

Praxisführung

Mit Qualität punkten

Durch Verbindung des Qualitätsmanagements mit dem strategischen Management sowie dem Marketing besteht die Möglichkeit, die investierten Ressourcen in mehrfacher Hinsicht zu nutzen.

Spätestens seit Inkrafttreten der Richtlinie zur Wahrung der Qualität bei niedergelassenen Ärzten müssen sich auch Ärzte mit Qualitätsmanagement (QM) auseinandersetzen. Dem Arzt kommt dabei zugute, dass die Richtlinie die Art der Zielerreichung nicht vorschreibt, sondern lediglich einen Leitfaden zur Einführung eines QM-Systems bietet.

Da immer mehr administrative Aufgaben die Arbeitszeit mit dem Patienten verkürzen, sparen viele Ärzte die Zeit bei der Entwicklung des QM ein und erfüllen nur die Mindestanforderungen. Dadurch verpassen sie jedoch die Möglichkeit, ihre Praxis unternehmerisch weiterzuentwickeln. Denn: Ein QM-System kann auch an der Unternehmensstrategie ausgerichtet und als Marketinginstrument genutzt werden. Viele Ärzte verfügen jedoch noch nicht über ein (ausreichendes) strategisches Management. Vor der Einführung eines QM-Systems sollte sich der Arzt Gedanken über die künftige Ausrichtung der Praxis machen. Wie das QM mit der strategischen Ausrichtung der Praxis und dem Marketing verknüpft werden kann, zeigt die *Grafik*. Die einzelnen Phasen des Modells werden anhand eines Beispiels verdeutlicht (*kursiv gedruckt*).

In einer Hausarztpraxis mit einem Allgemeinmediziner und drei Arzthel-

ferinnen gibt es bisher kein strategisches Management. Sowohl die Zielgruppe als auch das strategische Geschäftsfeld sind nicht definiert. Als direkte Konkurrenten wahrgenommen werden eine Arztpraxis mit Spezialisierung auf Naturheilverfahren in unmittelbarer Nachbarschaft sowie eine andere, die sich auf „kleine Chirurgie“ und Osteopathie spezialisiert hat. Die Hausarztpraxis liegt in einem Stadtteil, in dem vor allem ältere Menschen und junge Familien leben. Kommunikation, Kompetenzordnungen und Atmosphäre innerhalb des Praxisteams sind suboptimal.

Phase 1. Istanalyse, Formulierung der Unternehmensvision und Unternehmensmission

Zunächst ist eine Istanalyse zu erstellen. Anschließend ist anzuraten, den verschiedenen QM-Bereichen vor Einführung des QM-Verfahrens vorab Schlüsselkennzahlen zuzuordnen, an denen spätere Veränderungen gemessen werden können (Patientenzugänge/-abgänge, Mitarbeiterfluktuation, Wartezeit, Arzt-Patienten-Gesprächszeit etc.). Zusätzlich ist das systematische Festhalten soziodemografischer Daten der Patienten, wie Altersstruktur, Geschlecht, ethnische Herkunft oder Beruf, wichtig. Diese Faktoren



liefern wertvolle Informationen zur Entwicklung einer Marketingstrategie. Intern erfassbare Daten, die Aussagen über das Verhältnis zu den Interessengruppen erleichtern, sollten ebenfalls dokumentiert werden. Zu diesen Daten gehört etwa die Anzahl der Rückfragen durch Krankenversicherungen oder durch Krankenhausärzte.

In der Beispielpraxis ist der Jahresumsatz in den zurückliegenden fünf Jahren um 25 Prozent auf jetzt 400 000 Euro gesunken. Bezüglich strategischer Geschäftsfelder wurde kein Profil entwickelt, neue Patienten finden selten den Weg in die Praxis. Ohne strategisches Konzept wird der Praxis in den kommenden Jahren wegen Multimorbidität zunehmend der Patientenstamm wegbrechen. In Bezug auf das Praxismarketing sind die zwei Hauptkonkurrenten zurzeit überlegen, eine Abwanderung von Patienten ist zu befürchten. Die schlechte Teamatmosphäre und die gestörte interne Kommunikation schlagen sich auch auf externe Kontakte nieder. Die durchschnittliche Wartezeit je Patient beträgt 30 Minuten. 70 Prozent der Patienten sind weiblich.

Nach der Istanalyse sollte eine Unternehmensvision formuliert werden. Sie sollte auf die Beziehung des Unternehmens zur Gesellschaft, zum Wettbewerb und zu ihren Mitarbeitern ausgerichtet sein. Im Gegensatz zur Unternehmensvision legt die Unternehmensmission langfristige Ziele und eine Grundorientierung fest. Die Visi-

on und die Mission werden in strategische Ziele überführt.

„Wir wollen erster Ansprechpartner für unsere Zielgruppen werden“, formuliert der Hausarzt seine Unternehmensvision. Seine Mission lautet: „Wir wollen unsere Patienten individuell und menschlich behandeln. Bei uns stehen die Patienten an erster Stelle. Wir wollen medizinische Leistung mit hoher Qualität und größtmöglicher Sicherheit anbieten.“

In der zweiten Phase werden die Stärken und Schwächen der Praxis und ihrer Umwelt analysiert.

Phase 2. SWOT-Analyse und strategische Geschäftsfelder

Ein Instrument, mit dem die Chancen und die Risiken den Stärken und Schwächen einer Praxis gegenübergestellt werden, ist die SWOT-Analy-

se. SWOT steht für Strengths, Weakness, Opportunities und Threats.

Dass die Räume sehr geräumig ausfallen und barrierefrei per Lift zu erreichen sind, zählt wegen der wachsenden Zahl älterer Menschen und junger Familien im Stadtteil zu den Pluspunkten der Beispielpraxis. Auch die Investitionsrücklagen sowie Kenntnisse im Bereich der Geriatrie und Pädiatrie sind hier zu nennen. Demgegenüber steht eine schlechte Regelung der Verantwortlichkeiten und Prozessabläufe in der Arztpraxis, die nicht mit den Vorgaben der QM-Richtlinie vereinbar sind.

Mit der SWOT-Analyse können Erfolgspotenziale einer Praxis erkannt und strategische Geschäftsfelder festgelegt werden. Strategische Geschäftsfelder sind gedankliche Konstrukte, die eine Kombination aus Angebot und Zielgruppe darstellen

und die Aktivitätsfelder eines Unternehmens widerspiegeln.

Als Zielgruppen betrachtet die Praxis ältere Menschen, junge Familien und alleinerziehende Mütter. Daraus ergeben sich die drei strategischen Geschäftsfelder: geriatrischer Schwerpunkt mit Selbsthilfegruppe für Angehörige von Demenzkranken, pädiatrischer Schwerpunkt mit Teenager-Sprechstunde und Angeboten für alleinerziehende Mütter sowie familienorientierte Allgemeinmedizin.

Zur Unterstützung der so definierten Erfolgspotenziale können anschließend auf der operativen Ebene Normstrategien und Maßnahmenpakete entwickelt werden.

Im Beispiel sollen zunächst die Praxisräume auf die Zielgruppe zugeschnitten werden. Gleiches gilt für die Praxisabläufe, die mehr an den

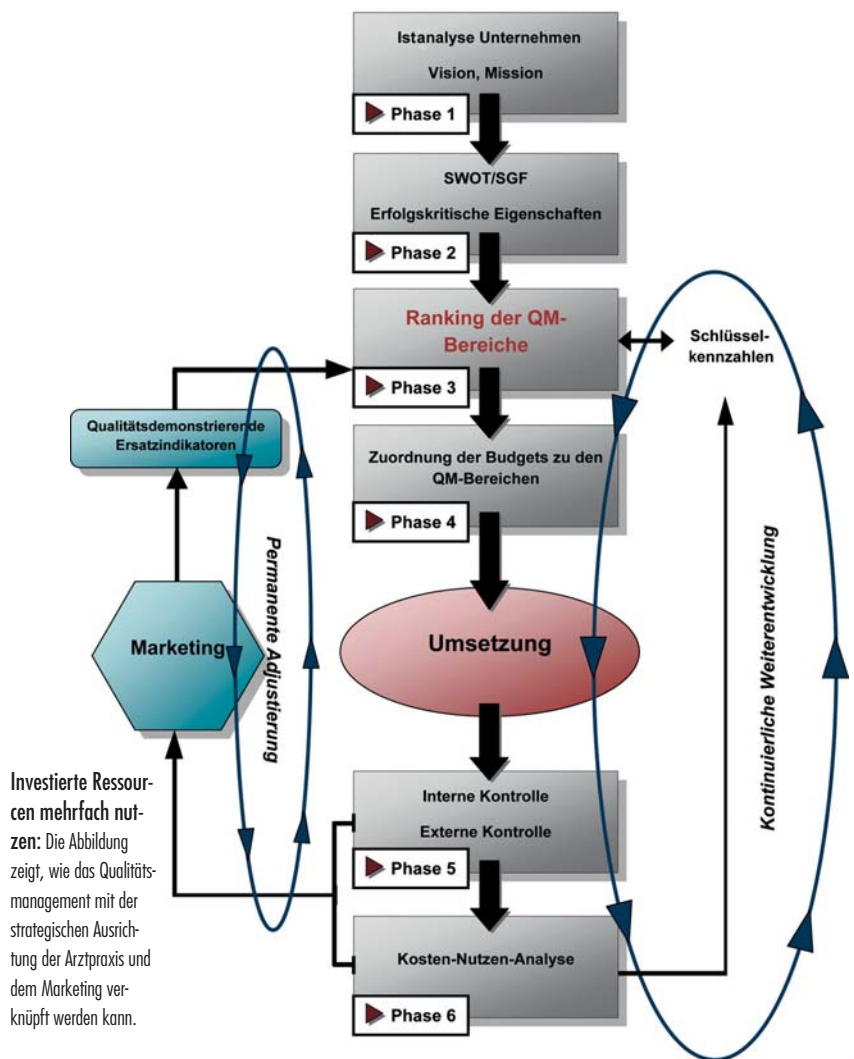
Bedürfnissen älterer Menschen und Kinder zu orientieren sind. Durch Kooperation mit Apotheken und Pflegediensten wird angestrebt, die Versorgungsübergänge insbesondere für die älteren Patienten zu verbessern.

Innerhalb eines Jahres will die Praxis ein (möglichst günstiges) QM-System einführen. Außerdem wird eine Zertifizierung angestrebt. Das Team entscheidet sich für das QEP-Verfahren der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (QEP = Qualität und Entwicklung in Praxen).

Phase 3. Rangfolge der Qualitätsmanagementbereiche

Natürlich können nicht alle Strategien sofort umgesetzt werden. Innerhalb der QM-Bereiche sollte deshalb eine Gewichtung erfolgen. Der Zeitrahmen zur Einführung des QM-Systems kann in mehrere Zyklen unterteilt werden, in denen unterschiedliche Gewichtungen in den verschiedenen Bereichen vorgenommen werden.

Das Praxisteam ordnet allen Bereichen zunächst Schlüsselkennzahlen zu. Es teilt den Einführungszeitraum in vier Dreimonatszyklen ein und konzentriert sich im ersten Quartal auf fünf QM-Bereiche. In Anlehnung an die Praxismission steht die Patientenorientierung an erster Stelle, es folgen das Praxismanagement, Verantwortlichkeiten, Kommunikation und Versorgungsübergänge. Hierfür wird ein Budget von 5 000 Euro festgelegt. Jede Mitarbeiterin wird an zwei Arbeitsstunden je Woche für das QM eingesetzt (24 Stunden je Monat für die drei Arzthelferinnen zusammen). Bei einem kalkulatorischen Stundenlohn von 30 Euro je Arbeitsstunde ergibt dies Personalmehrkosten von 720 Euro im Monat. Der Hausarzt wird vier Stunden je Woche (16 Stunden pro Monat) für die Entwicklung des QM zur Verfügung stehen. Bei einem kalkulatorischen Unternehmerlohn von 100 Euro je Stunde entspricht dies weiteren Personalmehrkosten von 1 600 Euro je Monat. Für das gesamte Team belaufen sich die Kosten auf 2 320 Euro.



Investierte Ressourcen mehrfach nutzen: Die Abbildung zeigt, wie das Qualitätsmanagement mit der strategischen Ausrichtung der Arztpraxis und dem Marketing verknüpft werden kann.

Phase 4. Zuordnung von Budgets zu den einzelnen Bereichen

Bei Einführung des QM ist die Festlegung eines Finanz- und Zeitbudgets erforderlich. Das Zeitbudget sollte die Anzahl an Arbeitsstunden für den Praxisinhaber und seine Mitarbeiter umfassen, die man für die Maßnahmen zu investieren bereit ist. Nach der Entscheidung, welches QM-Verfahren angewandt werden soll, kann innerhalb der vorgeschriebenen Bereiche des jeweiligen Verfahrens eine Priorisierung in Hinblick auf die Unternehmensziele vorgenommen werden. Diese Maßnahme wird als „Ranking“ bezeichnet.

Beim Ranking fließen die zuvor definierten Normstrategien in das operative Geschäft ein. Danach ist das Budget für QM-Maßnahmen der Arztpraxis zu verteilen. Dieses kann hilfsweise durch Zuordnung von Gewichtungsfaktoren (Summe aller Gewichtungsfaktoren = 1) und die an-

schließende Multiplikation des Budgets mit diesen Faktoren erfolgen (Finanzbudget mal Gewichtungsfaktor = Teilbudget). Ist die Auswahl erfolgt, sollte eine Priorisierung der Maßnahmen erfolgen. Den Maßnahmen werden dabei Budgets zugeordnet.

Das Team teilt das Finanz- und Zeitbudget im ersten Quartal anhand der veranschlagten Kosten und ohne Gewichtungsfaktoren ein: Veranschlagt werden Investitionen in Höhe von 1 000 Euro für Material und Software zur Verbesserung der Praxisorganisation, zuzüglich Renovierungsmaßnahmen im Wartezimmerbereich (4 000 Euro). Die künftigen Verantwortlichkeiten sollen in Einzel- und Teamgesprächen vermittelt werden, Arbeitsplatzbeschreibungen werden erstellt. Gemeinsam plant das Team, Praxisabläufe effizient und patientenorientiert zu gestalten. Wöchentliche Teamsitzungen sollen

die Kommunikation untereinander fördern, Telefonsprechstunden und Zeiträume für Kliniktelefonate die externe Kommunikation verbessern. Für bessere Versorgungsübergänge will der Arzt mit den Apotheken und den Pflegediensten Kontakt aufnehmen.

Das Praxisteam beschließt, sich in zwei Wochen noch einmal zusammenzusetzen und einen Maßnahmenkatalog zu den fünf QM-Bereichen aufzustellen. Die Kosten für das QEP-Verfahren liegen voraussichtlich bei 1 700 Euro (425 Euro je Quartal).

Das Ranking-Ergebnis für das erste Quartal (Budgeteinteilung ohne Gewichtungsfaktoren):

① **Patientenorientierung** (4 000 Euro plus 1 Stunde je Monat pro Mitarbeiter). Schlüsselkennzahlen: Zu- und Abgänge von Patienten, Patientenzufriedenheit, Fallzahl.

② **Praxismanagement** (1 000 Euro plus 1 Stunde je Monat pro Mitarbeiter plus 4 Stunden je Monat für den Arzt). Schlüsselkennzahlen: Fälle pro Stunde, Behandlungen pro Tag, Patienten-Wartezeit, Anzahl ungeplanter Überstunden, überschrittene Sprechstundenzeit in Minuten.

③ **Regelung der Verantwortlichkeiten** (1 Stunde je Monat pro Mitarbeiter plus 4 Stunden je Monat für den Arzt). Schlüsselkennzahlen: Anzahl ungewollt doppelt erledigter Arbeitsmaßnahmen, Mitarbeiterzufriedenheit, Patientenzufriedenheit.

④ **Kommunikation intern/extern** (4 Stunden je Monat pro Mitarbeiter plus 4 Stunden je Monat für den Arzt). Schlüsselkennzahlen: Mitarbeiterzufriedenheit, Anzahl Beschwerden von Interessengruppen, Patientenzufriedenheit, Anzahl Rückfragen von Interessengruppen, Anzahl eingegangener Faxe.

⑤ **Versorgungsübergänge** (1 Stunde je Monat pro Mitarbeiter plus 4 Stunden je Monat für den Arzt). Schlüsselkennzahlen: Anzahl „Fehler“, Anzahl Rückfragen von Pflegediensten, Kliniken oder Apotheken, Anzahl Beschwerden von Patienten.

Phase 5. Nach der Umsetzung – die Kontrollphase

Die Erfolgskontrolle kann in eine interne (Selbstanalyse) und eine externe Analyse (Vergleich mit Wettbewerbern) gegliedert werden. Bei der internen Untersuchung besteht die Möglichkeit zur Erhebung eines Status quo und dem Vergleich mit der Istanalyse vor Einführung des QM. Zudem kann ein Vergleich mit Wettbewerbern in Bezug auf öffentlich zugängliche Kennzahlen erfolgen.

Drei Monate nach Einführung des QM erfolgt eine erneute Istanalyse. Dabei wird für die Beispielpraxis ermittelt: Der Patientenstamm ist gewachsen und der Quartalsgewinn um knapp 4 000 Euro gestiegen. Die Wartezeiten konnten durch die verbesserten internen Abläufe auf 20 Minuten je Patient reduziert werden. Ein Patienten-Feedback zeigt eine gesteigerte Patientenzufriedenheit (vor allem wegen des neuen Wartezimmers und der kürzeren Wartezeiten). Auch die Mitarbeiterreaktionen fallen positiv aus. Die bessere Praxisorganisation hat an vielen Stellen zu Zeitersparnissen geführt. Klare Verantwortlichkeiten und Einkaufsstrategien haben die Bestellvorgänge von Sachmitteln optimiert und zusätzlich die Sachkosten gesenkt.

Phase 6. Kosten-Nutzen-Analyse

Die Kosten-Nutzen-Analyse erfordert die Dokumentation der durch das QM bedingten Kosten. Dabei ist zu bedenken, dass das Hauptziel des QM eine qualitativ hochwertigere medizinische Dienstleistung ist und nicht eine Kostenersparnis. Die durch das QM bedingten Kosten setzen sich zusammen aus den Sachkosten und den Personalkosten.

Durch das QM erzielte Einsparungen, wie zum Beispiel Überstundenabbau durch effizientere Prozesse oder Materialeinsparung durch verbesserte Kooperation mit Zulieferbetrieben, werden im Folgenden als „QM-Einnahmen“ bezeichnet. Bezieht man die Differenz aus QM-Einnahmen und QM-Kosten auf den

Umsatz, so kann ein monetärer Nutzen ermittelt werden. Bei kürzeren Zeitperioden ist jedoch zu beachten, dass die Aussagefähigkeit der Messgrößen abnimmt, da es sich nur um eine Momentaufnahme handelt.

In der Beispielpraxis hat die Einführung des QM im ersten Quartal 12 385 Euro gekostet. Dem stehen QM-Einnahmen in Höhe von 3 660 Euro gegenüber. Zudem ist der Quartalsgewinn um 4 000 Euro gestiegen. Summa summarum ergibt sich nach den ersten drei Monaten ein Minus in Höhe von 4 725 Euro. Demnach hat die Praxis im ersten Quartal monetär zwar nicht profitiert, aber dafür Investitionen getätigt, die sich mittelfristig auszahlen.

Um die fachlichen Qualitäten der Mitarbeiter zu verbessern, wird im zweiten Quartal der größte Teil des Budgets in Fortbildungen investiert. Diese Maßnahme soll die Motivation des Teams steigern, die Patientenorientierung verbessern und die externe Kommunikation optimieren. Das Finanzbudget beträgt somit 2 000 Euro, das Zeitbudget liegt bei 12 Stunden je Monat für den Arzt und 18 Stunden je Monat pro Arzthelferin (Personalkosten gesamt: 5 220 Euro).

Das Ranking-Ergebnis für das zweite Quartal (Budgeteinteilung mit Gewichtungsfaktoren):

① **Patientenorientierung**. Gewichtung: 0,3. Daraus folgt: 600 Euro und 3,6 Stunden je Monat für den Arzt und 5,4 je Monat pro Helferin.

② **Strukturierung der Behandlungsabläufe**. Gewichtung: 0,3. 600 Euro und 3,6 Stunden je Monat für den Arzt und 5,4 je Monat pro Helferin.

③ **Mitarbeiterorientierung**. Gewichtung: 0,2. Daraus folgt: 400 Euro und 2,4 Stunden je Monat für den Arzt und 3,6 je Monat pro Helferin.

④ **Patienteninformation/-beratung**. Gewichtung: 0,1. Daraus folgt: 200 Euro und 1,2 Stunden je Monat für den Arzt und 1,8 je Monat pro Helferin.

⑤ **Kommunikation**. Gewichtung: 0,1. Daraus folgt: 200 Euro und 1,2

TABELLE

Priorisierungsmatrix mit Kennzahlen und Indikatoren

Ranking-Platzierung	Qualitätsmanagement	Schlüsselkennzahlen	Qualitätsdemonstrierende Ersatzindikatoren
1	Patientenorientierung	Zu- und Abgänge von Patienten Patientenzufriedenheit Fallzahl	Zustand der Räumlichkeiten (z. B. Spielecke) Rücksichtnahme auf Individualität Beschwerdemanagement Umfang und Art der Kommunikation
2	Praxismanagement	Fälle pro Stunde Behandlungen pro Tag Patienten-Wartezeit Anzahl ungeplanter Überstunden Überschrittene Sprechstundenzeit in Minuten	Wartezeit auf Termine Wartezeit am Tresen Wartezeit im Wartezimmer Praxisatmosphäre
3	Verantwortlichkeiten	Anzahl unnötiger „Doppeldiagnosen“ Mitarbeiterzufriedenheit Patientenzufriedenheit	feste Ansprechpartner (Broschüren, Aushänge) gute Teamatmosphäre Ablauforganisation Wartezeiten
4	Kommunikation	Anzahl Stakeholder-Beschwerden Patientenzufriedenheit Mitarbeiterzufriedenheit Anzahl Rückfragen pro Stakeholder Anzahl eingegangener Faxe	Teamatmosphäre Informationsfluss u. a. zu Kliniken, Fachärzten, Apotheken aktive Kontaktaufnahme von Praxis zu Patient (Bsp. „SMS-Recall für Termine“)
5	Versorgungsübergänge	Anzahl Übergangsprobleme bzw. „Fehler“ Anzahl Rückfragen von Pflegediensten, Kliniken oder Apotheken Beschwerden von Patienten/Angehörigen	Vollständigkeit der Unterlagen beim Versorgungsübergang Wissensstand aller Beteiligten bei Übergängen

Stunden je Monat für den Arzt und 1,8 je Monat pro HelferIn.

Im zweiten Quartal ist der Gewinn um 7 500 Euro gestiegen. Es konnten nochmals Sachkosten von 1 000 Euro eingespart werden. Erstmals liegt ein positives Ergebnis vor, in den nächsten Quartalen können auch andere QM-Bereiche fortentwickelt werden.

Die Ergebnisse aus der Kontrolle und der Kosten-Nutzen-Analyse können zur Anpassung der QM-Maßnahmen verwendet werden. Durch eine wiederkehrende Anpassung der Maßnahmen entsteht dann über mehrere Zyklen ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess.

Verknüpfung mit dem Marketing

Neben der Verknüpfung mit dem strategischen Management sollte auch eine Verknüpfung mit dem Marketing erfolgen. Ziel der QM-Maßnahmen sollte nämlich auch die Erhöhung der Kundenzufriedenheit sein. Eine Besonderheit der medizinischen Dienstleistung ist jedoch, dass die Qualität für den Patienten schwer messbar ist. Diese wird

nur anhand von qualitätsdemonstrierenden Ersatzindikatoren (QE) wahrgenommen. Hierbei wird zwischen der objektiv wahrnehmbaren Qualität („Tech-Quality“) und der subjektiv wahrgenommenen Qualität („Touch-Quality“) unterschieden. Nur in wenigen medizinischen Bereichen, wie zum Beispiel in Augenlaserzentren, ist die „Tech-Quality“ durch eine Vielzahl von Geräten für den Patienten wahrnehmbar. Bei vielen anderen Leistungen steht die „Touch-Quality“ der medizinischen Dienstleistung im Vordergrund.

In Bezug auf die Unternehmensmission bietet das Praxisteam im Beispiel zwar qualitativ hochwertige medizinische Dienstleistungen an, dieses wurde von den Patienten bisher aber nicht ausreichend wahrgenommen. Ein angenehmeres Wartezimmer sowie eine Kinderspielecke sollen den Patienten eine Orientierung an ihren Bedürfnissen signalisieren und zu einer Zunahme der Patientenzufriedenheit führen. Zusätzlich werden eine transparentere Regelung der Verantwortlichkeiten und eine Verbesserung der internen Kommunikation angestrebt. Durch Optimierung der Orga-

nisation könnten die geplanten Sondersprechstunden (Alleinerziehende, Teenager, Demenzkranke mit Angehörigen) und Hausbesuche in das Tagesgeschäft integriert werden, die den Zielgruppen ebenfalls eine Rücksichtnahme auf Patientenbedürfnisse aufzeigen.

Das Ranking-Ergebnis für das erste Quartal unter Marketing-Gesichtspunkten:

① **Patientenorientierung.** QE: Zustand der Räumlichkeiten (Spielecke, spezielle Stühle für Ältere), Rücksichtnahme auf Individualität, Beschwerdemanagement, Integration von Hausbesuchen bei Älteren in den Praxisalltag, abendliche Sprechstunden für alleinerziehende berufstätige Mütter, mehr Sprechstundenzeit für ältere Patienten etc.

② **Praxismanagement.** QE: Wartezeit auf Termine, Wartezeit am Tresen, Wartezeit im Wartezimmer, Praxisatmosphäre.

③ **Regelung der Verantwortlichkeiten.** QE: Feste Ansprechpartner (in Broschüre oder Aushang klar dargestellt), gute Teamatmosphäre, Ablauforganisation, Wartezeiten.

④ *Kommunikation intern/extern. QE: Teamatmosphäre, Wissensstand von Klinikärzten und niedergelassenen Fachärzten über Patienten, aktive Kontaktaufnahme von der Praxis zum Patienten (zum Beispiel der Hausarzt ruft noch mal einige Patienten aus der Sprechstunde zu Hause an, um sich nach dem Therapieerfolg zu erkundigen, oder SMS-Recall).*

⑤ *Management Versorgungsübergänge. QE: Vollständigkeit der Patientenunterlagen bei Versorgungsübergängen, Wissensstand aller Beteiligten bei Übergängen.*

Das Ranking der QM-Bereiche stellt eine Schnittstelle zwischen strategischem Management und Marketing dar. Die Unternehmensstrategie legt die strategischen Geschäftsfelder und Zielgruppen fest. Es gibt hierbei die Möglichkeit einer Profilierungs-

oder Differenzierungsstrategie, das heißt, die medizinische Dienstleistung kann entweder mit höherer Qualität oder auf eine andere Art und Weise als bei anderen Anbietern erbracht werden. Je größer die Befriedigung des Patientennutzens (zum Beispiel durch Gesundheit, Trost, Gesellschaft, Erlebnis, Entspannung etc.), desto größer ist das Erfolgspotenzial eines strategischen Geschäftsfeldes. Das Ziel des Praxismarketings ist es, bei den Zielgruppen eine möglichst hohe Zufriedenheit zu erreichen und die Stellung der Arztpraxis im Bewusstsein der (potenziellen) Patienten zu erhöhen.

Mit dem Ziel einer effizienteren und strukturierteren medizinischen Dienstleistung im ambulanten Bereich wurde die Richtlinie zur Einführung eines QM in Arztpraxen erlassen. Der einzelne niedergelassene Arzt ist dabei ei-

nem hohen Wettbewerbsdruck ausgesetzt. Er ist einerseits gezwungen, sein Unternehmen strategisch auszurichten und muss andererseits die gesetzlichen Vorgaben erfüllen. Hierdurch wird das Setzen von Schwerpunkten unter Berücksichtigung der strategischen Ziele notwendig. Das oben beschriebene Modell stellt ein Instrument zur Verknüpfung von Unternehmensstrategie, QM und Marketing dar. Es kann dem Arzt als nützliche Leitlinie zur Erarbeitung eines Wettbewerbsvorteils dienen und dabei helfen, seine Marktanteile auszubauen.

Prof. Dr. rer. pol. Ralph Tunder,

Health Care Management Institute,
European Business School, Oestrich-Winkel

Dr. med. Annika Köhler,

Ärztin und MBA Health Care Management, Hamburg

Dipl. -Kfm. (Steuerberater) Mathias König,

Sozietät Krumbholz König & Partner, Hamburg