
BACHELORARBEIT

Frau
Gülgün Yilmaz

**Marketing für nieder-
gelassene Ärzte**

2017

BACHELORARBEIT

Marketing für niedergelassene Ärzte

Autorin:
Frau Gülgün Yilmaz

Studiengang:
**Gesundheitsmanagement/Sport und
Prävention**

Seminargruppe:
GM14wP5-B

Erstprüfer:
Prof. Dr. Volker Kreyher

Zweitprüfer:
Dr. med. Darius Khoschlessan

BACHELOR THESIS

Marketing for registered doctors

author:
Ms. Gülgün Yilmaz

course of studies:
Health Management

seminar group:
GM14wP5-B

first examiner:
Prof. Dr. Volker Kreyher

second examiner:
Dr. med. Darius Khoschlessan

submission:
Mainz, 22.06.2017

Bibliografische Angaben

Yilmaz, Gülgün:

Marketing für niedergelassene Ärzte

Marketing for registered doctors

51 Seiten, Hochschule Mittweida, University of Applied Sciences,
Fakultät Medien, Bachelorarbeit, 2017

Abstract

Niedergelassene Ärzte stehen vor besonderen Herausforderungen, da der Wettbewerb auch in der Ärzteschaft immer mehr zunimmt. Marketing wird für niedergelassene Ärzte unumgänglich. Die größte Problematik liegt jedoch darin, dass Marketing kein Bestandteil ihrer Ausbildung ist. Die vorliegende Bachelorarbeit richtet sich daher an niedergelassene Ärzte und vermittelt ihnen ein besseres und breites Verständnis über ein gelungenes Marketingkonzept. Darüber hinaus erhalten Ärzte einen Überblick über die wichtigen rechtlichen Rahmenbedingungen und lernen, zulässige Werbemaßnahmen von unzulässiger Werbung abzugrenzen.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Abkürzungsverzeichnis	III
Abbildungsverzeichnis	VI
Tabellenverzeichnis	VII
1 Einleitung	1
2 Ärztliche Niederlassung	2
2.1 Definition	2
2.2 Formen der Niederlassung und deren Vor- und Nachteile	3
3 Marketing	10
3.1 Definition	10
3.2 Bedeutung des Dienstleistungsmarketing	12
3.3 Charakteristika von Dienstleistungen	12
3.4 Marketing-Mix: Die 7 Ps im Dienstleistungsmarketing	13
3.5 Konzept der Dienstleistungsqualität	15
3.5.1 Das SERVQUAL-Konzept.....	16
3.5.2 Das GAP-Konzept.....	17
4 Ärztliches Werberecht	18
4.1 Wende in den letzten Jahren	18
4.2 Die rechtlichen Rahmenbedingungen und ihre Zulässigkeit und Grenzen	19
4.2.1 Heilmittelwerbegesetz (HWG).....	19
4.2.2 Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG)	20
4.2.3 Musterberufsordnung (MBO)	21
5 Ganzheitliches Praxismarketing für Ärzte	22
5.1 Ursachen einer Wettbewerbsintensivierung in der Ärzteschaft	22
5.1.1 Strukturelle Veränderung	22
5.1.2 Veränderung der politischen Rahmenbedingungen	24
5.1.3 Veränderung des Patientenverhaltens	24
5.2 Stellenwert des Marketings in der Ärzteschaft	25
5.3 Ganzheitliches Praxismarketing für niedergelassene Ärzte	25
5.4 Analyse.....	26
5.4.1 Externe Analyse	26

5.4.2	Interne Analyse	29
5.5	Strategie	30
5.5.1	Zielgruppen	31
5.5.2	Marketing-Ziele	31
5.5.3	Strategische Praxispositionierung – Corporate Identity	32
5.6	Taktik	33
5.6.1	Produktpolitik (Product)	33
5.6.2	Preispolitik (Price)	34
5.6.3	Distributionspolitik (Place)	34
5.6.4	Kommunikationspolitik (Promotion)	35
5.6.5	Personalpolitik (People)	37
5.6.6	Ausstattungs politik (Physical Facilities)	38
5.6.7	Prozesspolitik (Processes)	38
5.7	Marketing-Kontrolle	39
6	Überprüfung eines Marketing-Konzeptes einer ausgewählten Praxis	39
6.1	Taktik	42
6.1.1	Preispolitik	42
6.1.2	Produktpolitik	42
6.1.3	Distributionspolitik	42
6.1.4	Kommunikationspolitik	42
6.1.5	Personalpolitik	43
6.1.6	Ausstattungs politik	43
6.1.7	Prozesspolitik	44
6.2	Marketing-Kontrolle	44
6.3	Fazit	44
7	Erfolgsfaktoren und Handlungsempfehlungen	44
	Literaturverzeichnis	XI
	Eigenständigkeitserklärung	XVI

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
bzw.	beziehungsweise
CI	Corporate Identity
d.h.	das heißt
EBM	Einheitlicher Bewerbungsmaßstab
etc.	et cetera
f.	folgend
ff.	fortfolgend
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-WSG	Gesetzliche Krankenversicherung-Wettbewerbsstärkungsgesetz
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
Hrsg.	Herausgeber
HVV	Honorarverteilungsverträge
HWG	Heilmittelwerbegesetz
IGeL	individuelle Gesundheitsleistungen
KV	Kassenärztliche Vereinigung
MBO	Musterberufsordnung
MBO-Ä	Musterberufsordnung für Ärzte
o.J.	ohne Jahr
PKV	Private Krankenversicherung
SGB	Sozialgesetzbuch
UWG	Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb
vgl.	vergleiche
z.B.	zum Beispiel

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Abnahme der hausärztlichen Einzelpraxen in Deutschland	4
Abbildung 2: Anzahl der verschiedenen Praxisformen im Jahr 2015.....	9
Abbildung 3: Einfluss auf die Kundenzufriedenheit.....	16
Abbildung 4: Produkt-Markt-Matrix.....	18
Abbildung 5: Ertragsquellen der Praxis im Jahr 2015.....	23
Abbildung 6: Wichtigkeit von Marketingmaßnahmen in Praxen im Jahr 2014	25
Abbildung 7: Marketingprozess in der Arztpraxis.....	26

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Räumliche Ansiedlung der MVZ im Jahr 2015.....	9
Tabelle 2: Prozess der Konkurrenz- und Wettbewerbsanalyse.....	28
Tabelle 3: Ableitung von Strategien für das Praxismarketing	30
Tabelle 4: Beispiele für Marketing-Ziele der Arztpraxis	39

1 Einleitung

Die Zeiten mit strikten Werbeverböten für Freiberufler wie Ärzte, Apotheker und Zahnärzte sind vorbei. Das ärztliche Werberecht wurde in den vergangenen Jahren aufgelockert und ermöglicht bereits allen niedergelassenen Ärzten ein effektives und ganzheitliches Praxismarketing zu betreiben. Früher reichten für Ärzte gute Mundpropaganda, die Empfehlung von Kollegen und ein Eintrag ins Telefonbuch, um Patienten gewinnen zu können. Heute reicht das bei weitem nicht aus. Marketing gewinnt nicht nur in der Wirtschaft, sondern auch in der Ärzteschaft immer mehr an Bedeutung (vgl. Hoerburger 2012).

Gründe dafür sind die zunehmenden Veränderungen der wirtschaftlichen, politischen und bürokratischen Rahmenbedingungen im Gesundheitsmarkt. Eine ganzheitliche Marketingstrategie ist eine wichtige Voraussetzung für die langfristige Patientenbindung. Viele Ärzte setzen jedoch auf punktuelle Werbemaßnahmen, deren Wirkung zu gering ist. Professionelles Marketing findet in der Ärzteschaft kaum statt (vgl. Schwenk/Wolter 2011).

Der Arzt steht genauso wie ein Unternehmer unter enormen Konkurrenzdruck und ist daher stark auf Marketing angewiesen. Der Wirtschaftssektor ist schon über viele Jahre eng verknüpft mit den Begriffen wie Wettbewerb, Kundenerwartungen und Kundenzufriedenheit. In der medizinischen Versorgung hingegen, kommen diese nur begrenzt vor (vgl. Nüllen/Noppeney 2007, 3).

Ein niedergelassener Arzt ist ein Unternehmer und verfolgt daher zwei Maxime: Die Behandlung des Patienten und die Gewinnerzielungsabsicht. Beide Maxime beeinflussen sich gegenseitig. Da die Wünsche und Bedürfnisse der Patienten sich in den letzten Jahren drastisch geändert haben, d.h. sie sind informierter, kritischer und qualitätsbewusster geworden und zudem ist die Wechselbereitschaft zu einem anderen Arzt gestiegen, müssen Ärzte ganzheitliches und bedürfnisorientiertes Marketing betreiben. Nur so kann ein nachhaltig wirtschaftlicher Erfolg gesichert werden (vgl. Schwenk/Wolter 2011).

Die Frage nach dem ganzheitlichen und effektiven Praxismarketing für niedergelassene Ärzte ist von großem Interesse, weil viele Ärzte nur punktuelle Werbemaßnahmen einsetzen, die keinen langfristigen Erfolg sichern. Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich daher mit der Forschungsfrage: „Wie sieht ein ganzheitliches Praxismarketing für niedergelassene Ärzte aus?“

Auf folgende Unterfragen werden während der Arbeit eingegangen:

- „Was sind die Ursachen für die Wettbewerbsintensivierung in der Ärzteschaft?“
- „Welche Werbemaßnahmen sind für den niedergelassenen Arzt zulässig?“
- „Welche Faktoren beeinflussen die Patientenzufriedenheit?“

Die vorliegende Arbeit ist in 7 Kapitel untergliedert. Die Bearbeitung des Themas erfolgt durch den Theorie- und Praxisteil. Das zweite und dritte Kapitel widmen sich der terminologischen Klärung, wobei die Begriffe ärztliche Niederlassung und Marketing zum besseren Verständnis dargelegt werden. Die Definition von Marketing beschränkt sich dabei auf Dienstleistungsmarketing.

Kapitel 4 enthält die Übertragung des Dienstleistungsmarketings auf das ärztliche Werberecht. Hier wird deutlich, welche Werbemaßnahmen für Ärzte zulässig sind und wo ihre Grenzen liegen. In Kapitel 5 wird das ganzheitliche Praxismarketing für Ärzte thematisiert, was auch das Hauptziel der vorliegenden Arbeit ist. Anschließend wird der ganzheitliche Marketing-Prozess am ausgewählten Praxisbeispiel durchgeführt. Kapitel 7 enthält abschließendes Fazit und geht auf Erfolgsfaktoren und Handlungsempfehlungen ein.

2 Ärztliche Niederlassung

2.1 Definition

Unter einer ärztlichen Niederlassung versteht man eine freiberufliche Tätigkeit durch einen Vertragsarzt. Im engeren Sinne geht es um die Neugründungen oder Übernahme einer Praxis (vgl. Abels o.J.).

An der ambulanten ärztlichen Versorgung, die fast ausschließlich durch niedergelassene Ärzte erfolgt und die erste Anlaufstelle für Patienten bei gesundheitlichen Problemen ist, können nur Ärzte teilnehmen, wenn sie als Vertragsarzt der GKV zugelassen sind. Vertragsärzte können sowohl Kassen- als auch Privatpatienten behandeln, während Privatärzte, die nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind, nur Privatpatienten oder Selbstzahler behandeln können. Da 90 % der Bevölkerung

gesetzlich versichert ist, ist der Anteil der Privatärzte sehr gering. 95 % der niedergelassenen Ärzte sind Vertragsärzte der GKV. Dahingegen sind 5 % der niedergelassenen Ärzte Privatärzte (vgl. Simon 2010, 181).

Was jedoch sehr oft übersehen wird, ist, dass es in Zukunft aufgrund von demografischem Wandel einen Mangel an Kassenärzten geben wird. Im Jahr 2014 waren rund 43% der Ärzte zwischen 55 und 74 Jahren alt. Dieser Anteil ist in nur zehn Jahren um 8% gestiegen (Destatis o.J.).

Der demografische Wandel macht sich somit auch in der Ärzteschaft bemerkbar und birgt große Herausforderungen, da viele Ärzte altersbedingt in Rente gehen und dementsprechend Nachfolger gesucht werden. Hinzu kommt, dass zwar die Anzahl der Ärzte, die an einer hausärztlichen Tätigkeit interessiert sind, steigt, dennoch ändern sich die Gründe, warum sich angehende Mediziner gegen eine solche Tätigkeit entscheiden, kaum: 66,2 Prozent der befragten Medizinstudenten sorgen sich um zu viel Bürokratie, 62,8 Prozent fürchten finanzielle Risiken und 61,8 Prozent der Befragten sorgen sich um die geringe Bezahlung der Hausärzte (vgl. Beerheide 2015).

2.2 Formen der Niederlassung und deren Vor- und Nachteile

Für den niederlassungswilligen Arzt ist es erforderlich, dass er sich schon frühzeitig über Niederlassungsformen aus fachlich-medizinischen, marktorientierten und persönlich-psychologischen Gründen informiert und in welcher Gründungsform er seine Ziele am besten erreicht (vgl. Oberboreck 1994, 81).

Im Folgenden wird ein Überblick über die verschiedenen Niederlassungsformen gezeigt:

Einzelpraxis

Eine Einzelpraxis wird durch einen einzelnen Arzt betrieben (vgl. Antwerpes o.J. a).

Vorteile

Ein niedergelassener Arzt besitzt in der Einzelpraxis die vollständige Entscheidungsselbstständigkeit, sowohl in medizinischer als auch in organisatorischer Hinsicht. Er kann eigenständig die Praxisorganisation festlegen. Darüber hinaus bestimmt er alleine seine Arbeitsschwerpunkte, sowie das ärztliche Leistungsangebot. Zusätzlich sind hier keine Gewinnverteilungsprobleme vorhanden – der Arzt ist also wirtschaftlich unabhängig (vgl. Anaesthesie o.J.).

Des Weiteren braucht ein Inhaber einer Einzelpraxis keine Rücksicht auf die Meinung und Einstellung eines Kooperationspartners zu nehmen (vgl. Oberboreck 1994, 88).

Nachteile

Die Nachteile sind zum einen der fehlende kollegiale Austausch. Dies ist besonders für einen jungen Arzt sehr herausfordernd, da er gerade in seiner Anfangsphase einen regelmäßigen Informationsaustausch unter Kollegen braucht. Hier verbirgt sich eine weitere Problematik für die Zukunft. Da aufgrund des demografischen Wandels auch Ärzte immer älter werden, wird der Bedarf nach Nachfolger größer werden. Junge Ärzte, die Einzelpraxen von älteren Ärzten übernehmen wollen, bekommen keinen kollegialen Informationsaustausch, was für sie sehr herausfordernd ist. Zum anderen trägt der Arzt alle Risiken, wie Praxis- und Behandlungsrisiko ebenso wie die Kosten für Personal, Geräte und Räumlichkeiten. Außerdem ist noch zu erwähnen, dass die Vertretung während Urlaubszeiten sowie im Krankheitsfall schwieriger zu organisieren ist (vgl. Oberboreck 1994, 88).

Die folgende Abbildung zeigt, dass die Anzahl hausärztlicher Einzelpraxen in den letzten Jahren stark gesunken ist.

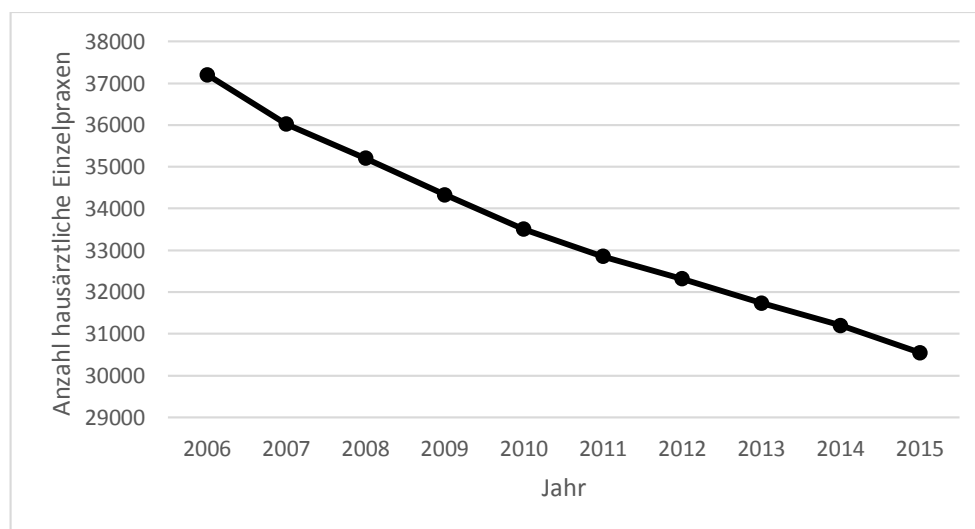


Abbildung 1: Abnahme der hausärztlichen Einzelpraxen in Deutschland (KBV b o.J.)

Gemeinschaftspraxis

Diese Form von Praxis wird auch als Berufsausübungsgemeinschaft – kurz BAG – genannt. Das bedeutet: Mindestens zwei Ärzte derselben oder verschiedener fachärztlicher Fachrichtung schließen sich zusammen, üben gemeinsam ihre ärztliche

Tätigkeit mit gemeinsamer Nutzung von Geräten und Praxisräumen aus und rechnen gemeinsam gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung ab (vgl. Antwerpes o.J. b).

Vorteile

In der Gemeinschaftspraxis findet täglich der Kontakt zu anderen Kollegen statt. Dementsprechend ist der kollegiale Informationsaustausch auch vorhanden, was für junge Ärzte praktischer ist (vgl. Anaesthesie o.J.).

Gleichzeitig können sich die Ärzte in den einzelnen Fachgebieten ergänzen. Dadurch werden mehr Patienten angezogen, da das ärztliche Leistungsspektrum breiter gefächert ist. Zudem ist die Vertretung während der Urlaubs- und Krankheitstage leichter zu organisieren (vgl. Meine Praxis o.J.).

Außerdem wird die Investition auf mehreren Schultern verteilt, was dazu führt, dass Ärzte geringere Zins- und Tilgungsaufwendungen haben. Die finanzielle und betriebswirtschaftliche Verantwortung liegt nicht nur auf einen Arzt, sondern auf den gesamten Praxispartnern. Mit wenig Zeit- und Arbeitsaufwand kann der gleiche Gewinn erzielt werden, wie in der Einzelpraxis (vgl. Oberboreck 1994, 88).

Nachteile

Unstimmigkeiten können auftreten, wenn Gewinnverteilung, Arbeitsablauf und Aufgabenverteilung nicht klar geregelt werden (vgl. Anaesthesie o.J.).

Der eine Praxispartner muss Rücksicht auf die Meinung und Einstellung des anderen Kooperationspartners nehmen. Außerdem erfordert diese Form ein Höchstmaß an Vertrauen dem anderen gegenüber. Die erfolgreiche Kooperation hängt daher stark von den zwischenmenschlichen Beziehungen der Ärzte ab (vgl. Oberboreck, 1994, 90).

Praxisgemeinschaft

Unter einer Praxisgemeinschaft versteht man eine Kooperationsform, bei der die Ärzte wie in der Gemeinschaftspraxis ihre Tätigkeit ausüben mit gemeinsamer Nutzung von Geräten, Personal und Räume (vgl. Oberboreck, 1994, 94).

Ein gravierender Unterschied besteht hier jedoch im Patientenstamm und Abrechnung. D.h. ein niedergelassener Arzt, der in einer Praxisgemeinschaft arbeitet, führt einen

eigenen Patientenstamm und rechnet getrennt gegenüber der KV ab (vgl. Oberboreck, 1994, 94).

Vorteile

Die Gefahr, dass bei dieser Kooperationsform zwischenmenschliche Konflikte entstehen, ist wesentlich geringer als bei der Gemeinschaftspraxis, da hier getrennt abgerechnet wird. Eine getrennte Abrechnung macht die Praxisgemeinschaft weniger trennungsanfällig. Des Weiteren bietet diese Form von Kooperation dieselben Vorteile wie bei der Gemeinschaftspraxis, da auch hier die Kriterien wie gemeinsame Geräte-, Personal- und Raumnutzung vorliegen (vgl. Oberboreck, 1994, 94).

Nachteile

Trotz der getrennten Abrechnung, drohen hier auch zwischenmenschliche Probleme, da die Ressourcen immer noch gemeinsam genutzt werden. Es ist jedoch zu bemerken ist, dass diese Praxisform weniger trennungsanfällig ist als die Gemeinschaftspraxis. Bei dieser Form von Niederlassungen besteht zudem ein vertragsärztliches Risiko. D.h. Praxisgemeinschaften unterliegen ständiger Kontrolle durch Kassenärztliche Vereinigungen. Wenn der Anteil identischer Patienten bei fachgebietsidentischen Praxen höher als 20 Prozent und bei gebietsverschiedenen Praxisgemeinschaften höher als 30 Prozent, droht der Regress (vgl. Schäfer/Schäfer-Gözl/Reiner 2009).

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)

Unter einem medizinischen Versorgungszentrum versteht man in der gesetzlichen Definition (§ 95 SGB V) eine fachübergreifende, ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte verschiedener Fachrichtungen Patienten gemeinsam versorgen. MVZ wurden mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz im Jahr 2004 eingeführt und müssen immer unter ärztlicher Leitung stehen (vgl. BMVZ o.J.).

Der Gesetzgeber hatte mit diesem Modell beabsichtigt, die Kooperationen in der medizinischen Versorgung zu fördern und die ärztliche Tätigkeit flexibler zu gestalten (vgl. Lieb/Lieb 2015, 1).

Die Gründung eines MVZ kann durch allen Leistungserbringern, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, erfolgen (vgl. § 95 Abs. 1 S. 6 SGB V).

Demnach sind die Vor- und Nachteile eines MVZ, aufgrund der individuellen Situation der Beteiligten unterschiedlich abzuwägen (vgl. Lieb/Lieb 2015, 10).

Vorteile

Die Autoren Klaus Lieb und Anette Lieb nennen für niedergelassene Ärzte folgende Vorteile (vgl. Lieb/Lieb 2015, 10 f.):

- „Kontinuität in der Bezeichnung des MVZ bei Ärztewechsel“
- „Berufsausübung im Anstellungsverhältnis“
- „Flexiblere Beschäftigungsmodelle“
- „Flexible Übertragungs- und Beteiligungsmodelle“
- „Realisierung von Synergieeffekte“

Für ein Krankenhaus definieren sie folgende Vorteile (vgl. Lieb/Lieb 2015, 11):

- „Erweiterung des bisherigen Leistungsspektrums eines Krankenhauses“,
- „Optimierung der Patientenversorgung“,
- „Verbesserung der Wettbewerbssituation“,
- „Erzielung zusätzlicher Einnahmen“.

Die genannten Autoren erwähnen jedoch nicht die Vorteile, die aus der Sicht der Patienten ergeben. Dazu gehört zum einen eine patientenorientierte Versorgung aus einer Hand durch die fachübergreifende Behandlung (vgl. o.V.a 2009).

Zum anderen profitieren Patienten von kurzen Wegen und kurzen Wartezeiten. Zudem werden den Patienten besondere Serviceangebote angeboten, wie z.B. Patientenschulungen – darunter versteht man die Schulung der chronisch erkrankten Menschen mittels Informationen, Beratung und Anleitung im Umgang mit ihrer Krankheit (vgl. Römer o.J.) – Telefonsprechstunden und Terminkoordination. Des Weiteren werden Doppeluntersuchungen vermieden (vgl. Dietrich o.J.).

Nachteile

Klaus Lieb und Anette Lieb beschreiben folgende Gründe für ein Krankenhaus, die gegen ein MVZ sprechen (vgl. Lieb/Lieb 2015, 11):

- „Konkurrenz zwischen Vertragsärzten und Krankenhausträgern (Gefahr der Umleitung von Einweisungen)“,
- „Wettbewerbsorientierte Etablierung von MVZ durch Aufkauf von Arztsitzen“,
- „Verschlechterung der Marktsituation als Folge der Marktmacht“.

Die Autoren erwähnen jedoch nicht die Nachteile des MVZ für niedergelassene Ärzte. Ärzte, die in einem MVZ tätig sind, haben eine hohe Verbindlichkeit, da er seine Eigenständigkeit verliert und somit keine individuelle Verbesserungen oder Innovationen einbringen kann (vgl. Dietrich o.J.).

Ein weiterer Nachteil ist, dass Ärzte wie in einer Gemeinschaftspraxis gemeinsam abrechnen (vgl. Aerztezeitung 2009).

Es sollte auch nicht unerwähnt bleiben, dass Ärzte, die ihren KV-Sitz in einem MVZ einbringen, keinen Anspruch mehr auf die alte KV-Zulassung zur ärztlichen Berufsausübung beim Verlassen des MVZ haben. Wenn Ärzte ihre Tätigkeit in einem MVZ ausüben, geben sie somit einen Teil ihrer „Unabhängigkeit“ auf (vgl. Riedel et al. 2009, 23).

Für Patienten gibt es ebenfalls einen Nachteil, denn sie können kein persönliches Vertrauensverhältnis zu dem Arzt aufbauen, wie in einer Einzelpraxis, da die Ärzte hier nur angestellt sind und die Patienten sich immer wieder auf ein neues Gesicht einstellen müssen (vgl. Experto 2009).

Kritik an MVZ

MVZ werden in der Öffentlichkeit kritisiert. Durch die zunehmende Anzahl der MVZ kommt es zu einer zunehmenden Konkurrenz im ambulanten Sektor. Diese Situation kommt den Hausärzten keiner Weise gelegen, da die MVZ ihre Patienten wegnehmen und sie dadurch verdrängt werden (vgl. BMVZ o.J.).

Darüber hinaus werden die MVZ auch aus weiterem Grund kritisiert, da sie ausschließlich Patienten in großen Städten oder dicht besiedelten Regionen versorgen. Dazu werden kontroverse Standpunkte vertreten, da die Kassenärztliche Bundesvereinigung der Meinung ist, dass MVZ sowohl in städtischen als auch in ländlichen Gebieten gegründet werden (vgl. Lieb/Lieb 2015, 10).

Wenn man jedoch einen genauen Blick auf die folgende Tabelle wirft, so stellt man fest, dass die meisten MVZ in Kernstädten, sowie in Ober- und Mittelzentren gegründet werden. In ländlichen Regionen werden zwar auch MVZ gegründet, wenn man diese jedoch in Relation zu den anderen Gebieten setzt, ist der Anteil MVZ relativ gering.

Region	Anzahl der MVZ
Ländliche Gemeinden	304 (14,1%)
Ober-/Mittelzentrum	847 (39,9%)
Kernstadt	1005 (46,6%)

Tabelle 1: Räumliche Ansiedlung der MVZ im Jahr 2015 (KBV a 2015)

Die Bundesärztekammer erwartet zudem eine Ökonomisierung, Kommerzialisierung und Fremdbestimmung der Medizin durch gewinnorientierte Konzerne. Diese Betrachtungsweise lässt sich jedoch durch Daten nicht bestätigen (vgl. Aerztezeitung 2009).

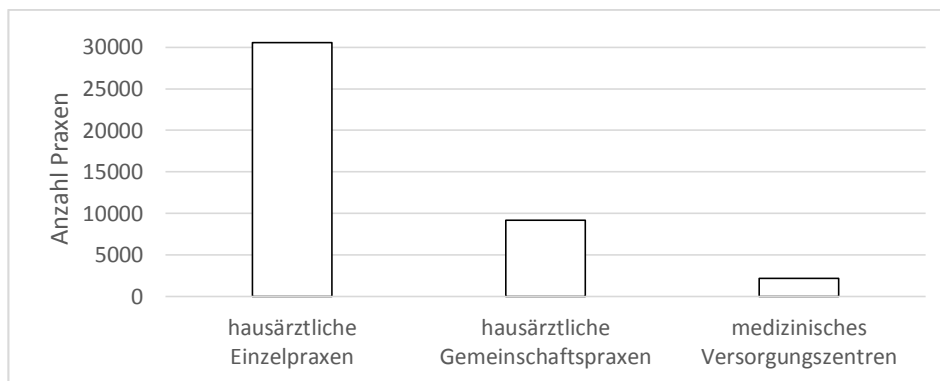


Abbildung 2: Anzahl der verschiedenen Praxisformen im Jahr 2015 (KBV b o.J.)

Anhand der Abbildung 2 kann man erkennen, dass Einzelpraxen immer noch die am stärksten vertretene Praxisform ist. Die Anzahl der Einzelpraxen ist in den letzten Jahren jedoch stark gesunken. Immer mehr Ärzte schließen sich für die gemeinsame Berufsausübung mit Kollegen zusammen, aufgrund der hohen finanziellen Risiken und hohen Investitionskosten. Dies ist auch der Grund, warum der Anteil der hausärztlichen Gemeinschaftspraxen und medizinischen Versorgungszentren immer mehr zunimmt.

3 Marketing

3.1 Definition

Es gibt keine einheitlich gültige Definition von Marketing. Bis heute gibt es kein entsprechendes deutsches Wort für den Begriff. In der Literatur existieren verschiedene Interpretationen. Die bekannteste Definition von Marketing stammt von Heribert Meffert aus dem Jahr 1974 und definiert den Begriff wie folgt:

„Marketing bedeutet Planung, Koordination und Kontrolle aller auf die aktuellen und potenziellen Märkte ausgerichteten Unternehmensaktivitäten. Durch eine dauerhafte Befriedigung der Kundenbedürfnisse sollen die Unternehmensziele verwirklicht werden“ (Teialehrbuch o.J.).

Hierbei wird deutlich, dass der Autor sich auf die engere Sichtweise des Marketings beschränkt, denn er geht nur von den Aktivitäten des Unternehmens aus. Besonders erwähnenswert bei dieser Definition ist der Prozess, der in Planung, Koordination und Kontrolle ausgedrückt wird. Des Weiteren verdeutlicht er die konsequente Kundenorientierung durch eine dauerhafte Befriedigung der Kundenbedürfnisse.

Dem gegenüber steht die weite Definition des Marketings nach Philip Kotler:

„Marketing ist ein Prozess im Wirtschafts- und Sozialgefüge, durch den Einzelpersonen und Gruppen ihre Bedürfnisse und Wünsche befriedigen, indem sie Produkte und andere Dinge von Wert erstellen, anbieten und miteinander austauschen“ (Teialehrbuch o.J.).

Nach der Definition sind es nicht nur Unternehmen, die Marketing betreiben, sondern auch Einzelpersonen. Außerdem können auch Organisationen mit nicht erwerbswirtschaftlichen Zielen Marketing betreiben können, wie z.B. Greenpeace (vgl. Teialehrbuch o.J.).

Somit bezieht sich Marketing auf alle Arten von Austauschprozessen zwischen mindestens zwei Parteien (vgl. Das Wirtschaftslexikon o.J.).

Im Bereich Marketing ist es wichtig, zwischen Produktmarketing und Dienstleistungsmarketing zu unterscheiden. Die vorliegende Arbeit legt den Schwerpunkt auf Dienstleistungsmarketing, da niedergelassene Ärzte medizinische Leistungen anbieten, die zu den Dienstleistungen zählen.

„Seitdem Arztpraxen und Krankenhäuser wie Wirtschaftsunternehmen geführt werden, mutiert der Patient zum Kunden, der Arzt zum Verkäufer und der Kranke zum Käufer“ (vgl. Kern 2013).

Somit hebt der Autor Peter Kern hervor, dass das klassische Arzt-Patienten-Verhältnis in eine Art Konsumenten-Dienstleister-Verhältnis umgewandelt wird und es dadurch zu einer Ökonomisierung der Medizin kommt. Diese These des Autors ist nachvollziehbar, da die Zahl der Behandlungsfälle in Klinik und Praxis seit Jahren steigt und im Vergleich dazu die Zahl der tatsächlich zur Verfügung stehenden Arztstunden immer mehr abnimmt. Zudem steigt der ökonomische Druck durch die fortwährende Unterfinanzierung in der Ärzteschaft deutlich (vgl. Hibbeler 2013).

Der Medizinethiker Prof. Dr. med. Giovanni Maio warnte auf dem 116. Deutschen Ärztetag 2013 vor einer zunehmenden Kommerzialisierung der Medizin, da er stark davon ausgeht, dass die Logik der Ökonomie die Ärzteschaft in höchstem Maße verändert. Die Ärztinnen und Ärzte würden somit Gefahr laufen, wenn sie sich durch den wirtschaftlichen Druck verändern und die fremde Logik der Ökonomie immer mehr zu ihrer eigenen Logik machen. Sie werden dadurch immer mehr umprogrammiert (vgl. Hibbeler 2013).

Diese Auffassung wird jedoch kontrovers diskutiert:

„Um den Praxiserfolg zu sichern, müssen Ärzte zunehmend als Unternehmer auftreten. Sie müssen sich zumindest mit den Grundlagen des betriebswirtschaftlichen Denkens in Marketing und Rechnungswesen auseinandersetzen“ (Lorson/Lorson/Meier-Heinrich/Pfirmann 2016).

Hier wird deutlich, dass unternehmerisches Denken nicht nur wünschenswert ist, sondern auch erstrebenswert, um den Praxiserfolg zu sichern. Marketing und Rechnungswesen sind dabei die wichtigsten Elemente des betriebswirtschaftlichen Denkens.

Da der Schwerpunkt der Arbeit auf Marketing liegt, wird im weiteren Verlauf gezeigt, inwiefern Marketing den Praxiserfolg von niedergelassenen Ärzten beeinflusst.

3.2 Bedeutung des Dienstleistungsmarketing

Dienstleistungsmarketing gewann relativ spät an Bedeutung, da das Marketinginstrumentarium im Wesentlichen im Konsumgüterbereich ausgerichtet war. Jedoch forderten immer mehr Wissenschaftler im Jahre 1990 durch die zunehmende Ausdifferenzierung des Dienstleistungsmarketing eine Veränderung im Marketing. Dienstleistungsangebote gewannen in den letzten Jahren immer mehr an gesamtwirtschaftlicher Bedeutung. Ein Anzeichen dafür ist die hohe Beschäftigtenanzahl im Dienstleistungsbereich im Vergleich zu anderen Sektoren (vgl. Walsh/Deseniss/Kilian 2009, 423).

3.3 Charakteristika von Dienstleistungen

Dienstleistungen weisen sechs charakteristische Merkmale auf:

- **Intangibilität**

Eine Dienstleistung ist ein immaterielles Gut, folglich nicht stofflich und auch nicht greifbar. Es ist somit intangibel. Daher kann man die Dienstleistung weder fühlen noch untersuchen noch hören (vgl. Walsh/Deseniss/Kilian 2009, 425).

Der Kunde kann die Qualität der Dienstleistung schlechter oder teilweise gar nicht beurteilen als beim Produkt. Zudem kann der Dienstleister hier ein Leistungsversprechen geben, das den Kunden überzeugen soll. Außerdem kann er seine Kompetenzen gegenüber seiner Kunden ausweisen, in dem er z.B. professionell auftritt, auf treue Kunden verweist und die erfolgreiche Unternehmensgeschichte betont (vgl. Rechnungswesen a o.J.).

- **Vergänglichkeit**

Dienstleistungen sind nicht lagerbar. Die Vorratsproduktion ist daher nicht möglich. Dies bereitet vor allem bei starken Nachfrageschwankungen große Probleme. Ein Beispiel hierfür: Öffentliche Verkehrsbetriebe befriedigen zu den Hauptverkehrszeiten die Nachfrage aller potenziellen Kunden. In Nebenverkehrszeiten sind jedoch die Busse nicht voll ausgelastet. Darunter leiden unter anderem auch die Fluggesellschaften, Ärzteschaften und Restaurants (vgl. Walsh/Deseniss/Kilian 2009, 426).

- **Simultanität von Produktion und Absatz**

Produktion und Absatz finden zeitgleich statt. Somit kann der Kunde bei

Unzufriedenheit die erworbene Dienstleistung (z.B. bei einer unzufriedenen Arzt-Behandlung) auch nicht mehr zurückgeben, sondern nur eine erneute Leistung verlangen (vgl. Walsh/Deseniss/Kilian 2009, 426).

- **Integration des externen Faktors**

Kunden sind direkt sowie indirekt am Produktionsprozess beteiligt. Eine Dienstleistung kann nicht erbracht werden, wenn der Dienstleistungsnachfrager keinen externen Faktor in den Prozess miteinbringt (vgl. Walsh/Deseniss/Kilian 2009, 426).

- **Kundenseitig wahrgenommenes Kaufrisiko**

Das Kaufrisiko bei Dienstleistungen ist deutlich höher als bei einem Produkt, da der Erwerb einer Dienstleistung auf Vertrauen und Erfahrung basiert, wohingegen der Erwerb eines Produktes auf Sucheigenschaft basiert (vgl. Walsh/Deseniss/Kilian 2009, 426).

- **Individualität und Heterogenität der Leistung**

Dienstleistungen können je nach Kundenbedürfnis entsprechend individualisiert werden, wie z.B. der individuelle Haarschnitt. Außerdem sind Dienstleistungen im Gegensatz zu den materiellen Gütern heterogen, da die Qualität der Dienstleistung stark von der Integration der Kunden, aber auch von der unterschiedlichen Kompetenz (z.B. Hausarzt versus Facharzt) stark variiert (vgl. Walsh/Deseniss/Kilian 2009, 427).

3.4 Marketing-Mix: Die 7 Ps im Dienstleistungsmarketing

Im klassischen Marketing-Bereich existieren vier Marketing-Instrumente: Produktpolitik, Preispolitik, Distributionspolitik und Kommunikationspolitik. Werden diese klassischen Marketing-Instrumente kombiniert, so spricht man von einem Marketing-Mix. Da jedoch im Dienstleistungsmarketing ein hoher Kundenbezug vorhanden ist, haben sich im Dienstleistungsmarketing drei weitere Marketing-Instrumente herausgebildet (vgl. Göbl 2003, 13 f.):

- Personalpolitik (People)
- Ausstattungspolitik (Physical Facilities)
- Prozesspolitik (Processes)

Das Ziel des Dienstleistungsmarketing ist nicht nur, die Beziehung zum Kunden zu optimieren, sondern auch die Mitarbeiter zu motivieren. Der Mitarbeiter ist ein entscheidender Faktor für eine erfolgreiche Dienstleistung, da er einen hohen Einfluss auf die Wahrnehmung von Dienstleistungsqualität und Kundenzufriedenheit hat. Dienstleister müssen daher ihren Mitarbeitern konkrete Hilfestellungen geben (z.B. durch Prozesspolitik) und sie dazu zu motivieren, sich kundenorientiert zu verhalten (z.B. durch Personalpolitik) (vgl. Walsh/Deseniss/Kilian 2009, 433).

Produktpolitik (Product)

Die Produktpolitik umfasst alle Maßnahmen, die ein Dienstleister für die bestmögliche Gestaltung seiner Dienstleistungen unternimmt (vgl. Schmitz/Riedel 2009, 112).

Preispolitik (Price)

In der Preispolitik beschäftigt sich ein Dienstleister mit der Preisgestaltung für die von ihm erbrachte Dienstleistung (vgl. Schmitz/Riedel 2009, 113).

Distributionspolitik (Place)

Distributionspolitik befasst sich mit Marketingfragen, die mit der Vorgehensweise der Dienstleistungserbringung einhergehen (vgl. Schmitz/Riedel 2009, 114 f.).

Kommunikationspolitik (Promotion)

Im Rahmen der Kommunikationspolitik wird versucht, die Kunden/Patienten über das eigene Angebot zu informieren und ihre Kaufentscheidung zu beeinflussen (Vgl. Schwenk/Wolter 2011).

Personalpolitik (People)

Die Personalpolitik wird oft gleichgesetzt mit dem Begriff Personalmanagement und befasst sich mit allen Grundsätzen und Entscheidungen, die sich auf die wechselseitigen Beziehungen zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitern, zwischen Mitarbeitern untereinander und zwischen den Mitarbeitern und ihrer Arbeit beziehen (vgl. Olfert 2011, 176).

Ausstattungs politik (Physical Facilities)

Die Ausstattungspolitik setzt an den tangiblen, also greifbaren Elementen der Dienstleistung an, da Dienstleistungen nicht greifbar sind und somit die Kunden nach Ersatzindikatoren suchen, die die Qualität der Dienstleistung zum Ausdruck bringen sollen (vgl. Walsh/Deseniss/Kilian 2009, 442).

Prozesspolitik (Processes)

Im Rahmen der Prozesspolitik geht man auf die einzelnen Prozesse bzw. Arbeitsschritte ein, die zur Bereitstellung einer Dienstleistung erforderlich sind (Vgl. Dombrowski o.J.).

3.5 Konzept der Dienstleistungsqualität

Eine Dienstleistungsqualität beschreibt die Differenz zwischen der erwarteten und der tatsächlichen Dienstleistung und hat daher einen maßgeblichen Einfluss auf die Kundenzufriedenheit und damit den unternehmerischen Erfolg. Da Dienstleistungen immateriell sind, können sie von den Kunden nicht gesehen, gefühlt oder überprüft werden. Der Kunde muss daher ein hohes Maß an Vertrauen gegenüber dem Dienstleister besitzen, der auch sein Leistungsversprechen einhält. Aus diesem Grund existiert bei den Dienstleistungen eine größere Kaufunsicherheit als bei Sachgütern. Für Dienstleister ist daher die Messung der Dienstleistungsqualität unabdingbar (vgl. Walsh/Deseniss/Kilian 2009, 427 f.).

Zahlreiche Studien zeigen, dass zufriedene Kunden den Erfolg des Unternehmens langfristig sichern und daraus folgend die Unternehmen erhebliche Ressourcen in die Messung und Steigerung der Kundenzufriedenheit investieren (Vgl. Homburg 2008, 55).

In der Literatur werden oft die Begriffe Kundenzufriedenheit und Qualität gleichgestellt. Diese müssen jedoch klar voneinander abgegrenzt werden, da sie unterschiedliche Perspektiven einnehmen. Die Wahrnehmung des Kunden beeinflusst erheblich die Kundenzufriedenheit. Daher ist die Kundenzufriedenheit subjektiv, wohingegen der Qualitätsbegriff objektiv ist, da er den „Grad der Erfüllung von Erwartungen“ beschreibt. Jeder Kunde ist individuell, einzigartig und hat unterschiedliche Erwartungen. Dementsprechend werden verschiedene Kunden bei gleicher Qualität unterschiedliche Kundenzufriedenheit erlangen und angeben. Der Grad der Erfüllung der Erwartungen wird also subjektiv bewertet (vgl. Herrmann/Fritz 2016, 57).

Die folgende Abbildung verdeutlicht die verschiedenen Faktoren, die einen Einfluss auf die Kunden-/Patientenzufriedenheit haben und daher auch in Zusammenhang mit den Erwartungen des Kunden stehen (vgl. Herrmann/Fritz 2016, 57).

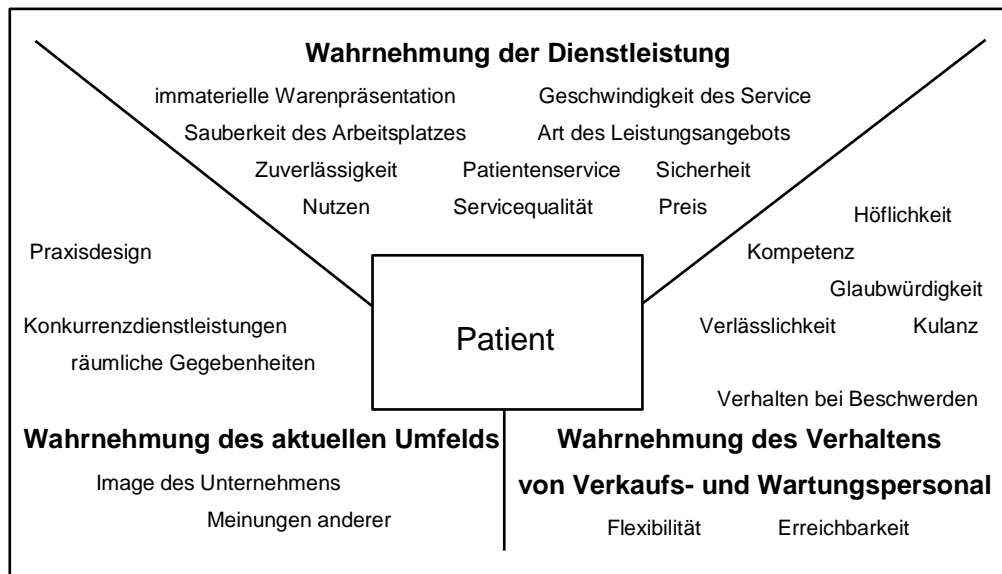


Abbildung 3: Einfluss auf die Kundenzufriedenheit (In Anlehnung an Herrmann/Fritz 2016, 57)

Im Folgenden werden die wichtigsten Ansätze zur Messung der wahrgenommenen Dienstleistungsqualität dargestellt und anschließend kritisiert.

3.5.1 Das SERVQUAL-Konzept

Im Rahmen des SERVQUAL-Verfahrens werden Kundenbefragungen durchgeführt, um die Erwartung an eine Dienstleistung sowie die tatsächlich erlebte Leistung zu ermitteln. Dabei basiert dieses Verfahren auf fünf Dimensionen bestehend aus 22 Items (vgl. Walsh/Deseniss/Kilian 2009, 428):

- Reaktionsfähigkeit
- Leistungskompetenz
- Annehmlichkeit des tangiblen Umfeldes
- Einfühlungsvermögen
- Zuverlässigkeit

Jedes Item besteht aus zwei Fragen (einer Doppelskala), wobei der Kunde in der ersten Frage seine allgemeine Erwartung an die Dienstleistung und in der zweiten Frage die tatsächlich erlebte Leistung angibt (vgl. Walsh/Deseniss/Kilian 2009, 428).

Kritik

Dieses Verfahren weist jedoch einige Mängel auf. Die Items sind zum einen allgemein

formuliert. Diese sollten spezifisch und konkret formuliert sein, so dass es nicht zu einer Beschränkung der Aussagefähigkeit kommt. Zum anderen könnten die Ansprüche der Kunden an Dienstleister zu hoch eingeschätzt werden.

3.5.2 Das GAP-Konzept

Die Sicherung und Optimierung der Dienstleistungsqualität ist für Dienstleister eine der wichtigsten Aufgaben im Dienstleistungsmarketing, da sie den Kauf fördern oder auch verhindern kann. Das GAP-Konzept – auch Lücken-Analyse genannt – ist ein klassisches Instrument des strategischen Controllings und gibt Auskunft darüber, ob Unternehmen Qualitätslücken im Rahmen der Serviceprozesse aufweisen (vgl. Walsh/Deseniss/Kilian 2009, 430).

Dabei wird die erwartete und erbrachte Dienstleistung in einem Diagramm dargestellt. Gehen diese beiden Entwicklungen auseinander, entsteht eine Differenz, die als Lücke oder Gap bezeichnet wird. Man unterscheidet hierbei zwischen einer operativen und strategischen Lücke. Unter einer operativen Lücke versteht man die Differenz zwischen der Weiterführung des Basisgeschäfts ohne jegliche Veränderungen und der Fortsetzungsmöglichkeit des Basisgeschäfts mit optimierenden Maßnahmen (z.B. erhöhte Mitarbeitermotivation). Die strategische Lücke hingegen stellt die Differenz zwischen dem „Soll“ der strategischen Zielsetzung und dem „Kann“ der operativen Entwicklung dar (vgl. Merk 1999, 226 f.).

Kritik

Auch dieses Modell weist einige Mängel auf, da man daraus keine Handlungsempfehlungen ableiten kann. Dieses Modell dient lediglich zum Erkenntnisgewinn hinsichtlich der Notwendigkeit strategisch relevanter Entscheidungen. Aus diesem Grund kommt es in der Literatur häufig vor, dass die GAP-Analyse mit der Produkt-Markt-Matrix von Ansoff verknüpft wird, da sie nur den Hinweis darauf gibt, notwendige und sinnvolle Veränderung der Strategie durchzuführen, um die strategische Lücke zu schließen. Produkt-Markt-Matrix (vgl. Abb. 4) ist die Ergänzung zur GAP-Analyse und fungiert somit als weitergehender Analyserahmen zur Schließung der strategischen Lücke (vgl. Merk 1999, 227 f.).

Die Produkt-Markt-Matrix wird für die Planung der Wachstumsstrategie eines Unternehmens verwendet und hilft dabei die Übersicht zu behalten. Unter Einsatz von

Produkt-Markt-Matrix werden Variationen von Veränderungen hinsichtlich des Absatzmarktes und Produktes dargestellt (vgl. Rechnungswesen b o.J.).

<i>Markt</i>	<i>gegenwärtig</i>	<i>neu</i>
<i>Produkt</i>		
<i>gegenwärtig</i>	<i>Marktdurchdringung</i>	<i>Marktentwicklung</i>
<i>neu</i>	<i>Produktentwicklung</i>	<i>Diversifikation</i>

Abbildung 4: Produkt-Markt-Matrix (Merk 1999, 228)

4 Ärztliches Werberecht

4.1 Wende in den letzten Jahren

Das Werberecht für Freiberufler wie Ärzte, beinhaltet die Gesamtheit der gesetzlichen Bestimmungen und Vorschriften, die sie einhalten müssen. Es soll in erster Linie zum Schutz des Patienten dienen, da sie emotionaler und irrationaler denken, wenn sie krank sind. Daher sollen sie insbesondere vor falschen Versprechen geschützt werden. Außerdem soll das Werberecht die Kommerzialisierung des Arztberufs verhindern (vgl. Leading-Medicine-Guide a o.J.).

Die Zeiten mit strikten Werbeverböten für Ärzte sind jedoch vorbei. Bis in das Jahr 2002 war Ärzten jegliche Art von Werbung untersagt. Auf dem 105. Deutschen Ärztetag 2002 fand eine Novellierung der Musterberufsordnung zur beruflichen Kommunikation für Ärzte statt. Der 105. Deutsche Ärztetag führte somit eine Wende vom grundsätzlichen Werbeverbot zum grundsätzlichen Informationsrecht herbei. D.h. zulässig ist die Werbung, wenn sie sachlich und berufsbezogen ist. Die Werbebeschränkungen für Ärzte wurden in den letzten Jahren immer weiter aufgeweicht (vgl. Halbe 2017).

Die Gründe für die Auflockerung der Werbebeschränkungen für Ärzte waren zum einen das immer komplexer werdende Angebot medizinischer Leistungen. Zum anderen erforderte die Erweiterung der Kooperationsmöglichkeiten und damit verbundene

Verschärfung der Konkurrenzsituation im Gesundheitswesen eine Veränderung der Werberechte (vgl. Schulenburg 2008).

Ärzte müssen bei ihrer Werbeplanung insbesondere drei Gesetze bzw. Regelungen berücksichtigen, die im folgenden Unterpunkt näher erläutert werden.

4.2 Die rechtlichen Rahmenbedingungen und ihre Zulässigkeit und Grenzen

4.2.1 Heilmittelwerbegesetz (HWG)

Das Heilmittelwerbegesetz, welches im Jahr 1965 in Kraft getreten ist, das ständig überarbeitet und an die EU-Richtlinien angepasst wurde, bestimmt die rechtlichen Rahmenbedingungen für Werbung für Arzneimittel, Medizinprodukte, kosmetische, plastisch-chirurgische Operationen und Therapieverfahren. Das Gesetz richtet sich insbesondere an die Hersteller und Anbieter von Arzneimittel und Medizinprodukte, sowie Krankenhäuser, Apotheker und Ärzte. Hierbei dient das Gesetz zum Schutz des Verbrauchers. Dabei ist Werbung dann zulässig, wenn diese sich auf die Erkennung, Beseitigung oder Linderung von Krankheiten, Leiden, Körperschäden oder krankhaften Beschwerden bei Menschen und Tieren bezieht. Demzufolge müssen sich die Werbeaussagen der plastisch-chirurgischen Eingriffe auf die Veränderung des menschlichen Körpers ohne medizinische Notwendigkeit beziehen (vgl. §1 Abs. 1 HWG).

Folgende Änderungen wurden im Gesetz vorgenommen:

Die Wiedergabe von Krankengeschichten ist nur dann erlaubt, sofern sie nicht „in missbräuchlicher, abstoßender oder irreführender Weise erfolgt oder durch eine ausführliche Beschreibung oder Darstellung zu einer falschen Selbstdiagnose verleiten kann“ (vgl. § 11 Abs. 1 Nummer 3 HWG).

Die bildliche Darstellung von Krankheiten und deren Verlauf wurden liberalisiert. Das Gesetz verbietet die bildliche Darstellung von Krankheiten nur dann, wenn sie „in missbräuchlicher, abstoßender oder irreführender Weise“ geschieht oder durch eine ausführliche Beschreibung zu einer falschen Selbstdiagnose verleitet (vgl. § 11 Abs. 1 Nummer 5 HWG).

Kritik

Im Gesetz steht jedoch keine ausführliche Beschreibung, was man unter „missbräuchlich“ und „abstoßend“ versteht. Die Verwendung von vagen Begriffen, die

nicht eindeutig definiert werden, bereiten Ärzten große Interpretationsschwierigkeiten vor.

Die Werbung mit Äußerungen Dritter ist nur zulässig, sofern diese nicht „in missbräuchlicher, abstoßender oder irreführender Weise“ erfolgt. Das Empfehlungsmarketing ist somit Ärzten gestattet (vgl. § 11 Abs. 1 Nummer 11 HWG).

Preisausschreibungen oder Verlosungen sind nur gestattet, sofern diese nicht „einer unzumutbaren oder übermäßigen Verwendung von Arzneimitteln Vorschub leisten“ (vgl. § 11 Abs. 1 Nummer 13 HWG).

Auch zulässig ist die sogenannte Werbung mit Vorher-/Nachher-Bildern, sofern sie nicht in „missbräuchlicher, abstoßender oder irreführender Weise“ geschieht. Auch hier entstehen jedoch große Interpretationsschwierigkeiten. Was jedoch weiterhin verboten bleibt, ist die Werbung mit Vorher-/Nachher-Bildern für Schönheitsoperationen. Grund für das Verbot ist, dass sich Patienten aufgrund der visuellen Eindrücke einer Operation und damit verbundenen Risiken aussetzen, obwohl es keinen medizinischen Grund gibt (vgl. § 11 Abs. 1 Nummer 5 HWG).

Werbung mit Gutachten, Zeugnissen oder fachlichen Veröffentlichungen ist nun zulässig. Dagegen ist die Werbung mit einer bekannten Person untersagt, die aufgrund ihrer Bekanntheit besonderes Vertrauen weckt (vgl. § 6 Nummer 1 HWG).

Das Verbot der Werbung mit Fachbegriffen wurde ebenfalls aufgehoben. Jedoch ist hier höchste Vorsicht geboten, da die Verwendung von Fachbegriffen leicht zu Missverständnissen bei den Patienten führen kann (vgl. § 11 Abs. 1 Nummer 1 HWG).

4.2.2 Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG)

Das Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb dient dem „Schutz der Mitbewerber, der Verbraucherinnen und Verbraucher sowie der sonstigen Marktteilnehmer vor unlauteren geschäftlichen Handlungen“ und verbietet daher die sogenannte berufswidrige oder sittenwidrige Werbung, die medizinische Laien oder Fachpublikumsangehörige in die Irre führen. Das Gesetz wurde seit dem Inkrafttreten im Jahr 1896 ständig überarbeitet und geändert (vgl. § 1 UWG).

Kritik

Auch hier wird Vorsicht geboten, da die Wahrnehmung sehr individuell ist und somit eine objektiv richtige Aussage auch irreführend sein kann, sofern sie von den Adressaten

subjektiv als unrichtig empfunden wird. Werbende müssen sich daher an durchschnittliche medizinische Laien orientieren.

Beispiele für unzulässige Werbung:

Unlautere geschäftliche Handlungen „die Kennzeichen, Waren, Dienstleistungen, Tätigkeiten oder persönlichen oder geschäftlichen Verhältnisse eines Mitbewerbers herabsetzt oder verunglimpft (vgl. § 4 Nummer 1 UWG).

Aggressive geschäftliche Handlungen, die den Verbraucher oder sonstigen Marktteilnehmer zu einer geschäftlichen Entscheidung veranlassen, die dieser andernfalls nicht getroffen hätte“ (vgl. § 4a Abs. 1 UWG).

Irreführende geschäftliche Handlungen, die unwahre Angaben enthalten oder sonstige zur Täuschung geeignete Angaben enthalten (vgl. § 5 Abs. 1 UWG).

4.2.3 Musterberufsordnung (MBO)

Die Musterberufsordnung – auch ärztliches Standesrecht genannt – beinhaltet die Rechte und Pflichten der Ärzte gegenüber den Patienten, den Kollegen und den anderen Partnern im Gesundheitswesen, aber auch gegenüber der Öffentlichkeit. Die Berufsordnung erfüllt folgende Zwecke (vgl. A. Präambel MBO-Ä):

- „das Vertrauen zwischen Ärztinnen und Ärzten und Patientinnen und Patienten zu erhalten und zu fördern.“
- „die Qualität der ärztlichen Tätigkeit im Interesse der Gesundheit der Bevölkerung sicherzustellen.“
- „die Freiheit und das Ansehen des Arztberufes zu wahren.“
- „berufswürdiges Verhalten zu fördern und berufsunwürdiges Verhalten zu verhindern.“

Die MBO ist jedoch kein Gesetz wie das HWG und das UWG, sondern eine durch Landesärztekammer geschaffene Satzungsnorm zur Regelung der jeweiligen Berufspflichten. Deshalb gibt es im Fall eines Verstoßes zunächst nur standesrechtliche Konsequenzen. Im äußersten Fall droht jedoch der Ausschuss aus der Ärztekammer (vgl. Bundesaerztekammer o.J.).

Erst im Jahr 2002 wurden die Bestimmungen in der Musterberufsordnung gelockert. Daher sind den Ärzten die sachliche und berufsbezogene Werbung gestattet. Zulässig ist also das Informieren über das eigene Leistungsangebot, sofern keine werbende Herausstellung der Tätigkeit vorgenommen wird. Zudem kann der Arzt seine erworbene Qualifikation, sowie Tätigkeitsschwerpunkte angeben (vgl. Leading-Medicine-Guide b o.J.).

Sachliche berufsbezogene Informationen sind Ärzten gestattet, da der Patientenschutz gewährleistet werden muss (vgl. §27 Abs. 2 MBO-Ä).

Unzulässig ist jedoch die berufswidrige Werbung. Darunter versteht man eine „anpreisende, irreführende oder vergleichende Werbung“, die medizinische Laien beeinflusst und deren Gesundheit gefährdet (vgl. § 27 Abs. 3 MBO-Ä).

5 Ganzheitliches Praxismarketing für Ärzte

5.1 Ursachen einer Wettbewerbsintensivierung in der Ärzteschaft

Die Behandlung des Patienten gilt als oberste Priorität für Ärzte. Doch auch Ärzte müssen immer mehr als Unternehmer agieren, um wirtschaftlich erfolgreich zu sein, da der Gesundheitsmarkt unter besonderem Maße dem Wandel unterliegt und immer neue Herausforderungen mit sich bringt. Ärzte im ambulanten Sektor befinden sich in einem zunehmend wettbewerbsorientierten Umfeld, weshalb Marketing unumgänglich ist (vgl. Köhler/Gründer 2016, 2).

Im Folgenden werden die entscheidenden Gründe für die Intensivierung des Wettbewerbs in der Ärzteschaft dargestellt.

5.1.1 Strukturelle Veränderung

Deutschland, sowie auch andere westliche Industrieländer, sind vom demografischen Wandel betroffen. Der demografische Wandel führt zu einer ständig weiter wachsenden Überalterung der Gesellschaft, wobei die Geburtenrate sinkt und die Lebenserwartung hingegen steigt und mit ihr auch die Prävalenz der chronischen Krankheiten (vgl. Pramstaller 2016, 20).

Für das deutsche Gesundheitssystem stellen diese Entwicklungen große Problematik dar, zumal die Finanzierung des deutschen Gesundheitswesens im Wesentlichen auf einem Umlageverfahren basiert, nach dem die GKV arbeitet, bei dem die Einnahmen und Ausgaben jährlich abgeglichen werden (vgl. Amelung/Sydow/Windeler 2009, 143).

D.h. künftig müssen immer weniger Beitragszahler immer mehr Rentner bei steigenden Versorgungskosten finanzieren. Dies hat zur Folge, dass Krankenkassen immer weniger Leistungen zahlen. Um wirtschaftlich erfolgreich zu sein, brauchen Ärzte jedoch Patienten, die in der Lage sind, IGeL-Leistungen in Anspruch nehmen oder Privatpatienten. Ärzte haben jedoch große Probleme, diese Patientengruppen dafür zu sensibilisieren, da Marketing kein Bestandteil ihrer Ausbildung ist (vgl. Köhler/Gründer 2016, 2).

Die folgende Abbildung zeigt, dass der Anteil der Selbstzahlerleistungen sehr niedrig ist und somit nur 5,9 Prozent des Praxisumsatzes im Jahr 2015 ausmachte. Das Diagramm bestätigt somit, dass Ärzte Schwierigkeiten haben, Selbstzahler-Patienten zu finden.

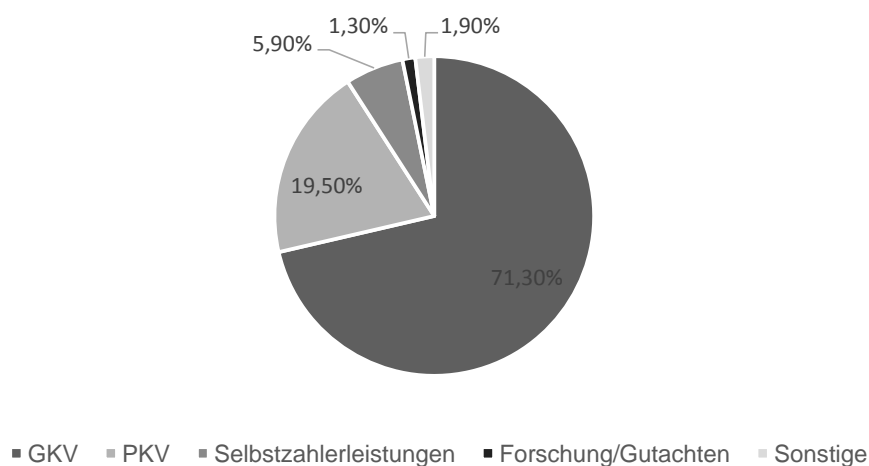


Abbildung 5: Ertragsquellen der Praxis im Jahr 2015 (Obermann/Müller/Woerns 2015)

Der Wettbewerb um Selbstzahler-Patienten wird in Zukunft zunehmen, da die gesetzlichen Krankenkassen immer weniger zahlen. Im ganzheitlichen Praxismarketing ist es daher auch wichtig, sich an die Selbstzahler-Patienten und Privatpatienten zu richten.

5.1.2 Veränderung der politischen Rahmenbedingungen

Wenn der Bedarf an ambulanter medizinischer Versorgung gedeckt ist, werden Regionen für die Niederlassung weiterer Ärzte gesperrt. Auf diesem Wege wird die Niederlassung von Ärzten auch an weniger attraktiven Standorten gefördert. Mit dem im Jahr 2007 in Kraft getretenen Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) haben sich jedoch die Rahmenbedingungen der Niederlassung von Ärzten geändert, mit dem Hintergrund, die vertragsärztliche Berufsausübung wettbewerbsfähiger zu machen (vgl. Beutelmann u.a. 2010, 73 f.).

Folgende Neuerungen sind für die Wettbewerbsintensität entscheidend:

Erweiterung des Praxiseinzugsbereichs

Mit dem Gesetz sind nun vertragsärztliche Tätigkeiten außerhalb des Vertragssitzes an weiteren Orten zulässig, wenn dadurch eine Verbesserung der Versorgung am Ort des Vertragssitzes erreicht wird (vgl. § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV).

Im Gesetz wird jedoch nicht geklärt, was man unter „Verbesserung der Versorgung“ versteht.

Überörtliche Gemeinschaftspraxen

Eine überörtliche Gemeinschaftspraxis kann gegründet werden, ohne dass sich die Ärzte an einem Ort in einer gemeinsamen Praxis niederlassen müssen. Die Gründung einer Gemeinschaftspraxis kann somit auch über Landesgrenzen hinweg erfolgen (vgl. § 22 Abs. 2 Satz 2 Ärzte-ZV).

5.1.3 Veränderung des Patientenverhaltens

Das 21. Jahrhundert zeichnet sich durch den Wandel des Patientenverhaltens aus, da das Gesundheitsbewusstsein der Patienten stark gestiegen ist. Die Menschen suchen nicht mehr nur im Krankheitsfall Ärzte auf. Gesundheitsbewusstsein und Prävention haben somit in der Gesellschaft eine hohe Bedeutung gewonnen. Dies lässt sich auch dadurch begründen, dass die Zahl der Fitnessstudios nach dem Aerobic-Boom in den 80er Jahren stark gestiegen ist (vgl. Köhler/Gründer 2016, 4).

Zudem sind auch die Anbieter medizinischer Behandlungsleistungen, besonders in Städten, deutlich gestiegen. Patienten sind nun anspruchsvoller, kritischer und besser informierter. Ärzte sind somit gezwungen, sich der steigenden Wettbewerbsintensität durch zulässige Werbung, Differenzierung von Konkurrenten und neuen Behandlungsangeboten zu stellen (vgl. Frodl 2011, 45).

5.2 Stellenwert des Marketings in der Ärzteschaft

Die folgende Abbildung verdeutlicht, welche Bedeutung Ärzte dem Praxismarketing im Jahr 2014 zumessen. Hierbei kann man erkennen, dass Ärzte sehr konservativ mit dem Thema umgehen, da nur 45,9 % der befragten Ärzte Praxismarketing befürworten. Somit nehmen immer noch viele Ärzte eine kritische Haltung gegenüber dem Praxismarketing ein.

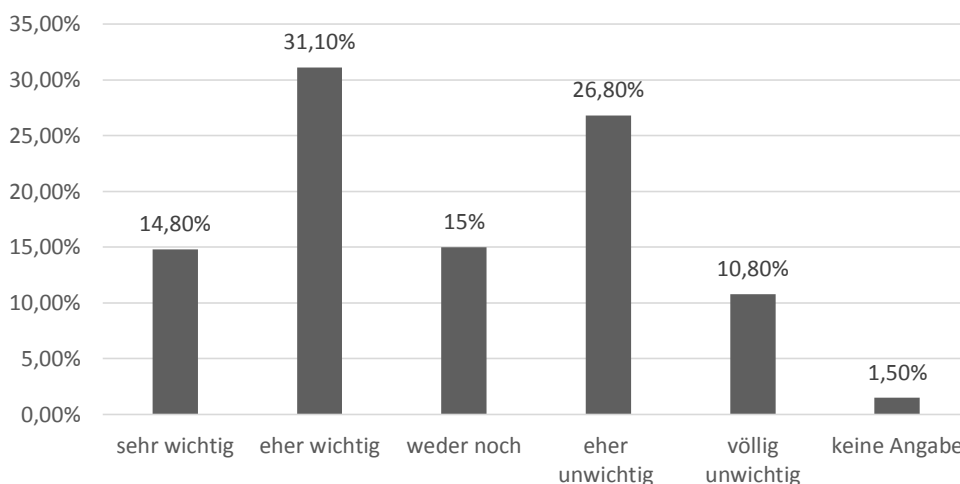


Abbildung 6: Wichtigkeit von Marketingmaßnahmen in Praxen im Jahr 2014 (Obermann/Müller/Woerns 2015)

5.3 Ganzheitliches Praxismarketing für niedergelassene Ärzte

Da Ärzte nur punktuelle Werbemaßnahmen durchführen und in Sachen Marketing keine großen Erfahrungen haben, ist es wichtig, das Augenmerk auf das ganzheitliche Praxismarketing zu richten. Das ganzheitliche Praxismarketing besteht grundsätzlich aus vier Schritten. Der erste Schritt ist die Analyse. Hierbei beschäftigt man sich mit der Frage: Wo stehe ich jetzt? Erfolgreiches Marketing beginnt mit der kritischen Betrachtung der eigenen Praxis. Daher ist es wichtig, die eigene Ausgangssituation zu analysieren. Der zweite Schritt ist die Strategie und setzt sich mit der Frage auseinander, wo ich hin möchte und wie ich zum Ziel komme. Darauf aufbauend erfolgt die Taktik und ist somit der dritte Schritt. Die Taktik befasst sich mit dem Thema Marketing-Maßnahmen und zeigt auf, mit welchen Mitteln ich mein Ziel erreichen kann. Abschließend folgt der letzte Schritt mit der Kontrolle. Dieser Schritt gibt Auskunft darüber, ob ich wirklich dort angekommen bin, wo ich hin wollte (vgl. Köhler/Gründer 2016, 8).

Kreyher stellt diese vier Schritte in einem Feuerrad dar. Das Feuerrad soll verdeutlichen, dass die vier Schritte mehrmals durchgeführt werden müssen, um das Marketing-Konzept an aktuelle Ereignisse anzupassen (vgl. Kreyher 2014, 26).

Ein gelungenes Marketing-Konzept sollte daher keine einmalige Angelegenheit sein. Es erfordert immer einen wiederkehrenden Prozess, da der Erfolg einmaliger Werbemaßnahmen zeitlich begrenzt ist. Die folgende Abbildung skizziert den Marketingprozess in der Arztpraxis (vgl. Frodl 2016, 60).

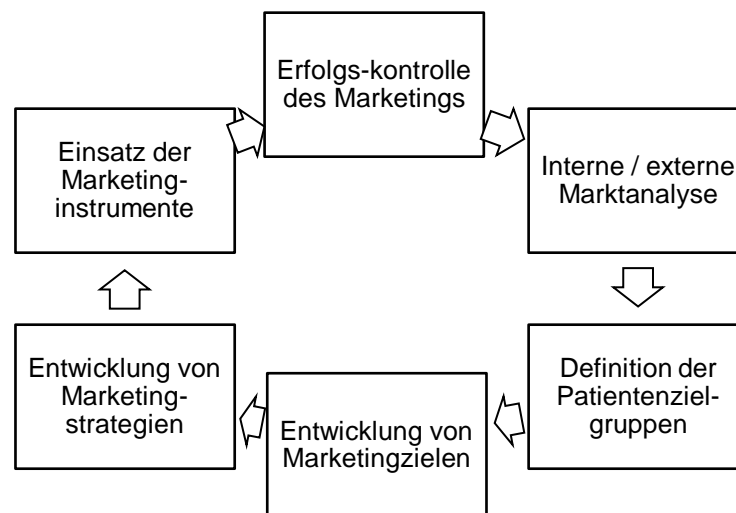


Abbildung 7: Marketingprozess in der Arztpraxis (in Anlehnung an Frodl 2016, 60)

Im weiteren Verlauf wird konkreter auf die einzelnen Bestandteile des ganzheitlichen Praxismarketings eingegangen.

5.4 Analyse

5.4.1 Externe Analyse

Externe Situationsanalyse hilft dem Praxisinhaber, Faktoren zu ermitteln, die von außen die Praxis beeinflussen. Man nennt diese Analyse auch Umweltanalyse. Diese wird in zwei Kategorien aufgeteilt: Makro- und Mikroumwelt. Makroumwelt umfasst Entwicklungen, die kurzfristig von der Praxis nicht beeinflussbar sind. Dazu gehören politische, ökologische, soziokulturelle, technologische, ökonomische und demografische Entwicklungen. Die Makroumwelt wird daher für das Marketingkonzept als gegeben vorausgesetzt. Die Mikroumwelt hingegen beinhaltet alle Organisationen

und Interessengruppen, die in unmittelbarer Beziehung zu der Praxis stehen und somit die Praxis direkt beeinflussen. Ein weiterer Unterschied zur Makroumwelt ist, dass die Praxis jedoch einen Einfluss auf die Mikroumwelt hat. Daher finden in der Ebene der Mikroumwelt die Marketingaktivitäten der Praxis statt. Folgende Akteure kommen in der Ebene vor: Kunden, Konkurrenten, Lieferanten, Absatzhelfer und -vermittler und staatliche und nichtstaatliche Interessengruppen, die keine geschäftliche Verbindung haben, aber dennoch den Absatz fördern, wie z.B. Medien, Umweltschutzorganisationen, Bürgergruppen, Behörden, Gewerkschaften oder Finanzinstitute (Breidenich/Rennhak 2015, 53 ff.).

Bei der externen Analyse ist es wichtig, zunächst den Markt zu analysieren. Hierbei ist die Aufgabe, ausführliche Informationen über den Gesundheitsmarkt zu gewinnen und anschließend zu analysieren. Die Marktforschung wird dabei in zwei Kategorien aufgeteilt: Einerseits die primäre Marktforschung und andererseits die sekundäre Marktforschung. Bei der primären Marktforschung werden die Daten bei Patienten oder konkurrierenden Praxen gesammelt. Dies geschieht auf der Basis von Interviews, wobei diese Methode aufgrund des hohen Aufwands für eine Praxis nicht durchführbar ist. Bei der sekundären Marktforschung hingegen werden Informationen aus bereits erhobenen Daten gewonnen. Folgende Informationsquellen stehen kostenfrei für Ärzte zur Verfügung (vgl. Frodl 2016, 62):

- „Statistische Jahrbücher, Fachreihe 12, Gesundheitswesen“,
- „Statistiken der Berufsgenossenschaften und Unfallversicherer“,
- „Nachrichten der ärztlichen und kassenärztlichen Vereinigungen“,
- „Einschlägige Reportagen in Medien“,
- „Informationsplattformen, Foren zum Gesundheitswesen im Internet“ u.v.m.

Im zweiten Schritt findet die Konkurrenzanalyse statt. Bei der Konkurrenzanalyse sammelt man Informationen über konkurrierende Praxen und wertet sie anschließend aus. Für den Praxisinhaber ist es wichtig zu wissen, wo Konkurrenz durch andere Praxen bereits besteht und zukünftig zu erwarten ist. Daher ist es zunächst von Relevanz, sich die folgenden Fragen zu stellen (vgl. Frodl 2011, 53 f.):

- „Welche Gesundheitsbetriebe sind als Konkurrenten anzusehen?“
- „Welche Behandlungs- und Pflegeleistungen bieten sie an?“

Nachfolgend wird der systematische und strukturierte Ablauf einer Konkurrenz- und Wettbewerbsanalyse dargestellt.

Schritte	Erläuterung
Informationsbedarf feststellen	Definition des Informationsbedarfs, von Ziel und Zweck der Konkurrenz- und Wettbewerbsanalyse
Informationen sammeln	Auswertung von Primärquellen (Patienten, Branchenexperten, ehemalige Mitarbeiter, Lieferanten, etc.) und Sekundärquellen (Geschäftsberichte, Homepage, Fachkongresse, etc.)
Informationen auswerten	Strukturierung, Speicherung der gewonnenen Informationen; Selektion im Hinblick auf die gewünschten Erkenntnisse und deren Analyse
Ergebnisse aufbereiten	Informationen zu Aussagen verdichten; Aussagen evaluieren und zu entscheidungsreifen Empfehlungen verarbeiten

Tabelle 2: Prozess der Konkurrenz- und Wettbewerbsanalyse (Frodl 2011, 53)

Wichtig zu erwähnen ist auch hier, dass die Auswertung von Primärquellen für Ärzte mit viel Aufwand verbunden ist.

Bei der Konkurrenzanalyse kann man auch das Benchmarking durchführen. Das heißt, dass sich die Praxis nur an den besten Konkurrenten orientiert und versucht, deren Leistungsniveau zu erreichen (vgl. Frodl 2011, 55).

Im nächsten Schritt erfolgt die Analyse der Patientenbedürfnisstruktur. Diese Analyse ist auch von großer Bedeutung, da die Diskrepanz zwischen den Vermutungen von Praxisinhabern zu den Patientenwünschen von der Realität bis zu 60 % abweichen (vgl. Thill 2013, 49).

Dies ist eine wichtige Voraussetzung, um die Bedürfnisse der Patienten in den Mittelpunkt aller Marketingaktivitäten zu stellen. Dabei muss man die Patienten nach demografischen Merkmalen aufgliedern und unterscheiden. Folgende Fragen sind behilflich (vgl. Frodl 2016, 69):

- „Wer sind die Patienten?“
- „Wie setzen sie sich zusammen?“
- „Welche Patientengruppen kommen vorwiegend?“
- „Welche Gruppen kommen gar nicht?“

Folgende Kriterien spielen dabei eine wichtige Rolle:

- „Geschlecht“,
- „Alter“,
- „Familienstand“,
- „Beruf“,
- „Soziale Herkunft“,
- „Privat-/Kassenpatient“.

Diese Informationen können zum größten Teil aus dem Patientendatenbestand, den Abrechnungsunterlagen oder Befragungen der Patienten gewonnen werden. Wenn dieser Schritt erfolgreich abgeschlossen wird, sollte man sich die nächste Überlegung machen: Welche Faktoren beeinflussen die Patienten bei der Wahl der Praxis. Diese Gründe kann man mit Hilfe einer Patientenbefragung herausfinden. Dabei gibt es auch hierbei Kriterien, die man bei der Gestaltung und Durchführung der Patientenbefragung beachten sollte (vgl. Frodl 2016, 70).

5.4.2 Interne Analyse

Das Ziel der internen Analyse ist es, das eigene Handeln am Markt zu optimieren, da die internen Faktoren grundsätzlich beeinflussbar sind. Voraussetzung dafür ist allerdings die eigene Situation ausreichend zu untersuchen. Dabei beschäftigt man sich hauptsächlich mit der SWOT-Analyse (= strengths – weaknesses – opportunities – threats). Darunter versteht man die Analyse der eigenen Stärken und Schwächen, um daraus die Chancen und Risiken abzuleiten. Dabei ist es hilfreich, die SWOT-Analyse mit allen Mitarbeitern durchzuführen, da man dadurch verschiedene Sichtweisen hat und sie neue Blickwinkel eröffnen. Zudem werden die Integration, das Engagement, das Verantwortungsgefühl und das vertrauensvolle Miteinander gefördert. Bei der Analyse ist es auch von essentieller Bedeutung, seine eigenen Stärken zu stärken. Dies ist eine hervorragende Methode, um sich von Konkurrenten abzuheben und damit ein USP (Unique Selling Proposition) zu schaffen. Nach der ausführlichen Analyse

entstehen bereits aussagekräftige Ansätze sowie erste gute Ideen für die strategische Planung (vgl. Schüller/Dumont 2006, 17).

5.5 Strategie

Niedergelassene Ärzte verzichten oft aus verschiedenen Gründen auf eine Praxis-Strategie. Eine gut formulierte Strategie ist jedoch von grundlegender Bedeutung, da sie über die Wirtschaftlichkeit der Praxis entscheidet (vgl. Schüller/Dumont 2006, 22).

Mit der Marketing-Strategie bestimmt man, wie, mit welcher Vorgehensweise und unter Einsatz welcher Marketingmaßnahmen die festgesetzten Ziele erreicht werden sollen. Die Marketing-Strategien sind mittel- bis langfristig orientiert, da sie einen Verhaltensplan darstellen, dessen Hauptziel es ist, die richtigen Entscheidungen zu treffen (vgl. Frodl 2016, 80).

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick auf die verschiedenen Ausrichtungsmöglichkeiten der Marketing-Strategien, die sich im Hinblick auf das Verhältnis von Leistungsangebot und Markt ergeben.

Markt Leistungsangebot	Bisherige Märkte / Patientenzielgruppen	Neue Märkte / Patientenzielgruppen
Bisheriges Behandlungsangebot	Durchdringung: Behandlungsangebot beibehalten Patientenzielgruppe beibehalten = Minimalstrategie	Marktentwicklung: Behandlungsangebot beibehalten Neue Patientenzielgruppe erschließen = Intensivierungsstrategie
Neues Behandlungsangebot	Neuheit: Behandlungsangebot erweitern Patientenzielgruppe beibehalten = Innovationsstrategie	Ausbruch: Behandlungsangebot erweitern Neue Patientenzielgruppe erschließen = Diversifikationsstrategie

Tabelle 3: Ableitung von Strategien für das Praxismarketing (Frodl 2016, 81)

Die Strategie beinhaltet unter anderem noch folgende Punkte:

- Zielgruppen, die angesprochen werden sollen
- Marketingziele
- Strategische Praxispositionierung – Corporate Identity

5.5.1 Zielgruppen

Für das Marketing ist auch von Relevanz, welche Zielgruppe durch die Marketingmaßnahmen erreicht werden soll. Das Behandlungsangebot muss den Vorstellungen, Wünsche und Vorlieben der zu erreichenden Zielgruppe entsprechen. Eine neu angebotene Leistung muss zielgruppenorientiert sein, ansonsten bleibt es wirkungslos (vgl. Frodl 2011, 74).

Patienten sind nicht homogen, sondern sie unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Bedürfnisse, Präferenzen und der ihnen zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel, unter anderem auch der demografischen Merkmalen (vgl. Frodl 2011, 74).

Die Marketingaktivitäten können hierbei auf eine Zielgruppe, einige wenige oder mehrere Zielgruppen ausgerichtet sein. Die Wahl der Alternative wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst, beispielsweise von den vorhandenen Marketingressourcen, der Bedeutung der einzelnen Zielgruppen und vom Verhalten konkurrierender Praxen. Demgemäß sind die Vor- und Nachteile der verschiedenen Ausrichtungsmöglichkeiten auf die Zielgruppe abzuwägen (vgl. Frodl 2011, 74).

Was in der Literatur jedoch oft unerwähnt bleibt, ist, dass die Marketingaktivitäten auch auf die Selbstzahler-Patienten und Privatpatienten ausgerichtet werden müssen, um den langfristigen Praxiserfolg zu sichern, zumal Ärzte sich zwar Selbstzahler-Patienten wünschen, jedoch keine Anstrengung unternehmen, um diese Patienten zu gewinnen.

5.5.2 Marketing-Ziele

Nachdem die Zustands-Analyse sorgfältig durchgeführt wurde, kann man daraus schon Ziele ableiten, auf die die Marketing-Maßnahmen abgestimmt werden sollen.

Aus der Studie „Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit 2015“ geht hervor, dass das Marketing-Ziel, Patienten konkret über das eigene Leistungsspektrum zu informieren, die höchste Priorität für Ärzte hat. Das Ziel, sich von anderen Leistungsanbietern abzugrenzen, liegt auf dem sechsten Platz und findet wenig Beachtung, da es für Ärzte sehr wichtig ist, sich von Konkurrenten abzuheben, aufgrund der Vielzahl von den Anbietern (vgl. Obermann/Müller/Woerns 2015).

Die Bildung von Marketing-Zielen stellt für die Arztpraxis ein komplexes Problem dar, da eine eindimensionale Zielsetzung nicht ausreichend ist. Die Gesamtzielsetzung sollte daher durch eine Kombination von quantitativen (Gewinnziele, Umsatzziele, etc.) und qualitativen (Image, Zufriedenheit, etc.) Marketing-Zielen erfolgen. Zudem haben

Marketing-Ziele unterschiedliche Besonderheiten und differenzieren sich in strategische und operative Marketing-Ziele oder auch in langfristige und kurzfristige Marketing-Ziele. Außerdem stehen sie in unterschiedlichen Relationen zueinander, da sie entweder in verschiedene Ränge eingeteilt werden oder unterschiedlich aufeinander einwirken. Das eine Ziel kann das andere Ziel ergänzen oder auch fördern, wenn z.B. durch eine erfolgreiche Werbung, der Bekanntheitsgrad erhöht wird. Im Gegensatz dazu, können sich gegenseitig behindernde Zielverhältnisse entstehen, wenn man sich z.B. als Ziel, eine altengerechte Praxis setzt und gleichzeitig auch versucht, Familien mit kleinen Kindern als Patienten zu gewinnen. In solchen Fällen liegt eine indifferente Zielbeziehung vor. Für Ärzte ist es sehr hilfreich, die Marketing-Ziele in einem Zielsystem zusammenzuführen, sie aufeinander abzustimmen und daraus resultierende Zielkonflikte zu lösen. Dabei wirkt es unterstützend, wenn man die Ziele in Haupt- und Nebenziele unterteilt (vgl. Frodl 2016, 77 f.).

Beispiele für Marketing-Ziele (vgl. Frodl 2016, 79):

- „Erreichen bestimmter Behandlungsfallzahlen zu einem bestimmten Zeitpunkt“
- „Erreichen einer möglichst hohen Privatpatientenanzahl und IGeL-Zahler zu einem bestimmten Zeitpunkt“
- „Erreichen eines bestimmten Praxisimages zu einem bestimmten Zeitpunkt“
- „Erreichen einer möglichst hohen Patientenzufriedenheit zu einem bestimmten Zeitpunkt“

5.5.3 Strategische Praxispositionierung – Corporate Identity

Die Praxispositionierung ergibt sich aus dem Ergebnis der strategischen Überlegungen zum Praxismarketing. Für die Praxis ist es wichtig, eine erfolgsversprechende Positionierung anzustreben, einzunehmen und sie auszubauen, um sich von den Konkurrenten abzuheben. Die Praxis braucht also ein einzigartiges Erscheinungsbild, etwas, zu dem sich die Patienten hingezogen fühlen. Dies nennt man Corporate Identity (vgl. Frodl 2011, 91 f.)

Durch die Corporate Identity entwickelt sich ein Unternehmensleitbild für das Selbstverständnis und die Selbstpräsentation in der Öffentlichkeit. Das Leitbild soll dabei alle Bereiche des Unternehmens beeinflussen, also das Verhalten (Corporate Behavior), die Kommunikation (Corporate Communications) und die visuelle Darstellung (Corporate Design). Das Leitbild legt die Unternehmensziele und -zwecke fest und hat eine strategische Funktion. Somit wird die Mission (Wofür stehen wir?) und die Vision (Was streben wir an?) der Organisation bestimmt (vgl. Kreyher 2001, 19).

Das Verhalten stellt dar, wie sich Ärzte gegenüber Mitarbeiter, Patienten, Lieferanten und allgemein der Öffentlichkeit verhalten. Durch die Corporate Communication wird das einzigartige Erscheinungsbild der Organisation kommunikativ vermittelt. Mit dem Auftritt sorgt man für die Außendarstellung. Dies ist ein wichtiger Punkt, da die Corporate Identity so den Patienten nahe gebracht wird. Somit wird das Interesse der Patienten geweckt und Vertrauen aufgebaut. Durch die Elemente der Corporate Identity kann man leichter Unternehmensentscheidungen treffen und überprüfen, ob eine Entscheidung mit der CI der Praxis einhergeht (vgl. Köhler/Gründer 2016, 19).

5.6 Taktik

Wurde die Marketing-Strategie definiert, so folgt die Taktik. Hierbei findet die Umsetzung der gewonnenen Erkenntnisse mithilfe der sieben Marketing-Instrumente statt, die im Kapitel drei dargestellt wurden. Das Ziel dabei ist, dass die Instrumente nicht einzeln, sondern gemeinsam eingesetzt werden, sodass eine Bündelung der Instrumente erfolgt, deren Wirkung größer ist als die Summe ihrer Effekte. Dies nennt man auch Marketing-Mix (vgl. Thill 2013, 83).

Im Folgenden wird auf die einzelnen Instrumente näher eingegangen.

5.6.1 Produktpolitik (Product)

Ein Arzt bietet täglich Dienstleistungen an und sollte daher an Patientenbedürfnissen orientiert sein (vgl. Schmitz, Riedel 2009, 112).

Die Autoren Schmitz und Riedel heben hervor, dass in der Produktpolitik nicht nur das Ergebnis der Behandlung eine Rolle spielt, sondern auch das professionelle und seröse Auftreten der Ärzte, sowie ihre soziale Kompetenz (vgl. Schmitz, Riedel 2009, 118).

Die Autoren haben jedoch übersehen, dass in der Produktpolitik die Differenzierung der eigenen Dienstleistung von Konkurrenten mit einer entscheidenden Rolle spielt. Der Dienstleister muss sich hier von seinen Konkurrenten abheben, indem er eine unverwechselbare Definition der Leistung vornimmt. Dieser Punkt ist sehr wichtig, da eine Dienstleistung nicht patentiert werden kann (vgl. Walsh/Deseniss/Kilian 2009, 434).

Damit Ärzte ihre Dienstleistungsangebote von Konkurrenten differenzieren können, ist es von großer Bedeutung, dass sie zusätzliche Praxisangebote anbieten. Prävention gewinnt in der heutigen Zeit immer mehr an Bedeutung, da man sowohl eine kürzere und weniger belastende Behandlung als auch bessere Heilungschancen für Patienten

erreichen kann. Daher ist es wichtig, dass Ärzte auf Prävention setzen, zumal sie die erste Anlaufstelle für die Patienten sind. Ärzte sollten Angebote, wie Ernährungsberatung, Raucherentwöhnung, Bewegungs- und Sportberatung – auch für Kinder – Impfungen, Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen, Anti-Aging oder Impfungen in Betracht ziehen (vgl. Frank 2010, 7 f.).

Der Autor Matthias Frank erwähnt, dass seine eigenen Erfahrungen in seiner Praxis gezeigt haben, dass durch eine konsequente Patientenorientierung und Dienstleistungsqualität deutliche Chancen zur Erlangung von Wettbewerbsvorteilen bestehen (vgl. Frank 2010, 6).

Hierbei ist es von essentieller Bedeutung, eine Messung der Dienstleistungsqualität in Form von Patientenbefragungen durchzuführen, wobei auch ausführlich auf die Kundenzufriedenheit eingegangen werden muss. Zahlreiche Faktoren, die die Kundenzufriedenheit beeinflussen, wurden im Kapitel drei beschrieben.

5.6.2 Preispolitik (Price)

Da der Arzt seine Honorare nicht frei gestalten kann – bei der Behandlung von gesetzlich versicherten Patienten muss er sich an den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) sowie an die Honorarverteilungsverträge (HVV) orientieren und bei der Behandlung von privat versicherten Patienten ist er an die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) gebunden – ist die Preispolitik für Ärzte von untergeordneter Bedeutung.

Dennoch kann der Arzt durch das zum 01.04.2007 in Kraft getretene GKV-Wettbewerbsstärkungs-Gesetz (GKV-WStG) bei gesetzlich versicherten Patienten in gewissem Maße Einfluss auf die Preisgestaltung nehmen. Dies gilt vor allem für die Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL = Selbstzahlerleistungen) (vgl. Schmitz/Riedel 2009, 113).

5.6.3 Distributionspolitik (Place)

Die Distributionspolitik hängt mit der Vorgehensweise der Dienstleistungserbringung zusammen. Die räumliche und zeitliche Erreichbarkeit des Arztes, dessen Mobilität und Bereitschaft zu Hausbesuchen spielt eine entscheidende Rolle in der Distributionspolitik. Ältere Menschen sind nicht mehr in der Lage, eine Praxis alleine aufzusuchen und sind daher auf Hausbesuche angewiesen. Ärzte müssen sich auch auf Berufstätige ausrichten, da sie ihre Arbeit frühzeitig beenden müssen, damit sie den Arzt erreichen

können. Dies betrifft vor allem die Akademiker, die oft privat versichert sind. Dadurch verlieren Ärzte wertvolle Patienten. Daher ist es empfehlenswert, dass Ärzte zumindest an einem oder zwei Tagen in der Woche länger zu erreichen sind (vgl. Schmitz/Riedel 2009, 114 f.).

5.6.4 Kommunikationspolitik (Promotion)

Da eine Dienstleistung schwieriger aufgrund ihrer Intangibilität zu visualisieren ist, hängt der Erfolg des Dienstleistungsmarketing davon ab, den Nutzen und Qualität der Dienstleistung kommunikativ zu vermitteln (vgl. Walsh/Deseniss/Kilian 2009, 438).

Ärzte müssen hier jedoch rechtliche Grenzen berücksichtigen, die im vorherigen Kapitel erläutert wurden.

Werbeinstrumente für die Praxisbekanntmachung unterscheiden sich hinsichtlich der unpersönlichen und persönlichen Instrumente. Unpersönliche Instrumente sind z.B. Informationsmedien, wobei hingegen persönliche Instrumente Informationsmaßnahmen darstellen, die selbst durch Ärzte durchgeführt werden. Bei beiden Varianten muss genauestens überprüft werden, welche Maßnahmen am besten zu der Praxis passen (vgl. Thill 2013, 89).

Unpersönliche Instrumente

- Praxis-Internetpräsentation

Die Bedeutung der Internetpräsenz gewinnt in der Ärzteschaft immer mehr an Bedeutung, da die Patienten immer mehr online sind. Die Studie „Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit 2015“ zeigt, dass die wichtigste Marketing-Maßnahme für Ärzte die Präsenz im Internet ist. Dazu gehört die eigene Praxis-Homepage, die Teilnahme an Internetverzeichnissen und Online-Bewertungsportale (vgl. Obermann/Müller/Woerns 2015).

Die Praxis-Homepage muss dabei richtig gestaltet werden. Wenn die First-Impression-Signale nicht richtig eingesetzt werden, erfolgt meist ein Abbruch der Betrachtung und ein Rückgriff auf die Seite bleibt dabei aus. Die Wirkung der Praxis-Website lässt sich dabei durch die Nutzung sozialer Medien, wie Twitter, Facebook, etc. steigern, da Patienten immer mehr das Internet nutzen, um sich über Gesundheitsthemen, aber auch über Arztpraxen zu informieren (vgl. Thill 2013, 92-105).

Hierzu ist zu bemerken, dass die Arztpraxen in den sozialen Medien nicht stark vertreten sind (vgl. Wasner 2017).

Auch die Bedeutung der Bewertungsportale hat stark zugenommen, da Patienten immer mehr das Bedürfnis haben, verlässliche Informationen über die Leistungs- und Servicequalität von Arztpraxen zu erhalten (vgl. Thill 2013, 106).

Empfehlungsmarketing ist daher in der Ärzteschaft von zentraler Bedeutung und ist eines der einfachsten Instrumente mit einer hohen Wirkung. Patienten sprechen bereitwillig mit Dritten über ihre Praxiserfahrungen und -eindrücke. Man verlässt sich bei wichtigen und persönlichen Entscheidungen auf Empfehlungen. Zudem wird durch die Empfehlung das Risiko einer Fehlentscheidung verringert (vgl. Schüller/Dumont 2006, 81).

- **Öffentlichkeitsarbeit**

Auch Öffentlichkeitsarbeit – auch genannt als Public Relations – wird von den niedergelassenen Ärzten kaum genutzt, obwohl sie eine wichtige Voraussetzung für den wirtschaftlichen Erfolg ist, da sie einen hohen Einfluss auf das Image einer Arztpraxis hat. Öffentlichkeitsarbeit in Zeitungen, Zeitschriften, Funk und Fernsehen ist jeder Werbung überlegen, da sie eine hohe Glaubwürdigkeit hat (vgl. Schüller/Dumont 2006, 86 f.).

Für die Nutzung dieses Instrumentes wird vorausgesetzt, dass berichtenswerte Informationen zur Praxis existieren. Dies können z.B. spezielle Leistungen sein oder auch ein Jubiläum (vgl. Thill 2013, 107).

Zu den weiteren unpersönlichen Instrumente gehören: Logo, Praxisschild, Visitenkarten, Eintrag in Branchenverzeichnisse, Flyer, Patientenbroschüren, E-Mail Newsletter, Banner- und Videowerbung, Imagefilm für die Praxis und Videos im Netz veröffentlichen.

Persönliche Instrumente

- **Patientenvorträge**

Diese Maßnahme ist sehr zeitintensiv, jedoch gleichzeitig auch sehr wirksam, da viele Organisationen wie Krankenkassen, Selbsthilfegruppen oder Sportvereine ständig auf der Suche nach Ärzten in ihrem lokalen Umfeld sind, die patientenverständliche Informationen zu verschiedenen Krankheitsbildern vermitteln (vgl. Thill 2013, 111).

Vorträge müssen wie folgt gestaltet werden:

Vor dem Vortrag: Den Termin des Vortrages auf der Praxis-Website, in der Tagespresse, auf den Ankündigungszetteln an der Rezeption ankündigen und gezielte Patienten einladen.

Während des Vortrags: Aufführung der Praxisadresse und eines Referentenprofils mit einer schriftlichen Kurzzusammenfassung des Vortrags, die an alle Teilnehmer abgegeben wird; Schilderung von Sachverhalten anhand eigener Patientenfälle.

Nach dem Vortrag: Download-Angebot des Vortrags auf der Praxis-Website zur Verfügung stellen; Auslage der Kurzversion des Vortrags im Wartezimmer (vgl. Thill 2013, 112)

- **Seminare**

Mit dieser Maßnahme werden kleinere Zielgruppen angesprochen. Somit können die Ärzte intensiver auf die Bedürfnisse und Ansprüche der Patienten eingehen. Dies verstärkt zudem die Patientenbindung und hat einen hohen Werbeeffect über Mund-zu-Mund-Propaganda (vgl. Thill 2013, 114 f.).

Es sollte bei den Maßnahmen auch nicht unerwähnt bleiben, dass diese perfekt organisiert werden müssen. Ansonsten erreicht man genau das Gegenteil von dem, was man beabsichtigt hat.

5.6.5 Personalpolitik (People)

Der Personalpolitik kommt eine immense Bedeutung zu, da sie auch eine entscheidende Rolle bei der Patientenbegeisterung und Gewinnung neuer Patienten spielt (vgl. Schüller/Dumont 2006, 82).

Die Ziele sind (vgl. Olfert 2011, 176):

- „Die Steigerung der Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter (z.B. durch Personalentwicklung)“,
- „Die Steigerung der Leistungsbereitschaft der Mitarbeiter (z.B. durch kooperative Führung)“,
- „Die Steigerung der Leistungsmöglichkeit der Mitarbeiter (z.B. durch Arbeitsplatzgestaltung)“.

5.6.6 Ausstattungspolitik (Physical Facilities)

Patienten suchen nach Sekundärindikatoren, die die Qualität der Dienstleistung indirekt darstellen. Dabei spielt das Umfeld eine herausragende Rolle, das in zwei Bereiche aufgeteilt wird (vgl. Thill 2013, 130):

- Außeneindruck der Praxis

Nach folgenden Kriterien wird der Standort der Praxis bewertet: Lage, Parkplatz, Beschilderung, Bequemlichkeit des Praxiszugangs (Stufen, Behinderteneingang), Praxiszugang, Helligkeit, Gerüche und Geräusche im Hausflur, Zustand des Treppenhauses, Wände im Hausflur. Das Praxisschild spielt ebenfalls eine Rolle und bestimmt den Qualitätseindruck. Hier kommen folgende Kriterien in Betracht: Erkennbarkeit, Aktualität der Angaben, Sauberkeit, keine überklebten oder handschriftlich ergänzten Angaben (vgl. Thill 2013, 130).

- Inneneindruck der Praxis

Der Inneneindruck wird durch Design und Einrichtung bestimmt. Optimal ist es, wenn das Praxisdesign mit dem sogenannten Corporate Design einhergeht, d.h. „die Kombination aus Einrichtung, Boden- und Wandgestaltung in Farbe und Form einen einheitlichen, den Charakter der Praxis prägenden Eindruck schafft“ (Thill 2013, 135).

5.6.7 Prozesspolitik (Processes)

Die Qualität der Dienstleistungen hängt stark vom reibungslosen Ablauf bei der Bereitstellung der Dienstleistung ab (vgl. Dombrowski o.J.).

Die Dauer des Arzt-Patienten-Kontaktes in der Praxis zur Leistungserbringung ist von hoher Bedeutung. Lange Wartezeit stört den reibungslosen Ablauf, beeinflusst die Gesamtkosten und hat einen negativen Einfluss auf die Patientenzufriedenheit. Die Dienstleistung muss für Patienten schnell verfügbar, kostengünstig und doch qualitativ hochwertig sein. Ärzte können durch besseres Prozess- und Zeitmanagement dieses Problem reduzieren (vgl. Strauss/Schütz/Riedel 2009, 55).

5.7 Marketing-Kontrolle

Marketing-Kontrolle bildet einen wichtigen Schritt ein einem Marketing-Konzept. Denn hier findet die Kontrolle statt, ob man das festgesetzte Ziel mit den vorgegebenen Maßnahmen erreicht hat.

Mithilfe der folgenden Tabelle kann man die Zielmessung von aufgeführten Ziele durchführen.

Zielbereich	Zielformulierung	Zielmessung
Behandlungsfallzahlen	Erreichen bestimmter Behandlungsfallzahlen zu einem bestimmten Zeitpunkt	Anzahl Behandlungsfälle
Privatpatienten + IGeL-Zahler	Erreichen einer möglichst hohen Privatpatientenanzahl, sowie IGeL-Zahler zu einem bestimmten Zeitpunkt	Anzahl Privatpatienten und IGeL-Zahler
Image	Erreichen eines bestimmten Praxisimages zu einem bestimmten Zeitpunkt	Befragung zum Image
Patientenzufriedenheit	Erreichen einer möglichst hohen Patientenzufriedenheit zu einem bestimmten Zeitpunkt	Patientenbefragung

Tabelle 4: Beispiele für Marketing-Ziele der Arztpraxis (Frodl 2016, 79)

Es sollte auch nicht unerwähnt bleiben, dass Marketing-Controlling ein kontinuierlicher Prozess ist. Wenn das Marketing-Konzept für ein Jahr geplant ist, dann sollte man schon frühzeitig mit dem Controlling anfangen, indem man stets den Zwischenstand überprüft (vgl. Köhler/Gründer 2016, 17 f.).

6 Überprüfung eines Marketing-Konzeptes einer ausgewählten Praxis

Im Folgenden wird das Marketing-Konzept einer gynäkologischen Gemeinschaftspraxis – Gemeinschaftspraxis in Wiesbaden. Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe –

bestehend aus vier Fachärzte, überprüft. Die gynäkologische Gemeinschaftspraxis hat zwei Standorte im Zentrum von Wiesbaden – Praxis in der Wilhelmstraße und Praxis im Medicum. In diesem Kapitel wird ausführlich auf die Praxis in der Wilhelmstraße eingegangen.

Die gynäkologische Gemeinschaftspraxis betreibt Praxismarketing, jedoch nur intuitiv, da sie kein schriftlich festgelegtes Marketing-Konzept besitzt. Obwohl das Marketing-Konzept nicht schriftlich festgelegt ist, werden die vier Schritte des ganzheitlichen Marketing-Konzepts zum Teil eingehalten.

Im Folgenden wird deutlich, inwiefern die Schritte des ganzheitlichen Marketing-Konzeptes durchgeführt werden.

Analyse

Externe Analyse

Marktanalyse

Die primäre Marktforschung wird aufgrund des hohen Aufwands nicht durchgeführt. Die Praxis betreibt jedoch eine sekundäre Marktforschung, um ausführliche Informationen über den Gesundheitsmarkt zu gewinnen. Diese wird jedoch punktuell durchgeführt.

Konkurrenzanalyse

Auf die Konkurrenzanalyse wird ganz verzichtet, obwohl es für Praxisinhaber wichtig zu wissen wäre, wo Konkurrenz durch andere Praxen bereits besteht und zukünftig zu erwarten ist. Auch das Benchmarking findet nicht statt.

Analyse der Patientenbedürfnisstruktur

Ein weiterer Mangel liegt vor, da die Praxis keine Patientenbefragung durchführt. Dies wäre eine wichtige Voraussetzung, um die Bedürfnisse der Patienten in den Mittelpunkt zu stellen.

Interne Analyse

Positiv zu vermerken ist, dass die Praxis eine interne Analyse durchführt. Einmal im Monat findet eine Teambesprechung, bestehend aus vier Ärzten, sechs Arzthelferinnen und einer Hebamme, statt. Für die Praxis ist es sehr vorteilhaft, dass auch die Mitarbeiter bei der Analyse implementiert werden, da sie verschiedene Sichtweisen haben und dadurch neue Blickwinkel eröffnen. In der Teambesprechung werden die Stärken und Schwächen der Praxis analysiert, um daraus ihre Chancen und Risiken abzuleiten. In diesem Zusammenhang ist es wichtig zu erwähnen, dass die Praxis nach ISO 9001 zertifiziert ist. Das bedeutet, dass die Praxis sich den Anforderungen an ein Qualitäts-

Management-System gestellt hat. Die Zertifizierung nach ISO 9001 ist eine wichtige Grundlage für den kontinuierlichen Verbesserungsprozess des unternehmensinternen Qualitätsmanagementsystems.

Strategie

In der gynäkologischen Praxis wird die Diversifikationsstrategie umgesetzt, wobei das Behandlungsangebot stets erweitert wird, um neue Patientenzielgruppe zu gewinnen.

Zielgruppe

Die Praxis richtet sich an Frauen, einschließlich junge Erwachsene, schwangere Frauen, Mütter und ältere Frauen bis zur Menopause und darüber hinaus. Außerdem setzt die Praxis auch auf die Privat- und Selbstzahler-Patienten.

Marketing-Ziele

Das Marketing-Ziel der Praxis ist, die Patientenzahl zu steigern.

Strategische Praxispositionierung – Corporate Identity

Das Unternehmensleitbild „Wir nehmen uns Zeit für Sie und legen Wert auf eine ganz persönliche Behandlung“ verdeutlicht den Sinn und Zweck der Praxis und gibt somit eine Orientierung für das tägliche Handeln vor. Die Mitarbeiter bekommen durch das Unternehmensleitbild eine Vorstellung, warum und wie sie ihre Aufgabe machen sollen. Das Unternehmensleitbild, das aus Corporate Identity hergeleitet wurde, beeinflusst alle Bereiche – Verhalten, Kommunikation und Auftritt – der Praxis.

Verhalten: Die Praxis betreibt erfolgreich internes Corporate Behavior, da sie eine positive Arbeitsatmosphäre schafft, die zu einer besseren Leistung der Mitarbeiter führt. Vorgesetzten haben eine Vorbildfunktion. Außerdem werden Kritikgespräche mit Mitarbeitern konstruktiv geführt. Die Mitarbeiter sind an der Zielbestimmung der Praxis beteiligt und werden durch Fortbildungen gefördert. Durch die erhöhte Motivation der Mitarbeiter wird auch das externe Corporate Behavior positiv beeinflusst, da zufriedene Mitarbeiter zu zufriedenen Patienten führen.

Kommunikation: Das einheitliche Erscheinungsbild der Praxis wird sowohl intern als auch extern mit einer einheitlichen Botschaft vermittelt.

Auftritt: Durch das Corporate Design hat die Praxis einen einheitlichen Auftritt in der Öffentlichkeit erreicht und sichergestellt.

6.1 Taktik

6.1.1 Preispolitik

Die Praxis nimmt nicht nur bei den Privatpatienten, sondern auch bei gesetzlich versicherten Patienten in gewissem Maße Einfluss auf die Preisgestaltung. Sie bietet Selbstzahler-Leistungen an, wie Wechseljahressprechstunde und Osteoporose-Diagnostik, Geburtsvorbereitende Akupunktur, Risikoschwangerschaftsbetreuung und 4D-Ultraschall.

6.1.2 Produktpolitik

In der Praxis wird das gesamte Spektrum der Geburtshilfe und Frauenheilkunde aller Altersstufen im ambulanten Bereich angeboten. Sie erhalten Medizin auf höchstem Niveau und nach aktuellstem Stand der Forschung. Darüber hinaus werden auch Spezialbereiche, wie zum Beispiel die spezielle Geburtshilfe und die vorgeburtliche Diagnostik, die operativen Gynäkologie einschließlich die Anwendung minimal-invasiver Operationsmethoden („Schlüsselloch-Chirurgie“) sowie der gynäkologischen Onkologie mit medikamentöser Tumorthherapie angeboten.

Außerdem setzt die Praxis auch auf Prävention, da sie gezielte Früherkennungsuntersuchungen auf Brustkrebs, Gebärmutterhalskrebs und Brustkrebs anbietet.

Des Weiteren bietet die Praxis auch die Möglichkeit, die Geburt im St. Josefs-Hospital in Wiesbaden zu betreuen und ambulante und stationäre Operationen selbst durchzuführen.

6.1.3 Distributionspolitik

Die Praxis ist in zwei Standorten im Zentrum von Wiesbaden vertreten. Allerdings ist zu bemängeln, dass die Praxis in der Wilhelmstraße keinen eigenen Parkplatz anbietet. Ein weiterer Mangel in der Distributionspolitik liegt vor, da die Praxis keinen Hausbesuch anbietet, obwohl auch ältere Frauen zu der Zielgruppe gehören, die auf Hausbesuche angewiesen sein könnten.

6.1.4 Kommunikationspolitik

Unpersönliche Instrumente

Die Praxis bietet eine Praxis-Website im Internet. Diese ist sehr professionell gestaltet

und gut strukturiert. Des Weiteren ist sie sehr informativ und ist für die Patienten sehr überschaubar. Die Homepage der Praxis läuft über eine Webdesign Firma. Außerdem ist die Praxis auch auf Facebook präsent. Die Praxis ist jedoch nicht auf Twitter präsent.

Darüber hinaus ist die Praxis eine der wenigen Praxen, die Öffentlichkeitsarbeit betreibt, da sie in der ZDF-Mediathek einen Beitrag über Diabetes in der Schwangerschaft mit Informationen und Erfahrungen platziert haben.

Außerdem bietet die Praxis viele Flyer mit ausführlichen und patientenverständlichen Informationen zu den medizinischen Leistungen an. Auch Visitenkarten, die professionell erstellt wurden, werden angeboten.

Persönliche Instrumente

Positiv zu vermerken ist, dass die Praxis mehrmals im Jahr Aufklärung für Schulklassen – in der Regel achte und neunte Klasse – durchführt. Vor einer Gruppe, bestehend aus 20 Mädchen wird ein Vortrag gehalten, um die Mädchen über Verhütung, Krebsfrüherkennung etc. aufzuklären. Dabei wird auch die eigene Praxis vorgestellt. Dies ist ein ausgezeichnetes Marketing-Instrument für die Gewinnung neuer Patienten.

6.1.5 Personalpolitik

Die Praxis setzt hierbei auf Weiterbildung der Mitarbeiter, um die Leistungsfähigkeit, -bereitschaft und -möglichkeit zu steigern. Jede Mitarbeiterin muss ein bis zweimal im Jahr externe Fortbildungen besuchen. Auch interne Fortbildungen werden angeboten, wie der Erste-Hilfe-Kurs.

6.1.6 Ausstattungspolitik

Außeneindruck

Die Lage der Praxis ist sehr zentral, jedoch bietet die Praxis keinen eigenen Parkplatz. Das Praxisschild ist gut erkennbar, sauber und enthält aktuelle Angaben. Der Praxiszugang ist auch behindertengerecht. Das Treppenhaus der Praxis ist in einem guten Zustand, wobei hingegen die Wände ein wenig abgenutzt sind.

Inneneindruck

Die Praxis ist von innen so eingerichtet, dass das Praxisdesign mit dem Corporate Design einhergeht. D.h. die Kombination aus Einrichtung, Boden- und Wandgestaltung schafft einen einheitlichen Eindruck.

6.1.7 Prozesspolitik

Hier ist zu erwähnen, dass der Arzt-Patienten-Kontakt reibungslos funktioniert, da hier keine lange Wartezeit besteht. Außerdem haben Patienten auch die Möglichkeit, Termine online zu buchen.

6.2 Marketing-Kontrolle

Die Praxis betreibt keine erfolgreiche Marketing-Kontrolle, da sie nicht überprüft, ob die Marketing-Ziele mit den eingesetzten Werbeinstrumenten erreicht wurden. Es werden lediglich veraltete Flyer auf Korrektheit überprüft.

6.3 Fazit

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die gynäkologische Gemeinschaftspraxis kein ganzheitliches Praxismarketing betreibt, da die vier Schritte nur zum Teil durchgeführt werden und zumal das Marketing-Konzept nicht schriftlich festgelegt ist. Die Praxis betreibt Marketing ausschließlich intuitiv und verfügt daher keine Kenntnisse über die Wirkung eingesetzter Marketingmaßnahmen. Positiv ist hier zu vermerken, dass die Praxis im Vergleich zu anderen Praxen mehr Öffentlichkeitsarbeit betreibt, jedoch auch nur punktuell. Insofern verfügt die Praxis über kein gelungenes Marketing-Konzept. Ein gelungenes Marketing-Konzept muss schriftlich festgelegt werden und erfordert einen wiederkehrenden Prozess, wobei die vier Schritte mehrmals durchgeführt werden müssen, damit das Konzept an aktuellen Ereignissen angepasst wird.

7 Erfolgsfaktoren und Handlungsempfehlungen

Im Rahmen dieser Bachelorarbeit wurde aufgezeigt, warum Eigenvermarktung in der Ärzteschaft immer mehr an Bedeutung gewinnt und wie ein ganzheitliches Praxismarketing für niedergelassene Ärzte aussieht. Der Konkurrenzdruck wird sich in den nächsten Jahren immer mehr verschärfen, weshalb Ärzte, zumindest in bestimmten Regionen und Fachrichtungen, um Patienten, bzw. bestimmte Patientengruppen konkurrieren werden. Daher ist es wichtig, dass Ärzte sich auf dem Markt positionieren, indem sie vermehrt auf Marketing setzen. Ärzte gehen jedoch sehr konservativ mit dem Thema Marketing um.

Viele Ärzte wissen nicht, was ihnen in Sachen Werbung erlaubt ist und was nicht. Dabei können Ärzte viel mehr Marketing betreiben, als sie glauben, vorausgesetzt, sie achten auf die rechtlichen Rahmenbedingungen, die im Kapitel vier dargelegt wurden. Ärzte müssen mehr Kenntnisse über Marketing verfügen. Marketing muss als ein kontinuierlicher Prozess verstanden werden, der immer einer genaueren Analyse bedarf. Analyse ist somit ein wichtiger Erfolgsfaktor, da man sich kritisch mit seiner eigenen Organisation auseinandersetzt. Die Strategie stellt einen weiteren Erfolgsfaktor für die Praxis dar, da man mit der Strategie den langfristigen Gesamtplan festlegt.

Aus den Ergebnissen der strategischen Überlegungen entwickelt sich die Corporate Identity, die das äußere Erscheinungsbild der Praxis bestimmt und somit die Praxis einzigartig macht. Die Faktoren der Corporate Identity, wie Corporate Design, Corporate Behaviour und Corporate Communication müssen dabei optimal aufeinander abgestimmt werden, damit ein einheitliches Konzept entsteht (vgl. Breidenich/Rennhak 2015, 79). Dabei müssen sich sowohl Ärzte als auch ihre Mitarbeiter strikt an das Leitbild der Praxis halten.

Im Rahmen des Corporate Designs ist auch auf die Raumgestaltung der Praxis zu achten, denn sie ist eines der wichtigsten Mosaiksteine im Praxismarketing. Dabei muss die Einrichtung von verschiedenen Sinnesorganen positiv wahrgenommen werden. Die Praxisfarben, die Formen und die Materialien spielen ebenso eine große Rolle wie Sauberkeit und Ruhe. Ärzte sollten sich für eine angenehme Praxisfarbe entscheiden. Hilfreich ist dabei die Kombination von Komplementärfarben, die das Gefühl der Lebendigkeit vermitteln. Auch der Beleuchtung der Praxis sollten Ärzte mehr Beachtung schenken, da sie unmittelbar das Empfinden beeinflusst. Der Eingang und das Praxisschild sollten ebenfalls beleuchtet und gut erkennbar sein. Dabei ist auch zu beachten, dass man eine einheitliche Schriftart für alle Praxisinformationen und Praxisformulare auswählt (vgl. Frank 2010, 14).

Außerdem reicht es nicht aus, punktuelle Werbemaßnahmen einzusetzen, da diese in der Regel keinen Erfolg bringen. Ärzte müssen die sieben Marketing-Instrumente gemeinsam und bewusst einsetzen. Auch Patientenvorträge, die wenig Beachtung in der Ärzteschaft finden, lassen sich optimal in den Marketing-Mix integrieren. Wichtig dabei ist, die Kunden über verschiedene Marketing-Kanäle anzusprechen, die aufeinander abgestimmt sind. Man nennt dies auch Cross-Media.

Des Weiteren sollte der Arzt mit einer gezielten Marketing-Strategie die Privat- und Selbstzahler-Patienten ansprechen, da diese auch finanzkräftige und zahlungsfähige Patienten sind. Dies ist ein wichtiger Punkt, da die Ärzte finanziell immer mehr von Krankenkassen beschränkt werden, aufgrund der weniger werdenden Beitragszahler

und des immer größer werdenden Anteils chronischer Patienten. Für den Arzt ist es von Vorteil, wenn er diverse Präventionskurse in seiner Praxis anbietet.

Die Erfolgsfaktoren im Arzt-Patienten-Gespräch sollten auch nicht unerwähnt bleiben, da diese einen unmittelbaren Einfluss auf die Patientenzufriedenheit haben. Ärzte müssen sich Zeit für die Patienten nehmen und einen hohen Wert auf eine persönliche Behandlung legen. Weiterhin spielt auch das professionelle und seriöse Auftreten der Ärzte, sowie ihre soziale Kompetenz eine entscheidende Rolle.

Außerdem ist es von hoher Bedeutung, dass Ärzte eine gute Arbeitsatmosphäre in ihrer Praxis schaffen. Dies ist eine wichtige Voraussetzung für die erhöhte Motivation der Mitarbeiter. Mitarbeiter sind entscheidender Erfolgsfaktor für Ärzte, da sie den ersten Kontakt zum Patienten herstellen. Damit die Mitarbeiter die Patienten kompetent und individuell beraten können, müssen für sie Fortbildungen angeboten werden.

Literaturverzeichnis

Abels, Benjamin (o.J.): Niederlassung <http://flexikon.doccheck.com/de/Niederlassung> (14.04.17).

Aerztezeitung (2009): MVZ.

http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gp_specials/abc_gesundheitswesen/article/564717/mvz.html (23.04.17).

Amelung, Volker E./Sydow, Jörg (2009): Institutioneller und informationstechnologischer Rahmen. In: Windeler, Arnold (Hrsg.): Vernetzung im Gesundheitswesen. Wettbewerb und Kooperation. Stuttgart, 76-149.

Anaesthesie (o.J.): Vor- und Nachteile verschiedener Praxisformen. <http://anaesthesieniederlassung.de/wie-lasse-ich-mich-nieder/formen-der-niederlassungen/> (20.04.17).

Antwerpes, Frank (o.J. a): Einzelpraxis. <http://flexikon.doccheck.com/de/Einzelpraxis> (18.04.17).

Antwerpes, Frank (o.J. b): Gemeinschaftspraxis.

<http://flexikon.doccheck.com/de/Gemeinschaftspraxis> (20.04.17).

Bartscher, Thomas (o.J.): Personalpolitik.

<http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/personalpolitik.html> (30.04.17).

Beerheide, Rebecca (2015): Allgemeinmedizin ist die Nummer eins.

http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/ausbildung/article/879675/medizinstudenten-allgemeinmedizin-nummer-eins.html (09.05.17).

Beutelmann, Josef et al. (2010): Wettbewerb in der ambulanten Versorgung. In:

Oberender, Peter (Hrsg.): Wettbewerb im Gesundheitswesen. Berlin, 71-90.

BMVZ (o.J.): Medizinisches Versorgungszentren (MVZ).

<http://www.bmvz.de/wissenswertes/mvz-information/medizinische-versorgungszentren/> (21.04.17).

Breidenich, Heike/Rennhak, Carsten (2015): Effizientes Marketing für Ärzte. Best Practice und Erfolgsfaktoren für Arztpraxen, Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen. Stuttgart.

Bundesaerztekammer (o.J.): Berufsordnung.

<http://www.bundesaerztekammer.de/recht/berufsrecht/muster-berufsordnung-aerzte/> (06.05.17).

Das Wirtschaftslexikon (o.J.): Marketing.

<http://www.daswirtschaftslexikon.com/d/marketing/marketing.htm> (26.04.17).

Destatis (o.J.): Immer mehr ältere Ärzte.

https://www.destatis.de/Europa/DE/Thema/BevoelkerungSoziales/Gesundheit/Alter_Aerzte.html (12.04.17).

Dietrich, Barbara (o.J.): Chancen und Risiken eines MVZ.

http://www.ktq.de/fileadmin/media/Forum/8.Forum/WS17_Chancen_und_Risiken_eine_s_MVZ1.pdf (23.04.17).

Dombrowski, Tobias (o.J.): Marketing: Prozesspolitik. <http://www.grow-business.de/marketingberatung/prozesspolitik> (30.04.17).

Experto (2009): Was ein medizinisches Versorgungszentrum kann – und was nicht.

<https://www.experto.de/gesundheits/was-ein-medizinisches-versorgungszentrum-kann.html> (23.04.17).

Frank, Matthias (2010): Meine Arztpraxis – erfolgreich im neuen Gesundheitsmarkt. Die besten Strategien, Ideen und Konzepte. Berlin. Heidelberg.

Frodl, Andreas (2011): Marketing im Gesundheitswesen. Betriebswirtschaft für das Gesundheitswesen. Wiesbaden.

Frodl, Andreas (2016): Praxisführung für Ärzte. Kosten senken, Effizienz steigern. 2. Aufl. Wiesbaden.

Glazinski, Bernd (2009): Marketing in der Arztpraxis. In: Riedel, Rolf-Rainer et al. (Hrsg.): Wirtschaftlich erfolgreich in der Arztpraxis. Das Einmaleins der Betriebswirtschaft für Ärzte. 2. Aufl. Köln, 109-148.

Göbl, Martin (2003): Die Beurteilung von Dienstleistungen. Grundlage für ein erfolgreiches Marketing am Beispiel Freier Berufe. Wiesbaden.

Halbe, Bernd (2017): Ärztliches Werberecht: Was Ärzte wissen sollten.

<https://www.aerzteblatt.de/archiv/186596/Aerztliches-Werberecht-Was-Aerzte-wissen-sollten> (12.05.17).

Herrmann, Joachim/Fritz, Holger (2016): Qualitätsmanagement. Lehrbuch für Studium und Praxis. 2. Aufl. München.

Hibbeler, Birgit (2013): Ökonomisierung der Medizin: Die Grenzen des Marktes. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/140832/Oekonomisierung-der-Medizin-Die-Grenzen-des-Marktes> (28.04.17).

Hoerburger, Anita (2012): Mundpropaganda im Internet. <http://speedy-space.com/mundpropaganda-im-internet/> (09.05.17).

Homburg, Christian/Stock-Homburg, Ruth (2008): Kundenzufriedenheit als Managementherausforderung. In: Homburg, Christian (Hrsg.): Kundenzufriedenheit. Konzepte – Methoden – Erfahrungen. 7. Aufl. Wiesbaden, 53-90.

KBV a (2015): Medizinische Versorgungszentren aktuell zum Stichtag 31.12.2015, 4. http://www.kbv.de/media/sp/mvz_aktuell.pdf (19.04.17).

KBV b (o.J): Gesundheitsdaten. Immer weniger Einzelpraxen. <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17020.php> (19.04.17).

Kern, Peter (2013): Ärzte als Dienstleister. <https://akademieintegra.wordpress.com/2013/10/14/arzte-als-dienstleister/> (28.04.17).

Köhler, Alexandra/Gründer, Mirko (2016): Online-Marketing für die erfolgreiche Arztpraxis. Website, SEO, Social Media, Werberecht. 2. Aufl. Heidelberg.

Kreyher, Volker J. (2001): Marketing: Strategie, Trends und Chancen. In: Kreyher, Volker J. (Hrsg.): Handbuch. Gesundheits- und Medizinmarketing. Chancen, Strategien und Erfolgsfaktoren. Heidelberg, 1-52.

Kreyher, Volker J. (2014): Kommunikationspolitik/Cross Media. Skriptum EC Europa Campu Mannheim.

Leading-Medicine-Guide a (o.J.): Das Werberecht für Ärzte und Kliniken. <http://www.leading-medicine-guide.de/Arzt-Klinik-Werberecht> (04.05.17).

Leading-Medicine-Guide b (o.J.): Das Ärztliche Standesrecht / Musterberufsordnung der Deutschen Ärzte (MBO). <http://www.leading-medicine-guide.de/Arzt-Klinik-Werberecht> (06.05.17).

Lieb, Klaus/Lieb, Annette (2015): Das medizinische Versorgungszentrum (MVZ). Entwicklungen, Vertragsgestaltung, steuerrechtliche Aspekte. Nürnberg, 1.

Lorson, Peter/Lorson, Tania/Meier-Heinrich, Anne/Pfirmann, Armin (2016): Effizientes Praxismanagement. Betriebswirtschaftliches Denken ist wichtig.

<https://www.aerzteblatt.de/pdf/113/9/pr24.pdf> (28.04.17).

Meine Praxis (o.J.): Vorteile einer Gemeinschaftspraxis.

<https://www.meinepraxis.de/flycms/Vorteile+Gemeinschaftspraxis/bfkl.html> (23.04.17).

Merk, Wolfgang (1999): Wettbewerbsorientiertes Management von Arztpraxen. Wiesbaden.

Nüllen, Helmut/Noppeney, Thomas (2007): Lehrbuch Qualitätsmanagement in der Arztpraxis. Entwicklung und Einführung eines QMS. 3. Auflage Köln.

Oberboreck, Werner L. (1994): Handbuch Arztpraxis. Niederlassung – Finanzierung – Absicherung. Wiesbaden.

Obermann, Konrad/Müller, Peter/Woerns, Stefanie (2015): Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit 2015: Die eHealth-Studie. Die Digitalisierung der ambulanten Medizin. https://www.stiftung-gesundheit.de/pdf/studien/Aerzte_im_Zukunftsmarkt_Gesundheit-2015_eHealth-Studie.pdf (30.04.17).

Olfert, Klaus (2011): Lexikon Personalwirtschaft. 3. Auflage. Herne.

Pramstaller, Peter P. (2016): Rettet die Medizin. Wie Ärzte das Ruder wieder selbst in die Hand nehmen können. Berlin.

Rechnungswesen a (o.J.): Dienstleistungsmarketing. <http://www.rechnungswesen-verstehen.de/lexikon/dienstleistungsmarketing.php> (28.04.17).

Rechnungswesen b (o.J.): Ansoff-Matrix. <http://www.rechnungswesen-verstehen.de/bwl-vwl/marketing/ansoff-matrix.php> (02.05.17).

Riedel, Rolf-Rainer et al. (2009): Wirtschaftliche Praxisführung: Grundlagen und gesundheitspolitische Rahmenbedingungen. In: Riedel, Rolf-Rainer et al. (Hrsg.): Wirtschaftlich erfolgreich in der Arztpraxis. Das Einmaleins der Betriebswirtschaft für Ärzte. 2. Aufl. Köln, 1-24.

Rieser, Sabine (2014): Medizinische Versorgungszentren: Chancen für ländliche Regionen. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/160517/Medizinische-Versorgungszentren-Chancen-fuer-laendliche-Regionen> (10.05.17).

Römer, Gunnar (o.J.): Patientenschulung.

<http://flexikon.doccheck.com/de/Patientenschulung> (23.04.17).

Schäfer, Robert/Schäfer-Gölz/Reiner (2009): Die Praxisgemeinschaft: Chancen und Nebenwirkungen. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/66717/Die-Praxisgemeinschaft-Risiken-und-Nebenwirkungen> (11.05.17).

Schmitz, Udo/Riedel, Rolf-Rainer (2009): Marketing in der Arztpraxis. In: Riedel, Rolf-Rainer et al. (Hrsg.): Wirtschaftlich erfolgreich in der Arztpraxis. Das Einmaleins der Betriebswirtschaft für Ärzte. 2. Aufl. Köln, 109-148.

Schüller, Anne M./Dumont, Monika (2005): Die erfolgreiche Arztpraxis. Patientenorientierung, Mitarbeiterführung, Marketing. 2. Aufl. Berlin, Heidelberg.

Schulenburg, Dirk (2008): Ärztliches Werberecht im Wandel. <https://www.aekno.de/downloads/archiv/2008.10.020.pdf> (14.04.17).

Schwenk, Jochen/Wolter, Manuel (2011): Marketing für niedergelassene Ärzte: Patienten identifizieren, gewinnen und binden. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/109448/Marketing-fuer-niedergelassene-Aerzte-Patienten-identifizieren-gewinnen-und-binden> (30.04.17).

Simon, Michael (2010): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 3. Auflage Bern.

Strauss, Georg/Schütz, Rainer/Riedel, Rolf-Rainer (2009): Patientenbehandlung in der zukunftsorientierten Praxis. In: Riedel, Rolf-Rainer et al. (Hrsg.): Wirtschaftlich erfolgreich in der Arztpraxis. Das Einmaleins der Betriebswirtschaft für Ärzte. 2. Aufl. Köln, 51-68.

Teialehrbuch (o.J.): Der Begriff des Marketing. <https://www.teialehrbuch.de/Kostenlose-Kurse/Marketing/15126-Der-Begriff-des-Marketing.html> (26.04.17).

Thill, Klaus-Dieter (2013): Marketing in der Arztpraxis. Analyse, Strategie, Instrumente. 2. Aufl. Bremen.

Walsh, Gianfranco/Deseniss, Alexander/Kilian, Thomas (2009): Marketing. Eine Einführung auf der Grundlage von Case Studies. Berlin, Heidelberg.

Wasner, Anouschka (2017): Twitter und Co. sind in den Arztpraxen noch nicht üblich – aber ein Trend. <https://www.medical-tribune.de/praxis-und-wirtschaft/praxismanagement/artikel/twitter-und-co-sind-in-den-arztpraxen-noch-nicht-ueblich-aber-ein-trend/> (23.05.17).

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe. Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Ort, Datum

Vorname Nachname