuhl für Tourismuswirtschaft  
Prof. Dr. Walter Freyer

Quelle: Freyer 2011



## 4.1 (1) Die touristische Leistungskette

### Organisationen der gesamten Leistungskette:

- **Von Tür zu Tür:** Wohnung – Klinik – Hotel – u. zurück

### Chancen für die gesamte Tourismuswirtschaft:

- Spezielle (Medizintourismus-) **Reiseveranstalter** und **Agenturen** (facilitator) organisieren Paket-/Pauschalreisen
- (Spezial-) **Transport** durch Airlines, Krankenwagen etc.
- Spezielle **Beherbergung:** Hotels statt Klinikbetten
- **Management** internationaler und **inter-kultureller** Aufgaben: Sprache, Essen, Kultur, Religion, Visa etc.
- Unterstützung durch **NTO's** und **Staat:** Werbung, Rechts- u. Sicherheitsaufgaben
- **PPP: public-private-partnerships!**

Lehrstuhl für Tourismuswirtschaft  
Prof. Dr. Walter Freyer



## 4.2 Transparenz, Qualität und Akkreditierung

- **Transparenz:**
  - mehr, bessere, neutrale Informationen zu medizinischen und touristischen Leistungen
  - transparente Preise und Versicherungsleistungen
- einheitliche **Qualitätssysteme** und **Akkreditierung:** national und international

## 4.3 Interkulturelle Herausforderungen

- **Inter- u. multikulturelle** Qualifikationen und Erfahrungen: für Ärzte, Pflegepersonal u. Technik(er)
  - Sprache
  - Essen
  - Religion
  - Kultur
- **Sicherheit**  
(Safety & Security)

## 4.4 Kooperationen im Medizintourismus

- **Kooperationen**
  - im **Medizinbereich**: Cluster-Bildung
  - mit der **Tourismuwirtschaft**: tourist. Leistungsträger, Veranstalter, Vermittler, DMO's u. NTO's
  - mit sonstigen **Dienstleistern**: shopping etc.
  
- **PPP: public-private-partnerships!**

## 4.5 Medizintouristische Risiken & Nebenwirkungen

Nicht unerwähnt bleiben sollen einige wichtige und kritische medizintouristische Risiken & Nebenwirkungen

### • **Moral & Ethik**

- Mediz. Unterversorgung der einheimischen Bevölkerung
- moralisch-ethische Fragen der medizinischen Behandlung
- Abwanderung („Brain drift“) von Fachpersonal (v.a. mediz.)

### • **Rechtliche Probleme**

- Haftung, Gewährleistung bei Fehl(be)handlungen (in Medizin u./o. Tourismus)
- rechtlich (un)zulässige Behandlungen (je nach Staat)
- Kriminalität, Korruption

### • **Klima, Zeit**

- ... und Behandlungs- und Heilungsprozess

## 5. Anhang

## Literatur (Auswahl)

- Connell, J. 2010:** Medical Tourism, Wallingford: Cabi
- Deloitte 2008:** Medical Tourism – Consumers in search of value, Deloitte Center for Health Solutions, Washington D.C
- DZT 2013 – Deutsche Zentrale für Tourismus:** (2013a) Medizinreisen, (2013b) Wellnessreisen, (2013c) Medizinreisen, Frankfurt a.M, unter: <http://www.germany.travel/de/ebroschueren.html>
- Freyer, W. 2011:** Medical Tourism and Travel: some German experiences, Vortrag für International Seminar for Medical Tourism, Kyung Hee University, Seoul (Südkorea), 11/2011
- Freyer, W./Kim, B.-S. 2013:** Medizintourismus und Medizinreisen, in: Gesundheitswesen, H. 06 (2013)
- Freyer, W./Naumann, M. 2006:** Wellness aus tourismuswirtschaftlicher Perspektive, in: Reuber/Schnell (Hg.): Postmoderne Freizeitstile, Berlin: ESV
- Illing, K.-T. 2009:** Gesundheitstourismus und Spa-Management, München: Oldenbourg
- Juszczak, J. 2012:** Medizintourismusdestination Deutschland, St. Augustin (Vortrag TU Dresden)
- OECD 2011:** Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A scoping review, Brüssel (by Lunt, N. u.a.)
- TK 2012:** Europabefragung 2012 der TK, Hamburg: Wineg – Wiss. Institut der TK
- UNWTO 2011 – World Tourism Organisation der UN:** Tourism Towards 2030 – Global Overview, Madrid
- Woodman, J. 2012:** Patients Beyond Borders – Everybody's Guide to Affordable, World-Class Healthcare, Chapel Hill, North Carolina: Healthy Travel Media

## Kontakt

Prof. Dr. Walter Freyer  
Lehrstuhl für Tourismuswirtschaft  
Technische Universität  
01062 Dresden  
Germany  
Tel.: ++49 (0)351 4633 6800  
Fax: ++49 (0)351 4633 36807  
E-Mail: [tourism@mailbox.tu-dresden.de](mailto:tourism@mailbox.tu-dresden.de)  
[www.tourismus-tu-dresden.de](http://www.tourismus-tu-dresden.de)