

1 Gute Qualität – eine Begriffsbestimmung

Christine Kuch und Julia Bellabarba

1.1 Beispiele guter Qualität

Wer sich mit Qualitätsmanagement beschäftigen möchte (oder muss), sollte zunächst klären, worum es geht. Was bedeutet das, was „gemanagt“ werden soll? Was bedeutet „gute Qualität“? Auf diese Frage hin gaben niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten unter anderem die nachstehenden Antworten (Kuch 2007).

- „Gute Qualität, das ist, wenn es meinen Patienten nach der Behandlung besser geht. Oder zumindest danach nicht noch schlechter geht.“
- „Ehrlich gesagt bedeutet gute Qualität auch, dass ich fit bin, mich nicht immer bis spät in der Praxis mit irgendwelchem Kram beschäftigen muss, sondern auch Zeit mit meiner Familie habe oder einfach mal für mich.“
- „Wenn’s unter den Mitarbeiterinnen gut läuft, das ist auch gute Qualität.“
- „Wenn wir dabei nicht auch unser Auskommen haben, unsere Mitarbeiterinnen bezahlen können und finanziell gesichert sind, kann das auch keine gute Qualität sein.“
- „Gute Qualität – auch mal Zeit haben, bei einem Hausbesuch mit einer alten alleinstehenden Dame einen kurzen Plausch zu halten. Die blühen richtig auf.“
- „Das kann schon stimmen, dass wir zu viele „Zweitbilder“ machen. Aber tatsächlich kann man bei vielem, was wir in die Hände bekommen, nichts deutlich erkennen.“
- „Gute Qualität erkenne ich daran, dass meine Klienten mich weiterempfehlen. Oder natürlich auch daran, dass schon in der Therapie erkennbar ist, dass die Klienten ihren Zielen näher kommen.“

Die Zitate zeigen, dass die Definition dessen, was unter dem Begriff „Qualität“ zu verstehen ist, schon allein bei einer Gruppe niedergelassener Ärzte und Psychotherapeuten unterschiedlich ausfällt. Nimmt man nun noch Definitionen von Patienten und Angehörigen, von Kassenvertretern und anderen hinzu, entsteht ein immer komplexeres Bild:

- „Also wissen Sie, an mir wurde irgendwie „herumgedoktert“, sage ich mal. Der eine Arzt hat das gemacht, der andere das und jeder hat so getan, als wäre das das einzig Mögliche. Meine Ärztin jetzt, die hat als Erste mal richtig nachgefragt, was denn bisher gemacht wurde. Die hat sich wirklich dafür interessiert. Und mir viel erklärt. Das finde ich gut.“
- „Meinem Mann ging es immer schlechter. Ich habe das einfach nicht mehr gepackt. Ich wünsche allen, die in so einer Situation sind auch, dass sie wie ich jemanden vom ambulanten Hospizdienst treffen. Das hat uns sehr geholfen.“
- „Natürlich müssen alle Praxen sicherstellen, dass die erforderlichen Sicherheits- und Hygienemaßnahmen eingehalten werden. Alles andere ist nicht nur schlechte Qualität, es ist fahrlässig.“
- „Gute Qualität in der Gesundheitsversorgung bedeutet, dass Frauen und Männer, Arme und Reiche, Bürger mit und ohne Migrationshintergrund die gleichen Chancen auf eine hochwertige Behandlung haben. Das ist heute leider nicht der Fall. Daher kann ich die Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland auch nicht so positiv bewerten wie andere es tun.“
- „Ein Arzt, der vor allem deswegen, weil er ein neues Gerät eingekauft hat, mehr Sonographien durchführt, handelt nicht im Sinne einer guten Medizin.“
- „Die medizinische Versorgung in Deutschland erhält im internationalen Vergleich gute Noten und ist damit besser als ihr Ruf!“
- „Letztlich kommt es immer darauf an zu überlegen, wo der Nutzen für den Patienten ist. Darauf kommt es an.“

Diese Komplexität verdeutlicht, dass es sich beim Qualitätsbegriff im Gesundheitswesen weder um eine eindimensionale, noch um eine a priori bestehende Größe handelt. Vielmehr muss das, was unter Qualität verstanden wird, normativ bestimmt werden. Sonst kann auch Qualitätsmanagement kaum Nutzen bringen. Denn solange inhaltlich nicht klar ist, was genau in welche Richtung hin verbessert werden soll, kann auch eine Methode, und sei sie noch so effektiv und effizient, diese Lücke nicht füllen.

Aufgabe 1 für anwendungsfreudige Leser

Bitte beantworten Sie selbst die Frage: „Was bedeutet „gute Qualität“ in meiner Praxis?“ „Was in unserem Verbund?“ Sprechen Sie mit Ihren Kolleginnen, mit Ihren Mitarbeitern darüber. Was denken sie dazu?

1.2 Wer bestimmt, was gut ist?

Wer aber entscheidet, was gute Qualität konkret ist? Wer bewertet die Güte erreichter Qualität? Auch auf diese Frage gibt es keine einfache Antwort, da hieran nicht eine Person oder eine Gruppe beteiligt ist. Weder der Praxisinhaber, noch die Geschäftsführerin, noch eine andere Person kann dies allein festlegen.

Der Grad erreichter Qualität wird normativ anhand der Erfüllung von Kriterien unterschiedlicher Anspruchsgruppen bewertet.

Anspruchsgruppen sind diejenigen, die Ansprüche an eine Praxis stellen. Oder umgekehrt, Interessensgruppen und Kunden, die eine Praxis versorgen und bedienen. Einer Reihe von Ärzten und Psychotherapeuten ist der Begriff „Kunde“ für Patienten suspekt, da sie den Patienten als in seiner Autonomie eingeschränkt erleben. In der Tat gibt es einige Aspekte in der medizinischen oder psychotherapeutischen Behandlung, die sich von einer „normalen“ Kundenbeziehung im Dienstleistungsprozess unterscheiden. Beispielsweise werden die Leistungen im gesetzlichen Krankenversicherungsbereich nicht direkt von dem „Kunden“ Patient beglichen, der so weniger Einblick erhält und damit weniger autonom agieren kann.

Grundsätzlich allerdings sind Gesundheitsleistungen Dienstleistungen. In diesem Sinne versteht man unter externen Kunden all jene Leistungsbezieher bzw. Nachfrager, die von der Gesundheitsorganisation Leistungen empfangen bzw. eigenständiges Interesse an deren Leistungen haben. Abbildung 1 zeigt nicht alle, aber zumindest die wichtigsten Anspruchsgruppen, die konkrete, wenn auch teilweise widersprüchliche Anforderungen an die Qualität einer ärztlichen oder psychotherapeutischen Praxis stellen. Darüber hinaus zeigt Abbildung 1 auch die sog. „internen Kunden“. Der Begriff des internen Kunden umfasst alle Mitarbeiter einer Gesundheitsorganisation, die am Zustand-

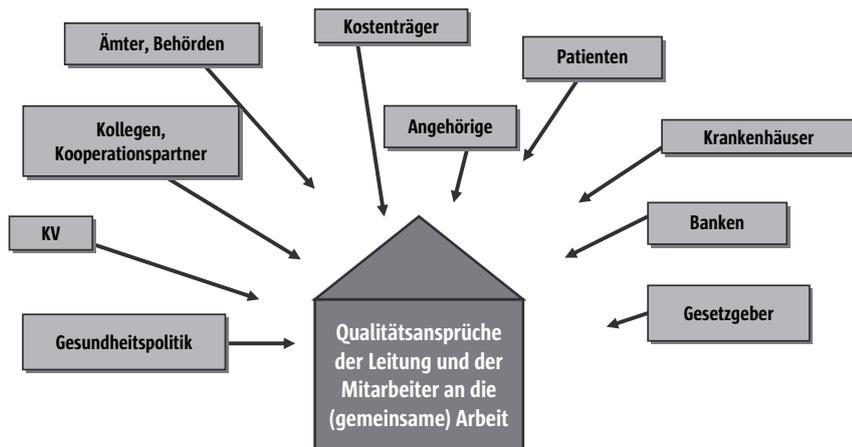


Abb. 1 Anspruchsgruppen

dekommen der Leistungsqualität beteiligt sind: Auch innerhalb der Organisation wird in einem Ablauf derjenige Mitarbeiter, der von einem anderen Mitarbeiter irgendwelche Leistungen (Informationen, Zuarbeit, ...) erhält als interner Kunde (des internen Leistungserbringers) bezeichnet.

Der nächste konkrete Schritt zur Definition des Qualitätsverständnisses in der eigenen Einrichtung besteht in der Befragung der relevanten Anspruchsgruppen zu Anforderungen, Erwartungen, Bedürfnissen und Wünschen. Die einfache und sehr praxisnahe Methode der Fokusgruppeninterviews, die dazu genutzt werden kann, ist in Kapitel IV.1 zur Qualitätsplanung beschrieben.

Bei Betrachtung der Abbildung 1 wird zudem deutlich, dass diese Anspruchsgruppen unterschiedliche, teilweise im Konflikt stehende Anforderungen und Erwartungen an die zu erbringende Qualität einer Praxis stellen. Aufgrund dieser Konflikte muss in der Praxis aktiv die Entscheidung getroffen werden, *welche* Anspruchsgruppen *wann und wie* wichtig sind.

Welchen Erwartungen werden in welchem Fall Vorrang gegeben?

- den Erwartungen des Patienten, des Mitarbeiters, der Kasse?
- den eigenen Erwartungen?
- ...?

Ziel ist, möglichst viele Anforderungen unterschiedlicher Gruppen (auch die eigenen!) zu erfüllen. Die Leitfrage hierbei lautet, welche möglichen Teilaspekte einer Erwartung erfüllt werden können. Es wird dabei stets Anforderungen geben, die aus den unterschiedlichsten (medizinischen, finanziellen, ethischen und anderen) Gründen nicht erfüllt werden. Dabei sollte jedoch aus Sicht des Qualitätsmanagements beachtet werden, dass es letztendlich die externen Kunden und allen voran die Patienten sind, die die Leistungen der Einrichtung bewerten.

Nach dem (branchenunabhängigen) GAP-Modell von Zeithaml, Parasuraman und Berry (1992) beurteilen Kunden die Dienstleistungsqualität einer Organisation durch folgende zehn Dimensionen.

1. materielles Umfeld
2. Vertrauenswürdigkeit
3. Zuverlässigkeit
4. Sicherheit
5. Entgegenkommen
6. Erreichbarkeit
7. Kompetenz
8. Kommunikation
9. Zuvorkommenheit
10. Kundenverständnis

Für die Zufriedenheit ausschlaggebend sind dabei die auf Erfahrungen in der Vergangenheit beruhenden Erwartungen des Kunden (Grönroos 1990). Dies gilt auch für die Patientenzufriedenheit: Empfehlungen anderer Patienten, zurückliegende Erfahrung mit Ärzten und die Kommunikation der Praxis be-

stimmen die Erwartungshaltung der Patienten maßgeblich. Die Zufriedenheit, die subjektive Qualitätswahrnehmung, entsteht, wenn die Bilanz aus Erwartung des Patienten und Erfahrung in der Praxis positiv ausfällt. Das bedeutet auch, dass eine unrealistisch hohe Erwartungshaltung, selbst bei einer qualitativ hohen medizinischen Behandlung zur Unzufriedenheit des Patienten führen muss. Insofern sollte die Erwartungshaltung des individuellen Patienten immer mit berücksichtigt und mit ihm diskutiert werden. Patienten sind meist gut in der Lage, die eigenen Erwartungen an eine Behandlung nach einem Gespräch zu adjustieren.

Auch die *vermeintliche* Patientenerwartung, d. h. das was der Arzt glaubt, dass der Patient erwartet, spielt in diesem Zusammenhang eine Rolle. Beispielsweise gaben Hausärzte in einer Studie an, überflüssige Verschreibungen und Überweisungen vorgenommen zu haben, weil sie glaubten, ihre Patienten legten Wert darauf – die Patienten hegten die ihnen unterstellten Erwartungen jedoch nicht (Little 2004).

„To limit unnecessary resource use and iatrogenesis, when management decisions are not thought to be medically needed, doctors need to directly ask patients about their expectations“ (Little 2004).

Auch hier ist es also im Sinne einer höheren Qualität sinnvoll, die Patienten direkt nach ihren Erwartungen zu befragen (und nicht davon auszugehen, man wisse aufgrund seiner Erfahrung mit vielen Patienten schon, was der individuelle Patient erwartet).

Darüber hinaus spielt die „Ausstattung“ des Patienten, sein körperlicher und psychosozialer Zustand und seine Ressourcen eine große Rolle. Der Patient ist in dem Zusammenspiel Patient-Therapeut nie nur Empfänger der ärztlichen/psychotherapeutischen Dienstleistung, sondern immer auch Ko-Produzent.

Praxisbeispiel: Die medizinische Leistung als Produkt von Arzt und Patient

Wie komplex die Qualitätsdefinition in der Patientenversorgung ist, illustriert das folgende Fallbeispiel aus der Klinik. Auf der Station für Palliativmedizin einer Universitätsklinik wird eine junge Frau betreut. Aufgrund von Hirnmetastasen ist ihre linke Körperhälfte wenige Wochen vor ihrem Tod plötzlich gelähmt. Zunächst bewerten die behandelnden Ärzte die neue Symptomatik als „medizinisch ... relativ irrelevant“. Die Patientin ist jedoch wegen der Lähmung sehr deprimiert und weigert sich, ihren Mann und ihre kleinen Kinder zu sehen. Die Ärzte beschließen nun, eine Gamma-Knife Bestrahlung der Hirnmetastase durchzuführen, eine kostspielige Intervention, die im finalen Stadium einer Krebserkrankung üblicherweise nicht durchgeführt wird. Nachdem die Patientin die Kontrolle über ihre linke Körperhälfte wieder zurückgewonnen hat, erlebt sie die letzten zwei Wochen ihres Lebens mit ihrer Familie harmonisch. Der behandelnde Arzt: *„Es ging mir nicht darum, ihre Lebenszeit zu verlängern, sondern um Symptomlinderung, darum, dass sie ihre linke Hand wieder*

bewegen kann, weil das für sie offenkundig so wichtig war. Wir haben Hightech-Medizin eingesetzt, letztlich um ihr seelisch zu helfen ... Man könnte jetzt sagen: Großartig, du hast viel Geld für die Bestrahlung verpulvert, damit diese Frau zwei Wochen keine Depressionen hat. Aber die Wirkung dieser Bestrahlung hält nicht zwei Wochen an, sondern etwa 80 Jahre. Das ist die Lebenserwartung der beiden Kinder. Wie sie den Tod ihrer Mutter erlebt haben, dass sie ihn erlebt haben und sich von ihr verabschieden konnten, wird ihr gesamtes Leben beeinflussen.“

(Laudenbach 2008, S. 106)

Dieses Beispiel veranschaulicht darüber hinaus einen zentralen Satz, der die Bemühungen um Qualität im Gesundheitswesen kennzeichnen sollte:

„... Ergebnisse bleiben im Großen und Ganzen die ultimative Beurteilungsebene für die Wirksamkeit und Qualität der medizinischen Versorgung ...“ (Donabedian 1966).

1.3 Gute Qualität definieren

Eine Definition guter Qualität mutet möglicherweise wie unnötiges theoretisches Gerede an, ist aber von zentraler Bedeutung für die strategische Ausrichtung der Praxis. Eine strategische Ausrichtung, die „Der Patient steht bei uns im Mittelpunkt“ als Worthülse gebraucht, wird künftig kaum den maximalen Nutzen für die Praxis erzielen können. Die Medizin, Diagnostik und Behandlung des Patienten oder Klienten stehen als der zentrale wertschöpfende Kernprozess im Mittelpunkt – wer sein Tun in einer Praxis sinnentleert auf anderes (vermeintlich Wichtiges) ausrichtet, wird weniger erreichen. Und das nicht nur im Sinne des Erfolges für Patienten, sondern auch im Sinne der Ergebnisse für Praxisinhaber und ihre Mitarbeiter.

Aufgabe 2 für anwendungsfreudige Leser

Klären Sie bitte für sich bzw. mit Ihren Kollegen die Frage, welche Gruppen wann und wie wichtig sind? Wessen Erwartungen werden bei welcher Entscheidung stärker berücksichtigt? Wem in welchem Fall Vorrang gegeben?

Eine tragfähige Definition „guter Qualität“ entsteht aus der Diskussion und Gewichtung der von unterschiedlichen Anspruchsgruppen gestellten Anforderungen zwischen allen Beteiligten in Praxis, Zentrum oder Netzwerk. In dem gleichen Ausmaß, in dem sich die Ansprüche unterschiedlicher Gruppen ändern, muss dabei auch die Qualitätsdefinition reflektiert und gegebenenfalls überarbeitet werden. So betont auch die „Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte“ FMH in ihrer Beschreibung der Qualität der ärztlichen Leistungserbringung, dass

„Qualität als eine dynamische, veränderbare Größe Teil eines lernenden Systems und somit der kontinuierlichen Verbesserung unterworfen ist, sowie als Koproduktion mit den Anspruchsgruppen ausgehandelt und umgesetzt werden muss“ (Peltenburg et al. 2005).

Das nachstehende Praxisbeispiel verdeutlicht das Vorgehen bei einer solchen Qualitätsdefinition in einer Praxis:

Praxisbeispiel: interne und externe Anspruchsgruppen

Eine fachärztliche Praxis mit einem zehnköpfigen Team beschloss, als Auftaktveranstaltung für eine systematische QM-Einführung, folgende Fragen zu bearbeiten:

- Wer sind unsere Kunden? (intern/extern)
- Wer hat welche Erwartungen an uns?

Als interne Kunden wurden alle Mitarbeiterinnen und die Leitung der Praxis definiert, da jeder im Team für die Kollegen und Vorgesetzten Leistungen erbringt und Gegenleistungen erwartet. Ganz pragmatisch: Das Sekretariat kann nicht planungssicher handeln, wenn der Arzt Terminzeiten überzieht. Die Ärztin ist darauf angewiesen, dass die Patientenakten vollständig sind und dass Befunde rechtzeitig angefordert werden. Auf einer großen Matrix wurde mittels Kartenabfrage eine Darstellung der Bedürfnisse der einzelnen internen Kunden erstellt. Dabei war die Frage an jede einzelne Mitarbeiterin und an die Praxisleitung: Wer hat welche Erwartungen an Sie? Durch diese genaue Analyse erfährt das gesamte Team ganz konkret sowohl die Interdependenzen im Team als auch die Eigenverantwortung jedes Einzelnen: Jeder Mitarbeiter steht in seinem Aufgabengebiet für Qualität. Es gibt niemanden, der nicht mit Qualität zu tun hat.

Im zweiten Schritt wurden die externen Kunden der Praxis benannt (die Reihenfolge beinhaltet keine Priorität der Wertigkeit): Krankenkassen, KV, Patienten und deren Angehörige, Krankenhäuser, niedergelassene Kollegen anderer Fachrichtungen, Physiotherapeuten

Das Team reflektierte miteinander, welche Qualitätsanforderungen verschiedene Interessensgruppen an die Arbeit der Praxis stellen. Aus der Diskussion über interne und externe Anspruchsgruppen ergab sich eine differenzierte Analyse der potenziellen und reellen „Leistungsempfänger“, deren Wünsche und Bedürfnisse jede Mitarbeiterin bei ihrer Arbeit kennen sollte (auch wenn nicht immer alle Erwartungen berücksichtigt werden können). Es wurde allen deutlich, dass die tägliche Arbeit vielmehr beinhaltet als die medizinische Versorgung der Patienten, und dass die originären Wertschöpfungsprozesse der Praxis durch komplexe Unterstützungs- und Managementprozesse ergänzt werden müssen. Abschließend wurde im Team eine Diskussion über die Bedeutung dieser Erwartungen geführt und es wurde überlegt, mit welcher Wertigkeit diese Ansprüche für die einzelnen Mitarbeiterinnen und die Praxisleitung behaftet sind. Dabei musste das Team klären: Welche Erwartungen müs-

sen mit oberster Priorität bedacht werden? Danach wurde ganz konkret geplant: Welche Bereiche in der internen und externen Kooperation wollen wir verbessern? Was soll wer bis wann machen?

Hilfreich bei der Beschreibung der Praxisqualität ist es auch, eine Differenzierung auf verschiedenen Qualitätsebenen vorzunehmen, die der amerikanische Arzt Avedis Donabedian schon 1966 definierte. Jede Organisation kann dementsprechend auf drei unterschiedlichen Qualitätsebenen im Hinblick auf die Erfüllung des Sollzustands bewertet (und verbessert) werden:

- Auf der strukturellen Ebene: Stimmt die Ausstattung (mit Menschen und Maschinen)?
- Auf der Prozessebene: Stimmt die Verhältnismäßigkeit im Einsatz der Ressourcen, mit denen ein Ziel erreicht wird?
- Auf der Ergebnisebene: Wie bewerten wir oder andere das Ergebnis? Wie hoch ist die Zufriedenheit der Leistungsempfänger? Wie gut sind die Behandlungsergebnisse? Wie sehen die finanziellen Ergebnisse aus?

Tabelle 1 enthält beispielhaft Merkmale für die drei Qualitätsebenen. Diese Übersicht ist weder vollständig noch präskriptiv (natürlich kann eine Praxis auch ohne Patientenparkplätze sehr hochwertige Leistungen erbringen!) und kann selbstverständlich um eine Vielzahl praxispezifischer Merkmale ergänzt werden.

Ein weithin bestehendes *Missverständnis* geht dahin, dass Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen einheitlich festlegen will, was gute Qualität bedeutet. Diese Definition ist und bleibt jedoch immer auch Aufgabe der einzelnen Einrichtung oder des Verbundes. Nur das wird umgesetzt werden, was der Überzeugung der Beteiligten entspricht (oder ihr zumindest nicht widerspricht). Dabei gibt es natürlich einige Überschneidungen zwischen den unterschiedlichen Praxen, alle werden z. B. bestmögliche Ergebnisse für die Behandlung ihrer Patientinnen anstreben. Aber ob dieses Qualitätsverständnis einer Praxis beinhaltet, dass der Patient bei den seine Behandlung betreffenden Entscheidungen aktiv einbezogen wurde oder ob dies im Qualitätsverständnis eine eher untergeordnete Rolle spielt, ist (und bleibt) Sache der Praxis. Gerade die Vielfalt der Angebote ermöglicht erst eine auf das Individuum abgestimmte Behandlungsstrategie, die umso notwendiger wird, je komplexer die Erkrankungen werden.

Literatur

- Bellabarba J: Magnet Hospitals: Krankenhäuser mit Magnetwirkung. Krankenhaus Umschau 1993; 11: 986–990
- Donebedian A: Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund Quartely 1966; 44: 166–203
- Grönroos C: Service Management and Marketing: Managing the Moment of Truth in Service Competition (Issues in Organization & Management). Pearson Education Ltd. 1990
- Kuch C: Definitionen guter Qualität. Eine Sammlung von Angaben von Teilnehmerinnen und Teilnehmern in Qualitätsmanagement-Seminaren. Unveröffentlichtes Manuskript 2007
- Laudenbach P: Zeit zu leben, Zeit zu sterben. brandeins 2008; 08: 106

Tab. 1 Qualitätsmerkmale auf den Ebenen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

| Qualitätsmerkmale einer ärztlich-somatischen Praxis | Qualitätsmerkmale einer psychotherapeutischen Praxis |
|--|---|
| Strukturqualität | |
| Praxisstandort, räumliche Größe, behindertengerechter Zugang | Praxisstandort, räumliche Größe, behindertengerechter Zugang, Erreichbarkeit |
| Einrichtung | Einrichtung |
| Patientenparkplätze | Patientenparkplätze |
| finanzielle Ressourcen | finanzielle Ressourcen |
| medizinisch-technische Ausstattung | technisch-materielle Ausstattung (Biofeedback, Testothek, Kinderspielzimmer) |
| personelle Ausstattung (Anzahl und Qualifikation der Mitarbeiter, Fort- und Weiterbildung) | personelle Ressourcen (z. B. Sekretariat, Schreibdienst) |
| Qualifikation der Praxisleitung | Fort- und Weiterbildungsstand des Praxisinhabers |
| Werte, Konzepte der Praxisleitung | Werte, Konzepte des Praxisinhabers |
| Mitarbeiterfluktuation | |
| Prozessqualität | |
| Praxisorganisation | Qualitätsmerkmale sämtlicher Phasen des psychotherapeutischen Prozesses: siehe Anhang 2 |
| Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft des Personals | |
| Gesprächsführung durch den Arzt | |
| Beziehungsqualität Arzt/Patient | |
| Stimmung im Team | |
| Effizienz in der Durchführung von Diagnostik und Therapie | |
| Annehmlichkeiten im Service | |
| Ergebnisqualität | |
| Fehlerrate | Ergebnisqualität (objektiv/subjektiv) bezogen auf den individuellen Fall |
| Heilungsraten | |
| Patienten-Compliance | Zufriedenheit des Patienten |
| Patientenzufriedenheit/Lebensqualität | psychische, physische und soziale Gesundheit |
| Anzahl Beschwerden | Verringerung von Risikoverhalten |
| Zahl der Behandlungsfälle im Quartal | Zufriedenheit des Therapeuten |
| Mitarbeiterzufriedenheit | Anzahl wiederholter Zuweisungen |
| Zufriedenheit der Praxisleitung | Anteil bewilligter Gutachten |
| finanzielle Ergebnisse | |

Little P: Importance of patient pressure and perceived pressure and perceived medical need for investigations, referral, and prescribing in primary care: nested observational study. *BMJ* 2004; February 21; 328(7437): 444

Peltenburg M, Kernen H, Schneider P, von Below GC, Waldis G et al.: Qualität – ein Zusammenspiel aller Kräfte im ärztlichen Umfeld. *Schweiz. Ärztezeitung* 2005; 86 (18): 1055–8

Zeithaml VA, Parasuraman A, Berry LL: *Qualitätsservice – Was Ihre Kunden erwarten – Was Sie leisten müssen.* Frankfurt/M.: Campus Verlag 1991

Links

www.kbv.de/themen/aquik.html