

# Einleitung: Krankenhausführung im Wandel

*Frauke Cording-de Vries*

Krankenhäuser bilden das Rückgrat der medizinischen Versorgung und stellen eine tragende Säule des medizinischen Fortschritts dar. Sie sind ein wichtiger Wirtschaftsfaktor und maßgeblicher Jobmotor im rasant wachsenden Gesundheitswesen, vielerorts sogar die regional größten Arbeitgeber. Die deutsche Krankenhauslandschaft verzeichnet in den vergangenen zwanzig Jahren einen tiefgreifenden Wandel: Die Zahl der Krankenhäuser ist um 15 % auf 1.925 und die der Betten um 13 % auf 498.192 gesunken (Statistisches Bundesamt 2018). Längst handelt es sich bei der Leitung eines Krankenhauses nicht mehr um eine reine Verwaltungstätigkeit, so wie historisch geschehen. Parallel zu diesem Wandel in der Praxis entwickelten sich auch neue Perspektiven in der Wissenschaft.

Die traditionelle Betriebswirtschaftslehre war seit ihrer Begründung Anfang des 20. Jahrhunderts auf rein ökonomische Erkenntnisse mit ihren kritisch-rationalen Methoden fokussiert und bezog sich nur auf erwerbswirtschaftlich-private Betriebstypen.<sup>1</sup> Krankenhäuser bildeten zunächst keinen Interessensgegenstand. Umgekehrt war die Skepsis gegenüber der Ökonomie aus Sicht der Krankenhausleitungen ob des medizinischen und ethischen Auftrages groß. Mit neuen Erkenntnissen und wiederum neuen Fragestellungen öffnete sich der vormals engere wirtschaftliche Fokus der Betriebswirtschaftslehre und erweiterte sich um rechtliche, soziologische, technische und ethische Aspekte. Dies führte zur Weiterentwicklung der Betriebswirtschaftslehre zu einer Managementlehre, welche die Führung von Menschen in sozialen Systemen zum Gegenstand hat (Oswald 2019).

Bereits in den 1960er Jahren erwuchs aus der Betriebswirtschaftslehre das spezielle Gebiet der Krankenhausbetriebslehre und später auch das der Krankenhausmanagementlehre.<sup>2</sup> Der medizinische Fortschritt hat seinen Preis, die Kosten steigen an und aktuell besteht großer berufsgruppenübergreifender Personalmangel. Der Wettbewerbsdruck nimmt fortwährend zu, wie die oben genannten Zahlen belegen. Stationäre Einrichtungen agieren spätestens seit Aufhebung des Selbstkosten-

---

1 Die Begründung der Betriebswirtschaftslehre als akademischem Lehrfach geht insbesondere auf Johann Wilhelm Eugen Schmalenbach (1873–1955) zurück. Sein Schwerpunkt galt vorerst dem Rechnungswesen.

2 Als Begründer der Krankenhausbetriebslehre gilt Siegfried Eichhorn (1923–2005) mit seiner grundlegenden Arbeit zur Wirtschaftlichkeitsmessung in Krankenhäusern von 1958 und seinem mehrbändigen, mehrfach aktualisierten Werk »Krankenhausbetriebslehre: Theorie und Praxis des Krankenhausbetriebes« von 1967, zuletzt erschienen 2017 als »Krankenhaus-Managementlehre« unter der Ko-Herausgabe von Julia Oswald und Barbara Schmidt-Rettig.

deckungsprinzips nicht mehr in wirtschaftlicher Schwerelosigkeit und sind auf betriebswirtschaftliche Konzepte und Methoden angewiesen.

Vor diesem Hintergrund ist auch die Entwicklung des Marketings im Krankenhaussektor zu verstehen. Während es mittlerweile in den allermeisten Wirtschaftszweigen einen integralen Managementbestandteil darstellt, werden Marketing und Öffentlichkeitsarbeit in der Krankenhauspraxis vielfach noch vernachlässigt, die Kommunikation ist meist austauschbar und charakterlos. Erforderlich ist ein integriertes marktgerichtetes Managementkonzept. Im vorliegenden Buch sollen die Potenziale des Marketings im Krankenhaussektor aufgezeigt werden. Es soll erläutert werden, welche Erfolgsfaktoren daran geknüpft sind und welche Bausteine für ein entsprechendes marktgerichtetes Managementkonzept notwendig sind.

In Kapitel 1 werden die theoretischen Grundlagen zum Marketing und zur Öffentlichkeitsarbeit dargelegt. Neben den ökonomischen Grundkonzepten der klassischen Betriebswirtschaftslehre sind in diesem Kontext auch die Teildisziplin der Psychologie sowie verhaltenswissenschaftliche und medizinsoziologische Erkenntnisse von Bedeutung. Kapitel 2 beinhaltet die Erläuterung eines umfassenden Konzepts eines integrierten Marketings und Kapitel 3 thematisiert Marketing und Öffentlichkeitsarbeit in der Krankenhauspraxis. Abschließend werden in Kapitel 4 Perspektiven im Krankenhausmarketing aufgezeigt.

# 1 Zielgruppenspezifische Konzepte des Krankenhausmarketings

*Frauke Cording-de Vries*

## 1.1 Betriebswirtschaftliche Fundierung

### 1.1.1 Die Zielkonzeption im Krankenhaus

Krankenhäuser sind nach § 2 KHG »Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können«. Demnach ist die Zielvorgabe des Krankenhauses gesetzlich festgelegt, nämlich durch dessen institutionellen Sinn im Rahmen der öffentlichen Gesundheitsversorgung.

Auch für das Krankenhaus gilt dabei der systemindifferente allgemein-formale Wirtschaftlichkeitsgrundsatz. Die Rationalität wirtschaftlichen Handelns manifestiert sich in § 12 SGB V (1): »Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.«

Während das Hauptziel der bedarfsgerechten medizinischen Versorgung vorgegeben ist, sind die Entscheidungen über den zur Zielerreichung notwendigen Einsatz materieller und immaterieller Güter innerhalb der geltenden gesetzlichen Bestimmungen frei gestaltbar. Dabei handelt es sich einerseits um die sogenannten Elementarfaktoren (ausführende Arbeit, Betriebsmittel, Werkstoffe) und andererseits um den dispositiven Faktor, d. h. die Führungskräfte und die ihnen zugeordneten Funktionen (Betriebsführung, Planung, Organisation, Überwachung).

Die Zielerreichung setzt ein spezielles strategisches Vorgehen voraus und muss für seine Umsetzung auf dispositiver und operativer Ebene handhabbar gemacht werden, also in Teilziele für die diversen Leistungsebenen heruntergebrochen werden. Der Wertschöpfungsprozess innerhalb eines Betriebes vollzieht sich auf der normativen Ebene innerhalb eines bestimmten Wertesystems, welches idealerweise gezielt, transparent und in sich stimmig (vor-)gelebt wird. Und schließlich determiniert die Krankenhausumwelt mit der rasanten Dynamik medizinischen Wissens und technologischer Möglichkeiten sowie gesellschaftlicher, politischer und wettbewerblicher Veränderungsprozesse den Erfolg des Betriebes. Somit unterscheiden sich die jeweiligen Managementansätze innerhalb der Krankenhauslandschaft teilweise stark voneinander.

An der Zielbildung des Krankenhauses sind unterschiedliche Anspruchsgruppen beteiligt, welche in unterschiedlicher Beziehung dazu stehen (Thommen 2017). Alle Stakeholder können die Unternehmensziele durch ihre Ansprüche und Erwartun-

gen mehr oder weniger stark beeinflussen. Zu den sekundären Anspruchsgruppen (Satellitengruppen) zählen Banken, Zulieferer, Verbände, Politgruppen etc. Sie beeinflussen den Zielsetzungsprozess nur indirekt. Einen unmittelbaren Einfluss haben die Kerngruppen als primäre Anspruchsgruppen. Sie sind für die Unternehmensziele von immanenter Bedeutung:

- *die Eigentümer bzw. der Krankenhausträger*  
Der Krankenhausträger leitet seinen Einfluss auf das Zielsystem aus der Eigentumsstellung innerhalb marktwirtschaftlich organisierter Systeme ab. Zwar sind die Rahmenbedingungen für die Gesundheitsversorgung in Deutschland vorgegeben, doch das Prinzip der Selbstverwaltung sieht vor, dass die weitere Organisation und Finanzierung durch die Akteure ((Zahn-)Ärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser, Krankenkassen und Versicherte) selbst erfolgen soll.<sup>3</sup>
- *das Management bzw. die Krankenhausleitung*  
Häufig wird die Einflussnahme der Krankenhausträger an die Krankenhausleitung delegiert, die ihrerseits durch die ihr zugewiesenen Führungsaufgaben die Zielbildung maßgeblich bestimmen.
- *die Mitarbeiter*  
Die Mitarbeiter sind ebenfalls mittelbar an der Gestaltung wesentlicher Teilbereiche beteiligt, zumal der Fachkräftemangel in den medizinischen und pflegerischen Berufen eine hinreichende Mitarbeiterorientierung unabdingbar macht.

Das Zielsystem einer Unternehmung bzw. einer Krankenhausorganisation ist also ein komplexes Gefüge von mehr oder weniger interdependenten Einzelzielen (► Tab. 1.1).

**Tab. 1.1:** Zielsystem im Krankenhaus (Quelle: in Anlehnung an Haubrock 2018, S. 511)

Zielkategorie	Inhalt
<b>Hauptziel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bedarfsgerechte regionale Gesundheitsversorgung</li> </ul>
<b>Nebenziele</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existenzsicherung bzw. Wachstum</li> <li>• Kostendeckung als Voraussetzung zur Substanzerhaltung</li> <li>• kontinuierliche Qualitätssteigerung</li> </ul>
<b>Zwischen- und Unterziele</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leistungsziele</li> <li>• Personalziele</li> <li>• Finanzziele</li> <li>• Autonomie- und Integrationsziele</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bedarfsgerecht, hohe Qualität</li> <li>• Personalbestand, Zufriedenheit</li> <li>• Liquidität, Wirtschaftlichkeit</li> <li>• Handlungsautonomie, Kooperation</li> </ul>

---

3 Das System der Gesundheitsversorgung in Deutschland basiert auf vier Grundprinzipien: Prinzip der Versicherungspflicht, Prinzip der Beitragsfinanzierung, Solidaritätsprinzip und Selbstverwaltungsprinzip

Abhängig vom jeweiligen Zielinhalt lässt sich die Zielerreichung auf unterschiedlichen Skalen messen:

- *Nominalskala*: relevant ist die Zielerreichung an sich; es wird gemessen, ob ein Ziel erreicht worden ist oder nicht (z. B. Kooperation mit anderen Versorgern erreicht?)
- *Ordinalskala*: Zugrundelegung einer Rangordnung; die ordinale Messung der Zielerreichung vergleicht Zielerreichungsgrade miteinander (z. B. besser, schlechter, gleich) oder bringt Zielerreichungsgrade in eine Rangfolge (z. B. anhand von Schulnoten)
- *Kardinalskala*: der Zielerreichungsgrad wird durch einen numerischen Wert ausgedrückt (Eigenkapitalquote, Wartezeiten)

Die definierten Ziele stehen in Beziehung zueinander. Es lassen sich drei Arten von Zielrelationen unterscheiden:

- *Zielkomplementarität* liegt vor, wenn die Erreichung eines Ziels die Erreichung eines anderen begünstigt.
- *Zielkonkurrenz* liegt vor, wenn die Erfüllung eines Zieles zu einer Minderung des Zielerreichungsgrades eines anderen Zieles führt.
- Bei *Zielindifferenz* beeinflussen sich die jeweiligen Ziele nicht.

### 1.1.2 Die Krankenhausproduktion als Interaktionsmodell

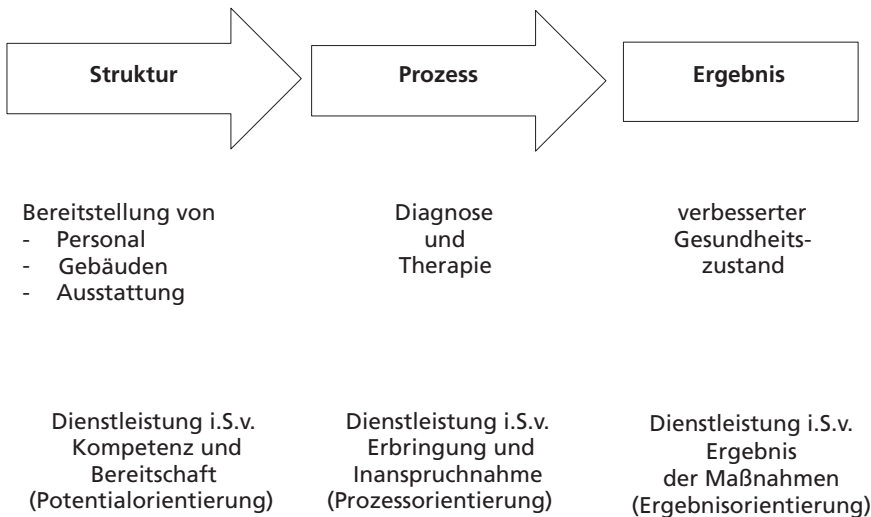
Krankenhäuser zählen aus betriebswirtschaftlicher Perspektive zu den kundenpräsenzgebundenen Dienstleistungsunternehmen. Gesundheitsleistungen sind komplexe Dienstleistungen am Menschen mit dem Ziel, dessen Gesundheitszustand zu verbessern. Aufgrund der Heterogenität von Dienstleistungen ist ein enumerativer Definitionsansatz ebenso wie eine Negativdefinition als Abgrenzung zu Sachgütern wenig zweckmäßig. Im Folgenden soll daher auf die konstitutiven Merkmale von Dienstleistungen abgestellt werden. Die Erörterung der Merkmale hat entscheidenden Einfluss auf den Absatz und die Vermarktung von Gesundheitsleistungen, wie die nachfolgenden Kapitel zum Krankenhausmarketing zeigen werden.

In Anlehnung an die idealtypische Unterteilung der Dienstleistungsproduktion in drei Phasen (Donabedian 1980, S. 85 ff.) können folgende Definitionsansätze unterschieden werden (► Abb. 1.1):

- **Struktur- bzw. Potenzialorientierung der Dienstleistung**  
Der Leistungsanbieter stellt die zur Behandlung erforderliche Infrastruktur in Form von materiellen Gütern wie Gebäuden und weiterer Ausstattung sowie die personellen Ressourcen bereit. Die Dienstleistung wird durch die Kompetenzen sowie die Bereitschaft zur Leistungserstellung determiniert.
- **Prozessorientierung der Dienstleistung**

Die Dienstleistung erfolgt aus dem synchronen Prozess der Leistungserbringung durch den Anbieter und der Inanspruchnahme durch den Leistungsempfänger unter seiner Mitwirkung.

- **Ergebnisorientierung der Dienstleistung**  
Die Dienstleistung ist das immaterielle Ergebnis der auf den Leistungsempfänger ausgerichteten Maßnahmen und Tätigkeiten.



**Abb. 1.1:** Dimensionen der Gesundheitsleistung (Quelle: in Anlehnung an Hilke 1989, S. 15)

Nach der kombinierten phasenbezogenen Betrachtung sind Dienstleistungen eigenständige, marktfähige Leistungen, welche mit dem Einsatz geeigneter materieller Ressourcen und der Leistungsbereitschaft sowie den Kompetenzen personeller Ressourcen verbunden sind (Potentialorientierung). Interne (materielle und personelle) sowie externe (außerhalb des Einflussbereiches des Anbieters liegende) Faktoren werden im Rahmen des Erstellungsprozesses miteinander kombiniert (Prozessorientierung). Ziel der Faktorkombination durch den Leistungsanbieter ist die Erzeugung einer nutzenstiftenden Wirkung für Menschen und ggf. deren Objekte (Meffert u. a. 2018).

Für Gesundheitsleistungen als spezielle Dienstleistungen ergeben sich folgende charakteristische Kernelemente (Lovell und Wright 2016; Meffert u. a. 2018; Greiling 2010):

- **Immaterialität**  
Gesundheitsleistungen kann man im Gegensatz zu Sachgütern nicht sehen, fühlen, hören, riechen oder schmecken. Durch die Immaterialität und auch die damit verbundene Intangibilität ist die Inanspruchnahme aus Kundensicht mit höheren Risiken behaftet.

- **Integration des externen Faktors und uno actu-Prinzip**  
Gesundheitsleistungen sind als beiderseitig personenbezogene Dienstleistungen durch die Mitwirkung des Patienten als externem Faktor in die Prozesse gekennzeichnet. Die Leistungserstellung durch den Anbieter und die Inanspruchnahme durch den Nachfrager erfolgen zeitlich synchron (uno actu). Aus Anbietersicht besteht insofern ein Risiko, als dass der Erfolg der Leistungserstellung vom Nachfrager beeinflusst wird.
- **Individualität**  
Gesundheitsleistungen erfolgen individuell am einzelnen Menschen mit seinen unterschiedlichen Präferenzen und Fähigkeiten und werden durch die Leistungskompetenz der Ärzte und des Pflegepersonals bestimmt.
- **Nichtlagerfähigkeit**  
Gesundheitsleistungen können aufgrund des uno actu-Prinzips nicht auf Vorrat produziert oder gelagert werden.
- **Geringe Rationalisierbarkeit**  
Die Rationalisierbarkeit von Gesundheitsleistungen im Sinne der Substitution von menschlicher Arbeit durch Maschinen ist bei beiderseitig personenbezogenen Dienstleistungen gering.

Gesundheitsleistungen sind Erfahrungsgüter. Erst während des Aufenthaltes in einer Einrichtung kann der Patient die Leistung beurteilen. Wesentliche Elemente (z. B. das medizinische Ergebnis einer Behandlung) können vom Patienten in der Regel nicht beurteilt werden. Aus diesem Grund sind Gesundheitsleistungen gleichermaßen Vertrauensgüter.

Nach Art und Intensität der Kundeneinbindung in den Erstellungsprozess können drei Kategorien unterschieden werden:

- Bei der *unterstützend-interaktiven Dienstleistung* bringt der Kunde ein Sachobjekt als externen Faktor ein. Mit einem hohen Maß an technischem Support bis hin zur vollständigen Automatisierung wird die Dienstleistung erbracht (z. B. Auto-waschstraße, Textilreinigung).
- *Problemorientiert-interaktive Dienstleistungen* sehen den direkten (vom Dienstleister zum Kunden) oder den indirekten (über Medien) Austausch von Informationen vor (z. B. Werbeagentur, Unternehmensberatung).
- Im Rahmen *persönlich-interaktiver Dienstleistungen* bringt sich der Kunde selbst als externen Faktor in die Produktion mit ein (z. B. medizinische und pflegerische Versorgung). Die jeweiligen physischen, psychischen, intellektuellen oder emotionalen Einflüsse auf den Kunden korrelieren mit der Dauer und der Intensität der persönlichen Interaktion.

Allen genannten Kategorien ist gemein, dass es um die (personen- oder sachgutbezogene) Mitwirkung des Kunden geht. Während es sich bei der unterstützend-interaktiven Dienstleistung aber um ein quasi-industriell erbrachtes Ergebnis handelt, welches aufgrund des Sachgutcharakters vergleichsweise gut bewertet werden kann, unterscheidet sie sich in dieser Hinsicht von der persönlich-interaktiven Dienstleistung.

tung. Krankenhausversorgung stellt einen offenen und interaktiven Prozess mit komplexen Beziehungen dar. Mit dem Interaktionsmodell der Krankenhausproduktion (Eichhorn und Oswald 2017) wird das organisatorisch-technische Modell der Krankenhausproduktion zum einen um die Elemente des Patienten mit seinen Bedürfnissen, Erwartungen und Fähigkeiten, d. h. seinem individuellen *Persönlichkeits-* sowie seinem *Krankheitsartenmuster*, und zum anderen um das *Ressourcenmuster* des Krankenhauses erweitert. Letzteres beschreibt sowohl die sachlichen Ressourcen (Medizintechnik, Räumlichkeiten, Ausstattung, Verbrauchsmaterial) als auch die personellen Ressourcen (Qualifikation der entsprechenden Berufsgruppen).

Ziel der Krankenhausbehandlung ist die Verbesserung des Gesundheitszustandes des Patienten. Die Wertschöpfungskette erstreckt sich über die Entscheidungsbereiche Diagnostik, Therapie, Pflege und Hotelversorgung und vollzieht sich dabei in einem komplexen Interaktionssystem auf einer instrumentell-rationalen und einer affektiven Ebene. Die Individualität des Patienten und auch die der Krankenhausmitarbeiter sowie die wechselseitige Beeinflussung an den verschiedenen Kontaktpunkten der Interaktionspartner erschweren die Determinierbarkeit des Leistungsergebnisses. Die Bewertung der Qualität ist nicht beständig und kann sich bei gleichbleibender Leistung verändern, beispielsweise durch Veränderung der Kundenerwartungen.

### 1.1.3 Kundenorientierung und theoretische Erklärungsmodelle

#### *Kundenorientierung als Unternehmensphilosophie*

In der Literatur existiert für den Marketingbegriff eine Vielzahl von Definitionsansätzen. Nach Kotler ist Marketing »ein Prozess im Wirtschafts- und Sozialgefüge, durch den Einzelpersonen und Gruppen ihre Bedürfnisse und Wünsche befriedigen, indem sie Produkte und andere Austauschobjekte von Wert erzeugen, anbieten und miteinander austauschen« (Kotler u. a. 2010a, S. 11). Die American Marketing Association definiert Marketing als »the activity, set of institutions, and processes for creating, communicating, delivering, and exchanging offerings that have value for customers, clients, partners, and society at large« (American Marketing Association 2017). Der Deutsche Marketingverband versteht unter Marketing eine marktorientierte Unternehmensführung, die alle relevanten Unternehmensaktivitäten auf die Wünsche und Bedürfnisse von Anspruchsgruppen ausrichtet. Allen Begriffsfassungen gemein ist dabei, dass es sich nicht um eine funktionale Betrachtungsweise handelt, sondern dass Marketing als Prozess und umfassende Markt- bzw. Kundenorientierung zu verstehen ist, welche die agierenden Personen in den Mittelpunkt stellt. Somit manifestiert sich Marketing auch als Unternehmensphilosophie auf der normativen Managementebene des Unternehmens und bildet die Grundlage für das gesamte Planen und Handeln (Weis 2019).

#### *Abgrenzung des Dienstleistungsmarketings*

Durch die Charakteristika der Dienstleistung (Immaterialität, Integration des externen Faktors und uno actu-Prinzip, Individualität, Nichtlagerfähigkeit, geringe



Rationalisierbarkeit; ► Kap. 1.1.2) unterscheiden sich Planung und Maßnahmen des Dienstleistungsmarketings vom Konsumgüter- und Investitionsgütermarketing in vielfacher Hinsicht (► Tab. 1.2). Insbesondere für den Unternehmenstypus des Krankenhauses ist ein spezifisches Marketing erforderlich. Die immaterielle Dienstleistung benötigt ein Trägermedium, durch welches ein Image geschaffen werden kann, welches dem potenziellen Kunden als Entscheidungsgrundlage dienen kann.

Tab. 1.2: Abgrenzung der Marketingbereiche Quelle: in Anlehnung an Weis 2019, S. 54 f.

Kriterium	Dienstleistungs- marketing	Konsumgütermar- keting	Investitionsgüter- marketing
<b>Produkt</b>	immateriell, indivi- duell, nicht lager-/ transportfähig	Massenprodukte, standardisiert	individuell gestaltet, Auftragsproduktion
<b>Anbieter</b>	Direktabsatz	indirekter Absatz	Direktabsatz
<b>Nachfrager</b>	Privatpersonen und Unternehmen	Privatpersonen	Unternehmen (buy- ing center)
<b>Dauer des Kaufent- scheidungsprozesses</b>	eher lang	kurz	eher lang
<b>Motiv der Kaufent- scheidung</b>	eher emotional	eher emotional	rational
<b>Marketing</b>	Imagemarketing	Massenmarketing	Individualmarketing
a) <b>Kommunikations- politik</b>	a) große Bedeu- tung	a) große Bedeu- tung	a) bedingt b) große Bedeutung
b) <b>Preispolitik</b>	b) bedingt	b) große Bedeu- tung	c) sehr große Be- deutung
c) <b>persönlicher Absatz</b>	c) große Bedeu- tung	c) unwichtig	d) sehr große Be- deutung; Indivi- dualprodukte
d) <b>Produktpolitik</b>	d) bedeutsam, ziel- orientiert	d) sehr große Be- deutung	e) große Bedeutung
e) <b>Service</b>	e) sehr große Be- deutung	e) geringe Bedeu- tung	

### Stärke der Kundenbeziehung

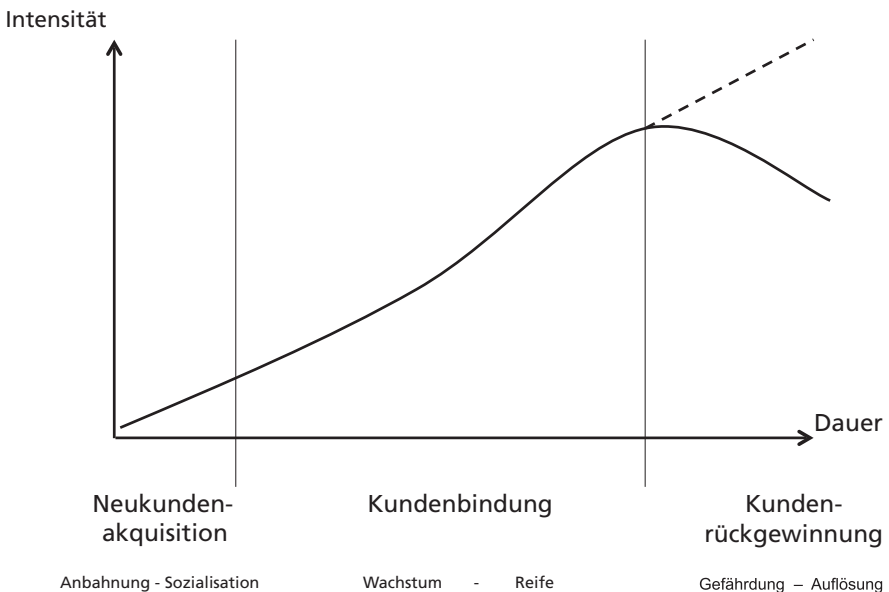
Das Ausmaß bzw. die Stärke von Kundenbeziehungen lassen sich jeweils durch unterschiedliche Kriterien beschreiben. Die Unterteilung von ökonomischen, psychologischen und verhaltensbezogenen Indikatoren für die Beziehungsintensität erscheint dabei zweckmäßig (Meffert und Bruhn 2012, S. 73):

- ökonomische Indikatoren:
  - Kundendeckungsbeitrag
  - Umsatz
  - Marktanteil

- psychologische Indikatoren:
  - Kundenzufriedenheit
  - Commitment
  - Compliance
  - Vertrautheit und Vertrauen
- verhaltensbezogene Indikatoren:
  - Kaufverhalten (Wiederkauf, Cross Selling)
  - Integrationsverhalten (Offenheit und Informationsverhalten)
  - Kommunikationsverhalten (Botschafter für den Anbieter)

### *Konzept des Kundenbeziehungszyklus*

Kundenbeziehungen sind im Zeitablauf veränderlich. Anlog zum Lebenszykluskonzept kann die Kundenbeziehungsintensität im Verhältnis zur Beziehungsdauer betrachtet werden (Meffert und Bruhn 2012). Im *Kundenbeziehungszyklus* sind drei Phasen der Kundenbindung zu unterscheiden (► Abb. 1.2). In der Phase der Neukundenakquisition wird der Grundstein für die Beziehung von Anbieter und Nachfrager gelegt (Günther 2013). Es folgt mit der zweiten Phase die Kundenbindung, Sie ist durch Wachstum und Reife geprägt. Die dritte Phase umfasst die potenzielle Beendigung, sodass ggf. Rückgewinnungsmaßnahmen für abwanderungsgefährdete oder bereits abgewanderte Kunden ergriffen werden müssen.



**Abb. 1.2:** Kundenbeziehungszyklus (Quelle: in Anlehnung an Bruhn 2009, S. 60; Stauss 2011, S. 327)