Medizin

Timo Nowak

Optimierungsmöglichkeiten einer Arztpraxis

Grundlagen und Praxisbeispiel

Diplomarbeit

Diplom.de

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek: Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de/ abrufbar.

Dieses Werk sowie alle darin enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsschutz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlages. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen, Auswertungen durch Datenbanken und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme. Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, der fotomechanischen Wiedergabe (einschließlich Mikrokopie) sowie der Auswertung durch Datenbanken oder ähnliche Einrichtungen, vorbehalten.

Copyright © 2008 Diplom.de
ISBN: 9783836611794

https://www.diplom.de/document/225712

Timo Nowak

Optimierungsmöglichkeiten einer Arztpraxis

Grundlagen und Praxisbeispiel

Diplom.de

Timo Nowak

Optimierungsmöglichkeiten in einer Arztpraxis

Grundlagen und Praxisbeispiel

Diplomarbeit
Fachhochschule Gießen-Friedberg
Fachbereich Wirtschaft
Studiengang Betriebswirtschaftslehre
Februar 2008

Diplom.de

Diplomica GmbH
Hermannstal 119k
22119 Hamburg

Fon: 040 / 655 99 20
Fax: 040 / 655 99 222

agentur@diplom.de
www.diplom.de

ID 11179

Timo Nowak
Optimierungsmöglichkeiten in einer Arztpraxis
Grundlagen und Praxisbeispiel

ISBN: 978-3-8366-1179-4
Druck Diplomica® Verlag GmbH, Hamburg, 2008
Zugl. Fachhochschule Gießen-Friedberg, Gießen, Deutschland, Diplomarbeit, 2008

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtes.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Die Informationen in diesem Werk wurden mit Sorgfalt erarbeitet. Dennoch können Fehler nicht vollständig ausgeschlossen werden und der Verlag, die Autoren oder Übersetzer übernehmen keine juristische Verantwortung oder irgendeine Haftung für evtl. verbliebene fehlerhafte Angaben und deren Folgen.

© Diplomica Verlag GmbH
http://www.diplomica.de, Hamburg 2008
Printed in Germany

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis 5
Tabellenverzeichnis 6

1. Zur Situation der niedergelassenen Ärzte im Gesundheitswesen 7
   1.1 Das Untersuchungsziel 13
   1.2 Methodisches Vorgehen 15
   1.3 Zum Aufbau der Arbeit 16

2. Grundlagen: Die „ideale Arztpraxis“ als Sollkonzeption 19

   2.1 Planung, Strategien und Ziele als Erfolgsfaktoren 19
      2.1.1 Das Praxisleitbild als Ausgangspunkt 20
      2.1.2 Keine Planung ohne Ziele! 22
      2.1.3 Planungssteuerung und Überwachung 23

   2.2 Die Rahmenbedingungen für sich nutzen und gestalten 27
      2.2.1 Auswahl und Analyse des Praxisstandorts 27
      2.2.2 Die Praxisräume Anordnung, Zugang und Gestaltung 29
      2.2.3 Praxisausstattung 31

   2.3 Praxisorganisation 33
      2.3.1 Aufbauorganisation 34
      2.3.2 Ablauforganisation 35
      2.3.3 Methoden und Instrumente 36
      2.3.4 Bestellsystem und Sprechstundenregelungen 38
      2.3.5 Selbstorganisation des Arztes 40

   2.4 Das Praxisteam, der Arzt und seine Mitarbeiter 42
      2.4.1 Mitarbeiterauswahl 43
      2.4.2 Mitarbeiterqualifizierung oder Personalentwicklung 44
      2.4.3 Mitarbeiterführung 45

2.4.4 Mitarbeiterzufriedenheit und Mitarbeitermotivation 47

2.5 Patientenorientierung in der Arztpraxis 51
2.5.1 Der zufriedene Patient 52
2.5.2 Wie Patientenzufriedenheit gemessen wird 53
2.5.3 Patientengerechte Beratung und Information 55
2.5.4 Serviceleistungen für Patienten 56

2.6 Marketing in der Arztpraxis 58
2.6.1 Rechtliche Regelungen die zu beachten sind 59
2.6.2 Patientenorientierter Marketingmix 63
2.6.3 Corporate Identity 65
2.6.4 Internethomepage 66

3. Praxisbeispiel: Allgemeinarztpraxis M in Wetzlar 69

3.1 Planung, Strategien und Ziele, wie wird in der Praxis geplant? 70
3.1.1 Verbesserungsvorschläge
3.1.1.1 Stärken und Schwächen erkennen (SWOT-Analyse) 71
3.1.1.2 Ein Leitbild erarbeiten 72
3.1.1.3 Ziele regelmäßig definieren und kontrollieren 75

3.2 Rahmenbedingungen der Arztpraxen 78
3.2.1 Optimierungsvorschläge zu den Rahmenbedingungen
3.2.1.1 Analyse des Standorts 79
3.2.1.2 Verbesserung des Zugangs für behinderte und ältere Patienten 80
3.2.1.3 Einführung eines Pendelsystems 81
3.2.1.4 Regelmäßige Wartung der Geräte 82
3.2.1.5 Schulung der Mitarbeiter im Umgang mit den Geräten 82
3.2.1.6 Bestehende Praxissoftware optimal nutzen 83
3.2.1.7 Nützliche Computerprogramme einsetzen 84

3.3 Verbesserungsvorschläge zur Organisation der Arztpraxis 86
3.3.1 Aufbauorganisation der Arztpraxis 87
3.3.1.1 Erstellen eines Organigramms 88
3.3.1.2 Arbeitsplatzbeschreibungen 89
3.3.1.3 Ernennung einer Erstkraft/ Praxismanagerin 91
3.3.2 Ablauforganisation der Arztpraxis 91
3.3.2.1 Standardisieren der Abläufe 92
3.3.2.2 Flussdiagramme zur Visualisierung 93
3.3.2.3 Checklistenmethode 95
3.3.2.4 Clusterbildung um Zeit zu sparen 97
3.3.2.5 Einführung eines Anamnesebogens 98
3.3.3 Sprechstundenregelungen in der Praxis 99
3.3.3.1 Gestaltung der offenen Sprechstunden 101
3.3.3.2 Einführung terminierter Sprechstunden 102
3.3.3.3 Einführung einer Telefonsprechstunden 103
3.3.4 Das Selbst- und Zeitmanagement des Arztes 104
3.3.4.1 Anwendung einfacher Regeln um Zeit zu sparen 105
3.3.4.2 Delegieren von Aufgaben 107

3.4 Das Praxisteam 109
3.4.1 Wie in Zukunft der richtige Mitarbeiter gefunden werden kann 110
3.4.2 Gezielte Qualifizierung einzelner Mitarbeiter 112
3.4.3 Optimierung der Mitarbeiterführung und Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung 113
3.4.3.1 Regelmäßige Teambesprechungen 117
3.4.3.2 Einführung eines betrieblichen Vorschlagswesen 119
3.4.3.3 Situativ und Kooperativ Führen mit Zielvereinbarungen 120
3.4.4 Die Mitarbeiterzufriedenheit steigern und festigen 123
3.4.4.1 Leistungsanreize schaffen 124
3.4.4.2 Annerkennung und konstruktive Kritik 125
3.4.4.3 Job Rotation, Job Enrichtment und Job Enlargement 127

3.5 Die Patientenorientierung in der Arztpraxis 129

3.5.1 Ergebnisse der Patienteninterviews 130
3.5.2 Patientenzufriedenheit steigern
3.5.2.1 Regelmäßige Patientenbefragungen 133
3.5.2.2 Einführung eines Beschwerdemanagements 134
3.5.2.3 Kommunikationsschulung 136
3.5.2.4 Das Wartezimmer gestalten 138
3.5.2.5 Recallservice 140
3.5.2.6 Serviceangebote für Patienten im Internet 142

3.6 Das bisherige Marketing der Praxis 146
3.6.1 Wie das Marketing optimiert werden kann
3.6.1.1 Individuelle Patientenbroschüren/ -informationen 147
3.6.1.2 Einführung einer Corporate Identity 149
3.6.1.3 Aufbau einer Homepage 150
3.6.1.4 Public Relation und Werbung 153

4. Ergebnisse und Ausblick
4.1 Beantwortung der Fragen des Untersuchungsziels 155
4.2 Ausblick auf die zukünftige Entwicklung 159

Quellenverzeichnis 161
Anhang 172

Abbildungsverzeichnis

Abb.1:	Aufteilung des Gesundheitsmarkts in Deutschland	8
Abb.2:	Zusammenhang der Teilbereiche in einer Arztpraxis	13
Abb.3:	Schematische Darstellung des PDCA-Zyklus	24
Abb.4:	Grundform der Balanced Scorecard	25
Abb.5:	Aufbauorganisation einer Musterarztpraxis	35
Abb.6:	Beispiel einer Checkliste	37
Abb.7:	Bedürfnispyramide nach Maslow	48
Abb.8:	Inhalte Internet-Seiten Niedergelassener Ärzte	68
Abb.9:	Bewertung der Ärztehomepages nach ihrer äußeren Aufmachung	68
Abb.8:	Swot Matrix in ihrer Grundform	72
Abb.9:	Beispiele für Werte in einem visionär geführten Unternehmen	74
Abb.10:	Aufbauorganisation der Arztpraxis M	88
Abb.11:	Entwurf einer Arbeitsplatzbeschreibung "Auszubildende zur Arzthelferin"	90
Abb.12:	Hauptsymbole eines Flussdiagramms	93
Abb.13:	Flussdiagramm „Terminierung am Telefon"	94
Abb.14:	Beispielcheckliste für eine Behandlung	96
Abb.15:	Flussdiagramm „Bearbeitung von Beschwerden“	135
Abb.16:	Formular „Eingegangene Beschwerde“	136
Abb.17:	Online-Recallsystem	141
Abb.18:	Überblick „Programme für den Recall"	142
Abb.19:	Beispiel für ein Onlineterminsystem	143
Abb.20:	Rezeptbestellsystem Online	144
Abb.21:	Onlineüberweisungsformular (Beispiel)	144
Abb.22:	Mögliche Inhalte einer Webseite	151
Abb.23:	Überblick Dienste-Anbieter für Arzt-Homepages	152

Tabellenverzeichnis

Tabb.1: Ergebnisse Kundenbarometer 2001 51
Tabb.2: Zulässigkeit von Arztwerbung Teil 1 61
Tabb.3: Zulässigkeit von Arztwerbung Teil 2 62
Tabb.4: Werbung in der Arztpraxis 63
Tabb.5: Rechtliche Probleme auf Internetseiten von Arztpraxen 67
Tabb.6: Voraussetzungen für eine gute Unternehmensvision 73
Tabb.7: Inhalte einer Praxismission 74
Tabb.8: Funktionen der Praxissoftware 84

1. Zur Situation der niedergelassenen Ärzte im Gesundheitswesen

Das Gesundheitswesen in Deutschland befindet sich in einem nachhaltig starken Wandel. Kaum eine Regierung der letzten Jahre und Legislaturperioden hat es sich nehmen lassen, durch Reformen die Rahmenbedingungen für die Akteure im Gesundheitswesen zu verändern. Die gesundheitspolitischen Entscheidungen haben dabei alle die Tendenz, Leistungen ganz oder zum Teil in die Verantwortung jedes Einzelnen zu legen. Leistungen, die früher von der Versichertengemeinschaft selbstverständlich getragen wurden, sind heute ganz oder zum Teil selbst zu finanzieren. Arztpraxen die nicht dazu bereit sind, sich den veränderten Rahmenbedingungen zu stellen, werden über kurz oder lang scheitern (vgl. u. a. Studie der GFK und der Stiftung Gesundheit[1]). Die zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitswesens führt zu einem zunehmenden Veränderungs- und Innovationsdruck unter den Gesundheitsberufen (Eurich et al., 2005, S.216 ff).

Spricht man vom Gesundheitswesen als Markt, so ist es hilfreich, ihn in zwei Teile zu untergliedern (vgl. Streit & Letter, 2005). Zum einen gibt es den ersten Gesundheitsmarkt, welcher durch die gesetzlichen Krankenversicherungen abgedeckt und finanziert wird. Hier wird die Entwicklung der Leistungsausgrenzung in den nächsten Jahren weiter voranschreiten, so dass man dort vor allem von einer Grundversorgung sprechen wird. Im Fünften Buch des Sozialgesetzes (SGB V) ist der erste Gesundheitsmarkt definiert: So gehören in ihn nur solche Leistungen, die ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind. Zudem dürfen sie das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (vgl. §12 I SGB V).

Zum anderen gibt es den sogenannten zweiten Gesundheitsmarkt, welcher alle Leistungen, die nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung abgedeckt sind, beinhaltet. Hierzu gehören Leistungen, die über die Bestimmungen des SGB V hinausgehen, was nicht bedeutet, dass sie aus medizinischer Sicht empfehlenswert wären (vgl. u. a. Frank, 2005; Schüller & Dumont, 2006).

Das Gesundheitswesen ist ein bedeutender Wirtschaftsfaktor geworden (Frodl, 2004). Er ist ein Wachstumsmarkt, insbesondere im Bereich der Selbstzahlerleistungen (vgl. http://www.kvwl.de/15.11.2007[2]). Zahlen des Bundesministeriums für Gesundheit

[1] Link: http://www.stiftung-gesundheit.de/presse/Studie_Aerzte_im_Zukunftsmarkt_Gesundheit.pdf
[2] Link: http://www.kvwl.de/arzt/termine/seminare/kv/erfolreich_praxis_mue.htm/

belegen dies jedes Jahr aufs Neue. So wurden im Jahr 2005 rund 240 Milliarden Euro für die Gesundheit ausgegeben. Damit betrug der Anteil am BIP[3] knapp 11 % (http://www.die-gesundheitsreform.de [4]). Anhand solcher Zahlen ist es nicht erstaunlich, dass sich immer neue Anbieter auf den Gesundheitsmarkt drängen, um auch ein Stück vom Kuchen abzubekommen (Streit & Letter, 2005). Gerade auf dem zweiten Gesundheitsmarkt hat ein starker Wettbewerb um die Gunst der Patienten begonnen.

Abbildung 1: Aufteilung des Gesundheitsmarkt in Deutschland

Quelle: Streit & Letter, S. 189, 2005

Diese Entwicklung hat auch vor den ärztlichen Praxen nicht Halt gemacht. Kaum ein Arzt kann es sich in Zeiten von EBM[5], Budgetierung[6] und der gesetzlichen Forderung

[3] „Das Bruttoinlandsprodukt (BIP) ist ein Maß für die wirtschaftliche Leistung einer Volkswirtschaft. Das BIP bezeichnet den Geldwert aller im Inland an die Endverbraucher verkauften Güter und Dienstleistungen. Nicht berücksichtigt werden somit Güter und Dienstleistungen, die Vorleistungen für andere Produkte oder Dienstleistungen sind."(www.bundesfinanzministerium.de / 03.11.2007)

[4] Link: http://www.die-gesundheitsreform.de/gesundheitssystem/gesundheitsstandort/index.html

[5] „Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) ist ein Verzeichnis, nach dem ambulante Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden. Seine gesetzliche Grundlage ist das Fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V). Gemäß § 87 Abs. 2 Satz 1 SGB V bestimmt der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) den Inhalt der abrechungsfähigen Leistungen und stellt ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander dar. Soweit möglich, sind die Leistungen, mit Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand des Vertragsarztes zu versehen." (Quelle: www.kbv.de / 28.09.2007)

[6] „Im deutschen Gesundheitswesen bezeichnet die Budgetierung eine Maßnahme, die gesetzlich festgelegt, dass pro Kalenderjahr in einem bestimmten Ausgabenbereich für alle Versicherten der GKV nur eine Geldmenge ausgegeben werden darf, die derjenigen des Vorjahres entspricht und um den Prozentsatz der Grundlohnsummensteigerung angepasst wird. Das Ziel bei der Einführung der Budgetierung 1993 in Deutschland war, steigende Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) zu begrenzen."(Quelle: www.wikipedia.de/ 05.11.2007)

nach einer Integration von Qualitätsmanagementsystemen [7] noch leisten, einen Patienten zu verlieren (Wölker, 2007; Frank, 2005). Dies betrifft insbesondere den lukrativen zweiten Gesundheitsmarkt. In ihm erwirtschaften die Arztpraxen mit Selbstzahlerleistungen, den individuellen Gesundheitsleistungen (IGeLn [8]), einen immer größeren Anteil an ihrem Umsatz, was auch an der steigenden Akzeptanz unter den Patienten liegt (www.pvs-direct.info, 21.11.2007[9]; Bärbel Keim-Meermann & Karl Werner Ratschko, 2005).

In Studien und Erhebungen wird jedes Jahr aufs Neue die schlechte Stimmung der Ärzteschaft, die hinsichtlich ihrer wirtschaftlichen Zukunft befragt werden, belegt. Der aktuelle Medizinklimaindex (MKI) der Stiftung Gesundheit von Herbst 2007 zeigt, dass rund 30% aller Ärztinnen und Ärzte ihre aktuelle wirtschaftliche Lage für schlecht halten. 49% dagegen halten sie für zufriedenstellend und nur 21,2% für gut (Quelle: www.stiftung-gesundheit.de/ 27.10.2007[10]).

Durch die immer leichter zu beschaffenden Informationen über gesundheitsrelevante Themen aus Medizin und Wissenschaft, werden die Patienten immer kritischer und anspruchsvoller (Frank, 2005). Mittlerweile ist Komplementärmedizin dabei für den Patienten zu einer Selbstverständlichkeit geworden, die er auch gerne in Anspruch nimmt, wenn er sich davon einen erhöhten Nutzen verspricht und der Preis bezahlbar ist (vgl. Streit & Letter, 2005; Schüller & Dumont, 2006).

Nicht zuletzt hat die Praxisgebühr dazu geführt, dass Patienten eine Arztpraxis, mehr als früher, als Dienstleistungsunternehmen wahrnehmen, an die sie die gleichen Maßstäbe ansetzen wie sie es von anderen Dienstleistungsunternehmen gewohnt sind. „Wer in den Geldbeutel greifen muss, nimmt seinen Arzt als Dienstleister wahr und erwartet praktisch die gleiche Dienstleistungsqualität, die er auch in der freien Wirtschaft einfordert." (Schüller & Dumont, 2006, S.).

---

[7] „Unter Qualitätsmanagement versteht man – entsprechend der Definition nach DIN EN ISO 9000:2000 – aufeinander abgestimmte Tätigkeiten zum Lenken und Leiten einer Organisation, die darauf abzielen, die Qualität der produzierten Produkte oder der angebotenen Dienstleistung zu verbessern"(Quelle: http://www.q-m-a.de / 05.11.2007)

[8] „Bei IGeL handelt es sich um (Wunsch-) Leistungen, welche von gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten in Anspruch genommen werden können, diese gehören jedoch nicht zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung" (Quelle: http://www.deutsche-medizinerauskunft.de /03.11.2007)

[9] Link: http://www.pvs-direct.info/pvs/download/sigw/Leo29-07.pdf

[10] Link: http://www.stiftung-gesundheit.de/presse/Medizinklimaindex_Herbst_2007.pdf

Ein Patient hat heute durch die hohe Ärztedichte und die gestiegene Mobilität eine viel größere Auswahl an Ausweichmöglichkeiten. Stimmt die Leistung einer Arztpraxis nicht, geht er zu einer anderen (Frodl, 1998).

„Im gleichen Maße, wie der Patient vom Zuzahler zum Bezahler wird, wird die Qualität der Kommunikationskultur zum Kriterium für die Wahl der Arztpraxis. Welche Praxis die einfache Kaufmannsregel „der Kunde ist König" nicht befolgt, wird im wachsenden Wettbewerb mit seinen Kollegen Patienten verlieren und weniger neue Patienten gewinnen." (http://igelarzt.de /05.11.2007[11]). Laut Veröffentlichungen des Bundesministeriums für Gesundheit kamen 2005 im Bundesdurchschnitt auf einen niedergelassenen Arzt 265 Einwohner[12]. Der Konkurrenz- und der damit verbundene Innovations- und Optimierungsdruck unter den Ärzten ist schon allein aufgrund dieser Zahl leicht zu erahnen.

Wegen diesen gestiegenen Anforderungen sind Arztpraxen dazu gezwungen zu handeln (vgl. u. a. Wolff, 1998, Streit & Letter, 2005). Es reicht nicht mehr aus, nur eine Praxis zu eröffnen bzw. zu übernehmen und der Rest erledigt sich von selbst. Vielmehr wird auch von den Medizinern und dem Praxispersonal ein betriebswirtschaftliches, rechtliches und kommunikatives Know-How verlangt (vgl. u. a. Schüller & Dumon, 2006; Börkircher, 2004; Frank, S.113 ff., 2005, Frodl, 2004). Durch diese gestiegenen Anforderungen ist nicht zuletzt der Begriff des Arztes als Praxismanager in Mode gekommen. In Veröffentlichungen medizinischer Fachzeitschriften und in Unternehmensberatungen, die speziell für niedergelassene Ärzte arbeiten, wird dieser Begriff häufig verwendet. Die Praxis muss zu einer Marke aufgebaut werden (Schüller & Dümont, S.96 ff., 2006), denn auch die Arztpraxis ist ein Unternehmen, welches ohne dauerhafte Gewinnerzielung nicht existieren kann (Bahner, S. 59, 2003).

Alle Praxen sind gezwungen ihre bisherigen Geschäftsmodelle zu überdenken, Veränderungsprozesse einzuleiten und an vielen Stellen gleichzeitig Optimierungen durchzuführen (Frank, 2005). Da Aktionismus in diesem Zusammenhang nur selten zum Erfolg führt, verspricht ein geplantes, an Zielen orientiertes, Handeln ein besseres Ergebnis (vgl. u. a. Wolff, S.44 ff., 1998; Frank, 2005, Frodl, 2004).

---

[11] Link: http://igelarzt.de/bvonet/index.html?src=01/meldungen/kommunikation.html

[12] Link: http://www.die-gesundheitsreform.de/gesundheitssystem/gesundheitsstandort/index.html /01.11.2007)

Die Patientenorientierung steht bei allen Verbesserungen und Veränderungen im Zentrum (Streit & Letter, 2005). Das Praxisteam sollte stets die Sicht des Patienten einnehmen, um Verbesserungen in seinem Sinne einzuführen. Schließlich sind es die Patienten, welche über Erfolg oder Misserfolg einer Praxis entscheiden.

Der Arzt als Unternehmensführer hat dabei viele Aspekte zu beachten und mit in seine Betrachtung einzubeziehen. Dabei spielen grundsätzliche Fragen zur Strukturqualität der Praxis, wie Standort, Räumlichkeiten, Ausstattung mit medizinischen Geräten, EDV etc., genauso eine Rolle, wie Entscheidungen und Optimierungen hinsichtlich der Organisation (vgl. Frodl, 1998, Freudenthaler, 2002).

Ein weiterer wichtiger Bestandteil einer modernen Praxisführung ist die Mitarbeiterorientierung. Ohne motivierte und engagierte Mitarbeiter wird keine Praxis erfolgreich sein können. Schließlich sind es die Mitarbeiter, die am häufigsten und oft auch am längsten Kontakt zu den Patienten haben (vgl. Schüller & Dumont, 2006). Deshalb ist es wichtig, dass alle Praxismitglieder gemeinsam und vertrauensvoll an der Zielerreichung arbeiten (vgl. Frodl, 2004, S. 143 ff.).

Sind alle oben angesprochen Aspekte erfüllt, so ist letztendlich noch zu bedenken, wie man die Praxis bekannt macht. So hat auch das Marketing in Arztpraxen Einzug gehalten und ist gerade, wenn es um das Anbieten zusätzlicher Leistungen aus dem Selbstzahlerbereich geht, nicht mehr wegzudenken. Alle diese „Gesichtspunkte“ sind letztendlich nicht voneinander zu trennen, sondern in ein Gesamtkonzept zu fassen (vgl. u. a. Frodl, 1996; Frank 2005; Wölker, 2007).

Verbesserungen in einem Teilbereich führen dazu, dass auch die anderen Teilbereiche davon profitieren (vgl. Wolff, 1998). So führt zum Beispiel eine Optimierung der Abläufe dazu, dass die Mitarbeiter zufriedener sind. Zufriedene Mitarbeiter sind in der Regel freundlicher, produktiver und machen weniger Fehler, was wiederum auch Auswirkungen auf die Patienten hat, die es u. a. ihrerseits mit einer erhöhten Zufriedenheit und Praxisbindung danken. Diese Zusammenhänge werden im Anschluss an diese Einleitung anhand eines Schaubildes kurz dargestellt (Abb.2).

Neben den rein wirtschaftlichen Gründen, die diese patientenzentrierte Sichtweise von Nöten macht, sind auch medizinische Aspekte mit einzubeziehen (vgl. Schüller & Dumont, 2006). Ein zufriedener, informierter Patient, der ein Vertrauen zu seinem

Praxisteam aufgebaut hat, wird dies in der Regel mit einer erhöhten Compliance[13] danken (vgl. Thill, 2002, 23 ff.). Vor allem dann, wenn er aktiv an der Entscheidungsfindung beteiligt wurde, welche Behandlung die Richtige ist. "Er wird Verantwortung übernehmen für den Gesundungsprozess, denn er hat diesen Prozess ja aktiv mitgestaltet."(Schüller & Dumont, 2006, S. 104).

Auch eine häufigere Inanspruchnahme von entgeltlichen Leistungen wird das Ergebnis sein. Die Optimierungen werden sich also in der Ergebnisqualität (Patientenzufriedenheit, Heilungsraten, finanzieller Erfolg, etc.) der Praxis widerspiegeln (vgl. u.a. Wölker 2007; Frank, 2005).

Finanzierungsaspekte spielen dabei ebenfalls eine Rolle, die den Arzt dazu zwingen, die Wirtschaftlichkeit seiner Praxis zu optimieren. Diese können im Ernstfall existentiell sein. Nämlich dann, wenn kurzfristig finanzielle Mittel benötigt werden um einen Liquiditätsengpass zu überbrücken (Streit & Letter, 2005). Für neue Investitionen in die Praxis, ist zu bedenken, dass seit Basel II [14] auch die Kreditvergabe der Banken restriktiver geworden ist. Ein Arzt der keine betriebswirtschaftlich geführte Praxis sein eigen nennt, wird durch ein schlechtes Rating[7] entweder nur zu schlechten Konditionen einen Kredit aufnehmen können oder schlimmstenfalls überhaupt kein Geld von seiner Bank bekommen (vgl. u. a. Streit & Letter, 2005; Schlüsselfeld, 2004).

Bei allen Optimierungserfordernissen steht der Arzt zwischen seinen ethisch moralischen Bedenken und den zwingenden wirtschaftlichen Notwendigkeiten. Dazu schrieb der Kölner Stadtanzeiger in einem Artikel über die finanzielle Misere eines niedergelassenen Chirurgen. Dieser brachte es auf den Punkt: „…Dabei geht es doch längst nicht mehr um die Verteilung von Wohltaten, sondern um die nackte Existenz. Wenn ich schließen muss, stehen sieben Mitarbeiter auf der Straße. Ich bin doch Arzt, kein Unternehmer." (Kölner Stadtanzeiger, 03.02.06[15]). Studien haben belegt, dass insbesondere Allgemeinarztpraxen einen großen Anteil ihres eigentlichen Leistungspotentials ungenutzt lassen (vgl. Medical Tribune Artikel,

[13] „Der englische Begriff bezieht sich auf die Umsetzung der ärztlichen Therapieanweisung durch den Patienten. Dazu gehört regelmäßige Medikamenteneinnahme genau so wie die Teilnahme an Kontrolluntersuchungen und das Einhalten einer Diät."(Quelle: www.kbv.de).

[14] „Am 31.05.2001 hat der Baseler Ausschuss für Bankenaufsicht einen Beschluss verabschiedet, der als Basel II bezeichnet wird. Demnach muss die Bank ab 2005 vor Kreditvergabe eine individuelle Risikoeinstufung des Kreditnehmers vornehmen – das sogenannte Rating."(Streit&Letter, 2005, S. 56)

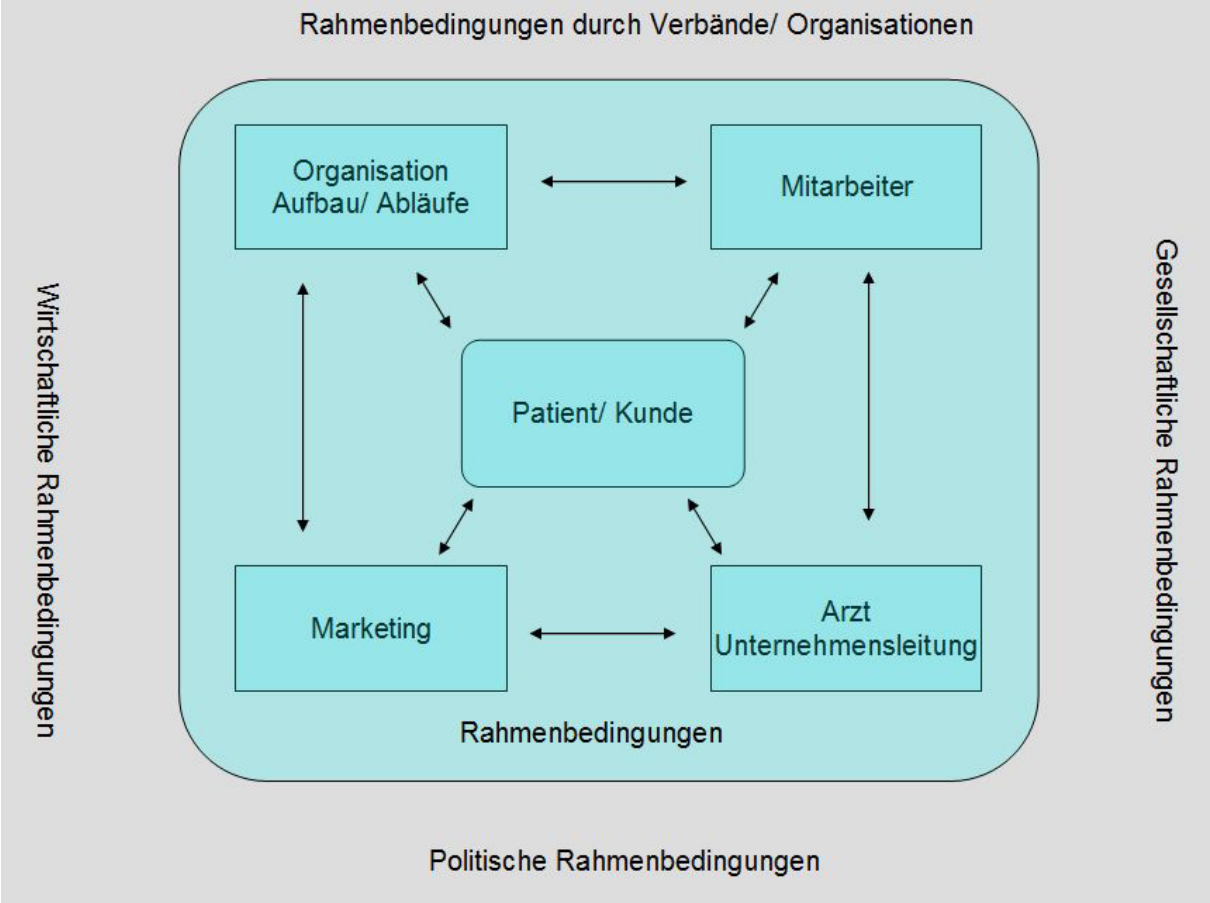
[15] Ganzer Artikel unter : http://www.bncev.de/ .

16.11.2007 [16]). Es gibt dadurch jedoch auch eine Vielzahl von möglichen Ansatzpunkten, das Unternehmen Arztpraxis zu optimieren, um das Betriebsergebnis zu verbessern.

Immer wieder wird noch auf alte Dogmen zurückgegriffen, die besagen, dass wirtschaftlicher Erfolg in der Medizin verwerflich wäre (vgl. Ptak et al., 4/2000, S.2-4)[17].

Von einer optimierten Praxis profitieren am Ende alle Beteiligten.

Abbildung 2:Kurze Darstellung der Zusammenhänge



Quelle: Verfasser, angelehnt an Wolff (1998)

1.1 Das Untersuchungsziel

Ziel dieser Arbeit ist es herauszufinden, welche Optimierungsmöglichkeiten Arztpraxen haben, um erfolgreich am Markt bestehen zu können. Aufgrund des

[16] Link: http://www.ifabs.de/Betriebswirtschaftliche_Untersuchung_in_1940_Praxen_.pdf
[17] Link: http://www.efb-consulting.de/efb-consulting/tp_pub/mig/mig-2000-a4.pdf

komplexen Themas und der Menge an verschiedenen Ansatzpunkten, wurde der Themenschwerpunkt in 6 zentrale Bereiche gegliedert.

Streng genommen sind Arztpraxen nichts anderes als kleine Dienstleistungsunternehmen (vgl. Streit & Letter, 2005). In hohem Maße sind sie von den gegebenen Rahmenbedingungen, vom Arzt und seinen unternehmerischen Fähigkeiten, sowie seinen Mitarbeitern abhängig. Eine patientenzentrierte Sichtweise sollte dabei immer von großer Bedeutung sein (Schüller & Dümont, 2006).

Welche Rolle die Planung und die Aufstellung von Strategien und Zielen spielt, soll angesprochen werden. Genauso wie die Wichtigkeit von Kontrollinstrumenten, anhand derer, die Praxis, die Zielerreichung messen kann.

In Bezug auf die Rahmenbedingungen ist zu untersuchen, was Arzt und Praxisteam unternehmen können, um diese weiter zu verbessern bzw. die gegebenen Rahmenbedingungen besser zu nutzen. Dazu gehört die Analyse des Praxisstandortes, genauso, wie die räumliche Gestaltung, Aufteilung (vgl. Wolff, S.67 ff., 1998) und die Ausstattung mit medizinischen Geräten und EDV (Schüller und Dumont, 2006).

Ein entscheidender Faktor um Arbeitsabläufe zu erleichtern und mit ihnen Zeit und Kosten einzusparen, ist die Organisation. In einer gut organisierten Arztpraxis treten seltener Fehler auf, was wiederum zur Kostensenkung beiträgt. Zu unterscheiden ist hierbei zwischen Aufbau- und Ablauforganisation, die durch ihre betriebswirtschaftliche Ausrichtung einen Beitrag dazu leisten können, eine höhere Wirtschaftlichkeit zu erzielen (vgl. u. a. Frodl, 1996; Wolff, 1998; Streit & Letter, 2005).

Der Erfolg einer Arztpraxis ist abhängig von den dort arbeitenden Personen (vgl. Frank, 2005). Es soll untersucht werden, was der Arzt hinsichtlich der Personalführung und seiner eigenen Arbeitsweise unternehmen kann, um das Engagement und die Motivation der Mitarbeiter zu steigern.

Kein Unternehmen kann ohne Kunden bestehen, darum ist ein wichtiger Teil der Arbeit auf die Patienten der Arztpraxis gerichtet. Hier wird es vor allem darum gehen, wie Patienten an die Praxis gebunden werden können.

Marketing ist ein, für Arztpraxen, relativ neues Gebiet. Darum sollen hier Möglichkeiten dargestellt werden, wie die Praxen für sich werben können. Es soll kurz erläutert werden, welche Aspekte bei der Erstellung eines Marketingkonzepts zu beachten und welche Marketingmaßnahmen sinnvoll sind.