

**Ökonomische Aspekte der Hausarztpraxis –
Praxismarketing und Qualitätsmanagement
in der hausärztlichen Versorgung**

Von der Medizinischen Fakultät
der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen
zur Erlangung des akademischen Grades
eines Doktors der Medizin
genehmigte Dissertation

vorgelegt von
Christoph Mitschke
aus
Aachen

Berichter: Frau Professorin
Dr. med. Nicole Kuth

Herr Universitätsprofessor
Dr. med. Axel Heidenreich

Tag der mündlichen Prüfung: 14. Dezember 2009

Diese Dissertation ist auf den Internetseiten der Hochschulbibliothek online verfügbar

Inhaltsverzeichnis

1 EINLEITUNG	1
1.1 Historische Entwicklung der Arztrolle in der Gesellschaft	1
1.2 Die Arztpraxis heute	2
1.2.1 Finanzierung und Personalverteilung im deutschen Gesundheitssystem	2
1.2.1.1 Struktur der Ärzteschaft	2
1.2.1.2 Finanzielle Ressourcenverteilung im deutschen Gesundheitswesen	3
1.3 Praxismarketing	5
1.3.1 Produktpolitik	6
1.3.2 Preispolitik	6
1.3.3 Distributionspolitik	7
1.3.4 Kommunikationspolitik	7
1.4 Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)	8
1.4.1 Begriffsdefinition und Ursprung	9
1.4.2 Rechtliche Grundlagen der Individuellen Gesundheitsleistungen	9
1.4.3 Abschätzung des Marktvolumens	10
1.5 Qualitätsmanagement (QM)	10
1.5.1 Von dem Begriff Qualität zum Qualitätsmanagement	10
1.5.2 Rahmenbedingungen und gesetzliche Einführung des QM im deutschen Gesundheitssystem	12
1.5.3 Gesetze und QM-Modelle	14
1.5.3.1 DIN EN ISO 9000-9004	16
1.5.3.2 European Foundation for Quality Management (EFQM)	17
1.5.3.3 Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ)	17
2 STUDIENPLANUNG UND DURCHFÜHRUNG	19
2.1 Methode	19
2.1.1 Fragebogen	19
2.1.1.1 Fragebogenteil „Angaben zur Person bzw. Praxis“	19
2.1.1.2 Fragebogenteil „Ihre Meinung zum Thema“	20
2.1.2 Auswertung	21
2.2 Stichprobenauswahl	21

3 ZIELSETZUNG	22
4. AUSWERTUNG	23
4.1 Stichprobenstruktur	23
4.1.1 Rücklaufquote	23
4.1.2 Alters- und Geschlechtsverteilung	23
4.1.3 Facharztrichtung	24
4.1.4 Dauer der Niederlassung	25
4.1.5 Praxisform	26
4.2 Qualitätsmanagement und Marketing in der Arztpraxis	28
4.2.1 Ärztliche Zusatzqualifikationen	28
4.2.2 Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)	30
4.2.3 EDV-System	33
4.2.4 Recall-System	35
4.2.5 Praxishomepage	37
4.2.6 Nutzung des Internets zur Patientenbetreuung	40
4.2.7 Patientenbefragungen	43
4.2.8 Patientenschulungen	45
4.2.9 Teambesprechungen	47
4.2.10 Zertifizierung im Bereich Qualitätsmanagement	48
4.2.11 „Werbung“ als Marketinginstrument	51
4.3 Meinungen zum Thema Praxisorganisation und Marketing	54
4.3.1 Optimierung der Wartezeiten in Arztpraxen	54
4.3.2 Patientenzufriedenheit durch mehr Zeit je behandeltem Patienten	56
4.3.3 Praxismarketing	59
4.3.4 Erwerb neuer Zusatzqualifikationen	61
4.3.5 Einführung bzw. Erweiterung des IGeL-Angebotes	63
4.3.6 EDV-System	65
4.3.7 Einrichtung einer Praxishomepage	68
4.3.8 Einführung von Patientenbefragungen	70
4.4 Meinungen zum Thema Qualitätsmanagement	73
4.4.1 Einfluss auf die medizinische Qualität und Praxisorganisation	73
4.4.2 Allgemeine Meinungen zum Thema QM und Gesundheitspolitik	76
4.4.3 Auswirkungen auf die Patientenzufriedenheit und finanzielle Lage	82

4.5 Induktive Statistik	87
4.5.1 Geschlechtsspezifische Antwortenverteilung	87
4.5.2 Antwortenverteilung zwischen den Facharztgruppen	87
4.5.3 Antwortdifferenzen innerhalb der Praxisformen der Ärzte	87
4.5.4 Antwortenverteilung nach dem Alter	87
5 DISKUSSION	89
5.1 Stichprobenzusammensetzung	89
5.2 Qualitätsmanagement	89
5.2.1 Stand der Umsetzung	89
5.2.2 Meinungen	91
5.2.3 Auswirkungen des Qualitätsmanagements auf die medizinische Qualität	93
5.3 Praxismarketing	95
5.3.1 Produktpolitik	95
5.3.2 Preispolitik	96
5.3.3 Distributionspolitik	98
5.3.4 Kommunikationspolitik	100
6 ZUSAMMENFASSUNG	103
7 LITERATURVERZEICHNIS	105
8 ANHANG	115
8.1 Fragebogen	115
8.2 Abkürzungsverzeichnis	120
8.3 Danksagung	121
8.4 Erklärung zur Datenaufbewahrung	122
8.5 Lebenslauf	123

1 Einleitung

Das Gesundheitswesen zeigt eine zunehmende Marktorientierung. Hiervon sind die Leistungserbringer ebenso betroffen wie die Leistungsträger. Der Grund hierfür findet sich in gesundheitspolitischen und ökonomischen Entwicklungen, die bis heute andauern (vgl. Güntert 1999, S. 105-120; Hopp 2000). Im ambulanten Bereich wirkt sich die Entwicklung sowohl auf die Organisation von Praxis- und Behandlungsabläufen als auch auf das Arzt-Patienten-Verhältnis aus. Dabei wird dem Patienten hinsichtlich seiner Therapie mehr Entscheidungsfreiheit eingeräumt, und das Bild des Patienten als „Kunde“ im Gesundheitssystem findet Einzug.

Mit eben diesem Wandel beschäftigt sich die vorliegende Studie. Dazu wurden 170 Hausärzte¹ der Stadt Aachen einer schriftlichen Befragung unterzogen. Die Themen der Befragung waren einerseits, in wie fern Marketingstrategien in den Arztpraxen zum Einsatz kommen, andererseits, welche Meinungen die Hausärzte zum Thema Marketing vertreten. Darüber hinaus war die gesetzliche Einführung des Qualitätsmanagements in der ambulanten Medizin Gegenstand der Befragung. Diesbezüglich wurden die Hausärzte der Stadt Aachen gefragt, in wie weit sie die hierdurch gestellten Vorgaben umgesetzt haben, und welche Bedeutung sie dem Qualitätsmanagement in ihrem persönlichen Arbeitsalltag zumessen.

1.1 Historische Entwicklung der Arztrolle in der Gesellschaft

Das heutige Arzt-Patienten-Verhältnis ist das Resultat einer seit der Antike andauernden Entwicklung. So beschrieb bereits Hippokrates vor über 2000 Jahren sein Verständnis hierfür, indem er, in dem nach ihm benannten Eid, forderte: „In alle Häuser, die ich betrete, werde ich eintreten zum Nutzen der Kranken, frei von jedem absichtlichen Unrecht ... [und] ... sonstigem verderblichen Tun ...“ (Kollesch & Nickel 1994, S. 53-55).

Damit schuf er eine Vertrauensbasis zwischen dem Patienten und seinem Arzt. Verstärkt wird dieses durch die weiteren Forderungen des Eides zur Schweigepflicht, welche der Arzt dem Patienten gegenüber hat, und der Aufforderung, dass ärztliche Kollegen sich in der Öffentlichkeit nicht kritisieren (vgl. Unschuld 2005, S. 34-35).

Dabei ist jedoch anzumerken, dass medizinische Dienstleistungen primär denjenigen Bevölkerungsschichten zugänglich waren, die über entsprechende finanzielle Mittel verfügten.

¹ Im Sinne der vereinfachten Darstellung wird im Folgenden nur die männliche Form verwendet.

Dies änderte sich in Europa mit der Entwicklung des Public-Health-Gedankens im 18. Jahrhundert. In jener Zeit erkannten Ökonomen die Bedeutung der Gesundheit und Gesundheitsprävention für Wirtschaft und Militär. Entsprechend wurde die medizinische Versorgung von den gehobenen Bevölkerungsschichten auf die gesamte Bevölkerung ausgedehnt (vgl. Unschuld 2005, S. 35). Dies zeigte sich in Deutschland z. B. an der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes 1883 und des Unfallversicherungsgesetzes 1884 (vgl. Großkettler 2001, S. 13-16).

1.2 Die Arztpraxis heute

Das heutige Gesundheitssystem und dessen Auswirkungen auf Arztpraxen unterliegen wiederum einem tief greifenden Wandel, der mehrere Ursachen hat. Einerseits ist er damit zu begründen, dass der medizinisch-technische Fortschritt im vergangenen Jahrhundert große Teile der Medizin in Bezug auf Diagnostik, Therapie und entstehende Kosten veränderte. Andererseits stellt der demographische Wandel eine Herausforderung für die sozialen Sicherungssysteme dar (vgl. Hsiao 1995, S. 15-30; Marmor & Okama 1998, S. 327-350). Hinzu kommen die Verlangsamung des wirtschaftlichen Wachstums und der seit 1990 zunehmende globale Wettbewerb, der die Steigerung von Gesundheitsausgaben limitierte (vgl. Wend 2006, S. 594). Somit ergeben sich ökonomische Folgen, denen sich der Praxisinhaber in Form von unternehmerischen Denken und Qualitätsmanagement stellen muss.

1.2.1 Finanzierung und Personalverteilung im deutschen Gesundheitssystem

Im Folgenden werden die ökonomischen Rahmenbedingungen, unter denen Hausärzte in Deutschland tätig sind, näher betrachtet, indem die finanzielle Ressourcenverteilung im deutschen Gesundheitssystem und die Entwicklung der Arztzahlen dargestellt werden.

1.2.1.1 Struktur der Ärzteschaft

In Deutschland gab es 2006 insgesamt 311.300 berufstätige Ärzte. Von diesen 311.300 Ärzten waren 47,6% (n=148.300) stationär und weitere 8,6% (n=26.800) in Behörden, Körperschaften oder anderen Bereichen tätig. Weitere 43,8% (n=136.200) waren im ambulanten Sektor berufstätig, wovon 87,8% (n=119.600) vertragsärztlich tätig waren, welche sich in etwa zur Hälfte aus Hausärzten (n=59.000) und zur anderen Hälfte aus Fachärzten (n=60.600) zusammensetzten.

Die Entwicklung der Arztzahlen von 1990 bis 2006 zeigt ein stetes Wachstum. Während 1990 237.750 Ärzte in Deutschland berufstätig waren, waren es im Jahr 2006 bereits 311.230. Der Anteil ambulant tätiger Ärzte betrug 1990 92.289 und im Jahr 2006 136.105 Ärzte (vgl. Abb. 1.1). Damit stieg die Zahl der berufstätigen Ärzte in Deutschland in 16 Jahren um 30,9% (n=73.480), während der Anteil der ambulant tätigen Ärzte um 47,5% (n=43.816) stieg (vgl. Bundesärztekammer 2007a, S. 12). Die zunehmende Dichte an Ärzten führt dazu, dass Begriffe wie Patientenbindung und –zufriedenheit zunehmend an Bedeutung gewinnen.

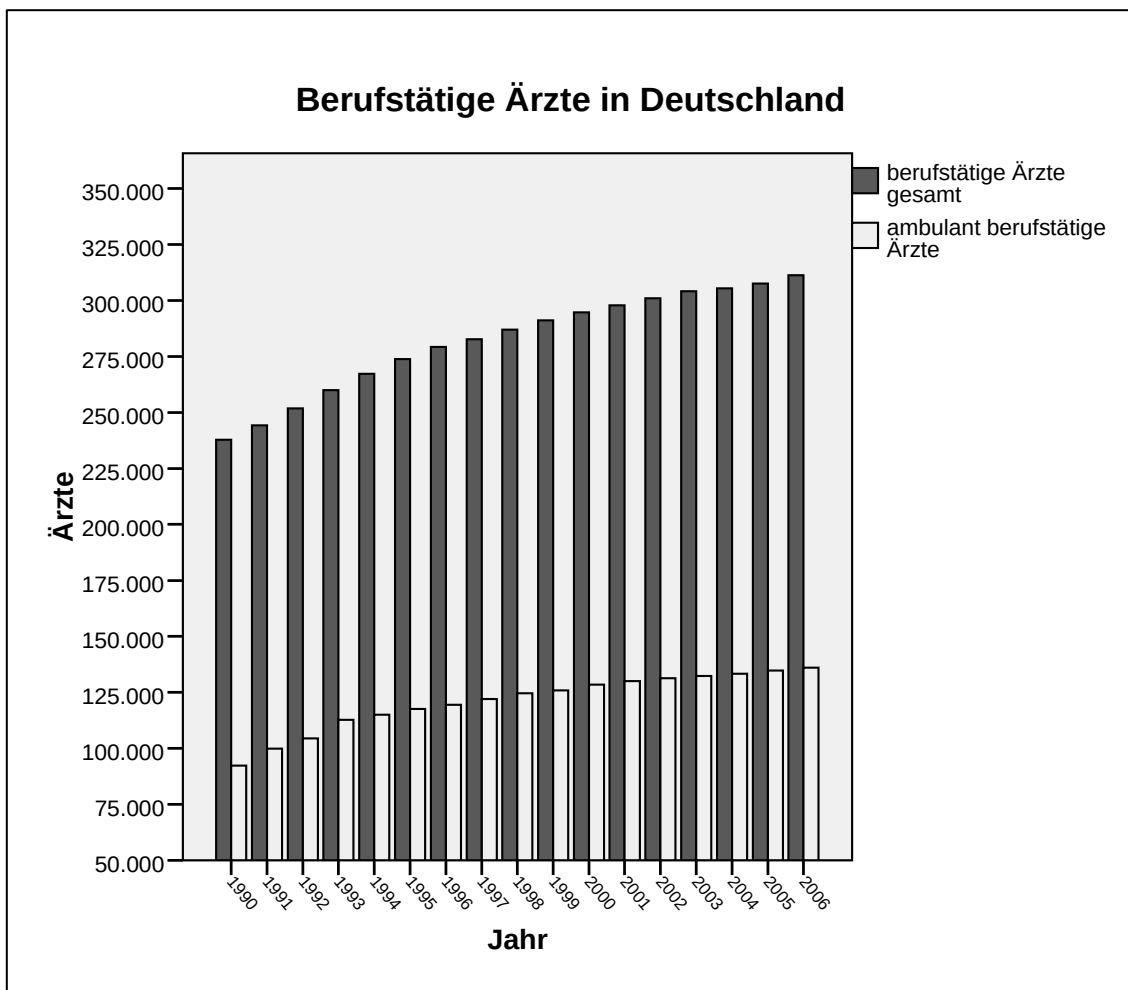


Abb.1.1 Zahl der berufstätigen Ärzte in Deutschland

1.2.1.2 Finanzielle Ressourcenverteilung im deutschen Gesundheitswesen

Im Datenreport 2006 des Bundesamtes für Statistik wurden die Ausgaben für Gesundheit wie folgt definiert:

„Die Ausgaben für Gesundheit fassen die finanziellen Aufwendungen einer Gesellschaft für den Erhalt und die Wiederherstellung der Gesundheit ihrer Mitglieder zusammen.“ (Statistisches Bundesamt 2006, S. 191).

Im Jahr 2005 betrugen die gesamten Ausgaben im Gesundheitswesen 239,4 Mrd. €. Den größten Teil der Ausgaben erbrachten die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) mit 135,9 Mrd. €. Der Anteil der GKV erreichte somit 56,8% des Gesamtbudgets (vgl. Abb. 1.2). Die weiteren Ausgabenträger waren (nach ihrer Größe geordnet) private Haushalte & Organisationen, private Krankenversicherungen, soziale Pflegeversicherungen, die öffentlichen Haushalte, Arbeitgeber, gesetzliche Unfallversicherungen und gesetzliche Rentenversicherungen (vgl. Statistisches Bundesamt 2007a, S. 251).

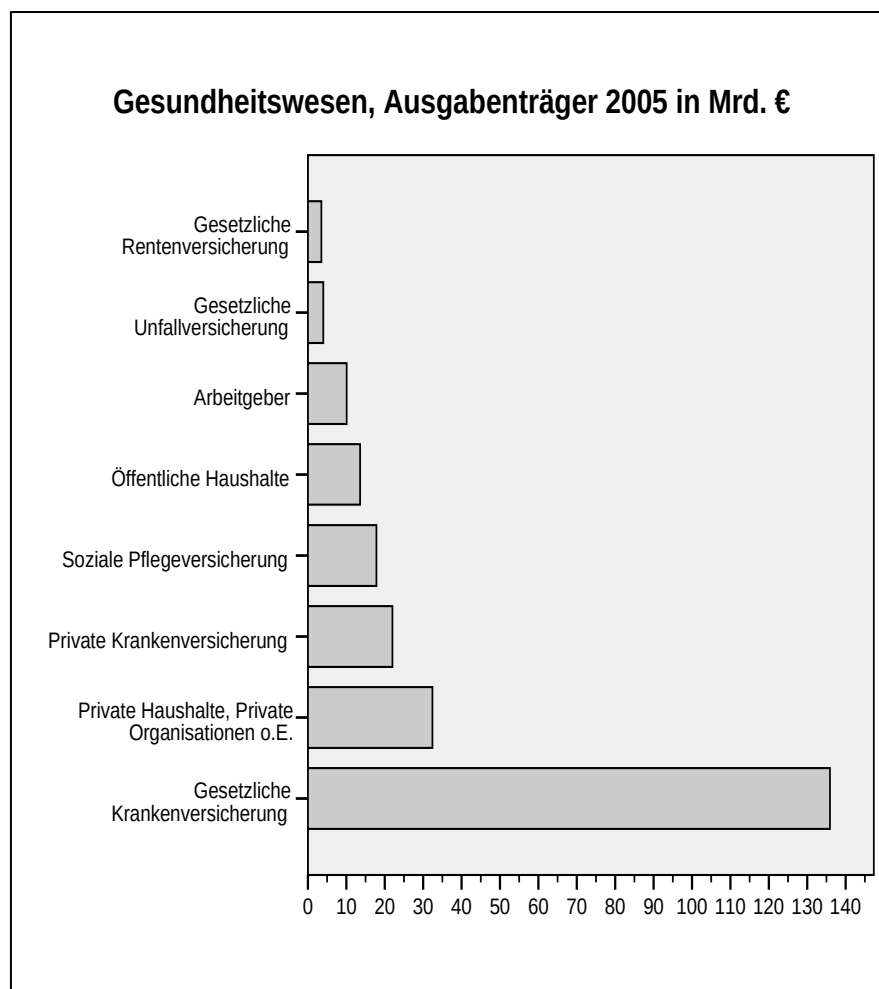


Abb. 1.2 Ausgabenträger im deutschen Gesundheitswesen im Jahr 2005

Gemessen am Bruttoinlandsprodukt betrug der Anteil der Gesundheitsausgaben 2005 10,7%. Dieser Wert ist, verglichen mit den Anteilen seit 1996 (10,4%), relativ konstant (vgl. Statistisches Bundesamt 2007b). Das Gesamtvolumen der Gesundheitsausgaben verteilte sich 2005 zu 36,5% auf stationäre & teilstationäre Einrichtungen (87,4 Mrd. €) und zu 48,3% auf ambulante Einrichtungen (115,5 Mrd. €). Arztpraxen (ausgenommen Zahnarztpraxen) erwirtschafteten dabei mit 35,2 Mrd. € 14,7% der Gesamtbudgets (vgl. Abb. 1.3). Die restlichen 80,3 Mrd. €, die im ambulanten Sektor erwirtschaftet wurden, erbrachten z. B.

Apotheken (34,8 Mrd. €), Zahnarztpraxen (15,2 Mrd. €) und ambulante Pflegeeinrichtungen (7,0 Mrd. €) (vgl. Statistisches Bundesamt 2007a, S. 252).

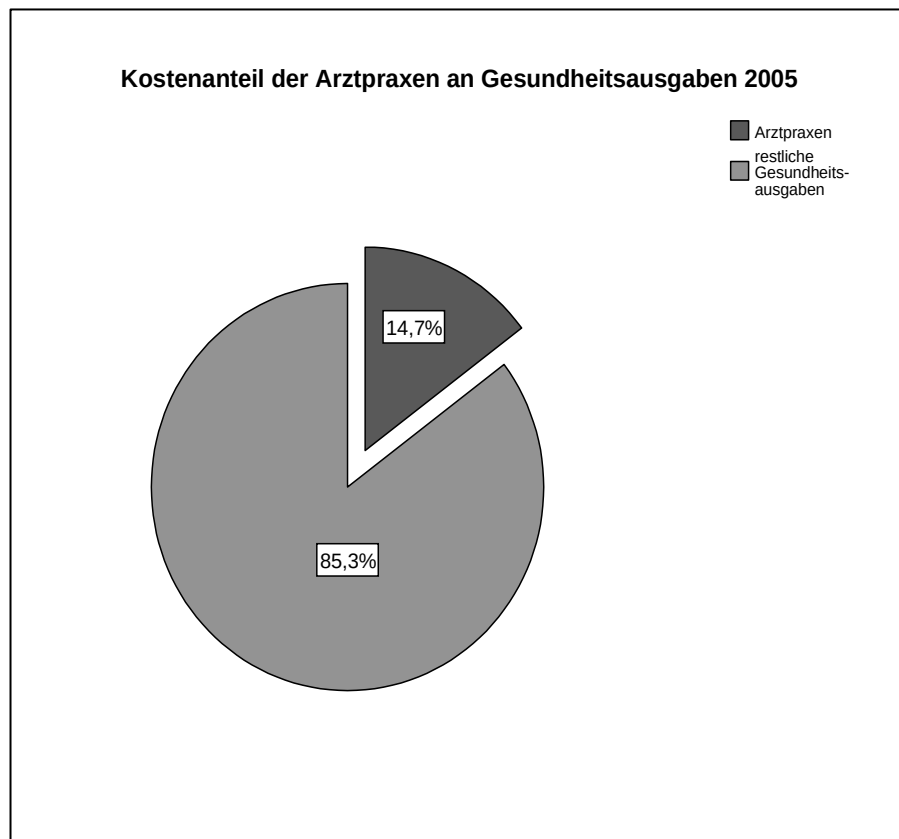


Abb. 1.3 Kostenanteil der Arztpraxen (ohne Zahnarztpraxen) an den Gesundheitsausgaben 2005

1.3 Praxismarketing

Der Begriff „Marketing“ stammt aus dem Englischen und bedeutet wörtlich übersetzt „Vermarktung“. Historisch gesehen hat das Marketing seine Ursprünge in der industriellen Revolution. Zu dieser Zeit ergab sich erstmals im großen Umfang eine Situation, bei der das Angebot die Nachfrage übertraf. Dadurch wurde es auf Seiten der Anbieter notwendig, ein Produkt so dem potenziellen Käufer zu offerieren, dass dieser die Angebote der konkurrierenden Hersteller nicht bevorzugte (vgl. Seubert 2000, S.137).

Der Duden definiert Marketing als „Ausrichtung der Teilbereiche eines Unternehmens auf das absatzpolitische Ziel und auf die Verbesserung der Absatzmöglichkeiten.“ Demnach beschäftigt sich Marketing mit der Überlegung, wie sich ein angebotenes Produkt bzw. eine Dienstleistung auf dem freien Markt bestmöglich absetzen lässt. Dazu wurden im Marketing mehrere Strategien entwickelt, welche sich in Produkt-, Preis-, Distributions- und Kommunikationspolitik einteilen lassen (vgl. Riedel et al. 2005, S. 124-125). Diese werden in den folgenden Kapiteln erläutert.

1.3.1 Produktpolitik

Unter dem Begriff Produktpolitik werden alle Maßnahmen verstanden, die die Gestaltung eines Produktes bzw. einer Dienstleistung betreffen. Das Produkt der Arztpraxis ist dabei die Dienstleistung, die sie erbringt. Um sie bestmöglich dem „Kunden“ zu offerieren, werden messbare Kriterien benötigt. Diese lassen sich aus Sicht des Patienten in harte und weiche Merkmale unterteilen. So erwartet der Patient zum einen die fachliche Kompetenz des Arztes in Bezug auf Diagnostik und Therapie seiner Erkrankung. Sie lässt sich messen, sofern es sich um einen kurativen Prozess handelt, indem das Ergebnis der Behandlung erfasst wird. Schwieriger zu ermitteln sind andererseits weiche und soziale Kriterien, wie die empfundene Arzt-Patienten-Kommunikation oder der Umgang des Praxispersonals mit den Patienten. Um jene weichen Faktoren zu ermitteln, nutzt das Marketing die Möglichkeit der Kundenbefragung. Bezogen auf die Arztpraxis, steht hierfür z. B. die schriftliche Patientenbefragung zur Verfügung (vgl. Riedel et al. 2005, S. 125-126).

1.3.2 Preispolitik

Die Preispolitik beschäftigt sich mit der Preisgestaltung der produzierten Ware bzw. Dienstleistung. Diese ist jedoch für den niedergelassenen Arzt „zumeist von untergeordneter Bedeutung, da er in der Gestaltung seiner Honorare nicht frei ist, sondern bei der Behandlung von privatversicherten Patienten an die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und im Rahmen der Behandlung von gesetzlich versicherten Patienten an den einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) sowie den Honorarverteilungsmaßstab (HVM) und den darin vorgesehenen Tarifen und Vergütungssätzen gebunden ist.“ (Riedel et al. 2005, S. 126). Ein weiterer limitierender Faktor der Preisgestaltung ist die Budgetierung im kassenärztlichen Bereich. Damit erhält die Preispolitik eine untergeordnete Rolle für Marketingstrategien bei Hausarztpraxen. Dennoch gibt es, im begrenzten Maße, die Möglichkeit, über den Preis den Umsatz zu beeinflussen. Hierzu zählen „Individuelle Gesundheitsleistungen“, auf die in Kapitel 1.4 näher eingegangen wird. Eine weitere Möglichkeit der Preisgestaltung bietet die so genannte „Integrierte Versorgung“ nach §§ 140a ff. des Sozialgesetzbuches (SGB) V, bei der Krankenkassen Verträge mit interdisziplinären Vertragspartnern abschließen können. Auch die „Hausarztzentrierte Versorgung“ nach § 73b SGB V, bei der Patienten sich über mindestens ein Jahr an einen Hausarzt binden, bietet Möglichkeiten der Preispolitik. Hierbei schließen Krankenkassen Verträge mit den Leistungserbringern (Hausärzten), deren Finanzierung ausgehandelt wird (vgl. Riedel et al. 2005, S. 126-127).

1.3.3 Distributionspolitik

„Im Rahmen der Distributionspolitik werden Marketingfragen behandelt, die mit der Verteilung des Produktes, also der Art und Weise der Erbringung der Dienstleistung, zusammenhängen.“ (Riedel et al. 2005, S. 128). Auf die Hausarztpraxis übertragen betrifft dies primär die räumliche und zeitliche Erreichbarkeit der Arztpraxis. Damit ist z. B. die Erreichbarkeit der Praxis durch öffentliche Verkehrsmittel oder der Aufzug zur Etage der Praxis gemeint. Hiermit werden entscheidende Infrastrukturen für ältere und wenig mobile Patienten geschaffen. Auch ein fest integrierter Zeitplan für Hausbesuche bietet eine Möglichkeit der besseren Erreichbarkeit des Arztes für diese Patientengruppen. Des Weiteren ist die zeitliche Erreichbarkeit relevant, da über längere Sprechstundenzeiten vor allem Berufstätigen die Möglichkeit gegeben wird, ohne Arbeitszeitverlust einen Arzttermin wahrzunehmen. Hinzu kommen neue Kommunikationsmöglichkeiten, die das Medium Internet betreffen. Denkbar ist hierbei der E-Mail-Kontakt zur Terminvergabe, Rezeptanfrage und ähnliches. Auch die zunehmende Verbreitung von so genannten Recall-Systemen stellt eine neue Möglichkeit der Kommunikation zwischen Arzt und Patienten dar. Dabei werden Patienten automatisch an anstehende Termine, wie z. B. Impfungen oder Nachsorgeuntersuchungen erinnert. Damit wird ersichtlich, dass die Distributionspolitik ein bedeutendes Marketinginstrument darstellt, über das sich einerseits die Patientenbindung und –zufriedenheit steigern lässt und andererseits neue potenzielle Patientengruppen erschlossen werden können.

1.3.4 Kommunikationspolitik

Die Kommunikationspolitik beschäftigt sich mit dem Informieren des potenziellen Kunden über das Produkt oder das Unternehmen. In der freien Wirtschaft wird sie in ausgeprägtem Maße täglich eingesetzt, zum einen in Produktwerbung, die über die Massenmedien (Fernsehwerbung, Radiowerbung, Anzeigen) den Kunden erreichen soll, zum anderen über Unternehmenswerbung. Diese zweite, auch Public Relations genannte Maßnahme, äußert sich in dem Image, mit dem sich ein Unternehmen der Öffentlichkeit präsentiert (Familienfreundlichkeit, Umweltbewusstsein etc.) (vgl. Riedel et al. 2005, S. 128-129). Entsprechend ihrer Bedeutung wird ersichtlich, warum die Begriffe Marketing und Werbung teilweise synonym verwendet werden.

Auf die Hausarztpraxis bezogen, bestehen jedoch sowohl gesetzliche als auch ethische Beschränkungen. So werden bereits in der Präambel der Musterberufsordnung (MBO) drei Hauptanliegen gefordert: Patientenschutz, Reputationserhalt und Wettbewerbsschutz (vgl.

Bundesärztekammer 2007b, S.6). Diese in den Berufsordnungen der Landesärztekammern übernommenen und damit rechtskräftigen Forderungen müssen mit Werbemaßnahmen einzelner Praxen in Einklang gebracht werden. 2002 erhielt § 27 der MBO den Zusatz „Erlaubte Information und berufswidrige Werbung“. Damit wurde das bis dahin bestehende Werbeverbot im medizinischen Sektor gelockert. In § 27 wurde Werbung als erlaubt eingestuft, sofern sie:

- Sachliche, berufsbezogene Informationen,
- nach der Weiterbildungsordnung erworbene Bezeichnungen,
- nach öffentlich-rechtlichen Vorschriften erworbene Qualifikationen,
- Tätigkeitsschwerpunkte sowie
- organisatorische Hinweise umfasst.

Als berufswidrig hingegen ist Werbung eingestuft, die

- anpreisend, irreführend oder vergleichend ist.

(vgl. Bundesärztekammer 2007b, S. 27-28).

Damit wurde niedergelassenen Mediziner*innen erstmals die Möglichkeit gegeben, in Form von Broschüren, Informationsblättern, Informationsfilmen, einer Praxishomepage oder Informationsabenden um Patienten in sachlicher, berufsbezogener Weise zu werben. In wie weit dies von Hausärzten zum jetzigen Zeitpunkt genutzt wird, ist Bestandteil der vorliegenden Arbeit.

1.4 Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)

Individuelle Gesundheitsleistungen sind ein Konzept im deutschen Gesundheitswesen, welches erst vor wenigen Jahren Einzug fand und bis heute umstritten ist. Einerseits als unethische Einnahmequelle kritisiert (vgl. Bartens 2007) andererseits als neue Möglichkeit für eine höhere Patientensouveränität bezeichnet (vgl. Schorre 1998), ist die ökonomische Relevanz für Hausarztpraxen schwer abzuschätzen. In wie weit Individuelle Gesundheitsleistungen in die heutige hausärztliche Praxis bereits Einzug gefunden haben, und welche Meinungen hierzu existieren, soll als Bestandteil der vorliegenden Ärztebefragung aufgezeigt werden.

1.4.1 Begriffsdefinition und Ursprung

Der Begriff „Individuelle Gesundheitsleistung“, kurz IGeL genannt, wurde erstmals 1998 in einem Statement des KBV-Vorsitzenden Dr. Winfried Schorre auf der Pressekonferenz der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) offiziell eingeführt. Individuelle Gesundheitsleistungen wurden hierbei definiert „als ärztliche Leistungen [...], die nach der gesetzlichen Definition des Leistungskataloges nicht zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung gehören.“ (Schorre 1998). Die Notwendigkeit begründete Schorre damit, dass das Solidarsystem an seine Grenzen stoße, wenn es darum gehe, demographische Herausforderungen zu meistern und medizinische Neuerungen an die Patienten weiterzugeben. Des Weiteren wolle die KBV hiermit die Eigenverantwortung des Patienten in Bezug auf individuelle Zusatzwünsche stärken und eine Möglichkeit schaffen, Patienten Leistungen anzubieten, die der Solidargemeinschaft nicht zu übertragen seien. Die Möglichkeit der ärztlichen Honorarsteigerung, so der KBV-Vorsitzende, sei dagegen nicht das primäre Ziel.

Betrachtet man die Einführung der Individuellen Gesundheitsleistungen jedoch aus ökonomischer Sicht, erschließt sich der Arztpraxis als Unternehmen die Möglichkeit, freie Marktwirtschaft im Sinne von Angebot und Nachfrage zu betreiben. So ergab eine Studie der Gesellschaft für Konsumforschung (GfK) und Stiftung Gesundheit aus dem Jahr 2005, bei der niedergelassene Mediziner bundesweit befragt wurden, dass rund drei Viertel der Ärzte Individuelle Gesundheitsleistungen anbieten. 49% gaben weiterhin an, dass sie der Meinung seien, ihre Praxen ohne diese Zusatzleistungen auf Dauer nicht wirtschaftlich betreiben zu können (vgl. GfK / Stiftung Gesundheit 2005, S. 18).

1.4.2 Rechtliche Grundlagen der Individuellen Gesundheitsleistungen

Die rechtliche Grundlage, ob ärztliche Leistungen im Leistungskatalog der GKV verankert sind, oder als private Zusatzleistung zu betrachten sind, ist im Sozialgesetzbuch V (SGB) festgelegt. In § 87 ist geregelt, dass der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM), als Bestandteil des Bundesmantelvertrages, bestimmt, welche ärztlichen Leistungen die GKV finanzieren. Ob eine medizinische Leistung in den Leistungskatalog aufgenommen wird, entscheidet ein paritätisch zusammengesetzter Bewertungsausschuss aus Spitzenverbänden der Krankenkassen und Kassenärztlichen Bundesvereinigung auf Grundlage des § 135 des SGB V. Zum einen gilt es, den medizinischen Nutzen nach aktuellem Kenntnisstand zu berücksichtigen. Zum anderen gilt das so genannte Wirtschaftlichkeitsgebot (vgl. Hess 2005, S. 5-14). Gehört eine angebotene ärztliche Leistung danach nicht in den Leistungskatalog der

GKV, so kann diese als Individuelle Gesundheitsleistung seitens der Ärzte dem Patienten angeboten werden. Die so offerierten Leistungen sind als private Leistungen einzustufen und unterliegen damit der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), welche im Allgemeinen bei privat versicherten Patienten zur Abrechnung verwendet wird.

1.4.3 Abschätzung des Marktvolumens

Um das Marktvolumen mit Individuellen Gesundheitsleistungen abschätzen zu können, führte die Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen und das Wissenschaftliche Institut der AOK eine Umfrage unter 3000 GKV-Versicherten durch. Diese ergab, dass 21,3% der Befragten innerhalb eines Jahres eine private Zusatzleistung in Anspruch nahmen. Darüber hinaus ergab die Studie ein Wachstum des IGeL-Marktes von 44% von 2004 bis 2005. Als durchschnittliche Kosten für eine IGeL-Leistung wurden 83 € ermittelt. Damit ergäbe sich nach eigenen Berechnungen der Studienbetreiber ein jährliches Marktvolumen von 944 Mio. € (ohne Beachtung zahnärztlicher Privatleistungen) (vgl. Zok & Schuldzinski 2005, S. 31-32). Zu den am häufigsten angebotenen Leistungen zählten Ultraschalluntersuchungen, Augeninnendruckmessungen und ergänzende Krebsfrüherkennungen bei Frauen (vgl. Zok & Schuldzinski 2005, S. 37). In wie weit IGeL-Leistungen in den hausärztlichen Alltag Einzug fanden, und ob das positive Wachstumsverhalten des IGeL-Marktes anhält, soll mit der vorliegenden Studie genauer untersucht werden.

1.5 Qualitätsmanagement (QM)

1.5.1 Von dem Begriff Qualität zum Qualitätsmanagement

Versuche, die Qualität eines Produktes zu beschreiben und zu erfassen, bestanden bereits lange vor Einführung des Begriffes Qualitätsmanagement (QM). So schreibt Pfundtner: „Vorstellungen über das, was die Qualität eines Produktes ausmacht, sind deutlich älter als das, was unter Qualitätsmanagement heute verstanden wird. Über Qualität wird schon seit Jahrtausenden diskutiert, dagegen ist Qualitätsmanagement ein moderner Begriff, der noch keine fünfzig Jahre alt ist.“ (Pfundtner 2000, S. 294). Dieser relativ junge Begriff knüpft an die Lehren des Aristoteles an. Aristoteles unternahm mit der so genannten Kategorienliste den Versuch, eine Reihe möglicher Fragen zu erstellen, die die Beschaffenheit eines Gegenstandes ermitteln. Dabei schuf er auch die Frage nach der Qualität (griechisch *poion*), indem er die Beschaffenheit eines Gegenstandes erfragte. Der Amerikaner Avedis Donabedian ging einen Schritt weiter, indem er drei Kategorien der Qualität definierte: die Struktur-, die Prozess- und die Ergebnisqualität. Die Strukturqualität definierte er als technische, materielle und

finanzielle Voraussetzungen, die Prozessqualität als Qualität der Teilprozesse, die nötig seien, um ein Produkt bzw. eine Dienstleistung herzustellen und die Ergebnisqualität als Produkt aus Struktur- und Prozessqualität, die die Ware bzw. die Dienstleistung in ihrer vollendeten Fassung beschreibt (vgl. Nüllen & Noppeney 2004, S. 8-9). Damit umfasste er, die Güte eines Produktes betreffend, alle Teilaspekte. Übertragen auf eine Arztpraxis, entspricht der Strukturqualität z. B. die Personalqualifikation oder die technische Ausstattung der Arztpraxis, der Prozessqualität Arbeitsschritte in Diagnostik und Therapie, sowie der Ergebnisqualität der Gesundheitszustand nach ärztlicher Therapie, die Patientenzufriedenheit oder die verbesserte Lebensqualität chronisch kranker Patienten. Klutmann fügt dem hinzu: „Dabei ist es wichtig, diese unterschiedlichen Qualitäten nicht isoliert voneinander zu betrachten, denn streng genommen bilden sie alle zusammen eine in sich geschlossene Einheit.“ (Klutmann 2005, S.133).

Das Konzept des Qualitätsmanagements, welches ein erweitertes Verständnis des Qualitätsbegriffes darstellt, hat seine Ursprünge unter anderem bei dem amerikanischen Wirtschaftspionier William Edwards Deming (1900-1993). Dieser schuf die Kernaussage, dass die Philosophie eines Unternehmens auf Qualität und ständiger Verbesserung der Produktionsprozesse beruhen müsse (vgl. Nüllen & Noppeney 2004, S. 3-6). Daraus entstand der nach ihm benannte Deming-Zyklus (Synonym: PDCA-Zyklus), der den Gedanken der ständigen Verbesserung aufgreift.

Dieser enthält folgende Schritte:

1. Plan (Planen)
2. Do (Ausführen)
3. Check (Überprüfen)
4. Act (Verbessern)

Sein Konzept wurde bereits in den fünfziger Jahren des 20. Jahrhunderts erfolgreich in der japanischen Automobilindustrie integriert, wo es durch den Begriff Kaizen geprägt wurde. Kaizen stammt aus dem Japanischen und bedeutet sinngemäß übersetzt „Veränderung zum Guten“. In den folgenden Jahrzehnten setzte sich das Konzept auch in den westlichen Industrienationen durch und wurde zu einem festen Bestandteil der Unternehmensphilosophien (vgl. Wölker 2000, S. 79).

Die gesetzliche Einführung des Qualitätsmanagements im deutschen Gesundheitssystem erfolgte hingegen erst in den letzten zwei Jahrzehnten (s. u.). Dennoch gab es auch in der

Medizin vereinzelt bereits frühe Ansätze, die das Prinzip der kontinuierlichen Verbesserung aufgriffen. So wandte der Chirurg Theodor Billroth (1824-1894) bereits im 19. Jahrhundert die Grundprinzipien des Qualitätsmanagements an, indem er die Tätigkeitsmerkmale und Behandlungsergebnisse seiner Klinik in Zürich sammelte und publizierte und damit einen Ansatz zur kontinuierlichen Verbesserung schuf (vgl. Nüllen & Noppeney 2004, S. 2-3).

Ein wesentlicher Bestandteil des QM ist die Analyse und Transparenz der einzelnen Arbeitsschritte, die der Deming-Zyklus fordert. Sie lassen sich standardisiert erfassen, indem so genannte Qualitätsindikatoren festgelegt werden. Qualitätsindikatoren stellen dabei Inputs oder Outputs einzelner Prozessschritte dar, z. B. Blutdruckmessungen vor und nach medikamentösem Therapiebeginn bei Patienten mit arterieller Hypertonie (vgl. Nüllen & Noppeney 2004, S. 108-111). Da bislang jedoch nicht geklärt ist, in wie weit eingesetzte Qualitätsindikatoren geforderte Gütekriterien erfüllen, empfiehlt der Expertenkreis „Qualitätsindikatoren beim Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)“, in Anlehnung an das amerikanische National Quality Measures Clearinghouse ein Programm zur Entwicklung und Implementierung evidenzbasierter Qualitätsindikatoren zu schaffen (vgl. Geraedts et al. 2005, S. 329-331).

1.5.2 Rahmenbedingungen und gesetzliche Einführung des QM im deutschen Gesundheitssystem

Im QM wird zwischen interner und externer Qualitätssicherung (QS) unterschieden. Unter interner QS werden unternehmensinterne Maßnahmen verstanden, die die Qualität des hergestellten Produktes bzw. der Dienstleistung sichern und verbessern sollen. Die externe QS geht einen Schritt weiter, indem eine Überprüfung qualitätssichernder Maßnahmen eines Unternehmens durch externe Prüfer vorgenommen wird. Beide Systeme sind in der Medizin nicht neu und kommen teilweise schon länger zum Einsatz. So ist die traditionelle Oberarzt- und Chefarztvisite in Krankenhäusern eine Form der internen QS. Ebenso sind Krankenhausbegehungen durch das Gesundheitsamt und Ringversuche in klinisch-chemischen Laboratorien eine Form der externen QS. Dies sind nur wenige Beispiele, die dennoch zeigen, dass QM im Gesundheitswesen keine generelle Neuerung darstellt (vgl. Nüllen & Noppeney 2004, S. 18-21).

Der gesetzliche Rahmen, der sich mit einem umfassenden QM im deutschen Gesundheitswesen beschäftigt, wurde 1989 im SGB V geschaffen, indem eine externe, vergleichende QS für Krankenhäuser gefordert wurde, die 1999 auf Vertragsärzte ausgedehnt wurde. 2004 wurde § 135a des SGB V im Rahmen des Gesundheits-Modernisierungs-

Gesetztes (GMG) novelliert. Damit wurde die Pflicht aller Einrichtungen des Gesundheitswesens bestätigt, Qualitätssicherung durchzuführen. Eine Konsequenz, welche sich für Krankenhäuser ergab, zeigte sich in der anschließenden Einführung der Diagnosis Related Groups (DRGs) (vgl. Nüllen & Noppeney 2004, S. 17-18).

Auf die Hausarztpraxis bezogen, kommen folgende Paragraphen des SGB V zur Geltung. Zum einen der bereits zuvor erwähnte § 135a mit dem Titel „Verpflichtung zur Qualitätssicherung“, der besagt:

„ (1) Die Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.

(2) Vertragsärzte [...] sind nach Maßgabe der §§ 136a, 136b, 137 und 137d verpflichtet,

1. sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und
2. einrichtungintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln.“

(Bundesministerium der Justiz 2007, S. 161)

§ 136a bezieht sich anschließend explizit auf die vertragsärztliche Qualitätssicherung. Hierin steht geschrieben:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt für die vertragsärztliche Versorgung durch Richtlinien nach § 92

1. die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2 sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtung internes Qualitätsmanagement und
2. Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwendiger medizintechnischer Leistungen. [...]“

(Bundesministerium der Justiz 2007, S. 161)

Damit wurde die Verantwortung zur Einführung des Qualitätsmanagements und zur Durchführung der Qualitätssicherung, bezogen auf Vertragsärzte, dem Gemeinsamen Bundesausschuss übertragen. Dieser setzt sich gemäß § 91 Absatz 5 des SGB V aus 21 Mitgliedern zusammen, die aus drei unparteiischen Mitgliedern, neun Vertretern der Krankenkassen und neun Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bestehen. Im Rahmen der ihm übertragenen Kompetenzen verabschiedete er zwei Richtlinien. Die Erste trägt den Namen „Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung“ und trat am 01.01.2006 in Kraft. Hierin wurden die Ziele und Maßnahmen, sowie die zeitlichen Rahmenbedingungen der Einführung des QM festgelegt, worauf im folgenden Kapitel näher eingegangen wird. Die zweite Richtlinie trägt den Namen „Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung“ und trat am 01.01.2007 in Kraft. Mit ihr wurde die Möglichkeit geschaffen, Arztpraxen bezüglich der Einführung des QM zu überprüfen. Danach hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung eine Qualitätssicherungs-Kommission einzurichten, die stichprobenartig Vertragsärzte überprüft (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2006, S. 4-5). Die ausgewählten Ärzte haben schriftliche und bildliche Dokumentationen bezüglich Indikationsstellung, Befundung und Patientenberatung offen zu legen (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2006, S. 6-7). Ergeben sich Beanstandungen bezüglich der Qualitätsanforderungen oder legt der Arzt die angeforderten Daten nicht offen, hat die Kassenärztliche Vereinigung mehrere Handlungsoptionen. Sie kann entweder schriftliche Empfehlungen herausgeben, verbunden mit einer Frist, die entsprechenden Mängel zu beseitigen. Bestehen schwerwiegendere Mängel oder werden die angeforderten Daten von Seiten des Vertragsarztes nicht offen gelegt, kann eine Rückforderung geleisteter Vergütungen beschlossen werden. Des Weiteren kann eine Praxisbegehung mit Einverständnis des Praxisinhabers vorgenommen werden. Wenn Beanstandungen bei Folgeprüfungen weiterhin bestehen, und der Praxisarzt ein darauf folgendes Kolloquium nach § 7 nicht besteht, kann seine Genehmigung mit Auflagen versehen werden oder, als letzter Schritt, entzogen werden (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2006, S. 7-9).

1.5.3 Gesetze und QM-Modelle

Wie bereits im vorangehenden Kapitel beschrieben, gibt der Gemeinsame Bundesausschuss konkrete Richtlinien zum QM in vertragsärztlichen Praxen heraus. Auf die entsprechenden Richtlinien soll im Folgenden näher eingegangen werden. Die Ziele eines einrichtungsinternen QM definiert der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wie folgt:

- Kontinuierliche Sicherung und Verbesserung der Qualität medizinischer Versorgung
- Systematische Patientenorientierung
- Steigerung der Arbeitszufriedenheit von Praxisleitung und Mitarbeitern
- Systematische Darlegung und erhöhte Transparenz relevanter Praxisabläufe

(vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2005, S. 3)

Um dies umzusetzen, benennt der G-BA Grundelemente des QM. Im Bereich der Patientenversorgung werden die Behandlung nach fachlichen Standards und Leitlinien sowie eine Patientenorientierung und –mitwirkung gefordert. Im Bereich der Praxisorganisation fordert der G-BA Mitarbeiterorientierung, die strukturierte Verteilung von Kompetenzen an das Personal, sowie eine ausreichende Schaffung von praxisinternen und -externen Kommunikationsmöglichkeiten (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2005, S. 3-4). Die in den weiteren Paragraphen aufgeführten Maßnahmen zur Einführung eines einrichtungsinternen QM entsprechen grundsätzlich denen des Deming-Zyklus und werden analog in drei Phasen unterteilt, die sich in Planung, Umsetzung und Überprüfung gliedern. In Phase eins wird eine Ist-Analyse vorgenommen, bei der eine schriftliche Selbstbewertung der Praxis in Hinsicht auf Ziele und Inhalte des einzuführenden internen QM stattfindet. In den folgenden zwei Jahren müssen diese Ziele umgesetzt werden (Phase zwei: Umsetzung). In der anschließenden Phase (Überprüfung) soll in Eigenanalyse überprüft werden, ob die Umsetzung der Ziele erfolgreich war. Danach ist vorgeschrieben, analog dem Deming-Zyklus, den Prozess der Überprüfung und Verbesserung kontinuierlich fortzusetzen (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2005, S. 5-6). Damit ist die Basis der kontinuierlichen Verbesserung im Sinne des QM gegeben. Eine anschließende Überprüfung kann durch die so genannte Qualitätsmanagement-Kommission durchgeführt werden, die durch die Kassenärztliche Vereinigung gestellt wird. Sie kann von Vertragsärzten eine schriftliche Darlegung zum Stand des QM anfordern und gegebenenfalls beratend fungieren (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2005, S. 6).

Um die Gesetzesvorgaben umzusetzen, bestehen aus Sicht der Hausarztpraxen grundsätzlich zwei Möglichkeiten. Der Praxisinhaber kann die Vorlagen komplett nach eigenem Ermessen umsetzen oder auf bereits existierende QM-Systeme zurückgreifen. Diese lassen sich in zwei Kategorien einteilen. Zum einen gibt es QM-Systeme, die ursprünglich für die produzierende Industrie entwickelt wurden und sich auf Arztpraxen übertragen lassen. Zum anderen existieren mittlerweile bereits mehrere QM-Systeme, die speziell für den Gesundheitssektor

entwickelt wurden. Im Folgenden soll nun auf eine Auswahl der existierenden Systeme eingegangen werden.

1.5.3.1 DIN EN ISO 9000-9004

Die International Organization for Standardization, kurz ISO, ist eine weltweite Vereinigung nationaler Normierungsinstitute. Sie entwarf mit der Normenfamilie ISO 9000 - 9004 eine standardisierte Möglichkeit zur Implementierung des QM in Unternehmen. Die ISO wurde 1947 gegründet und hatte zunächst ihren Schwerpunkt im produzierenden Gewerbe. In den Folgejahren wurden die Normfamilien so modifiziert und weiterentwickelt, dass sie mittlerweile ebenfalls im Dienstleistungssektor Einzug fand. Da die Normenreihe von dem Deutschen Institut für Normung (DIN) aufgenommen und auch als Europäische Norm (EN) übernommen wurde, trägt sie als vollständige Bezeichnung den Namen DIN EN ISO 9000 - 9004. Die ISO 9000, als Teil der Normenfamilie, beschreibt Terminologie und Grundlagen des QM-Systems. Die ISO 9001 enthält die Anforderungen, die an QM-Systeme gestellt werden. Die ISO 9004 stellt darüber hinaus einen Leitfaden dar, der einen, im Vergleich zur ISO 9001, erweiterten Bereich von QM-Zielen umfasst.

Um ein QM-System in ein Unternehmen erfolgreich zu implementieren, gibt die ISO-Normenfamilie acht Grundsätze vor. Diese lauten:

- Kundenorientierung ,
- Führung,
- Einbeziehung der Personen,
- prozessorientierter Ansatz,
- systemorientierter Managementansatz,
- ständige Verbesserung,
- sachbezogener Ansatz zur Entscheidungsfindung und
- Lieferantenbeziehung zum gegenseitigen Nutzen.

Unter Beachtung dieser Grundregeln ist die Einführung eines QM-Systems auch in Arztpraxen möglich. Ein Vorteil der ISO-Normen besteht darüber hinaus in der Möglichkeit der externen Zertifizierung (vgl. Nüllen & Noppeney 2004, S. 79-83).

1.5.3.2 European Foundation for Quality Management (EFQM)

Durch die erfolgreiche Einführung der Qualitätsförderung in Japan und den USA inspiriert, gründeten 14 führende Großunternehmen 1988 die European Foundation for Quality Management (vgl. EFQM 2003, S. 2). Diese verleiht regelmäßig den EFQM Excellence Award. Das Konzept des entwickelten QM-Systems beruht auf acht Grundpfeilern (vgl. EFQM 2003, S. 4-8). Diese heißen:

- Ergebnisorientierung,
- Ausrichtung auf den Kunden,
- Führung und Zielkonsequenz,
- Management mittels Prozessen und Fakten,
- Mitarbeiterentwicklung und –beteiligung,
- kontinuierliches Lernen, Innovation und Verbesserung,
- Entwicklung von Partnerschaften und
- soziale Verantwortung

und weisen eine weitgehende Übereinstimmung mit der DIN EN ISO-Normenfamilie auf. So wird auch hier eine ständige Verbesserung im Sinne des Deming-Zyklus gefordert, die Kundenorientierung, Prozessorientierung und ein entsprechendes Personal- und Führungsmanagement umfassen. Eine Anwendung in Arztpraxen sowie eine externe Zertifizierung sind ebenfalls möglich.

1.5.3.3 Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ)

Die KTQ ist eine Initiative, die aus Mitteln des Bundesgesundheitsministeriums finanziert wird. Sie besteht aus einer Kooperation von Spitzenverbänden der GKV, der Bundesärztekammer, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, des Deutschen Pflegerates und des Hartmannbundes. Ursprüngliches Ziel war die Entwicklung eines QM-Systems, welches speziell für das deutsche Krankenhauswesen entwickelt wurde (vgl. Nüllen & Noppeney 2004, S. 85). Seit dem 01.10.2004 können sich jedoch auch Arztpraxen nach dem KTQ-Verfahren zertifizieren lassen. Ähnlich der EFQM und des ISO QM-Modells, werden auf die Praxis bezogen mehrere Grundkonzepte benannt (vgl. KTQ 2008). Hierzu zählen:

- Patientenorientierung,
- Praxisführung,
- Mitarbeiterorientierung,
- die Sicherheit in der Praxis und
- der Aufbau des QM .

Damit stellt das KTQ-System eine Möglichkeit dar, ein QM-System in Arztpraxen einzuführen, das speziell für den Gesundheitssektor entwickelt wurde.

2 Studienplanung und Durchführung

2.1 Methode

Die schriftliche Befragung wurde von Januar bis Februar 2007 durchgeführt. Dazu wurden Fragebögen an 175 niedergelassene Mediziner der Stadt Aachen verteilt. Die Zielgruppe bestand aus allen Hausärzten der Stadt Aachen. Hierzu zählten alle Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte sowie Internisten mit hausärztlichem Schwerpunkt. In den Fällen, in denen mehrere Ärzte in einer Praxis zusammen arbeiteten, wurde jeder Arzt dieser Praxis gebeten, einen eigenen Fragebogen auszufüllen, sofern er der Zielgruppe angehörte.

Die Befragung wurde anonym durchgeführt. 103 Fragebögen wurden persönlich ausgehändigt, die restlichen 72 Fragebögen wurden per Post versandt.

2.1.1 Fragebogen

Der Fragebogen umfasst 39 Items und ist in zwei Abschnitte gegliedert (siehe Anhang). Im ersten Abschnitt, der die Fragen 1 – 22 umfasst, wurde der Ist-Zustand der Praxis erfragt. Dieser Abschnitt trägt den Titel „Angaben zur Person bzw. Praxis“. Der zweite Teil trägt den Titel „Ihre Meinung zum Thema“. Er lässt sich in zwei weitere Abschnitte gliedern. Während sich die Fragen 23 – 32 mit der Meinung zur Praxisorganisation und Marketingfragen beschäftigen, beziehen sich die Fragen 33 – 39 auf die gesetzliche Einführung des Qualitätsmanagements im ambulanten Bereich.

2.1.1.1 Fragebogenteil „Angaben zur Person bzw. Praxis“

Die ersten fünf Fragen erfassen Angaben zur Person des Praxisinhabers. Dabei wurden das Alter (Frage 1), das Geschlecht (Frage 2) und die Facharztrichtung (Frage 3) ermittelt. Darüber hinaus wurden in den Fragen vier und fünf die Praxisform sowie die Zeit seit Praxisgründung bzw. -übernahme erfragt.

Die Fragen 6 – 22 erschließen, in wie weit die Praxisinhaber Marketing betreiben sowie den Stand der Implementierung des QM. Im Einzelnen wurden erfragt:

- Die Zusatzqualifikationen der Hausärzte (Frage 6 – 7) ,
- das Anbieten Individueller Gesundheitsleistungen (IGeL) (Frage 8 – 9),
- der Einsatz von EDV-Systemen (Frage 10 – 11),

- die Verwendung von Recall-Systemen (Frage 12 – 13),
- das Vorhandensein einer Praxishomepage (Frage 14),
- die internetgestützte Patientenbetreuung (Frage 15 – 16),
- Patientenbefragungen (Frage 17),
- Patientenschulungen für chronisch Kranke (Frage 18),
- Teambesprechungen (Frage 19),
- Zertifizierungen im Rahmen des Qualitätsmanagements (Frage 20) und
- Werbemaßnahmen für die Arztpraxis (Frage 21 – 22).

2.1.1.2 Fragebogenteil „Ihre Meinung zum Thema“

Der erste Abschnitt dieses Fragebogenteils, der die Fragen 23 – 32 umfasst, beschäftigt sich damit, ob der Praxisinhaber folgende Aspekte als wichtig erachtet:

- Die Optimierung der Wartezeiten in der Arztpraxis (Frage 23 – 24),
- Werbung für die Praxis (Frage 25),
- das Erwerben weiterer Zusatzqualifikationen (Frage 26),
- die Einführung von IGeL-Leistungen (Frage 27),
- die Einführung bzw. Erweiterung eines praxisinternen EDV-Systems (Frage 28 – 30),
- die Einrichtung einer Praxishomepage (Frage 31) und
- die Durchführung von Patientenbefragungen (Frage 32).

Im zweiten Abschnitt, der sich mit der gesetzlichen Einführung des QM im ambulanten Sektor beschäftigt, wurden die Meinungen der Hausärzte hierzu erfragt. Die entsprechenden Fragen handeln von:

- Der Verbesserung der medizinischen Qualität durch QM (Frage 33),
- der Optimierung der Praxisorganisation durch QM (Frage 34),
- dem Sinn bzw. der Notwendigkeit der gesetzlichen Verankerung des Qualitätsmanagements (Frage 35),
- Einschränkungen in der ärztlichen Handlungsfreiheit (Frage 36),
- der Handlungsfreiheit des niedergelassenen Arztes unter den gesamten gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen (Frage 37),

- der Entwicklung der Patientenzufriedenheit im Zusammenhang mit Qualitätsmanagement, IGeL-Leistungen und dem Leistungsangebot der Arztpraxis (Frage 38) sowie
- der Entwicklung des Praxisumsatzes im Zusammenhang mit Qualitätsmanagement, IGeL-Leistungen und dem Leistungsangebot der Arztpraxis (Frage 39).

2.1.2 Auswertung

Für die Datenverarbeitung wurde die Software SPSS Version 15 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) verwendet. Dazu wurden die Fragen und Antworten mittels SPSS kodiert. Im Anschluss an die Dateneingabe wurden die Eingaben auf logische Inkonsistenzen überprüft. Diese lagen in Einzelfällen vor, wenn z. B. die Frage, ob Patientenbefragungen durchgeführt werden, bejaht wurde und in einer Folgefrage hierzu angegeben wurde, dass die Einführung von Patientenbefragungen geplant sei. In diesen Fällen wurde der eingegebene Datensatz entsprechend korrigiert, um Inkonsistenzen zu minimieren. Sowohl der deskriptive als auch der induktive Statistikteil wurde mittels SPSS bearbeitet. Zur Berechnung der Signifikanzen wurde der Chi²-Test verwendet. In den Fällen, in denen die Aussagekraft des Chi²-Testes vermindert war, kam der exakte Test nach Fisher zur Anwendung. Das Signifikanzniveau wurde global auf 5% ($\alpha=0,05$) festgelegt.

2.2 Stichprobenauswahl

Die an der Studie teilnehmenden Ärzte mussten folgende Kriterien erfüllen:

- Niederlassung in der Stadt Aachen
- Fachrichtungen:
 - Allgemeinmedizin
 - Praktischer Arzt
 - Internist mit hausärztlichem Schwerpunkt

175 Fragebögen wurden anschließend verteilt. Fünf Antwortbögen erfüllten nicht das Auswahlkriterium der Fachrichtung, da diese von Internisten ohne hausärztlichen Schwerpunkt ausgefüllt wurden. Somit musste die Stichprobengröße auf 170 reduziert werden.

3 Zielsetzung

Die vorliegende Studie umfasst zwei Themengebiete: Die Einführung von einrichtungsinternem Qualitätsmanagement sowie Marketingmaßnahmen in Hausarztpraxen.

In Bezug auf QM sollte untersucht werden, in wie weit es zum Befragungszeitpunkt bereits Einzug in die Arztpraxen fand, und wie die Meinungen der betroffenen Mediziner hierzu sind.

Das Praxismarketing betreffend wurde analog verfahren. So galt es, sowohl die Einschätzungen zu erfassen, die die Hausärzte der Stadt Aachen zum Thema Marketing haben als auch die Auswirkungen, die sich auf den ärztlichen Berufsalltag ergaben.

Eine weitere Fragestellung bestand darin, zu überprüfen, ob Untergruppen der Stichprobe signifikant von den Meinungen anderer abweichen. Dazu wurden Geschlecht, Alter, Facharzt und Praxisform erfasst und anschließend auf signifikante Meinungsdivergenzen untersucht.

4 Auswertung

4.1 Stichprobenstruktur

4.1.1 Rücklaufquote

Die schriftliche Befragung wurde mit 175 niedergelassenen Medizinerinnen durchgeführt. 110 Antwortbögen wurden, größtenteils komplett ausgefüllt, zurückgesandt. Nach Korrektur der Stichprobengröße auf 170 ergab sich eine Anzahl von 105, größtenteils komplett ausgefüllten, zurückgesandten Fragebögen (vgl. Kapitel 2.2). Diese gingen in die statistische Auswertung ein. Damit beträgt die Rücklaufquote 61,8%.

4.1.2 Alters- und Geschlechtsverteilung

Der Anteil der Männer betrug 71,3% (n=73), der der Frauen 28,7% (n=31). Bei lediglich einem Fragebogen fehlte die Angabe zum Geschlecht. Dieses Verhältnis deckt sich mit der gesamten Stichprobenpopulation, soweit die Geschlechtsverteilung aus den Anschreiben nachvollziehbar ist. Dabei wurden 70,1% (n=112) der Fragebögen an Männer und 27,8% (n=44) an Frauen verteilt. Bei den restlichen verteilten Fragebögen ließ sich aus dem Anschreiben kein Geschlecht ableiten.

Das Alter der befragten Ärzte - soweit angegeben - betrug zwischen 35 und 67 Jahren und umfasst somit eine Spanne von 32 Jahren (vgl. Abb. 4.1). Das Durchschnittsalter betrug 51,8 Jahre, wobei die Altersgruppe zwischen 50 und 60 Jahren mit 56,6% (n=58) den größten Anteil ausmachte. Sechs Fragebögen (5,7%) waren ohne Altersangabe. Das Durchschnittsalter der Frauen war mit 50,7 Jahren etwas geringer als das der männlichen Kollegen, welches bei 52,2 Jahren lag (vgl. Tab. 4.1).

Tab 4.1 Alters- und Geschlechtsverteilung der Hausärzte

Geschlecht	Mittelwert (Jahre)	N	Standardabweichung (Jahre)	Minimum (Jahre)	Maximum (Jahre)	Prozent der Gesamtsumme
weiblich	50,69	29	7,02	35	63	28,7%
männlich	52,20	70	6,62	37	67	71,3%
insgesamt	51,76	99	6,74	35	67	100,0%

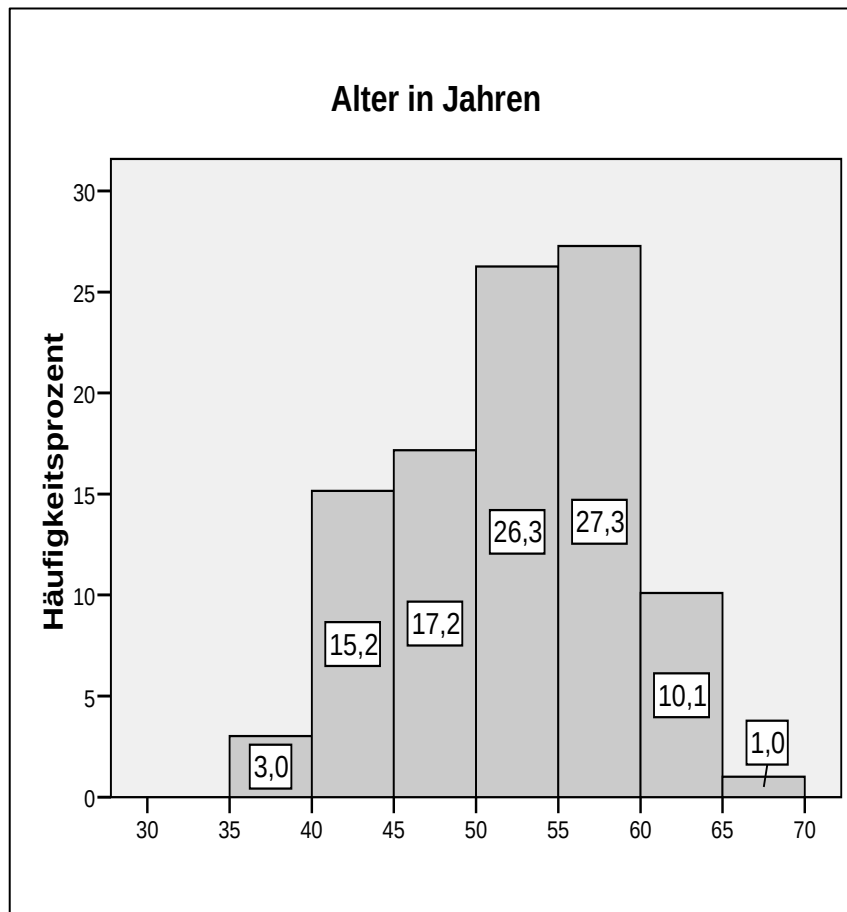


Abb. 4.1 Alter der Hausärzte

4.1.3 Facharzttrichtung

Der größte Teil der Fragebögen wurde von Allgemeinmedizinerinnen ausgefüllt. Sie machten einen Anteil von 61,9% (n=65) aus. 24,8% (n=26) der Antwortbögen stammten von Internisten mit hausärztlichem Tätigkeitsschwerpunkt und weitere 13,3% (n=14) von Praktischen Ärzten (vgl. Abb. 4.2). Fehlende Antworten gab es auf die Frage keine. Die Altersstruktur, im Hinblick auf die Fachrichtungen betrachtet, ergab ein relativ homogenes Bild. Während unter den Allgemeinmedizinerinnen das Durchschnittsalter bei 51,8 Jahren lag (n=60), lag es unter praktischen Ärzten bei 50,6 Jahren (n=13) und unter den hausärztlichen Internisten bei 52,2 Jahren (n=26). Die Geschlechtsverteilung sah unter den Facharztgruppen folgendermaßen aus: 67,7% (n=21) der Frauen und 58,9% (n=43) der Männer waren Allgemeinmediziner. Der Anteil der Frauen, die Praktischer Arzt sind, lag mit 25,8% (n=8) höher, als der der Männer mit 8,2% (n=6). Unter den befragten Internisten gab es hingegen mehr Männer als Frauen. So waren 32,9% (n=24) der befragten Männer Internisten mit hausärztlichem Schwerpunkt, dagegen nur 6,5% (n=2) der befragten Frauen.

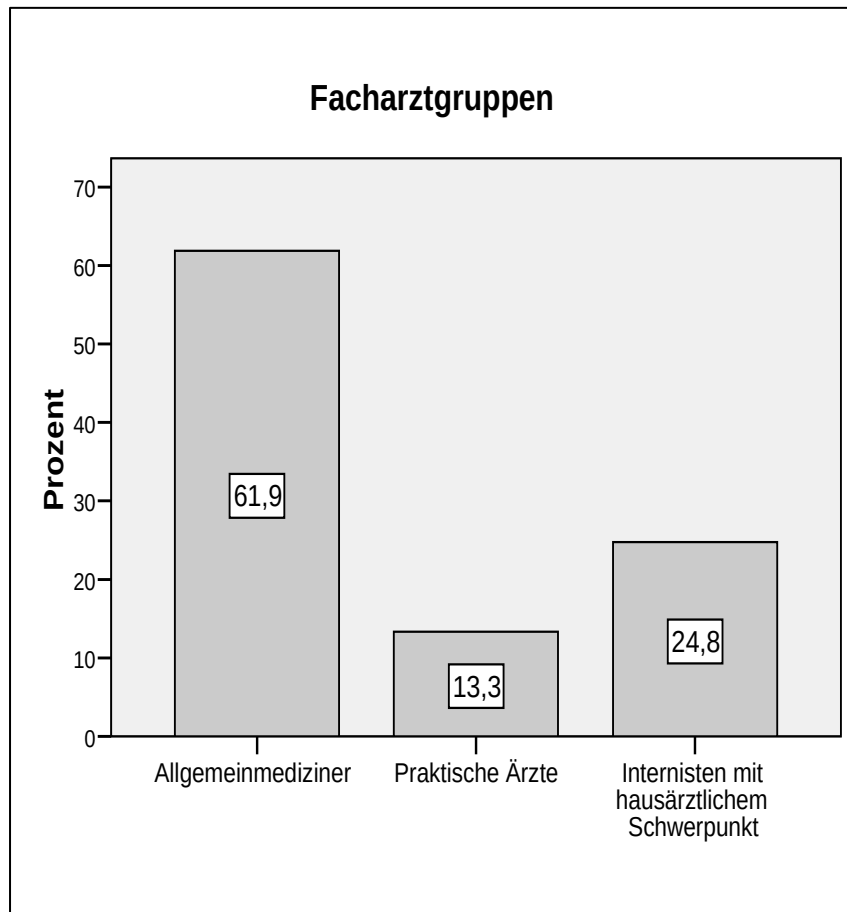


Abb. 4.2 Anteile der Facharztgruppen

4.1.4 Dauer der Niederlassung

Die durchschnittliche Zeit seit Gründung oder Übernahme der Arztpraxen betrug 16,3 Jahre. Die jüngsten Niederlassungen fanden innerhalb des letzten Jahres vor der Befragung statt, die ältesten Niederlassungen vor maximal 35 Jahren. 27,2% (n=28) der befragten Ärzte ließen sich innerhalb der letzten zehn Jahre vor dem Befragungszeitpunkt nieder. 34% (n=35) in der Zeitspanne vor 10-20 Jahren und weitere 35% (n=36) in den vergangenen 20-30 Jahren. Nur 3,9% (n=4) der Befragten ließen sich vor mehr als 30 Jahren nieder (vgl. Abb. 4.3). Zwei Personen (1,9%) gaben keine Antwort auf diese Frage.

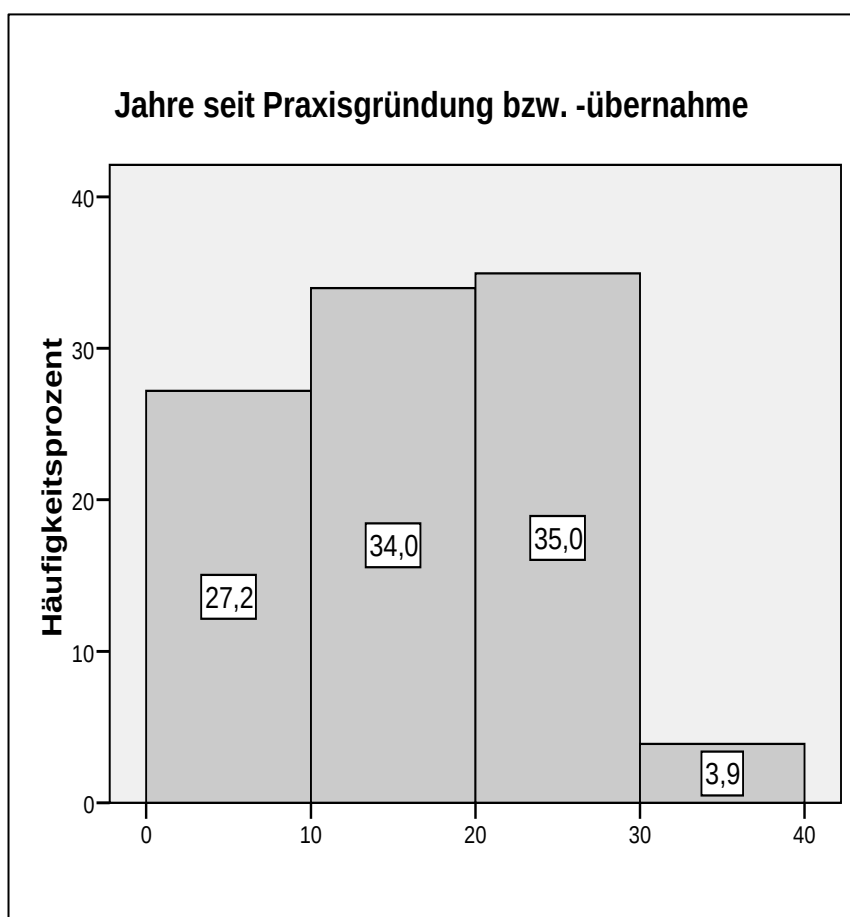


Abb. 4.3 Zeit seit Niederlassung bzw. Übernahme der Hausarztpraxis

4.1.5 Praxisform

Fast die Hälfte der befragten Ärzte (48,1%, n=50) arbeitete in Einzelpraxen. Weitere 44,2% (n=46) waren in Gemeinschaftspraxen tätig. Damit waren über 90% in einer dieser beiden Praxisformen tätig. Die restlichen befragten Ärzte arbeiteten entweder in einer Praxisgemeinschaft (3,8%, n=4) oder einem Ärztehaus (3,8%, n=4). Lediglich eine befragte Person verweigerte die Antwort hierauf (vgl. Tab. 4.2).

Tab. 4.2 Verteilung der Praxisformen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	Einzelpraxis	50	47,6	48,1
	Gemeinschaftspraxis	46	43,8	44,2
	Ärztehaus	4	3,8	3,8
	Praxisgemeinschaft	4	3,8	3,8
	Gesamt	104	99,0	100,0
Fehlend	Antwort verweigert	1	1,0	
Gesamt		105	100,0	

Hierbei ist anzumerken, dass die Antwortmöglichkeit „Praxisgemeinschaft“ nicht im Fragebogen aufgeführt war. Sie wurde entsprechend handschriftlich von den betroffenen Ärzten eingefügt.

Bezogen auf das Geschlecht zeigten sich unterschiedliche Verteilungen. Während unter den männlichen Befragten 56,2% (n=41) in Einzelpraxen arbeiteten, waren es unter den Frauen nur 29% (n=9). Das Verhältnis war bei den Gemeinschaftspraxen umgekehrt. Während hier 61,3% (n=19) der befragten Frauen tätig waren, waren es unter den Männern nur 36,1% (n=26). Die Verteilung der Facharztgruppen auf die angegebenen Praxisformen sah folgendermaßen aus: Allgemeinmediziner, die den größten Teil der Stichprobe stellten (61,9%), waren ähnlich auf die angegebenen Praxisformen verteilt wie die gesamte Stichprobe. So waren 43,1% (n=28) in Einzelpraxen, 49,2% (n=32) in Gemeinschaftspraxen, 4,6% (n=3) in Ärztehäusern und 3,1% (n=2) in Praxisgemeinschaften tätig. Die rückläufigen Fragebögen der Internisten mit hausärztlichem Schwerpunkt (n=26) ergaben eine Verteilung von 61,5% (n=16), die in Einzelpraxen arbeiteten und weiteren 38,5% (n=10), die in Gemeinschaftspraxen tätig waren. Unter dieser Gruppe waren dies die beiden einzigen angegebenen Praxisformen. Die Praktischen Ärzte (n=14) wiesen folgendes Verteilungsmuster auf. 46,2% (n=6) waren in Einzelpraxen, 30,8% (n=4) in Gemeinschaftspraxen, 7,7% (n=1) in Ärztehäusern und 15,4% (n=2) in Praxisgemeinschaften tätig. Hinzu kam eine verweigerte Antwort.

4.2 Qualitätsmanagement und Marketing in der Arztpraxis

4.2.1 Ärztliche Zusatzqualifikationen

Die Frage, ob ärztliche Zusatzqualifikationen vorhanden seien, beantworteten 75,2% (n=79) mit „ja“. Fehlende Antworten gab es nicht. Bezogen auf das Geschlecht zeigte sich folgende Verteilung (vgl. Abb. 4.4).



Abb. 4.4 Ärztliche Zusatzqualifikationen

Der Anteil der Frauen, die über Zusatzqualifikationen verfügten, war mit 80,6% (n=25) etwas höher als der Anteil der Männern, der bei 72,6% (n=53) lag.

Werden Zusatzqualifikationen nach den Facharztgruppen separat betrachtet, zeigte sich, dass die Gruppe der Allgemeinmediziner mit 80% (n=52) am häufigsten angab, bestehende Zusatzqualifikationen vorzuweisen (vgl. Abb. 4.5). Die befragten Praktischen Ärzte gaben in 71,4% (n=10) der Fälle an, über Zusatzqualifikationen zu verfügen. Am seltensten bejahten die Internisten mit hausärztlichem Schwerpunkt diese Frage. Unter ihnen gaben nur 65,4% (n=17) an, Zusatzqualifikationen vorzuweisen.



Abb. 4.5 Ärztliche Zusatzqualifikationen nach Facharztgruppen betrachtet

Danach wurden diejenigen Ärzte mit Zusatzqualifikationen (n=79) in einer weiteren Frage gebeten, diese genauer anzugeben. Lediglich eine Person gab keine Antwort hierauf. Sechs der befragten niedergelassenen Mediziner (7,6%) gaben an, einen weiteren Facharztstitel zu besitzen. Die Verteilung der über den Facharzt hinausgehenden Zusatzqualifikationen sah wie folgt aus (vgl. Abb. 4.6).

Die angegebenen Prozentzahlen in dem Diagramm beziehen sich auf die Gesamtnennungen an Zusatzqualifikationen (n=136). Die Kategorie „sonstige Zusatzqualifikationen“ beinhaltet diejenigen Antworten, die nicht zu entziffern waren. Dies hatte zwei Gründe. Entweder wurden Abkürzungen eingetragen, die nicht eindeutig zuzuordnen waren, oder der Eintrag war nicht lesbar.

Am häufigsten wurden folgende Zusatzqualifikationen genannt: Mit 14,7% (n=20) standen Psychotherapie bzw. Psychosomatik an erster und Akupunktur mit 12,5% (n=17) an zweiter Stelle. Danach folgten Zusatzqualifikationen in Arbeits- & Betriebsmedizin (8,1%, n=11) und Sportmedizin (8,1%, n=11). Zusatzqualifikationen im Bereich Naturheilverfahren kamen auf Rang fünf mit 6,6% (n=9). Die sechsthäufigste Nennung lag im Bereich Flug- und

Reisemedizin. Sie wurde insgesamt sieben Mal (5,1%) genannt. Danach folgen Diabetologie (4,4%, n=6), Rettungsdienst (3,7%, n=5), Verkehrsmedizin (3,7%, n=5) und Ernährungsberatung (3,7%, n=5).

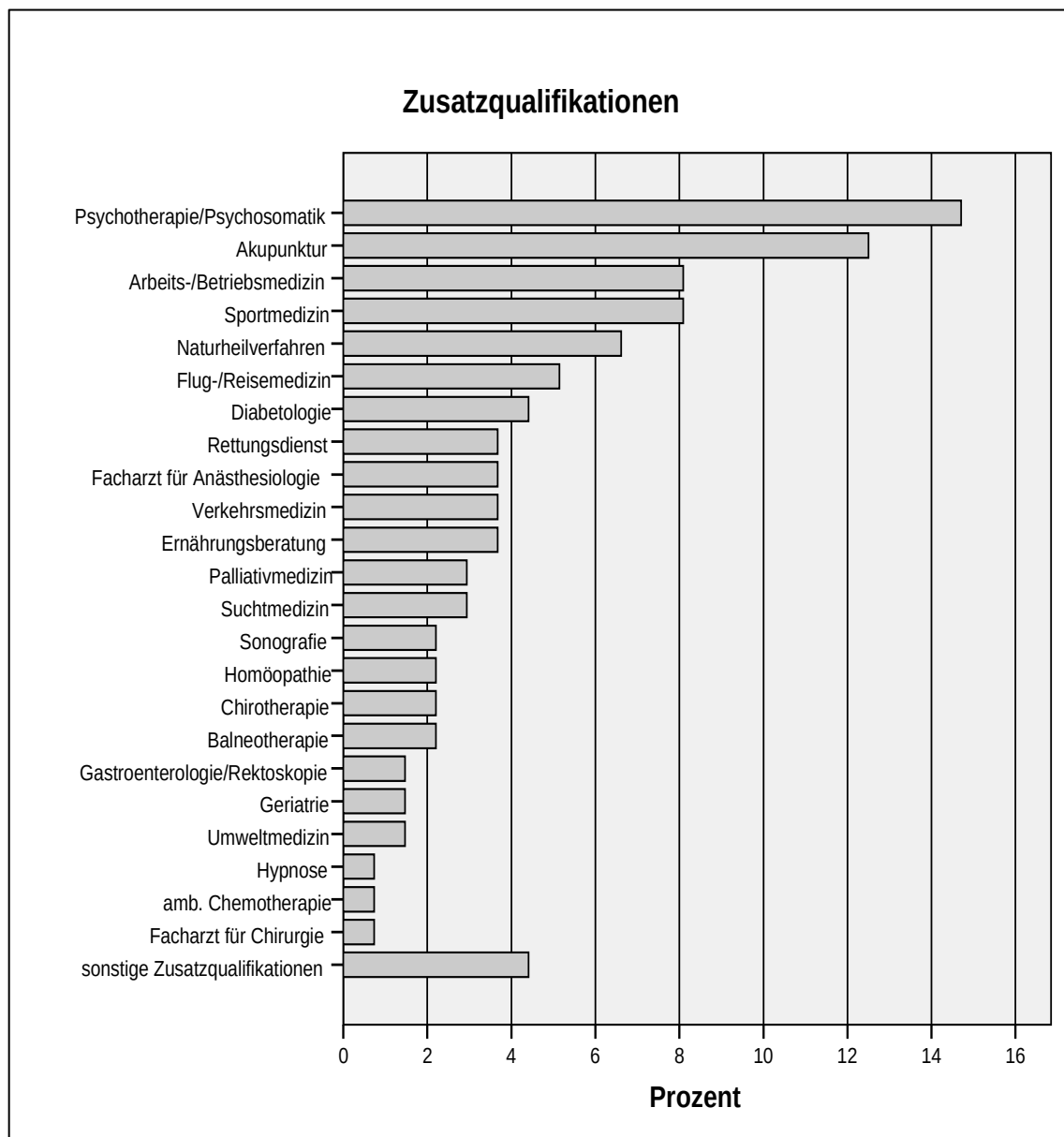


Abb. 4.6 Ärztliche Zusatzqualifikationen

4.2.2 Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)

Fast 80% (n=83) der befragten Ärzte (n=105) gaben an, ihren Patienten Individuelle Gesundheitsleistungen anzubieten (vgl. Tab. 4.3). Fehlenden Antworten gab es keine.

Tab. 4.3 IGeL-Leistungen

	Häufigkeit	Prozent
trifft zu	83	79,0
trifft nicht zu	22	21,0
Gesamt	105	100,0

Bezogen auf das Geschlecht ergaben sich nur geringe Unterschiede. Die Ärztinnen (n=29) gaben in 83,9% (n=24) der Fälle an, Individuelle Gesundheitsleistungen anzubieten, bei den befragten Ärzten (n=70) traf dies in 76,7% (n=54) der Fälle zu.

Unter den einzelnen Facharztgruppen zeigte sich folgendes Bild (vgl. Abb. 4.7). Während die Allgemeinmediziner zu 83,1% (n=54) angaben, Individuelle Gesundheitsleistungen anzubieten, betrug der Anteil unter den Praktischen Ärzten 78,6% (n=11) und unter den Internisten 69,2% (n=18).

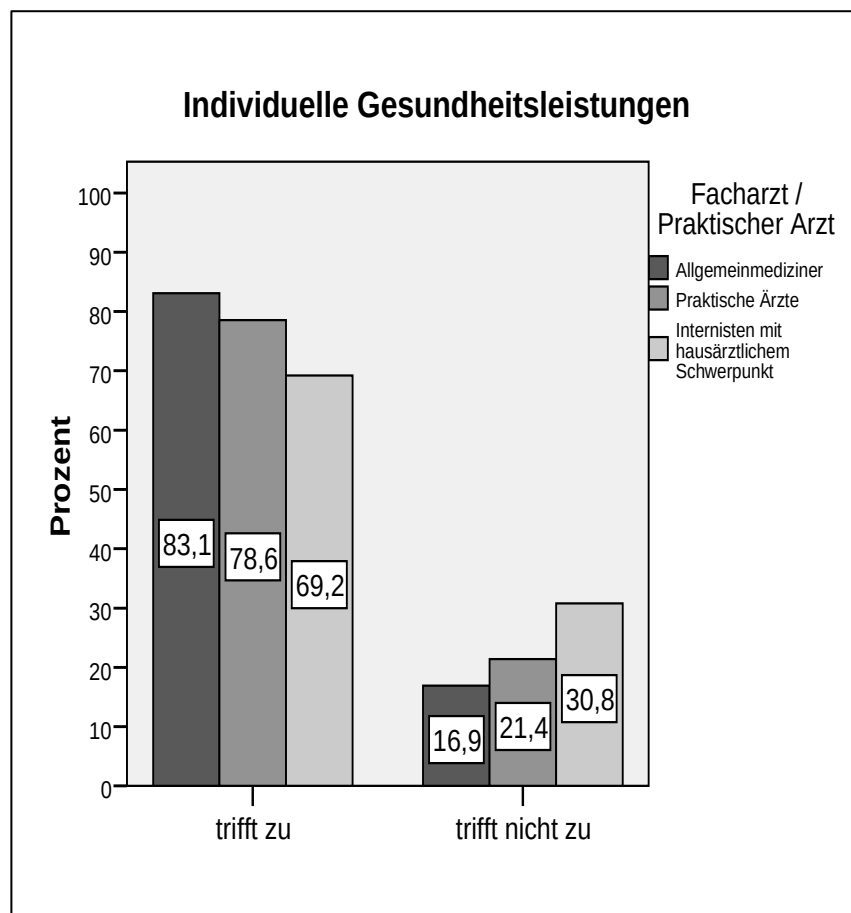


Abb. 4.7 Individuelle Gesundheitsleistungen nach Facharztgruppen betrachtet

Weiterhin wurde nach der Art der IGeL-Leistungen gefragt. Die hiervon betroffenen Mediziner (n=83) konnten dazu eine in dem Fragebogen integrierte Vorauswahl entsprechend

markieren oder im Freitextfeld zusätzliche Leistungen eintragen. Das Ergebnis ist in Abbildung 4.8 zu sehen.

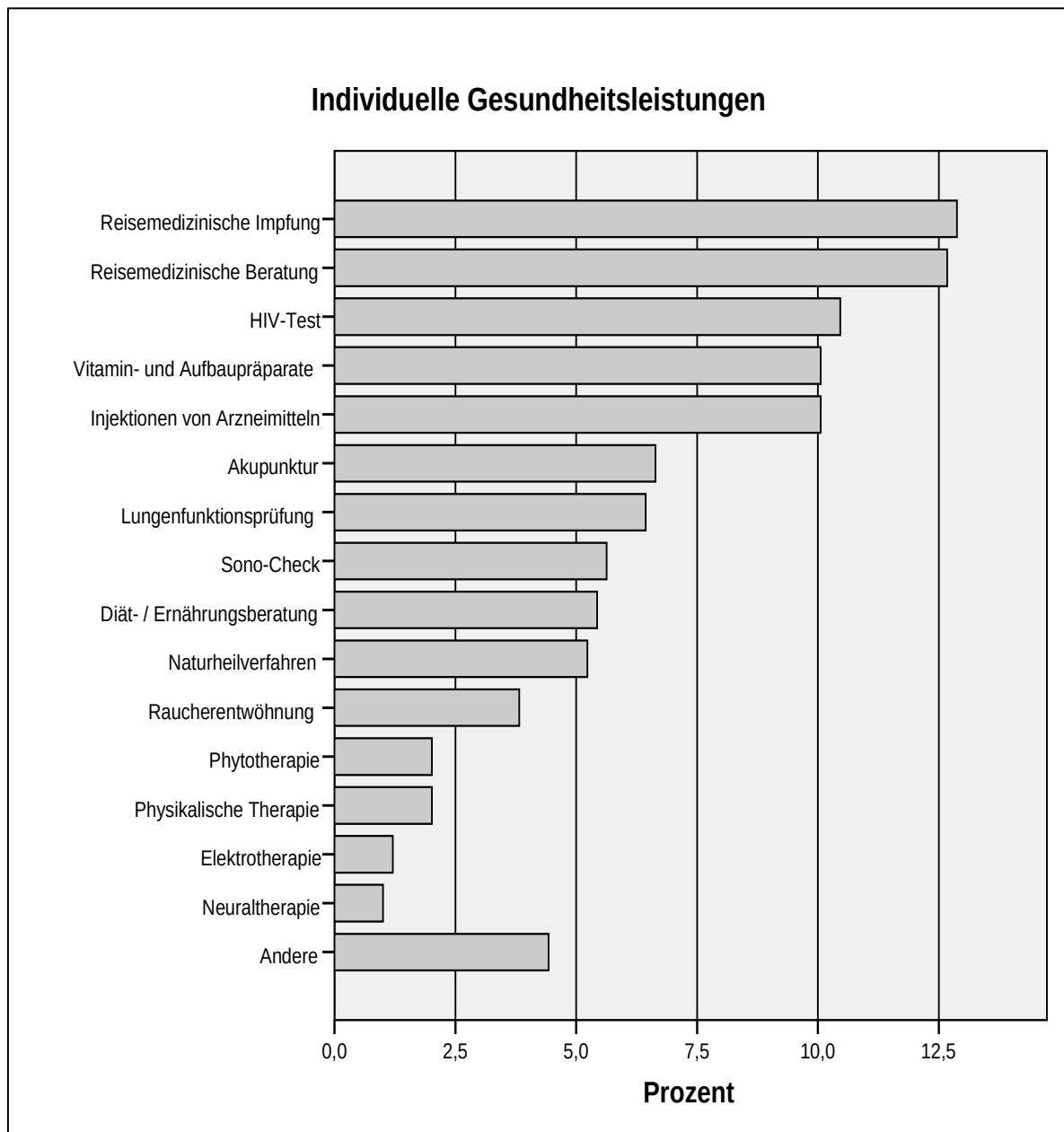


Abb. 4.8 Individuelle Gesundheitsleistungen

Die Prozentzahlen in diesem Diagramm beziehen sich dabei auf die Anzahl der Gesamtnennungen (n=497). Die beiden am häufigsten genannten Individuellen Gesundheitsleistungen waren die reisemedizinische Impfung mit 12,9% (n=64) und die reisemedizinische Beratung mit 12,7% (n=63). An dritter Stelle stand der HIV-Test (außerhalb des GKV-Leistungskataloges) mit 10,5% (n=52). Danach folgten die Verabreichung von Vitamin- und Aufbaupräparaten (10,1% n=50) sowie die Injektionen von

Arzneimitteln außerhalb des GKV-Leistungsspektrums (10,1%, n=50). 6,6% (n=33) der Nennungen fielen auf das Angebot von Akupunktur und 6,4% (n=32) auf die Lungenfunktionsprüfung. 28 Ärzte boten einen „Sono-Check“ an (5,6%), weitere 27 eine Diät- oder Ernährungsberatung (5,4%). 5,2% (n=26) der genannten Leistungen lagen im Bereich Naturheilverfahren. Bezogen auf alle Ärzte der Stichprobe (n=105) wurden die reisemedizinische Beratung und die reisemedizinische Impfung, als häufigste Individuelle Gesundheitsleistungen, jeweils von etwa 60% der Hausärzte angeboten. Selbst Naturheilverfahren, die an zehnter Stelle in der Häufigkeitsverteilung stehen, wurden noch von ca. 25% der Hausärzte angeboten.

4.2.3 EDV-System

Auf die Frage, ob die Hausärzte ein EDV-System in ihrer Praxis einsetzen, antworteten die Befragten nahezu ausnahmslos mit „ja“ (vgl. Tab. 4.4). 98,1% (n=102) gaben demnach an, ein EDV-System zu nutzen. Eine Person verweigerte die Antwort hierauf.

Tab. 4.4 Nutzungshäufigkeit von EDV-Systemen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	trifft zu	102	97,1	98,1
	trifft nicht zu	2	1,9	1,9
	Gesamt	104	99,0	100,0
Fehlend	Antwort verweigert	1	1,0	
Gesamt		105	100,0	

Im Folgenden wurden die Hausärzte gefragt, welchen Verwendungszweck ihr EDV-System hat. Die Ergebnisse sind in Abbildung 4.9 zu sehen. Die angegebenen Prozentzahlen beziehen sich hierbei auf die Ärzte, die ein EDV-System verwenden (n=102). Von dieser Gruppe setzten alle 102 Personen das EDV-System zur Stammdatenverwaltung und zur Abrechnung bzw. ICD-Verschlüsselung ein. 96,1% (n=98) der Ärzte verwendeten dieses des Weiteren, um Formularvorlagen zu verwalten. 69,6% (n=71) gebrauchten ihre EDV-Systeme, um Patientenakten elektronisch zu verwalten. Lediglich 9,8% (n=10) verwendeten ihre elektronische Datenverarbeitung dafür, um potenzielle Patienten für Individuelle Gesundheitsleistungen zu ermitteln.

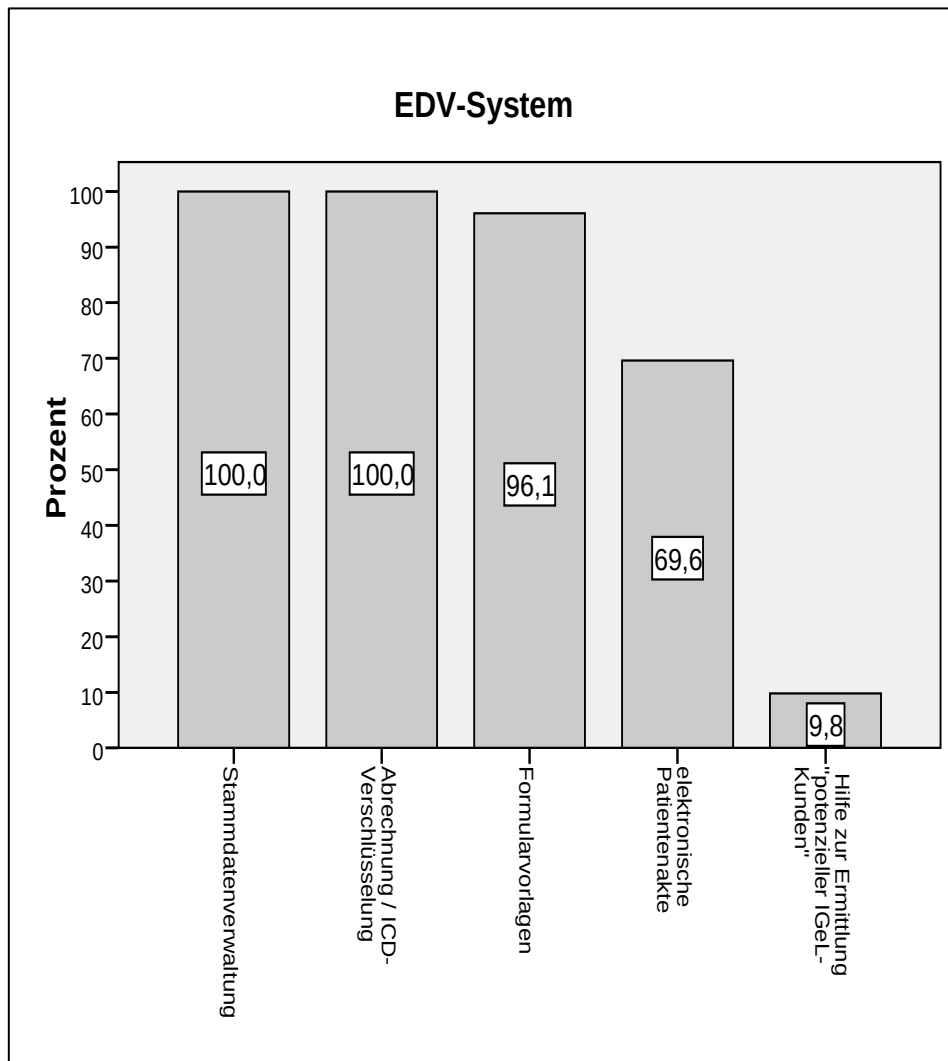


Abb. 4.9 Anwendungsgebiete der eingesetzten EDV-Systeme

Die Angaben zur EDV-Nutzung ergaben, bezogen auf das Geschlecht, ein relativ homogenes Bild. Nur bei der Frage nach der Nutzung zur Ermittlung potenzieller „IGeL-Kunden“ ergab sich eine Differenz. Hier gaben die Frauen mit 13,8% (n=4) eine häufigere Nutzung an als ihre männlichen Kollegen mit 8,3% (n=6).

Die Nutzungshäufigkeiten nach der Facharzttrichtung betrachtet zeigten, abgesehen von der Stammdatenverwaltung und der Abrechnung bzw. ICD-Verschlüsselung, die immer angegeben wurden, folgende Unterschiede. Elektronische Patientenakten wurden von 91% (n=11) der befragten Praktischen Ärzte eingesetzt und von 80% (n=20) der Internisten mit hausärztlichem Schwerpunkt. Unter den befragten Allgemeinmedizinerinnen setzten dagegen nur 61,5% (n=40) elektronische Patientenakten ein. Auch die Frage nach der Nutzung des EDV-Systems zur Selektion von potenziellen „IGeL-Kunden“ wies Unterschiede auf. So gaben die Praktischen Ärzte in 25% (n=3) der Fälle eine derartige Verwendung an. Unter den befragten

Internisten traf dies bei 16% (n=4) und unter den Allgemeinmedizinerinnen bei nur 4,6% (n=3) zu. Die Verwendung des EDV-Systems für elektronische Formularvorlagen war hingegen relativ homogen verteilt. 100% (n=25) der Internisten, 95,4% (n=62) der Allgemeinmediziner und 91,7% (n=11) der Praktischen Ärzte gaben eine derartige Nutzung an.

Auch in Hinblick auf die unterschiedlichen Altersgruppen ergaben sich zum Teil differenzierte Antworthäufigkeiten. Unterteilt man die Stichprobe in zwei Gruppen, bei der eine Gruppe Ärzte bis zum 50. Lebensjahr enthält (n=41), und die Zweite Ärzte ab 51 Jahren (n=56), zeigt sich folgende Verteilung der Antworten (vgl. Tab. 4.5). Insgesamt erschienen die Gruppen größtenteils homogen, jedoch bei der Frage nach der Nutzung zur Ermittlung potenzieller „IGeL-Kunden“ gaben die Ärzte ab 51 Jahren eine häufigere Verwendung mit 14,3% (n=8) an als die Ärzte bis zum vollendeten fünfzigsten Lebensjahr (4,9%, n=2).

Tab. 4.5 Anwendungsgebiete der eingesetzten EDV-Systeme nach Altersgruppierungen betrachtet

	Altersgruppierung			
	bis 50 Jahre		über 50 Jahre	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Stammdatenverwaltung	41	100,0%	56	100,0%
Abrechnung/ICD-Verschlüsselung	41	100,0%	56	100,0%
Formularvorlagen	39	95,1%	54	96,4%
elektronische Patientenanakte	32	78,0%	36	64,3%
Hilfe zur Ermittlung potentieller "IGeL-Kunden"	2	4,9%	8	14,3%

4.2.4 Recall-System

Auf die Frage, ob die Hausärzte in ihren Praxen Recall-Systeme einsetzen, antworteten 25% (n=26) mit „ja“. Der überwiegende Teil der befragten Personen (n=75) gab an, dass er kein Recall-System verwendet (vgl. Abb. 4.10). Eine Person gab keine Antwort auf diese Frage. Der Anteil der befragten Frauen, der ein Recall-System verwendet, lag mit 30% (n=9) etwas höher als der Anteil unter den Männern, der bei 21,9% (n=16) liegt.

Nach den Facharztgruppen differenziert, zeigten sich folgende Nutzungshäufigkeiten. Die Internisten mit hausärztlichem Schwerpunkt (28%, n=7) und die Praktischen Ärzte (28,6%, n=4) gaben mit ähnlichen Häufigkeiten die Nutzung eines Recall-Systems an. Unter den Allgemeinmedizinerinnen war der Anteil mit 23,1% (n=15) geringfügig niedriger.

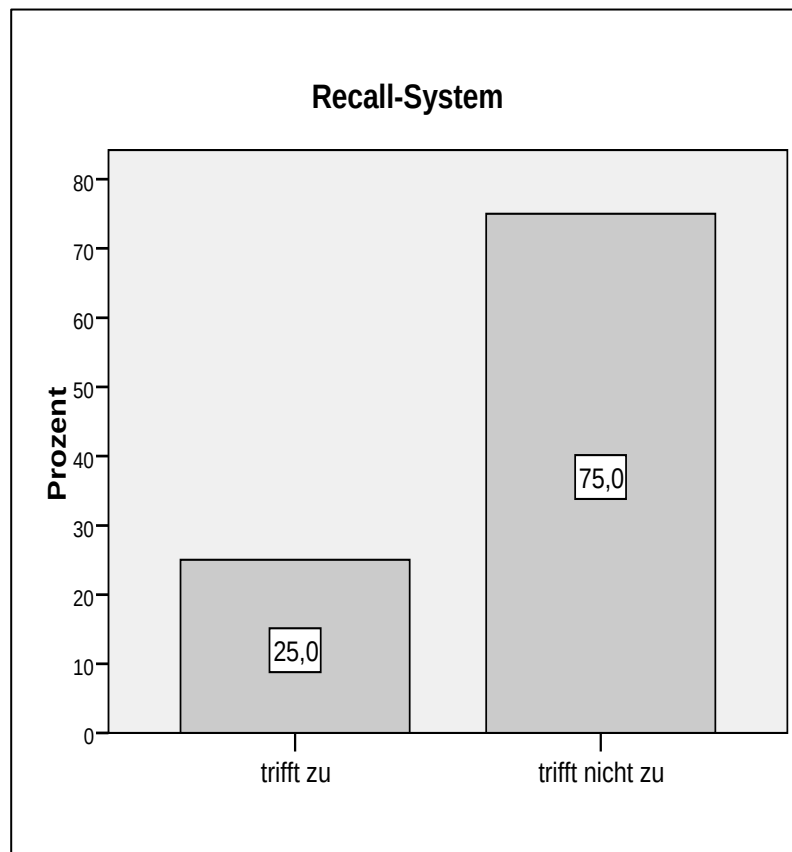


Abb. 4.10 Verwendung vom Recall-Systemen

Wird der Einsatz von Recall-Systemen in den unterschiedlichen Praxisformen betrachtet, zeigte sich folgendes Bild (vgl. Tab. 4.6). Von den Ärzten, die in Einzelpraxen tätig sind (n=50), setzten 28% (n=14) Recall-Systeme ein. Ärzte in Gemeinschaftspraxen (n= 46), von denen 45 eine Auskunft erteilten, verwendeten zu 24,4% (n=11) ein Recall-System. Unter den Medizинern, die in Ärztehäusern arbeiteten (n=4), waren es 25% (n=1). Von den in Praxisgemeinschaften tätigen Ärzten (n=4) verwendete hingegen niemand ein Recall-System.

Tab. 4.6 Verwendung von Recall-Systemen nach Praxisformen betrachtet

		Praxisform							
		Einzelpraxis		Gemeinschaftspraxis		Ärztehaus		Praxisgemeinschaft	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
IT-gestütztes Recall-System	trifft zu	14	28,0%	11	24,4%	1	25,0%	0	0,0%
	trifft nicht zu	36	72,0%	34	75,6%	3	75,0%	4	100,0%

Diejenigen Ärzte, die ein Recall-System verwendeten (n=26), wurden gefragt, auf welchem Weg sie ihre Patienten erinnern. Das Ergebnis ist in Tabelle 4.7 zu sehen.

Tab. 4.7 Art des Recall-Systems

		Antworten	
		Anzahl	Prozent der Fälle
Recall-System	Erinnerung per Brief	10	38,5%
	Erinnerung per Telefon	22	84,6%
	Erinnerung per E-Mail	3	11,5%
Gesamt		35	134,6%

Demnach erinnerten 38,5% (n=10) ihre Patienten durch ein Anschreiben, 84,6% (n=22) durch einen Telefonanruf und 11,5% (n=3) durch eine E-Mail an Impftermine, regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen und ähnliches.

4.2.5 Praxishomepage

Eine weitere Frage an die Hausärzte der Stadt Aachen betraf die Einrichtung einer Praxishomepage. Etwa 1/3 (n=34) aller befragten Ärzte gaben an, eine Praxishomepage zu besitzen (vgl. Abb. 4.11). Die Mehrheit von 67,3% (n=70) hatte demnach keine Homepage ihrer eigenen Praxis. Eine Person verweigerte die Antwort hierauf.

Unter den befragten Frauen lag der Anteil, der eine Praxishomepage eingerichtet hat, mit 23,3% (n=7) niedriger als der Anteil unter den Männern, der bei 37% (n=27) liegt (vgl. Tab. 4.8).

Tab. 4.8 Praxishomepage nach dem Geschlecht betrachtet

		Geschlecht			
		weiblich		männlich	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Praxishomepage	trifft zu	7	23,3%	27	37,0%
	trifft nicht zu	23	76,7%	46	63,0%

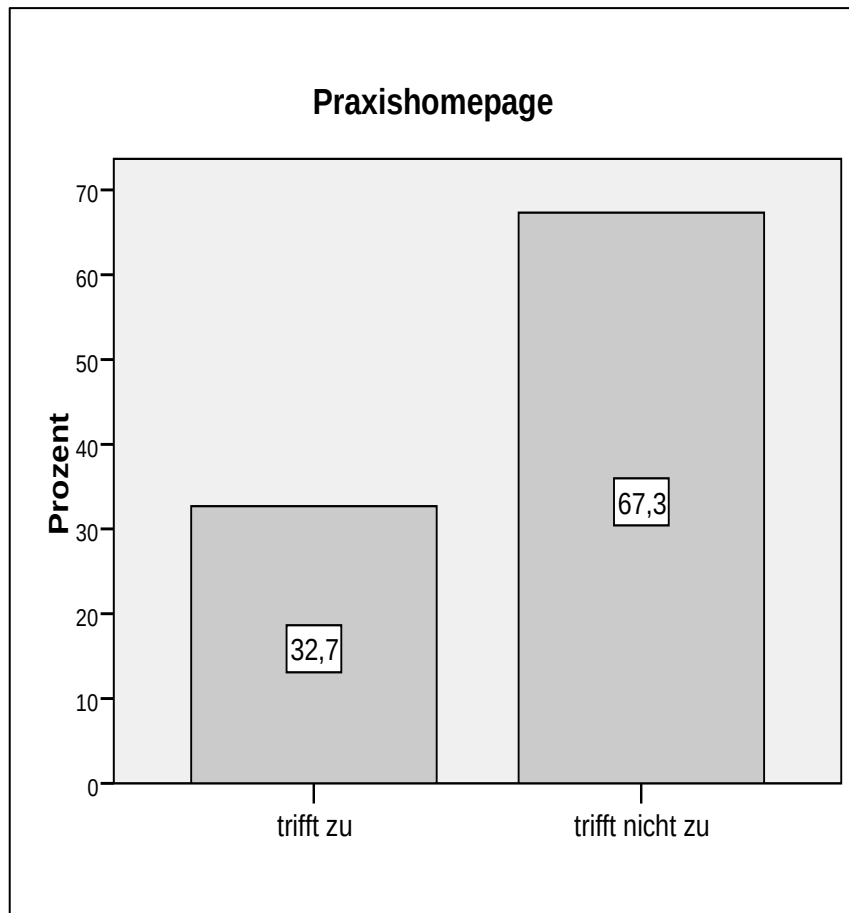


Abb. 4.1 Praxishomepage

Im Hinblick auf die unterschiedlichen Facharztgruppen ergab sich folgende Verteilung (vgl. Tabelle 4.9).

Tab. 4.9 Praxishomepage nach Facharztgruppen betrachtet

		Praxishomepage			
		trifft zu		trifft nicht zu	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Facharzt / Praktischer Arzt	Allgemeinmediziner	22	33,8%	43	66,2%
	Praktische Ärzte	5	35,7%	9	64,3%
	Internisten mit hausärztlichem Schwerpunkt	7	28,0%	18	72,0%

Während die befragten Internisten in 28% (n= 18) der Fälle eine Praxishomepage besaßen, waren es unter den Allgemeinmediziner 33,8% (n=22) und unter den Praktischen Ärzten 35,7% (n=5).

Wird das Alter der Hausärzte zugrunde gelegt, zeigte sich folgendes Ergebnis. Unter den Ärzten, die 51 Jahre oder älter waren ($n=57$), hatten 23,2% ($n=13$) eine Praxishomepage (vgl. Abb. 4.12). Eine Person aus dieser Altersgruppe gab keine Antwort hierauf.

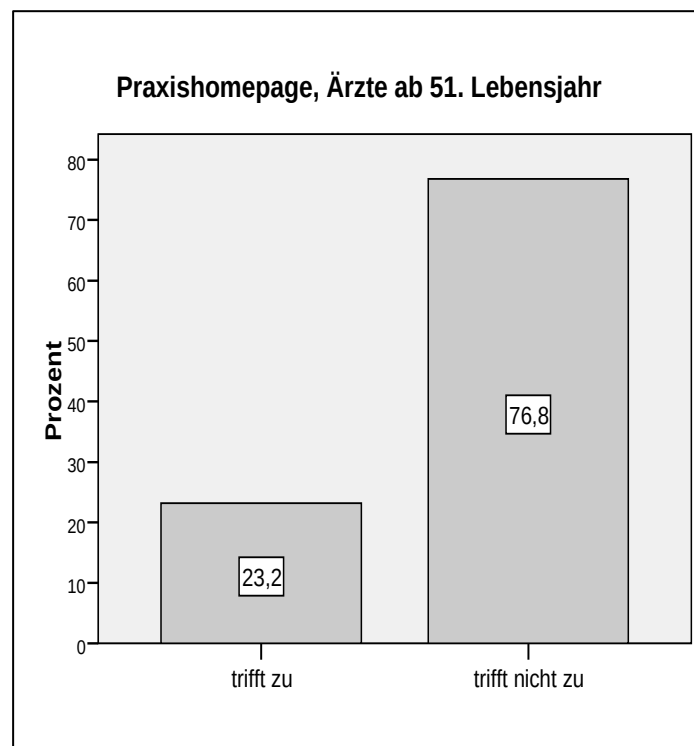


Abb. 4.12 Praxishomepage unter Hausärzten ab 51 Jahren

Unter den befragten Personen bis zum 50. Lebensjahr ($n=42$) gaben hingegen 50% ($n=21$) an, eine Praxishomepage zu besitzen (vgl. Abb. 4.13).

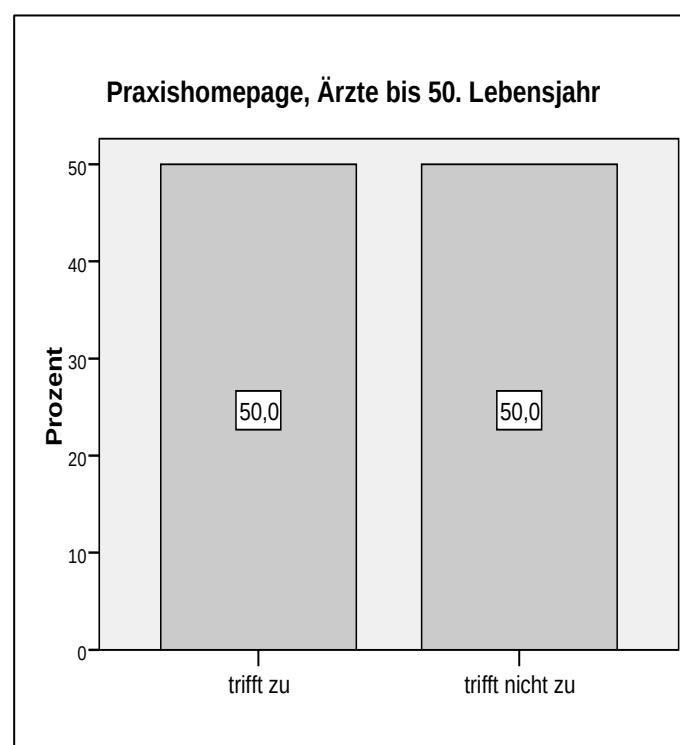


Abb. 4.13 Praxishomepage unter Hausärzten bis zum 50. Lebensjahr

4.2.6 Nutzung des Internets zur Patientenbetreuung

Danach wurden die Personen der Stichprobe gefragt, ob sie das Internet zur Kommunikation mit ihren Patienten nutzen. Dies bestätigten nur 21,2% (n=22). Der Großteil der Befragten (78,8%, n=82) nutzte das Internet demnach nicht zur Patientenbetreuung (vgl. Abb. 4.14). Eine Person gab keine Antwort auf die Frage.

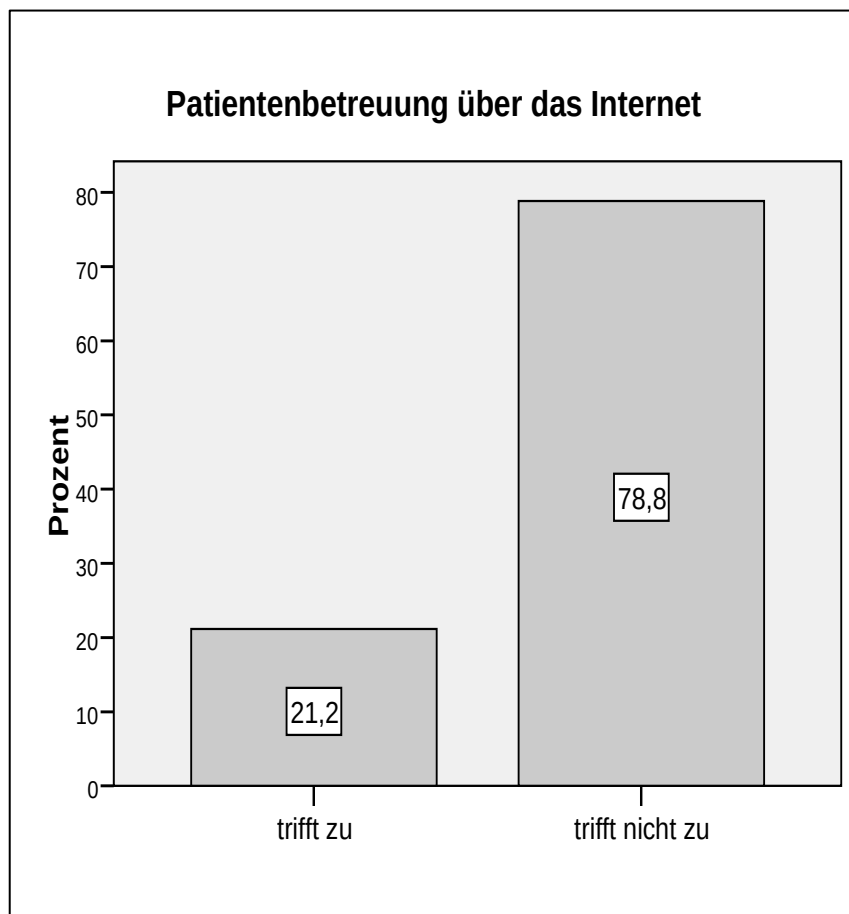


Abb. 4.14 Patientenbetreuung über das Internet

Nach dem Geschlecht differenziert lagen folgende Antwortenverteilung vor (vgl. Tab. 4.10). Während die befragten Männer in ca. 1/4 der Fälle (n=18) das Internet hierfür nutzten, lag der Anteil unter den Frauen bei nur 10% (n=3).

Tab. 4.10 Patientenbetreuung über das Internet nach dem Geschlecht betrachtet

		trifft zu		trifft nicht zu	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Geschlecht	weiblich	3	10,0%	27	90,0%
	männlich	18	24,7%	55	75,3%

Auch unter den verschiedenen Facharztgruppen gibt es unterschiedliche Angaben hierzu (vgl. Abb. 4.15). Am häufigsten gaben die Praktischen Ärzte an, das Internet als Medium zur Patientenbetreuung zu verwenden. In dieser Gruppe lag der Anteil bei 35,7% (n=5). An zweiter Stelle lagen die Internisten mit 24% (n=6). Am seltensten wurde das Internet hierfür von den Allgemeinmediziner genutzt. In jener Gruppe lag der Anteil bei nur 16,9% (n=11).

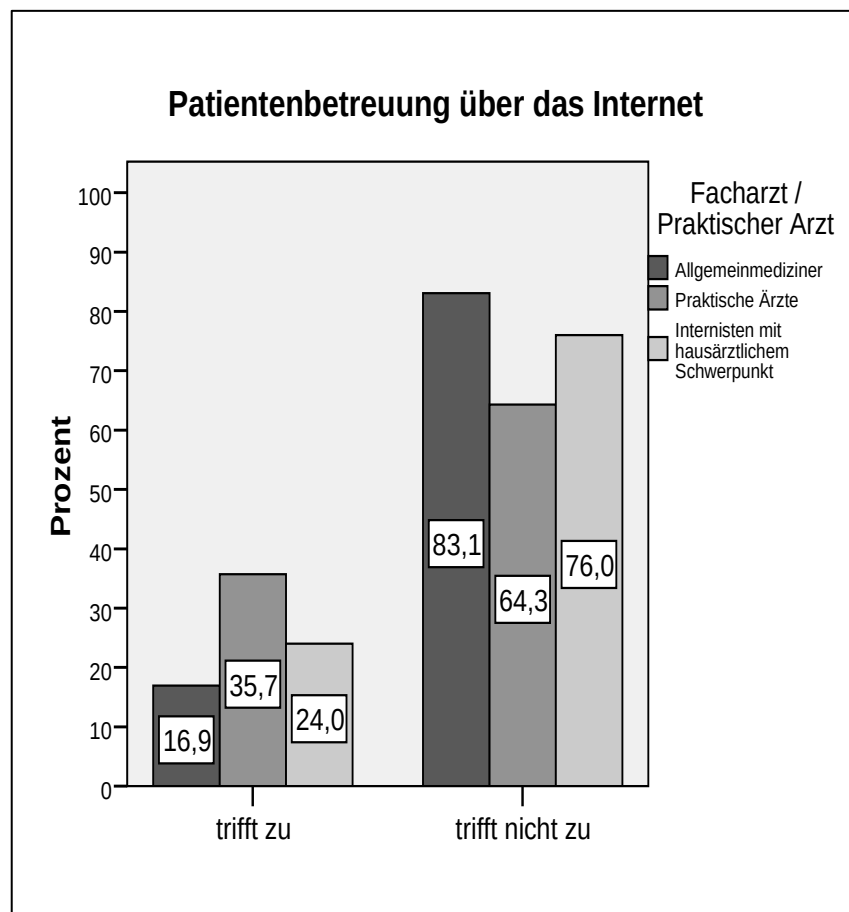


Abb. 4.15 Patientenbetreuung über das Internet nach Facharztgruppen betrachtet

Wird die Stichprobe nach den Praxisformen der Hausärzte separat betrachtet, zeigte sich folgende Verteilung (vgl. Tab. 4.11). Sowohl in Einzelpraxen als auch in Gemeinschaftspraxen liegt der Anteil bei 20%, der das Internet zur Patientenbetreuung nutzt.

Tab 4.11 Betreuung der Patienten über das Internet nach Praxisformen betrachtet

		trifft zu		trifft nicht zu	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Praxisform	Einzelpraxis	10	20,0%	40	80,0%
	Gemeinschaftspraxis	9	20,0%	36	80,0%
	Ärztehaus	1	25,0%	3	75,0%
	Praxisgemeinschaft	2	50,0%	2	50,0%

Die befragten Ärzte bis zum 50. Lebensjahr nutzten das Internet häufiger zur Patientenbetreuung als die Ärzte ab 51 Jahren. Sie gaben nur zu 15,8% (n=9) an, hierüber ihre Patienten zu betreuen, während ihre jüngeren Kollegen dies zu 26,2% (n=11) taten.

Anschließend wurden diejenigen Ärzte, die das Internet zur Kommunikation mit ihren Patienten nutzen (n=22), gefragt, auf welche Weise dies geschehe. Dazu konnten sie angeben, ob sie es zur Terminvergabe, zur Rezeptanfrage oder als E-Mail-gestütztes Recall-System verwenden. Alternativ konnten sie das Feld „Sonstiges“ ankreuzen. Mehrfachnennungen waren möglich.

42,9% (n=9) derer, die das Internet hierfür nutzten, verwendeten es für Rezeptanfragen ihrer Patienten. 14,3% (n=3) gebrauchten das Internet als Recall-System. Bei 9,5% (n=2) der Befragten, die das Internet nutzen, waren Terminvergaben hierüber möglich. Der Großteil (66,7%, n=14) gab als Nutzungsfeld „Sonstiges“ an (vgl. Tab. 4.12)

Tab. 4.12 Patientenbetreuung über das Internet - Nutzungswege

	Antworten		Prozent der Fälle
	Anzahl	Prozent	
Terminvergabe	2	7,1%	9,5%
Rezeptanfrage	9	32,1%	42,9%
Recall-System	3	10,7%	14,3%
Sonstiges	14	50,0%	66,7%
Gesamt	28	100,0%	133,3%

4.2.7 Patientenbefragungen

Mit 71,2% (n=74) gab die Mehrheit der befragten Ärzte an, keine Patientenbefragungen in ihrer Praxis durchzuführen. Nur 28,8% (n=30) gaben an, Patientenbefragungen bezüglich deren Zufriedenheit durchzuführen (vgl. Abb. 4.16). Weiterhin gab es eine fehlende Antwort auf diese Frage.

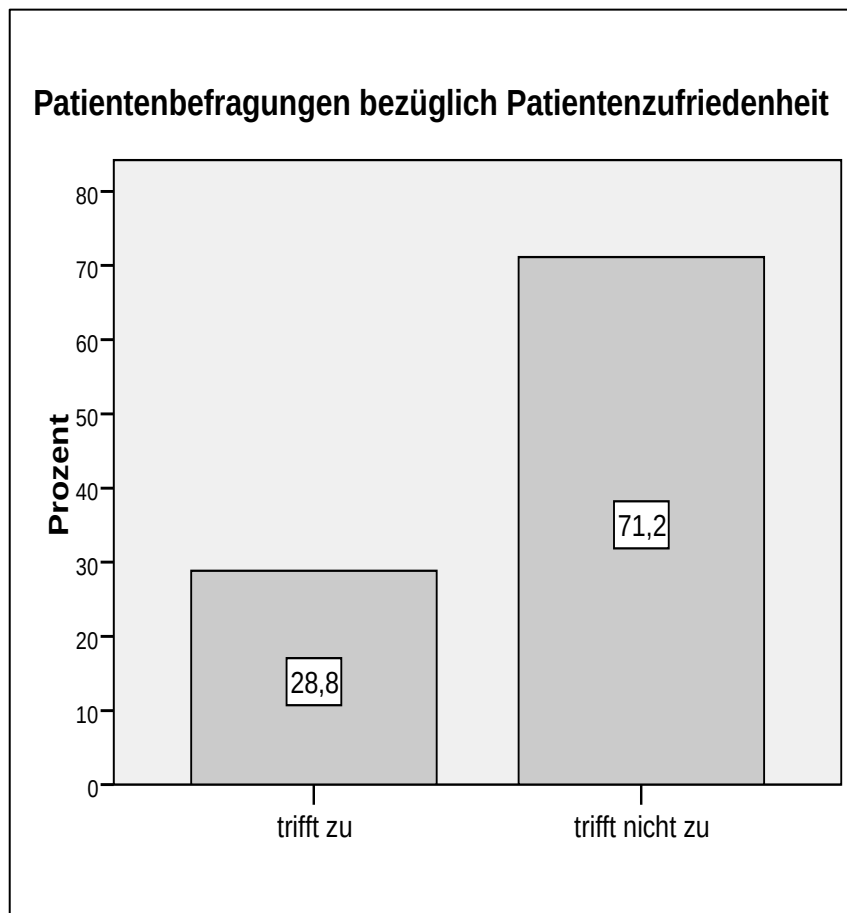


Abb. 4.16 Durchführung von Patientenbefragungen

Nach dem Geschlecht unterscheidend, ergab sich eine relativ einheitliche Antwortenstruktur. So gaben unter den Frauen 30% (n=9) und unter den Männern 28,8% (n=21) an, Patientenbefragungen durchzuführen.

Unter den verschiedenen Facharztgruppen zeigte sich ein weniger homogenes Bild. Während die Allgemeinmediziner nur in 24,6% (n=16) der Fälle Patientenbefragungen durchführten, lag der Anteil unter den Internisten bei 32% (n=8). Am häufigsten wurden Patientenbefragungen in den Praxen der Praktischen Ärzte durchgeführt. Diese bestätigten zu 42,9% (n=6), die Zufriedenheit ihrer Patienten schriftlich zu erfassen (vgl. Abb. 4.17).

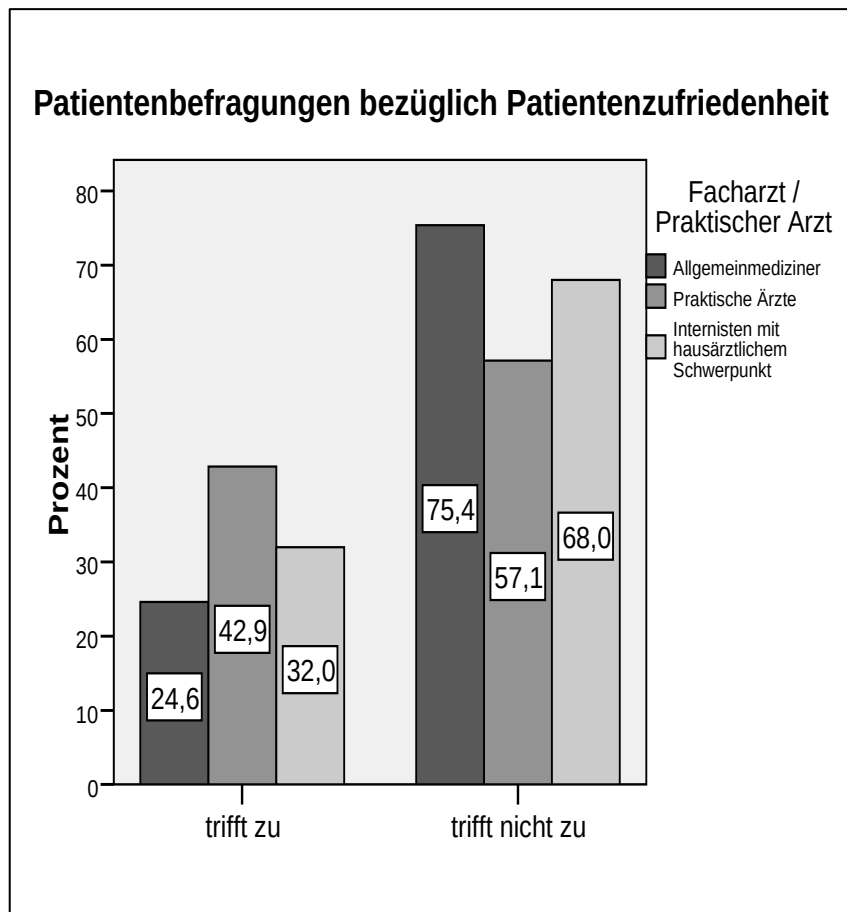


Abb. 4.17 Durchführung von Patientenbefragungen nach Facharztgruppen betrachtet

In den unterschiedlichen Altersgruppen ergab sich hingegen wieder ein einheitlicheres Bild. Die Ärzte in der Gruppe bis zum 50. Lebensjahr führten mit 33,3% (n=14) etwas häufiger Patientenbefragungen durch als die Kollegen ab dem 51. Lebensjahr, die dies in 26,8% (n=15) der Fälle taten.

Auch in den unterschiedlichen Praxisformen war das Ergebnis weitgehend homogen. Während in den Ärztehäusern, den Praxisgemeinschaften und den Einzelpraxen Patientenbefragungen in etwa jeweils zu 25% angegeben wurden, lag die Häufigkeit in den Gemeinschaftspraxen mit 33,3% (n=15) etwas höher (vgl. Tab. 4.13).

Tab 4.13 Durchführung von Patientenbefragungen nach Praxisformen betrachtet

		trifft zu		trifft nicht zu	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Praxisform	Einzelpraxis	13	26,0%	37	74,0%
	Gemeinschaftspraxis	15	33,3%	30	66,7%
	Ärztehaus	1	25,0%	3	75,0%
	Praxisgemeinschaft	1	25,0%	3	75,0%

4.2.8 Patientenschulungen

Mit 67,3% (n=70) gab die Mehrheit der befragten niedergelassenen Mediziner an, Patientenschulungen bei chronischen Erkrankungen anzubieten (vgl. Abb. 4.18). Lediglich eine Person gab keine Antwort auf die Frage.

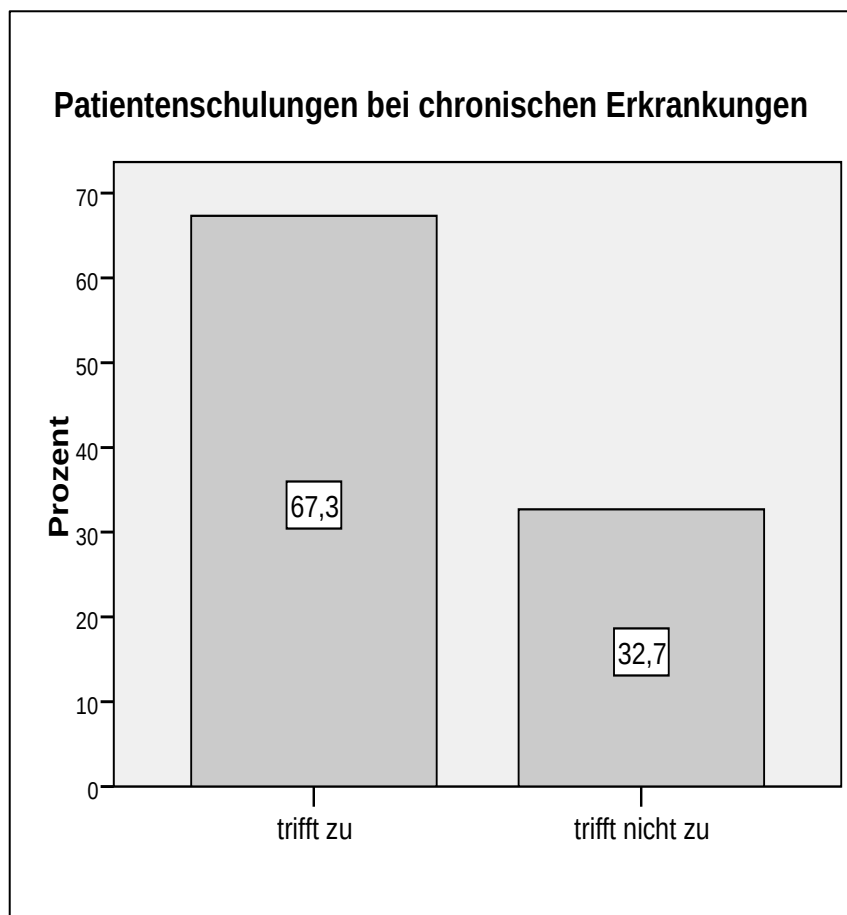


Abb. 4.18 Patientenschulungen bei chronischen Erkrankungen

Nach dem Geschlecht differenziert betrachtet, ergab sich eine einheitliche Verteilung. 70% (n=21) der Frauen und 65,8% (n=48) der Männer boten Patientenschulungen an.

Wird die Angabe von Patientenschulungen nach den Facharzttrichtungen betrachtet, zeigte sich folgendes Ergebnis (vgl. Tab. 4.14). Die befragten Praktischen Ärzte boten mit 57,1% (n=8) am seltensten Patientenschulungen an. Unter den Allgemeinmediziner der Studie gaben 66,2% (n=43) an, Schulungen mit chronisch kranken Patienten durchzuführen und unter den befragten Internisten lag der Anteil bei 76% (n=19).

Tab. 4.14 Patientenschulungen bei chronischen Erkrankungen nach Facharztgruppen betrachtet

		trifft zu		trifft nicht zu	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Facharzt / Praktischer Arzt	Allgemeinmediziner	43	66,2%	22	33,8%
	Praktischer Ärzte	8	57,1%	6	42,9%
	Internisten mit hausärztlichem Schwerpunkt	19	76,0%	6	24,0%

Auch unter den unterschiedlichen Praxisformen, in denen die befragten Hausärzte tätig sind, zeigten sich leichte Antwortdifferenzen. So gaben alle Ärzte, die in anderen Praxisformen tätig sind, häufiger an, Patientenschulungen durchzuführen, als Mediziner, die in Einzelpraxen arbeiten (vgl. Abb. 4.19).

In den beiden Altersgruppen zeigte sich, dass die Ärzte bis zum 50. Lebensjahr etwas seltener Patientenschulungen anboten (64,3%, n=27) als Hausärzte ab dem 51. Lebensjahr (71,4% n=40).

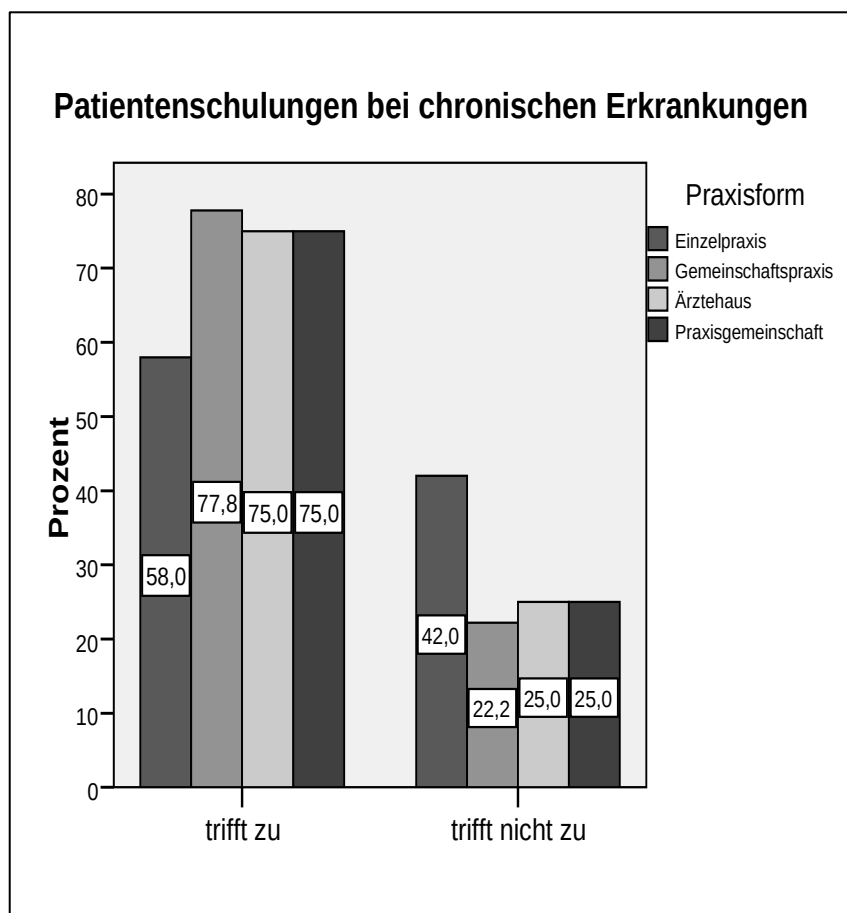


Abb. 4.19 Patientenschulungen bei chronischen Erkrankungen nach Praxisformen betrachtet

4.2.9 Teambesprechungen

Die Frage, ob regelmäßige praxisinterne Teambesprechungen im Rahmen des Qualitätsmanagements durchgeführt wurden, bestätigten 82,7% (n=86) der befragten Hausärzte (vgl. Abb. 4.20). Eine Person verweigerte die Antwort hierauf.

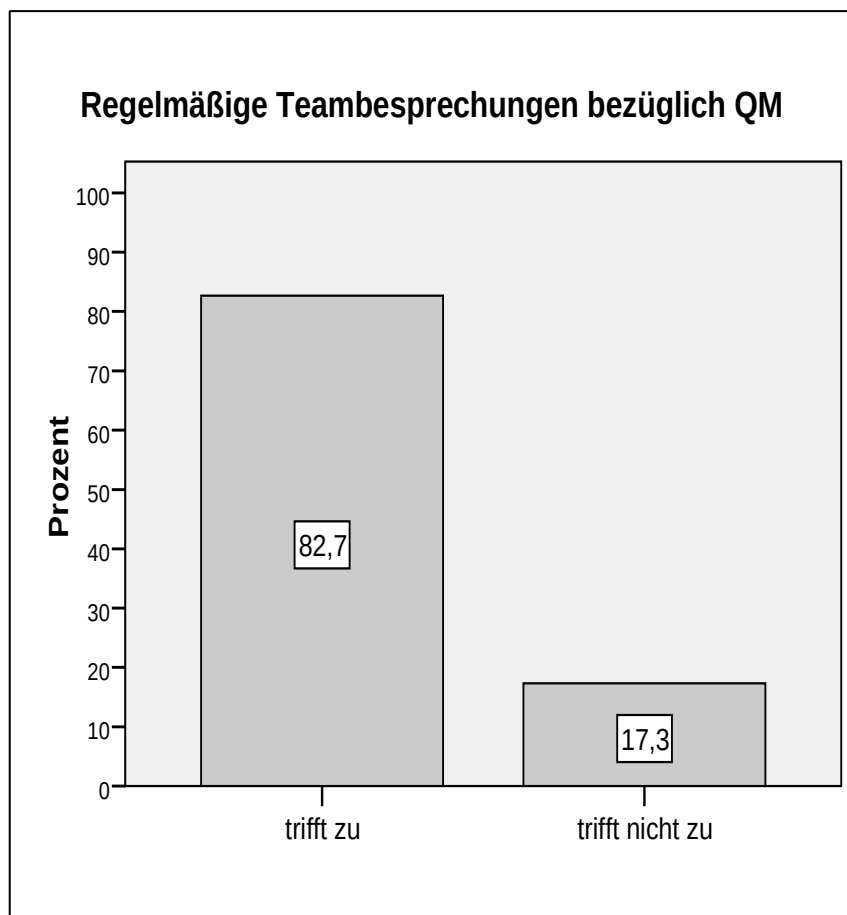


Abb. 4.20 Regelmäßige Teambesprechungen in Arztpraxen zum Thema QM

Frauen gaben mit 90% (n=27) häufiger an, regelmäßig Teambesprechungen durchzuführen, als ihre männlichen Kollegen mit 79,5% (n=58).

Die verschiedenen Fachärzte gaben mit ähnlichen Häufigkeiten an, Teambesprechungen durchzuführen (vgl. Tab. 4.15). Unter den Allgemeinmedizinerinnen waren es 81,5% (n=53), unter den Praktischen Ärztinnen 85,7% (n=12) und unter den Internistinnen mit hausärztlichem Schwerpunkt 84% (n=21).

Tab. 4.15 Regelmäßige Teambesprechungen in Arztpraxen zum Thema QM nach Facharztgruppen betrachtet

		trifft zu		trifft nicht zu	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Facharzt / Praktischer Arzt	Allgemeinmediziner	53	81,5%	12	18,5%
	Praktische Ärzte	12	85,7%	2	14,3%
	Internisten mit hausärztlichem Schwerpunkt	21	84,0%	4	16,0%

Unter den verschiedenen Praxisformen, in denen die befragten Hausärzte tätig sind, fällt auf, dass alle vier Ärzte, die in Ärztehäusern arbeiten, regelmäßig Teambesprechungen zum Thema Qualitätsmanagement durchführten. In den Einzelpraxen lag der Anteil bei 82% (n=41) und unter den Ärzten in Gemeinschaftspraxen bei 84,4% (n=38). Die Ärzte, die in Praxisgemeinschaften tätig sind, gaben zu 75% (n=3) an, Teambesprechungen mit ihren Mitarbeitern durchzuführen (vgl. Tab. 4.16).

Tab. 4.16 Regelmäßige Teambesprechungen in Arztpraxen zum Thema QM nach Praxisformen betrachtet

		trifft zu		trifft nicht zu	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Praxisform	Einzelpraxis	41	82,0%	9	18,0%
	Gemeinschaftspraxis	38	84,4%	7	15,6%
	Ärztehaus	4	100,0%	0	0%
	Praxisgemeinschaft	3	75,0%	1	25,0%

Nach dem Alter differenziert zeigte sich folgende Verteilung. 85,7% (n=36) der Ärzte bis zum 50. Lebensjahr führten Teambesprechungen durch, während die Personen über 50 Jahre dies zu 80,4% (n=45) taten. Eine Person aus dieser Gruppe gab keine Antwort auf die Frage.

4.2.10 Zertifizierung im Bereich Qualitätsmanagement

Die Hausärzte der Stadt Aachen wurden gefragt, ob sie eine Zertifizierung im Bereich Qualitätsmanagement besitzen. Das bestätigten 25,2% (n=26) der Ärzte (vgl. Abb. 4.21). Zwei Personen gaben keine Antwort hierauf.

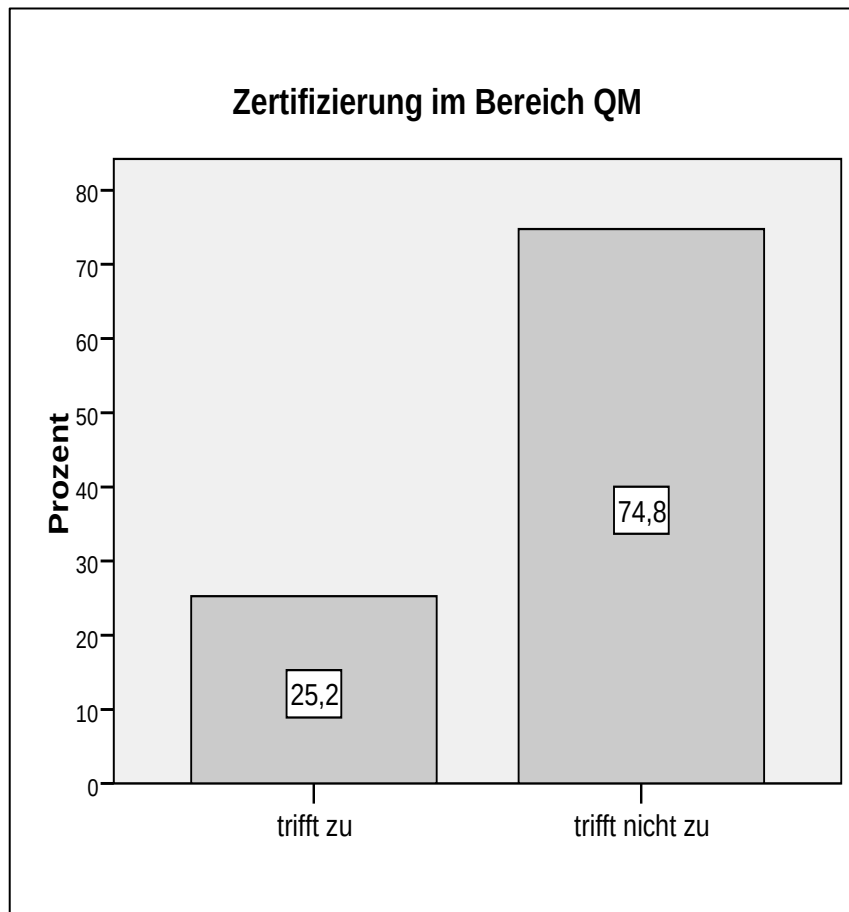


Abb. 4.21 Zertifizierung im Bereich QM

Unter den befragten Facharztgruppen gaben die Allgemeinmediziner mit 29,7% (n=19) am häufigsten an, ein Zertifikat erworben zu haben (vgl. Tab. 4.17). Unter den befragten Internisten lag dieser Anteil bei 20% (n=5). Am seltensten wiesen die befragten Praktischen Ärzte eine Zertifizierung im Bereich QM vor. Unter ihnen lag der Anteil bei 14,3% (n=2).

Tab. 4.17 Zertifizierung im Bereich QM

		trifft zu		trifft nicht zu	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Facharzt / Praktischer Arzt	Allgemeinmediziner	19	29,7%	45	70,3%
	Praktische Ärzte	2	14,3%	12	85,7%
	Internisten mit hausärztlichem Schwerpunkt	5	20,0%	20	80,0%

Ärztinnen gaben fast doppelt so häufig an (37,9%, n=11), QM-Zertifizierungen erworben zu haben, wie ihre männlichen Kollegen (19,2%, n=14) (vgl. Abb. 4.22).

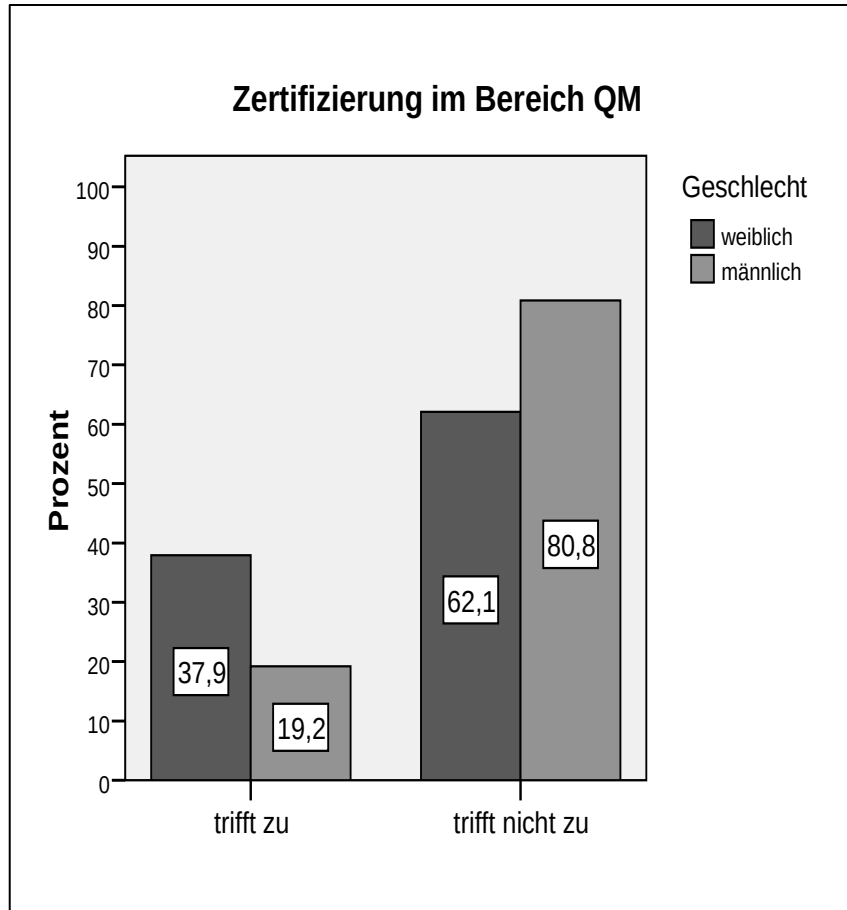


Abb. 4.22 Zertifizierung im Bereich QM nach dem Geschlecht betrachtet

Nach den Praxisformen unterscheidend, in denen die Befragten tätig sind, ergibt sich folgende Verteilung. 31,8% (n=14) der in Gemeinschaftspraxen tätigen Ärzte und 22% (n=11) der in Einzelpraxen tätigen Ärzte besaßen eine Zertifizierung im Bereich QM. Unter den Ärzten in Praxisgemeinschaften lag der Anteil bei 25% (n=1). Unter den vier in Ärztehäusern tätigen Mediziner gab niemand an, eine derartige Zertifizierung zu besitzen.

Nach dem Alter der Ärzte differenziert, zeigt sich ein relativ homogenes Bild. Unter den 35 - 50 Jährigen gaben 28,8% (n=12) an, eine Zertifizierung im Bereich QM vorzuweisen. Unter den 51 - 67 Jährigen gaben dies 21,1% (n=12) an.

4.2.11 „Werbung“ als Marketinginstrument

Auf die Frage, ob die niedergelassenen Mediziner Werbemaßnahmen für ihre Arztpraxen durchführen, antworteten 30,8% (n=32) mit „ja“. Die Mehrheit gab demnach an, keine Werbung zu betreiben (vgl. Abb. 4.23). Eine Person verweigerte die Antwort hierauf.

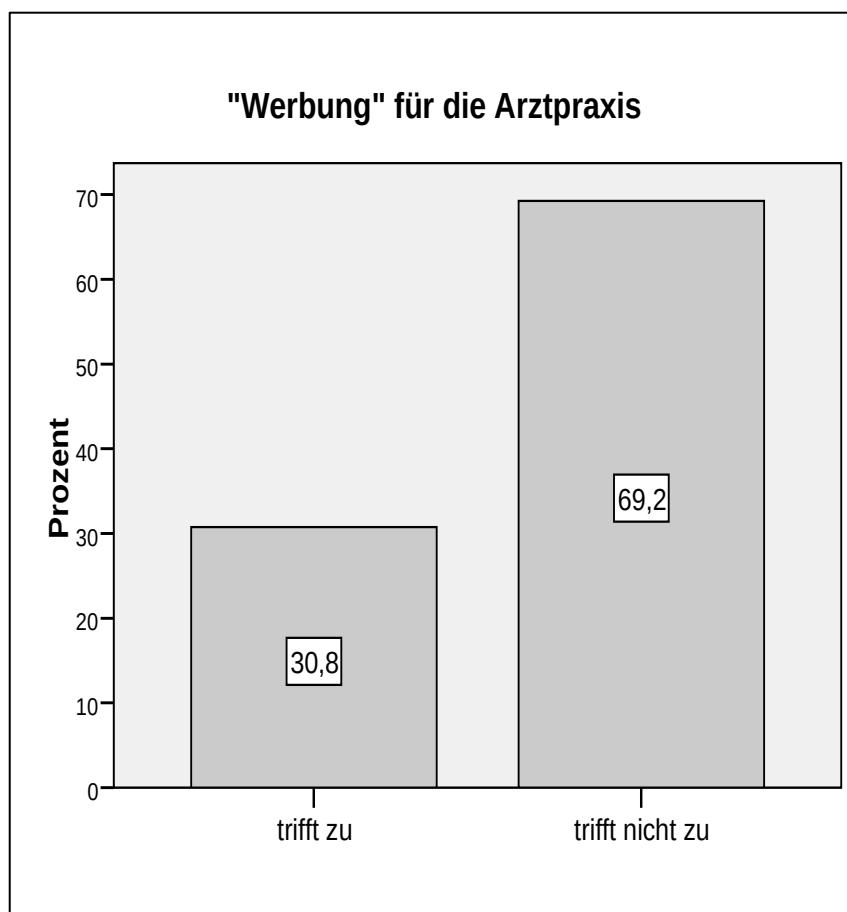


Abb. 4.23 „Werbung“ für die Arztpraxis

Unter den befragten Facharztgruppen gaben die Praktischen Ärzte mit 42,9% (n=6) am häufigsten an, „Werbung“ für ihre Praxen zu betreiben (vgl. Tab. 4.18). Unter den Allgemeinmedizinern lag der Anteil bei 30,8% (n=20).

Tab. 4.18 „Werbung“ für die Arztpraxis

		trifft zu		trifft nicht zu	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Facharzt / Praktischer Arzt	Allgemeinmediziner	20	30,8%	45	69,2%
	Praktische Ärzte	6	42,9%	8	57,1%
	Internisten mit hausärztlichem Schwerpunkt	6	24,0%	19	76,0%

Am seltensten führten die befragten Internisten Werbemaßnahmen für ihre Arztpraxen durch. Unter ihnen lag der Anteil bei nur 24% (n=6).

Im Hinblick auf das Geschlecht ergab sich folgende Verteilung (vgl. Abb. 4.24). Die befragten Frauen bestätigten zu 36,7% (n=11), Werbemaßnahmen durchzuführen. Die befragten Männer gaben dies zu 27,4% (n=20) an.

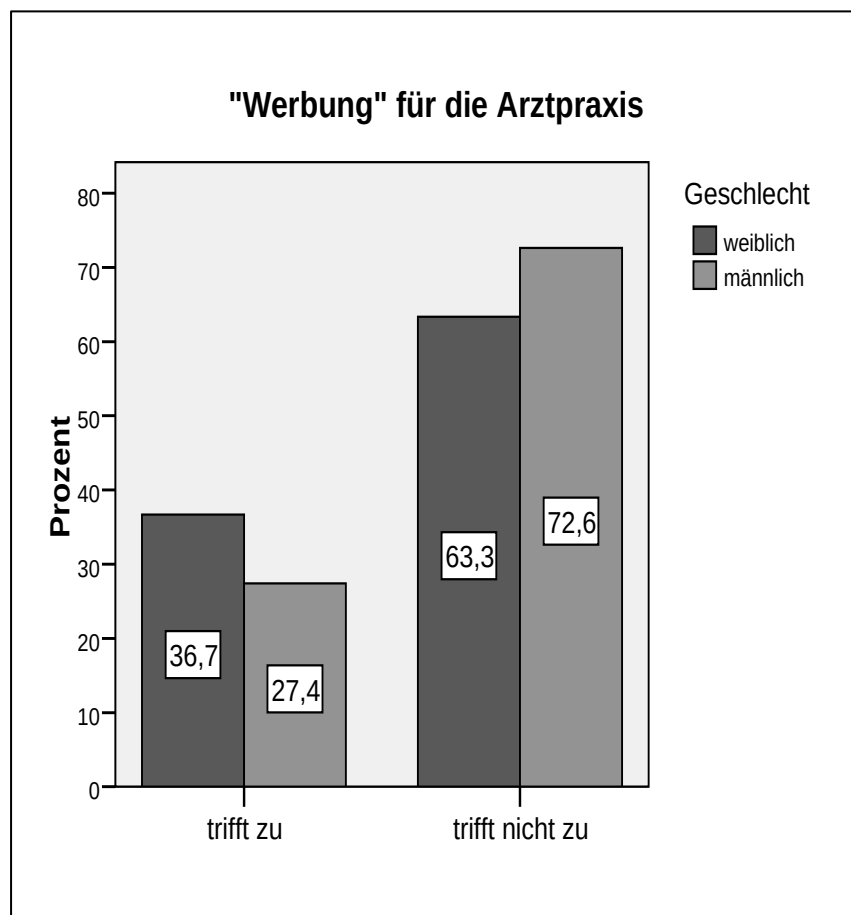


Abb. 4.24 „Werbung“ für die Arztpraxis nach dem Geschlecht betrachtet

In Tabelle 4.19 ist zu sehen, wie die niedergelassenen Mediziner in den unterschiedlichen Praxisformen hierüber dachten.

Tab. 4.19 „Werbung“ für die Arztpraxis nach Praxisformen betrachtet

		trifft zu		trifft nicht zu	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Praxisform	Einzelpraxis	16	32,0%	34	68,0%
	Gemeinschaftspraxis	14	31,1%	31	68,9%
	Ärztehaus	1	25,0%	3	75,0%
	Praxisgemeinschaft	1	25,0%	3	75,0%

Demnach gaben die Ärzte, die in Einzelpraxen oder Gemeinschaftspraxen arbeiten, zu jeweils ca. 30% an, „Werbung“ für ihre Praxen zu betreiben. In den Ärztehäusern und Praxisgemeinschaften lag der Anteil bei 25%.

Unter Betrachtung der Altersstruktur fällt auf, dass die Ärzte zwischen dem 35. und 50. Lebensjahr mit 40,5% (n=17) in etwa doppelt so häufig „Werbung“ als Marketinginstrument einsetzten wie die Befragten ab dem 51. Lebensjahr (vgl. Abb. 4.25). Diese gaben nur zu 21,4% (n=12) an, „Werbung“ zu betreiben.

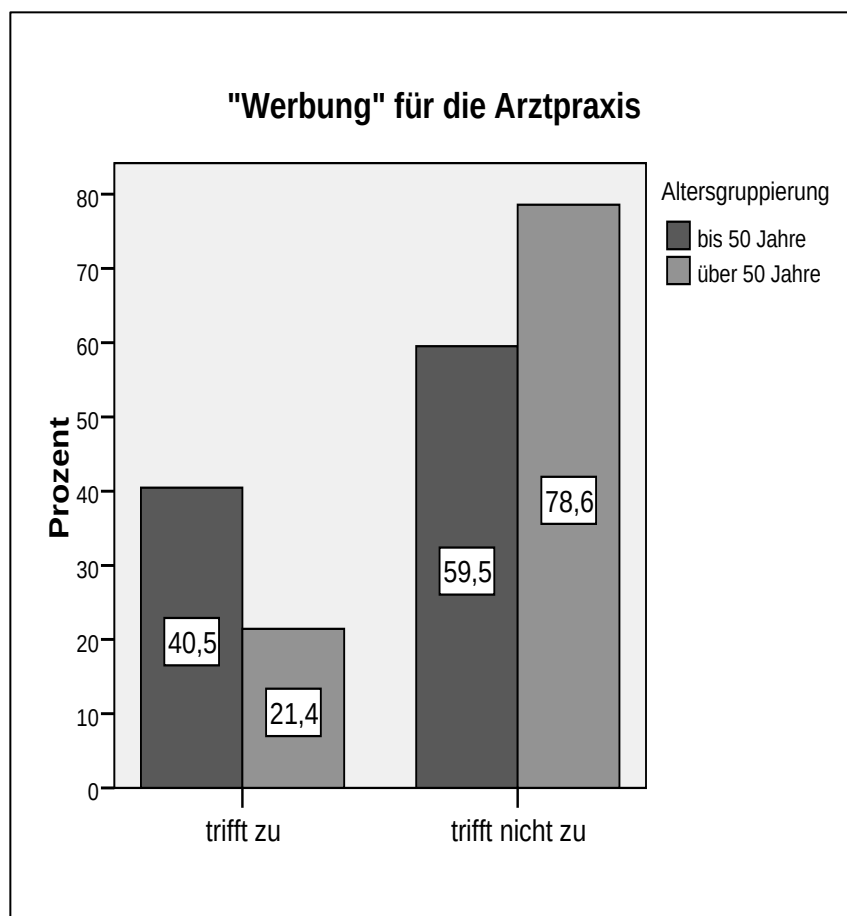


Abb.4.25 „Werbung“ für die Arztpraxis nach Altersgruppierungen betrachtet

Weiterhin wurden diejenigen Ärzte, die „Werbung“ betrieben, gefragt, ob sie „Werbung“ praxisintern, z. B. in Form von Prospekten und ähnlichem, oder praxisextern durchführten. Mehrfachnennungen waren möglich. Die folgenden Prozentzahlen beziehen sich auf den Anteil der Stichprobe, der „Werbung“ durchführt (n=32). Der Großteil (93,8%, n=30) derjenigen Personen, die „Werbung“ einsetzten, führte diese praxisintern durch (vgl. Tab. 4.20). Nur in 28,1% (n=9) der Fälle wurde diese praxisextern durchgeführt, z. B. in Form von Anzeigen in lokalen Zeitschriften. In weiteren 34,4% (n=11) der Fälle gaben die entsprechenden Ärzte als Werbemaßnahmen „Sonstiges“ an.

Tab. 4.20 Art der Werbemaßnahmen

		Antworten		Prozent der Fälle
		N	Prozent	
Werbemaßnahmen	praxisinterne Werbung	30	60,0%	93,8%
	praxisexterne Werbung	9	18,0%	28,1%
	Sonstiges	11	22,0%	34,4%
Gesamt		50	100,0%	156,3%

4.3 Meinungen zum Thema Praxisorganisation und Marketing

4.3.1 Optimierung der Wartezeiten in Arztpraxen

Die niedergelassenen Mediziner wurden gefragt, ob sie die Wartezeiten in ihre Praxen für verbesserungswürdig halten. Das bestätigte in etwa die Hälfte (n=54) (vgl. Abb. 4.26).

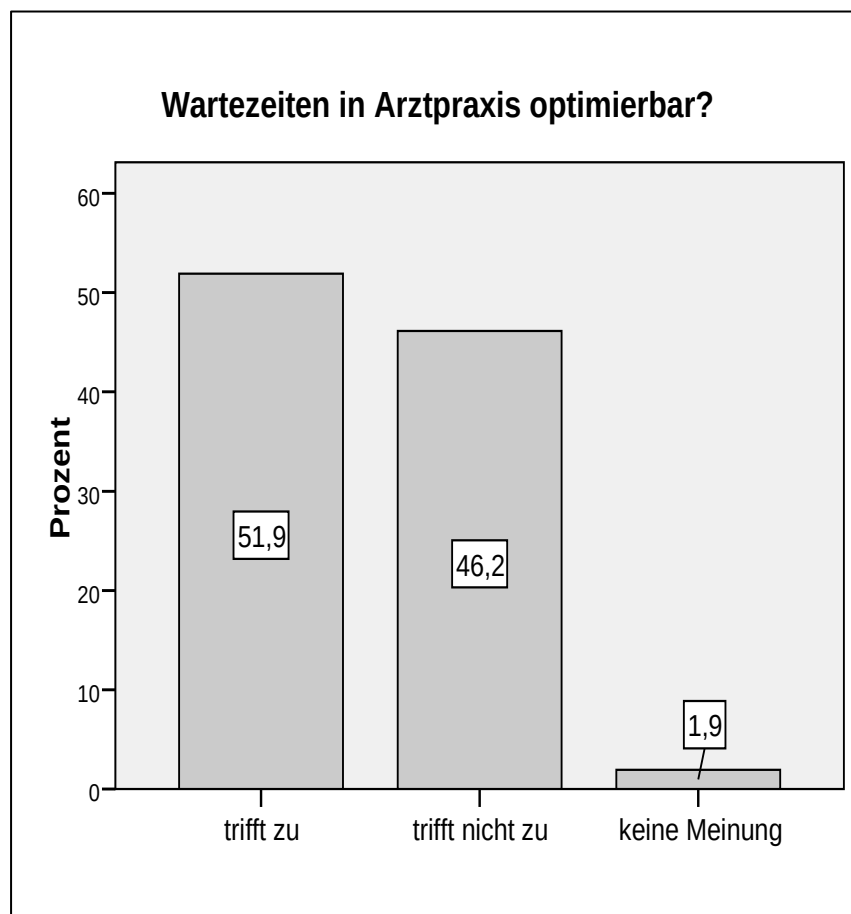


Abb. 4.26 Einschätzung der Optimierbarkeit von Wartezeiten in der Arztpraxis

Zwei Personen (1,9%) haben diesbezüglich keine Meinung und eine Person verweigert die Antwort hierauf.

Die befragten Personen über 50 Jahre gaben mit 54,4% (n=31) geringfügig häufiger an, Verbesserungspotenzial bei den Wartezeiten zu sehen als die Ärzte bis zum 50. Lebensjahr. Diese bestätigen zu 48,8% (n=20), dass die Wartezeiten optimierbar seien.

Die weiblichen Personen gaben mit 63,3% (n=19) häufiger an, Optimierungspotenzial in den Wartezeiten zu sehen als die männlichen Personen. Diese hielten die Wartezeiten in ihren Praxen nur zu 46,6% (n=34) für optimierbar.

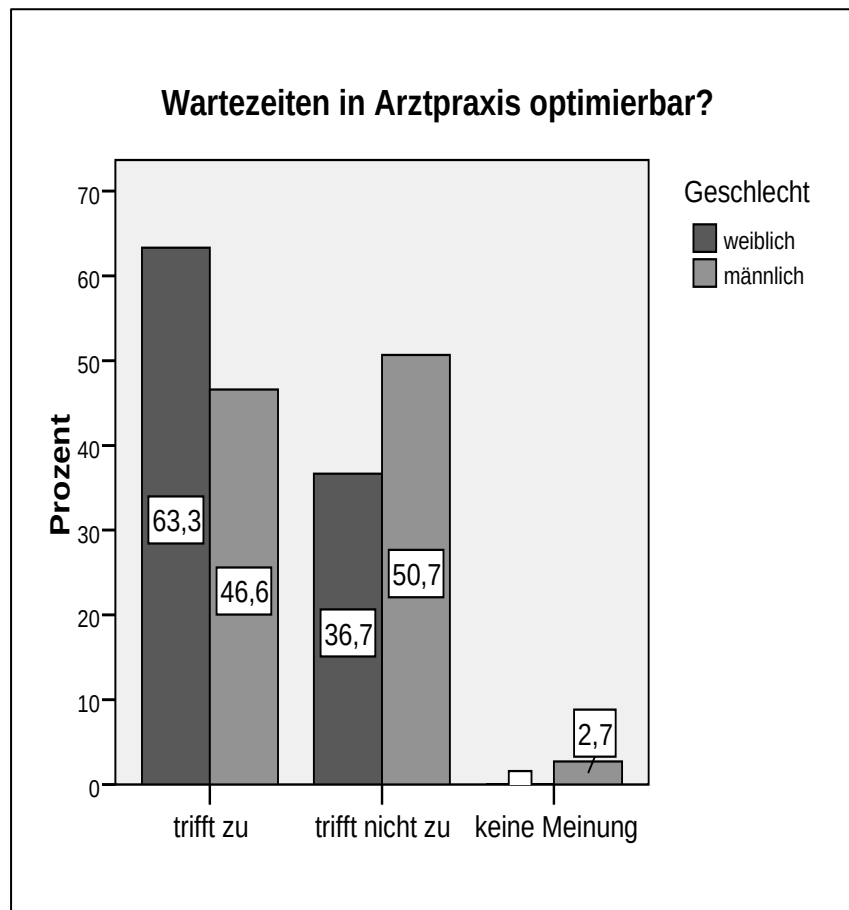


Abb. 4.27 Einschätzung der Optimierbarkeit von Wartezeiten in der Arztpraxis nach dem Geschlecht betrachtet

Unter den Facharztgruppen lag ein relativ einheitliches Antwortmuster vor. Sowohl die Allgemeinmediziner als auch die Praktischen Ärzte gaben in exakt 50% der Fälle an, dass sie die Wartezeiten in ihren Praxen für verbesserungswürdig hielten. Unter den befragten Internisten lag der Anteil mit 57,7% (n=15) geringfügig höher (vgl. Tab. 4.21).

Auch unter den verschiedenen Praxisformen, in denen die Ärzte arbeiten, ergibt sich ein ähnlich homogenes Bild. So waren es in Einzelpraxen 52% (n=23), in Gemeinschaftspraxen 57,8% (n=26) und in Praxisgemeinschaften 50% (n=2), die die Wartezeiten ihrer Patienten für optimierbar hielten. Lediglich alle vier Ärzte, die in Ärztehäusern arbeiteten, sahen hierin keine Verbesserungsmöglichkeiten.

Tab. 4.21 Einschätzung der Optimierbarkeit von Wartezeiten in der Arztpraxis nach Facharztgruppen betrachtet

		trifft zu		trifft nicht zu		keine Meinung	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Facharzt / Praktischer Arzt	Allgemeinmediziner	32	50,0%	31	48,4%	1	1,6%
	Praktische Ärzte	7	50,0%	7	50,0%	0	0%
	Internisten mit hausärztlichem Schwerpunkt	15	57,7%	10	38,5%	1	3,8%

Unter den Ärzten bis zum 50. Lebensjahr gaben 48,8% (n=20) an, dass sie Optimierungspotenzial in diesem Punkt sahen. Unter den 51 bis 67 Jahre alten Ärzten lag der Anteil mit 54,4% (n=31) etwas höher.

4.3.2 Patientenzufriedenheit durch mehr Zeit je behandeltem Patienten

Auf die Frage, ob die Patientenzufriedenheit nach Meinung der Hausärzte durch mehr Zeit je behandeltem Patienten steigerbar sei, antworteten nur 44,2% (n=46) mit „ja“ (vgl. Abb. 4.28). 53,8% (n= 56) teilten diese Meinung nicht. Zwei Personen (1,9%) hatten keine eindeutige Meinung diesbezüglich, und eine Person gab keine Antwort hierauf.

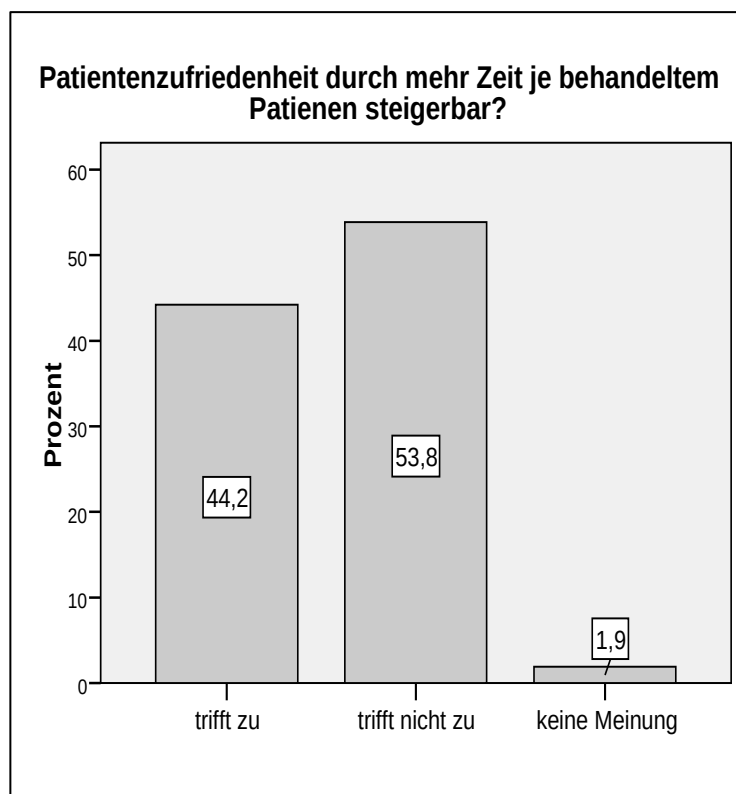


Abb. 4.28 Einschätzung, ob die Patientenzufriedenheit sich durch mehr Zeit je behandeltem Patienten steigern lässt

Die befragten Ärztinnen teilten diese Meinung mit 33,3% (n=10) seltener als ihre männlichen Kollegen, die in 49,3% (n=36) der Fälle hierin eine Möglichkeit sahen, die Zufriedenheit ihrer Patienten steigern zu können (vgl. Abb. 4.29).

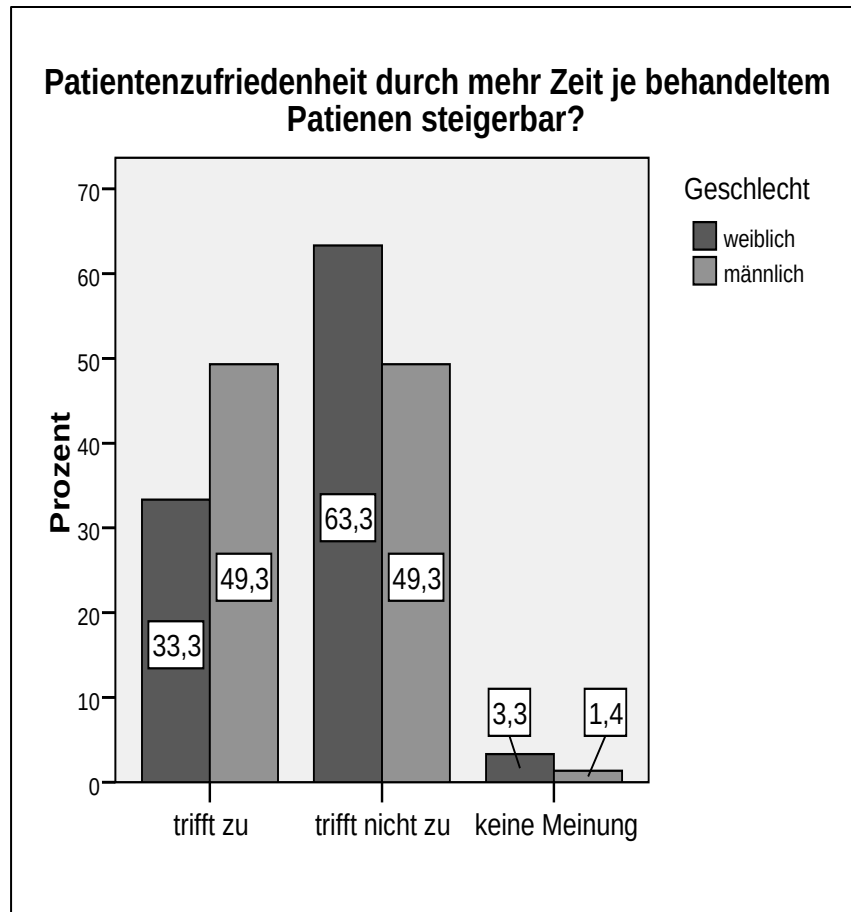


Abb. 4.29 Einschätzung, ob die Patientenzufriedenheit sich durch mehr Zeit je behandeltem Patienten steigern lässt nach dem Geschlecht betrachtet

In den zwei Altersgruppen zeigte sich dagegen ein eher einheitliches Bild. 46,3% (n=19) der 35-50 Jahre alten Ärzten waren der Meinung, hierdurch die Patientenzufriedenheit steigern zu können. Unter den 51-67 Jahre alten Ärzten lag der Anteil bei 47,4% (n=27). Je eine Person aus beiden Gruppen teilte keine Meinung zu dem Thema.

Unter den Facharztgruppen zeigten sich größere Meinungsdivergenzen (vgl. Abb. 4.30). Die befragten Internisten sahen hierin zu 57,7% (n=15) ein Verbesserungspotenzial. Unter den Allgemeinmedizinerinnen teilten 42,2% (n=27) diese Ansicht. Am wenigsten wurde die Ansicht von den Praktischen Ärzten geteilt, die dem nur zu 28,6% (n=4) zustimmten. Allerdings gaben unter ihnen 14,3% (n=2) als Antwort „keine Meinung“ an, wodurch der Anteil der Praktischen Ärzte, die dem nicht zustimmen, mit 57,1% (n=8) ähnlich hoch lag wie der unter den weiteren Ärzten der Stichprobe.

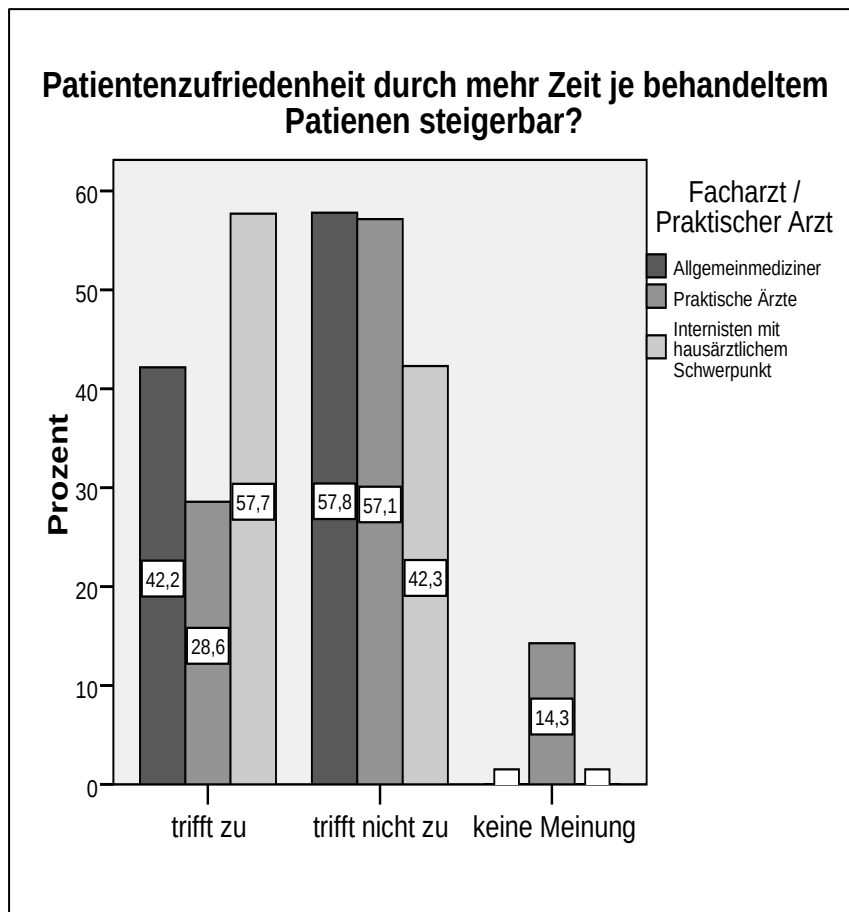


Abb. 4.30 Einschätzung, ob die Patientenzufriedenheit sich durch mehr Zeit je behandeltem Patienten steigern lässt nach Facharztgruppen betrachtet

Auch bei Betrachtung der einzelnen Praxisformen zeigten sich unterschiedliche Meinungen (vgl. Tab. 4.22). Dabei fiel auf, dass die Ärzte, die in Einzelpraxen tätig waren, am häufigsten der Auffassung waren (56%, n=28), die Patientenzufriedenheit hierdurch steigern zu können. In den Gemeinschaftspraxen tätige Ärzte teilten diese Meinung nur zu 35,6% (n=16). Unter den in Ärztehäusern und Praxisgemeinschaften tätigen Ärzten waren dagegen jeweils 75% der Meinung, dass sich die Patientenzufriedenheit hierdurch nicht steigern lässt.

Tab. 4.22 Einschätzung, ob die Patientenzufriedenheit sich durch mehr Zeit je behandeltem Patienten steigern lässt nach Praxisformen betrachtet

		trifft zu		trifft nicht zu		keine Meinung	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Praxisform	Einzelpraxis	28	56,0%	21	42,0%	1	2,0%
	Gemeinschaftspraxis	16	35,6%	28	62,2%	1	2,2%
	Ärztehaus	1	25,0%	3	75,0%	0	0%
	Praxisgemeinschaft	1	25,0%	3	75,0%	0	0%

4.3.3 Praxismarketing

Die Hausärzte der Stadt Aachen wurden gefragt, ob sie praxisinternes und praxisexternes Marketing als sinnvoll erachten. Das bestätigten mit 64,4% (n=67) die Mehrheit (vgl. Abb. 4.31). 6,7% (n=7) gaben an, keine Meinung diesbezüglich zu haben und weitere 28,8% (n=30) sahen keinen Sinn im Marketing für ihre Arztpraxen. Es gab zusätzlich eine fehlende Antwort.



Abb. 4.31 Einschätzung, ob Praxismarketing sinnvoll ist

Unter den Frauen und Männern lagen zum Thema Praxismarketing ähnliche Meinungen vor. Während die weiblichen Personen in 66,7% (n=20) der Fälle der Meinung waren, Praxismarketing mache Sinn, waren es unter den Männern 63% (n=46).

Auch unter den Facharztgruppen zeigten sich keine großen Meinungsdivergenzen. Unter ihnen waren die Allgemeinmediziner am häufigsten der Ansicht (67,2%, n=43), dass Praxismarketing sinnvoll sei. Die befragten Praktischen Ärzte waren in 64,3% (n=9) der Fälle dieser Meinung. Die Internisten teilten diese Meinung immerhin noch zu 57,7% (n=15).

Nach den Praxisformen betrachtet, in denen die Hausärzte arbeiteten, ergab sich folgendes Bild (vgl. Tab. 4.23). Während in den Einzelpraxen 68% (n=34) und in Gemeinschaftspraxen

66,7% (n=30) der Meinung waren, Marketingmaßnahmen seien sinnvoll, sind die Meinungen in den anderen Praxisformen abweichend. So teilte nur ein Arzt (25%) in Ärztehäusern und zwei Ärzte (50%) in Praxisgemeinschaften diese Meinung.

Tab. 4.23 Einschätzung, ob Prismarketing sinnvoll ist nach Praxisformen betrachtet

		trifft zu		trifft nicht zu		keine Meinung	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Praxisform	Einzelpraxis	34	68,0%	12	24,0%	4	8,0%
	Gemeinschaftspraxis	30	66,7%	13	28,9%	2	4,4%
	Ärztzhaus	1	25,0%	2	50,0%	1	25,0%
	Praxisgemeinschaft	2	50,0%	2	50,0%	0	0%

Ärzte bis zum 50. Lebensjahr waren mit 75,6% (n=31) häufiger als ihre älteren Kollegen der Meinung, dass praxisinternes und praxisexternes Marketing lohnenswert sei. Diese teilten jene Ansicht nur zu 57,9% (n=33) (vgl. Abb. 4.32).



Abb. 4.32 Einschätzung, ob Prismarketing sinnvoll ist nach Altersgruppierungen betrachtet

4.3.4 Erwerb neuer Zusatzqualifikationen

Auf die Frage, ob die Ärzte in nächster Zeit neue Zusatzqualifikationen erwerben wollen, antworteten 37,5% (n=39) mit „ja“ (vgl. Abb. 4.33). Die Mehrheit (n=64) plante demnach nicht, weitere Qualifikationen zu erwerben. Eine Person verweigerte die Antwort hierauf.

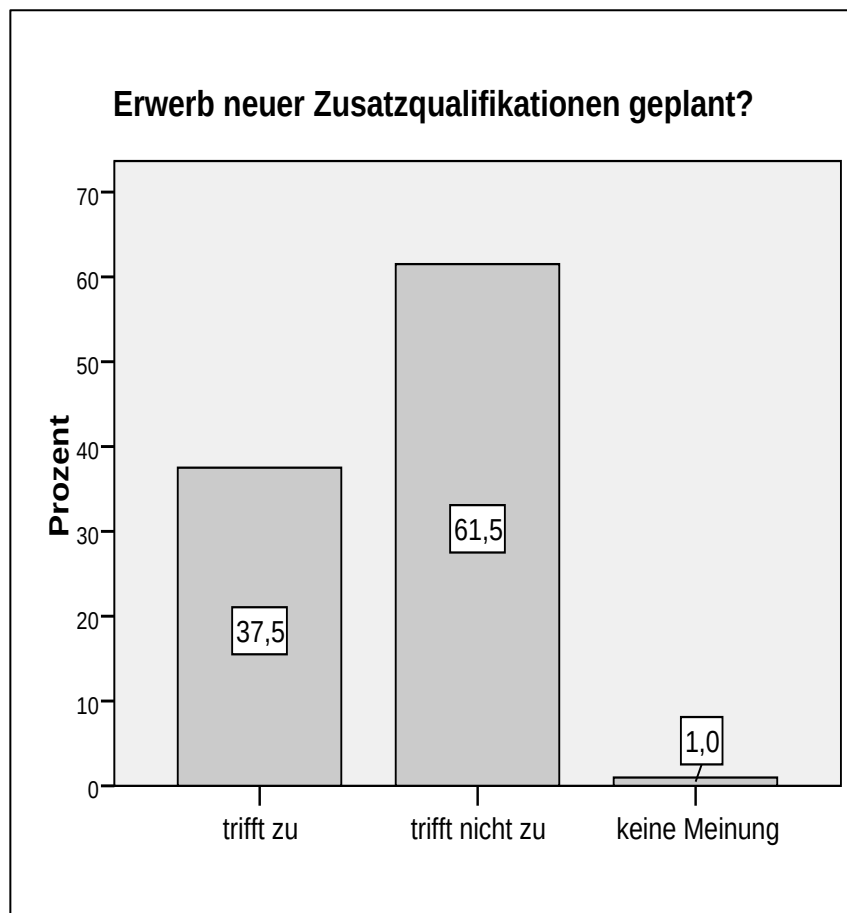


Abb. 4.33 Planung weiterer ärztlicher Zusatzqualifikationen

Unter den befragten Ärztinnen lag der Anteil mit 40% (n=12) etwas höher als unter den männlichen Kollegen, die zu 35,6% (n=26) angaben, neue Zusatzqualifikationen anzustreben.

Unter den Facharztgruppen planten die Internisten mit 42,3% (n=11) am häufigsten, weitere Zusatzqualifikationen zu erwerben (vgl. Tab. 4.24). Die Allgemeinmediziner gaben dies zu 37,5% (n=24) an und die Praktischen Ärzten zu 28,6% (n=4).

Unter den in Einzelpraxen tätigen Ärzten planten 40% (n=20), in nächster Zeit weitere Zusatzqualifikationen zu erwerben. Unter den in Gemeinschaftspraxen arbeitenden Ärzten lag der Anteil bei 33,3% (n=15). In den Ärztehäusern und Praxisgemeinschaften planten dies jeweils 50% der Mediziner.

Tab 4.24 Planung weiterer ärztlicher Zusatzqualifikationen nach Facharztgruppen betrachtet

		trifft zu		trifft nicht zu		keine Meinung	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Facharzt / Praktischer Arzt	Allgemeinmediziner	24	37,5%	39	60,9%	1	1,6%
	Praktische Ärzte	4	28,6%	10	71,4%	0	0%
	Internisten mit hausärztlichem Schwerpunkt	11	42,3%	15	57,7%	0	0%

Nach dem Alter unterscheidend, zeigten sich deutliche Unterschiede (vgl. Abb. 4.34). Während unter den 35 bis 50 Jahre alten Ärzten mit 61% (n=25) die Mehrheit den Erwerb neuer Zusatzqualifikationen erwog, planten dies unter den 51 bis 67 Jahre alten Ärzten nur 21,1% (n=12).

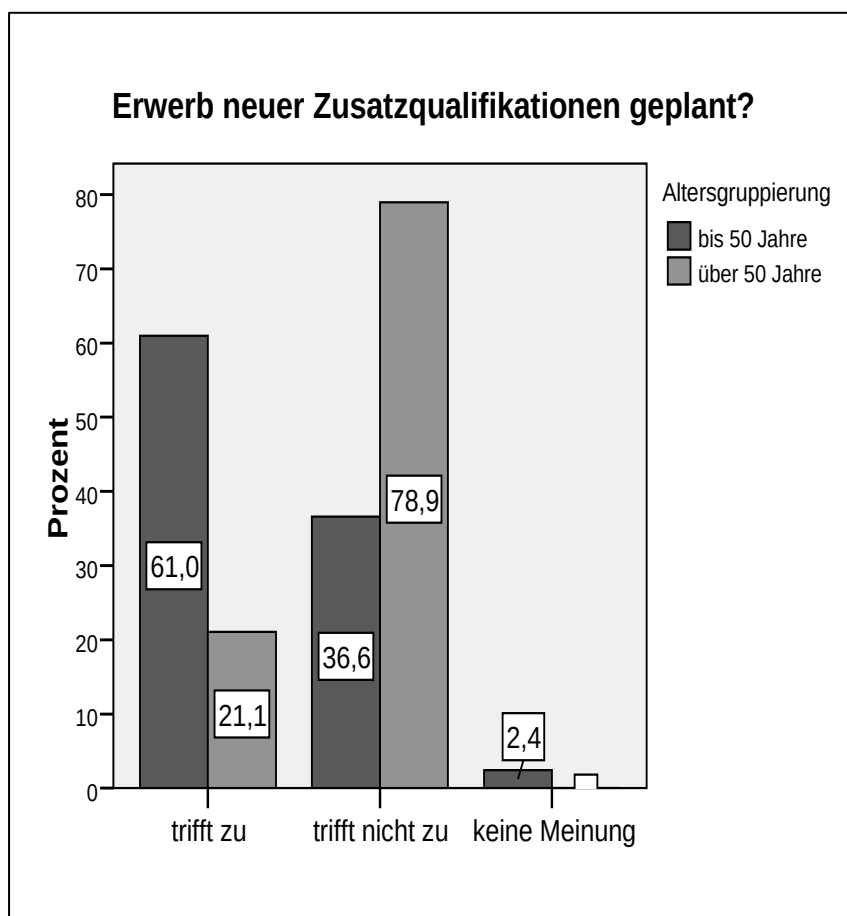


Abb. 4.34 Planung weiterer ärztlicher Zusatzqualifikationen nach Altersgruppierungen betrachtet

4.3.5 Einführung bzw. Erweiterung des IGeL-Angebotes

Auf die Frage, ob die Einführung von (weiteren) IGeL-Leistungen geplant sei, antworteten 44,1% (n=45) mit „ja“ (vgl. Abb. 4.35). Drei Personen gaben keine Antwort hierauf und eine Person gab an, keine Meinung hierzu zu vertreten.

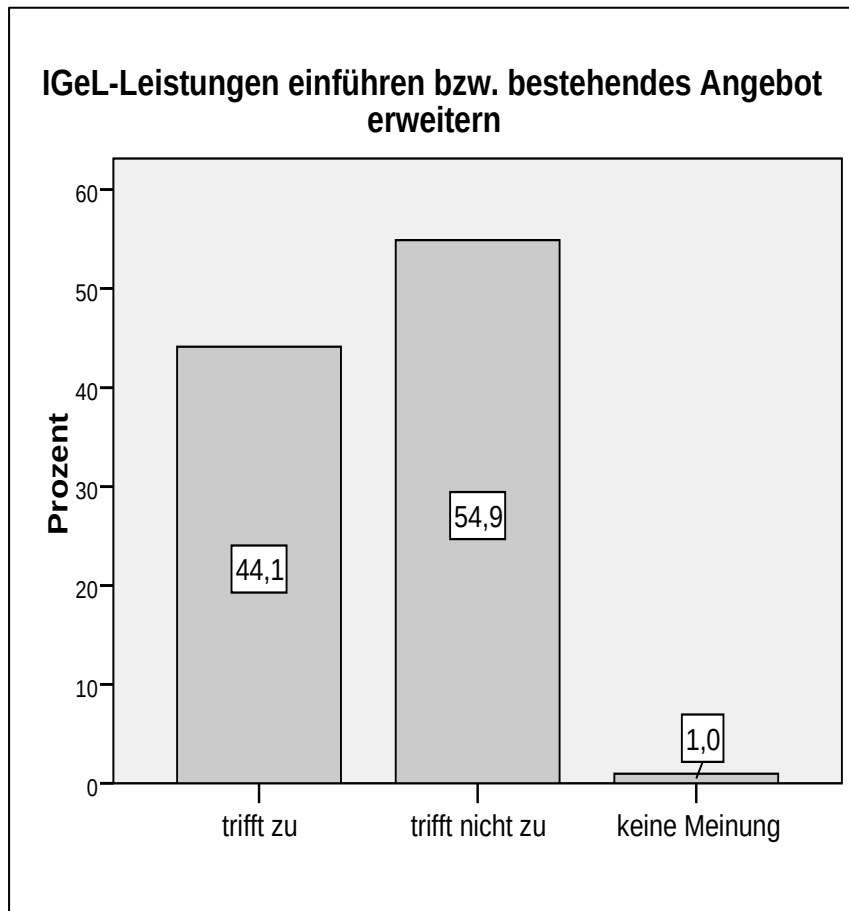


Abb. 4.35 Planung bezüglich der Einführung bzw. Erweiterung vorhandener Individueller Gesundheitsleistungen

Unter den befragten Frauen und Männern herrschte eine einheitliche Meinung. So gaben 44,8% (n=13) der Frauen und 43,1% (n=31) der Männer an, über die Einführung bzw. Erweiterung ihres IGeL-Spektrums nachzudenken.

Bei den befragten Facharztgruppen lagen unterschiedliche Meinungen hierzu vor (vgl. Abb. 4.36). Während die befragten Allgemeinmediziner mit 47,6% (n=30) und die Internisten mit hausärztlichem Schwerpunkt mit 44% (n=11) ähnlich häufig IGeL-Erweiterungen planten, geben die Praktischen Ärzte dies nur zu 28,6% (n=4) an.

Auch das Alter der Ärzte scheint diesbezüglich eine Rolle zu spielen. Unter den Ärzten bis zum 50. Lebensjahr gaben 57,5% (n=23) an, neue IGeL-Leistungen einführen zu wollen. Ihre Kollegen ab dem 51. Lebensjahr planten die Einführung dagegen nur zu 33,9% (n=19).

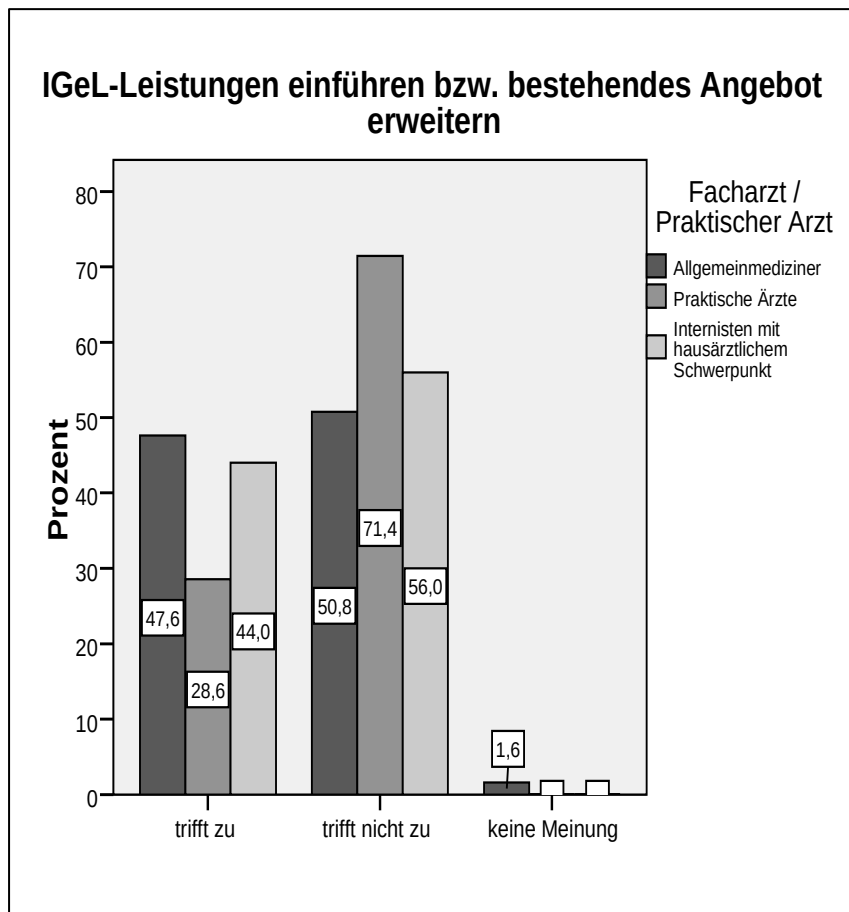


Abb. 4.36 Planung bezüglich der Einführung bzw. Erweiterung vorhandener Individueller Gesundheitsleistungen nach Facharztgruppen betrachtet

Nach den Praxisformen differenziert betrachtet, fiel auf, dass die Ärzte in den Einzelpraxen etwas häufiger (49%, n=24) angaben, weitere Individuelle Gesundheitsleistungen zu planen als die Befragten in den Gemeinschaftspraxen (38,6%, n=17). Von den vier in Ärztehäusern tätigen Mediziner plant nur einer (25%), von den vier in Praxisgemeinschaften tätigen Ärzten planen dagegen drei (75%), neue IGeL-Leistungen in ihr Leistungsangebot aufzunehmen (vgl. Tab. 4.25).

Tab. 4.25 Planung bezüglich der Einführung bzw. Erweiterung vorhandener Individueller Gesundheitsleistungen nach Praxisformen betrachtet

		trifft zu		trifft nicht zu		keine Meinung	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Praxisform	Einzelpraxis	24	49,0%	25	51,0%	0	0%
	Gemeinschaftspraxis	17	38,6%	26	59,1%	1	2,3%
	Ärztehaus	1	25,0%	3	75,0%	0	0%
	Praxisgemeinschaft	3	75,0%	1	25,0%	0	0%

4.3.6 EDV-System

98,1% (n=102) der niedergelassenen Mediziner gaben an, ein EDV-System in ihrer Praxis einzusetzen (vgl. Kapitel 4.2.3). Die zwei Personen, die angaben, kein EDV-System zu verwenden, wurden gefragt, ob sie die Einführung planen. Dies bestätigte nur einer der beiden Ärzte.

Diejenigen Ärzte, die bereits ein EDV-System besaßen (n=102), wurden weiterhin gefragt, ob sie über eine Erweiterung des Einsatzgebietes nachdachten. Dies bestätigten 44,1% (n=45) (vgl. Tab. 4.26). Zwei Personen (2%) hatten hierzu keine Meinung, und ein Arzt verweigerte die Antwort hierauf.

Tab. 4.26 Geplante Erweiterungen bestehender EDV-Systeme

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	trifft zu	45	42,9	44,1
	trifft nicht zu	55	52,4	53,9
	keine Meinung	2	1,9	2,0
	Gesamt	102	97,1	100,0
Fehlend	verweigert	1	1,0	
	kein EDV-System vorhanden	2	1,9	
	Gesamt	3	2,9	
Gesamt		105	100,0	

Die weiblichen Personen gaben mit 58,6% (n=17) häufiger an, eine Erweiterung ihrer EDV-Systeme zu planen als die männlichen Personen, die dies zu 37,5% (n=27) mitteilten (vgl. Abb. 4.37).

Auch nach dem Alter betrachtet zeigten sich unterschiedliche Angaben. So gaben unter den 35 bis 50 Jahre alten Personen 52,5% (n=21) an, eine Erweiterung zu planen. Unter den 51 bis 67 Jahre alten Personen waren es hingegen nur 38,6% (n=22) (vgl. Tab. 4.27).

Tab. 4.27 Geplante Erweiterungen bestehender EDV-Systeme nach Altersgruppierungen betrachtet

		trifft zu		trifft nicht zu		keine Meinung	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Altersgruppierung	bis 50 Jahre	21	52,5%	18	45,0%	1	2,5%
	über 50 Jahre	22	38,6%	35	61,4%	0	0%

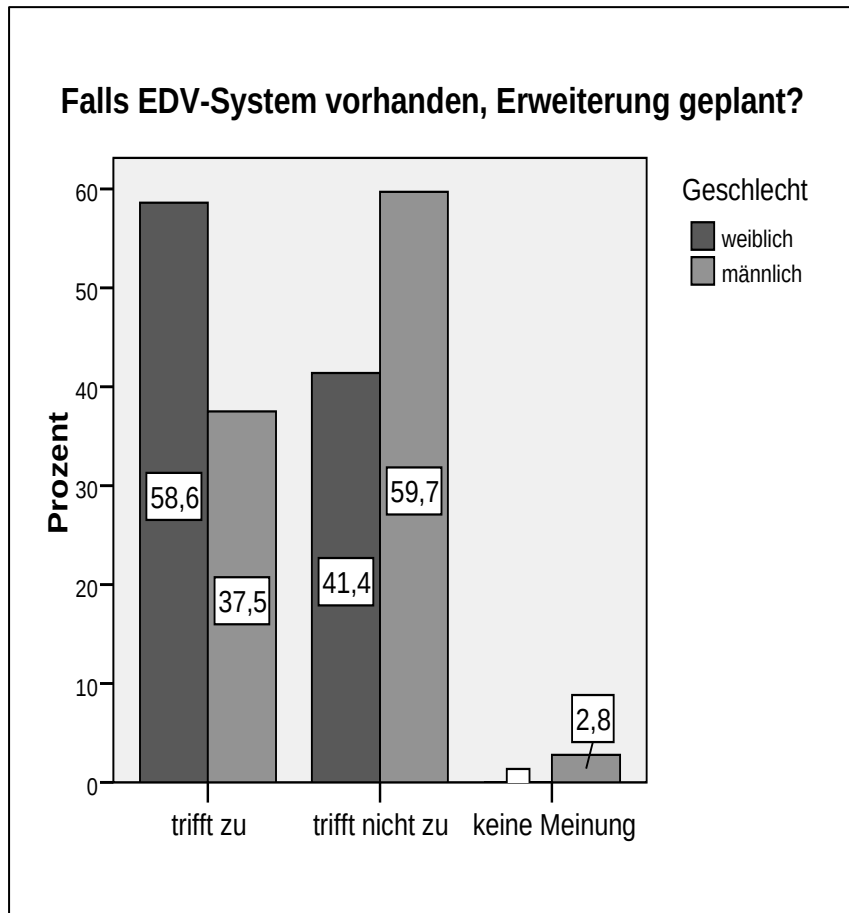


Abb. 4.37 Geplante Erweiterungen bestehender EDV-Systeme nach dem Geschlecht betrachtet

Die in Einzelpraxen und Gemeinschaftspraxen tätigen Ärzte gaben mit ähnlicher Häufigkeit an, EDV-Erweiterungen zu planen (vgl. Tab. 4.28). Unter den in Ärztehäusern tätigen Hausärzte lag der Anteil bei 25% (n=1) und unter den in Praxisgemeinschaften tätigen Ärzten bei 33,3% (n=1).

Tab. 4.28 Geplante Erweiterungen bestehender EDV-Systeme nach Praxisformen betrachtet

		trifft zu		trifft nicht zu		keine Meinung	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Praxisform	Einzelpraxis	22	44,9%	26	53,1%	1	2,0%
	Gemeinschaftspraxis	21	46,7%	23	51,1%	1	2,2%
	Ärztehaus	1	25,0%	3	75,0%	0	0%
	Praxisgemeinschaft	1	33,3%	2	66,7%	0	0%

Nach den Facharzttrichtungen unterscheidend, fiel auf, dass die Praktischen Ärzte eine Erweiterung des Nutzungsfeldes ihrer EDV-Systeme mit nur 16,7% (n=2) seltener planten als die übrigen Facharztgruppen (vgl. Abb. 4.38). Die Allgemeinmediziner planten hingegen zu 46,9% (n=30) und die Internisten zu 50% (n=13) eine Erweiterung ihrer EDV-Systeme.

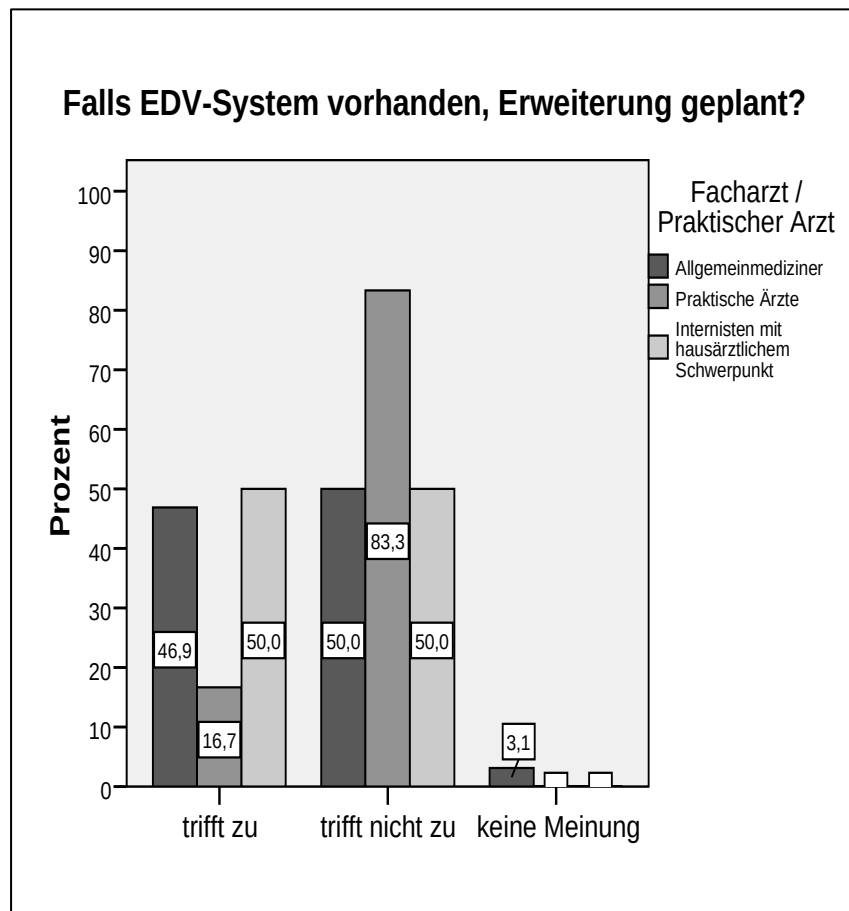


Abb. 4.38 Geplante Erweiterungen bestehender EDV-Systeme nach Facharztgruppen betrachtet

Des Weiteren wurden die Ärzte gefragt, in welchem Bereich die EDV-Erweiterung geplant sei. Mehrfachnennungen waren möglich. Die Fälle, in denen die Mediziner angaben, eine Erweiterung zu planen, aber keine der zu Verfügung stehenden Antwortmöglichkeiten ankreuzten, sind in der Kategorie „Sonstiges“ zusammengefasst. Die folgenden Prozentzahlen beziehen sich hierbei auf denjenigen Teil der Ärzte, der eine Erweiterung des EDV-Systems plant (n=45). 34,1% (n=15) planten demnach eine Erweiterung im Bereich elektronische Patientenakten. 31,8% (n=14) wollten ihr EDV-System zukünftig dazu erweitern, um potenzielle „IGeL-Kunden“ ermitteln zu können. 20,5% (n=9) strebten eine Erweiterung im Bereich digitaler Formularvorlagen an, weitere 6,8% (n=3) eine Erweiterung im Bereich Stammdatenverwaltung und 4,5% (n=2) bei der Abrechnung. 34,1% (n=15) gaben als Erweiterungsfeld „Sonstiges“ an (vgl. Tab. 4.29).

Tab. 4.29 Art der geplanten EDV-Erweiterungen

		Antworten		Prozent der Fälle
		N	Prozent	
EDV-Erweiterungen	Stammdatenverwaltung	3	5,2%	6,8%
	Abrechnung / ICD-Verschlüsselung	2	3,4%	4,5%
	Formularvorlagen	9	15,5%	20,5%
	elektronische Patientenakte	15	25,9%	34,1%
	Hilfe zur Ermittlung potenzieller "IGeL-Kunden"	14	24,1%	31,8%
	Sonstiges	15	25,9%	34,1%
Gesamt		58	100,0%	131,8%

4.3.7 Einrichtung einer Praxishomepage

Diejenigen Ärzte, die keine Praxishomepage besaßen (n=70) wurden gefragt, ob sie deren Einrichtung planten. Dies bestätigten 41,4% (n=29). Mit 55,7% (n=39) plante die Mehrheit der befragten Ärzte demnach nicht, sich eine Praxishomepage erstellen zu lassen (vgl. Abb. 4.39). Eine Person gab keine Antwort auf die Frage.

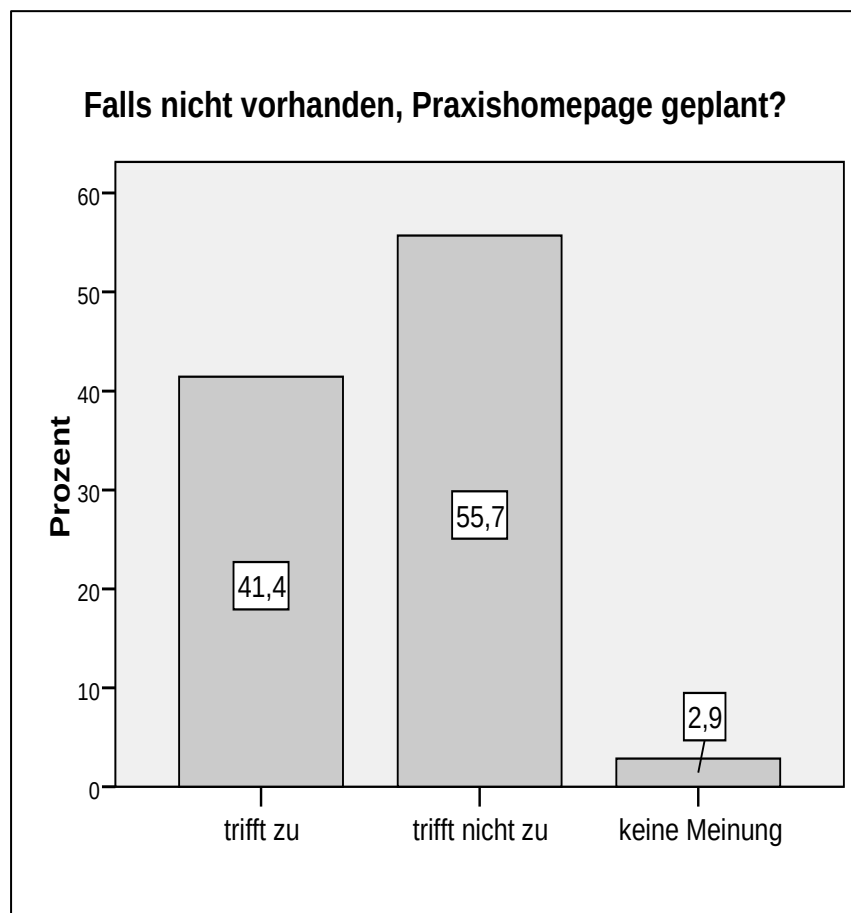


Abb. 4.39 Planung der Einführung einer Praxishomepage

Werden die Ärzte ohne Praxishomepage nach dem Geschlecht differenziert betrachtet, fällt auf, dass die weiblichen Ärzte mit 52,2% (n=12) häufiger planten, eine Praxishomepage einzurichten, als ihre männlichen Kollegen, die dies nur zu 34,8% (n=16) angaben (vgl. Abb. 4.40).

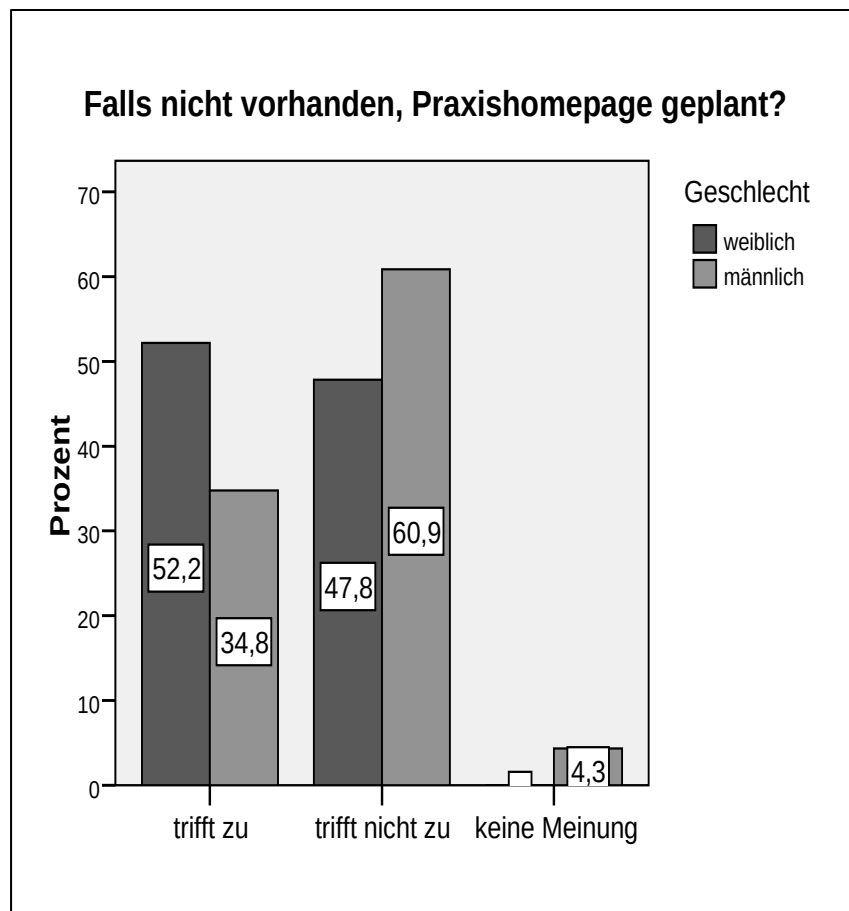


Abb. 4.40 Planung der Einführung einer Praxishomepage nach dem Geschlecht betrachtet

Nach dem Alter der Mediziner betrachtet, zeigten sich keine großen Meinungsdivergenzen. Die bis zu 50 Jahre alten Ärzte, die keine Praxishomepage besaßen (n=20), planten eine Einrichtung in 45% (n=9) der Fälle. Unter den Ärzten ab dem 51. Lebensjahr, die bislang keine Praxishomepage einrichten ließen (n=43), lag der Anteil bei 43,2% (n=19).

Unter den Facharztgruppen, die befragt wurden, fiel auf, dass die Praktischen Ärzte, die keine Praxishomepage besitzen (n=9), nur zu 22,2% (n=2) über eine Einrichtung nachdachten (vgl. Tab. 4.30). Unter den Allgemeinmedizinerinnen (ohne Praxishomepage; n=40) lag dieser Anteil bei 42,9% (n=18) und unter den Internisten (ohne Praxishomepage; n=19) bei 47,4% (n=9).

Tab. 4.30 Planung der Einführung einer Praxishomepage nach Facharztgruppen betrachtet

		trifft zu		trifft nicht zu		keine Meinung	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Facharzt / Praktischer Arzt	Allgemeinmediziner	18	42,9%	22	52,4%	2	4,8%
	Praktische Ärzte	2	22,2%	7	77,8%	0	0%
	Internisten mit hausärztlichem Schwerpunkt	9	47,4%	10	52,6%	0	0%

Die in Einzelpraxen tätigen Ärzte (ohne Praxishomepage; n=37) gaben häufiger an, deren Einrichtung zu planen, als Ärzte anderer Praxisformen. So dachten unter ihnen fast die Hälfte (n=18) über deren Einrichtung nach. Unter den Ärzten in Gemeinschaftspraxen (ohne Praxishomepage; n=27) lag der Anteil bei nur 34,6% (n=9) und unter den jeweils drei in Ärztehäusern und Praxisgemeinschaften tätigen Hausärzten bei jeweils 33,3% (n=1).

4.3.8 Einführung von Patientenbefragungen

Die 74 niedergelassenen Mediziner, die angaben, keine Patientenbefragungen in ihren Arztpraxen durchzuführen, wurden gefragt, ob sie deren Einführung erwägen. Darauf antworteten 33,8% (n=25) mit „ja“ (vgl. Tab. 4.31). Eine Person gab keine Antwort hierauf.

Tab. 4.31 Planung der Einführung von Patientenbefragungen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	trifft zu	25	23,8	33,8
	trifft nicht zu	46	43,8	62,2
	keine Meinung	3	2,9	4,1
	Gesamt	74	70,5	100,0
Fehlend	verweigert	1	1,0	
	Patientenbefragungen bereits durchführend	30	28,6	
	Gesamt	31	29,5	
Gesamt		105	100,0	

Tab. 4.31

Nach dem Geschlecht unterscheidend, herrschte hierzu eine einheitliche Meinung. 33,3% (n=7) der Medizinerinnen, die bislang keine Patientenbefragungen durchführten (n=21), planten dies in Zukunft zu tun. Unter den männlichen Hausärzten (n=52) lag der Anteil bei 32,7% (n=17).

Unter den Facharztgruppen gaben die Internisten, die bislang keine Patientenbefragungen durchführten (n=18), zu 50% (n=9) an, dies in Zukunft zu machen (vgl. Abb. 4.41). Unter den Allgemeinmediziner (n=43) und Praktischen Ärzten (n=8), die bislang keine Patientenbefragungen durchführten, lag der Anteil niedriger. So waren es unter den entsprechenden Allgemeinmediziner 29,2% (n=14) und unter den Praktischen Ärzten 25% (n=2).

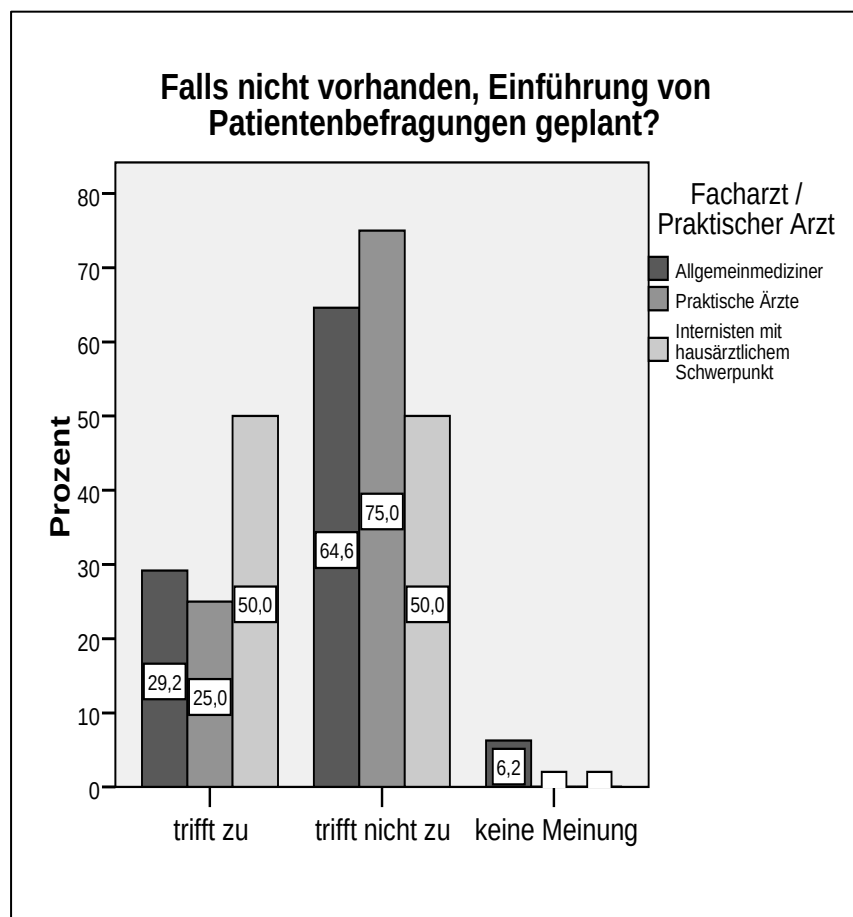


Abb. 4.41 Planung der Einführung von Patientenbefragungen nach Facharztgruppen betrachtet

In den unterschiedlichen Praxisformen fiel auf, dass die Ärzte in den Einzelpraxen, die bislang keine Patientenbefragungen durchführten (n=37), mit 43,2% (n=16) am häufigsten planten, diese in Zukunft einzuführen. Unter den in Gemeinschaftspraxen tätigen Ärzten, die bislang keine Befragungen durchführten (n=30) lag der Anteil dagegen nur bei 26,7% (n=8) (vgl. Tab. 4.32).

Tab . 4.32 Planung der Einführung von Patientenbefragungen nach Praxisformen betrachtet

		trifft zu		trifft nicht zu		keine Meinung	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Praxisform	Einzelpraxis	16	43,2%	20	54,1%	1	2,7%
	Gemeinschaftspraxis	8	26,7%	20	66,7%	2	6,7%
	Ärztehaus	1	33,3%	2	66,7%	0	0%
	Praxisgemeinschaft	0	0%	3	100,0%	0	0%

Die Ärzte bis zum 50. Lebensjahr, die bisher keine Patientenbefragungen durchführten (n=27), planten deren Einführung zu 55,6% (n=15). Unter den Befragten zwischen 51 und 67 Jahren (n=42) planten dagegen nur 21,4% (n=9) die Einführung von Patientenbefragungen (vgl. Abb. 4.42).

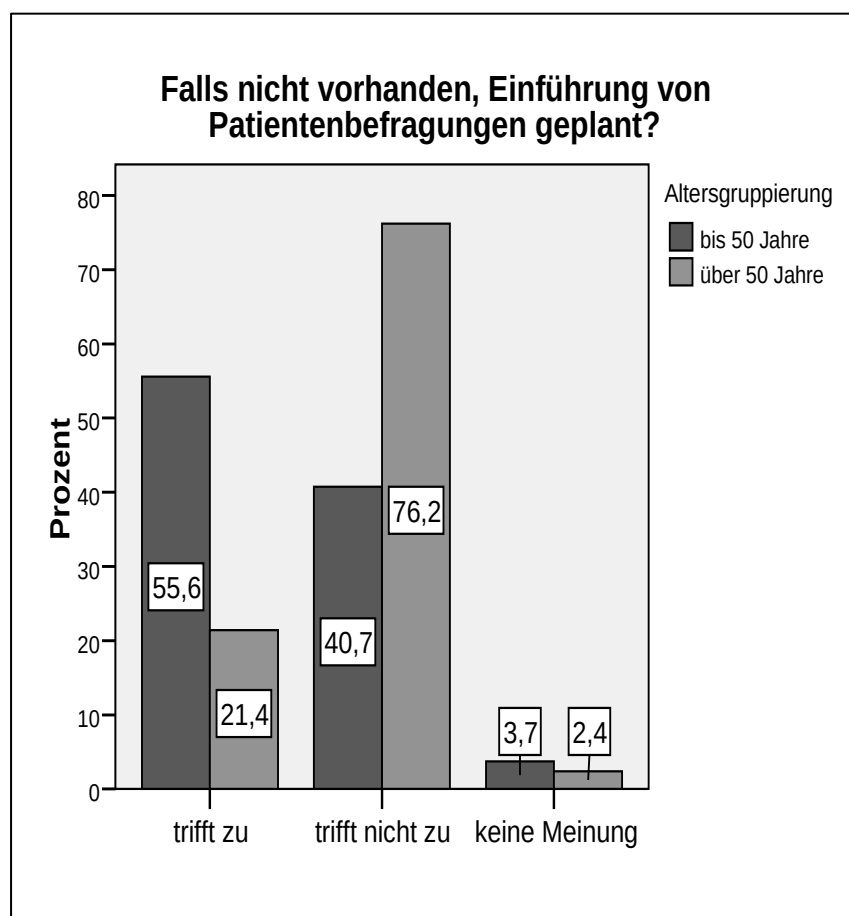


Abb. 4.42 Planung der Einführung von Patientenbefragungen nach Altersgruppierungen betrachtet

4.4 Meinungen zum Thema Qualitätsmanagement

4.4.1 Einfluss auf die medizinische Qualität und Praxisorganisation

Zunächst wurden die Hausärzte gefragt, ob sie eine Verbesserung der medizinischen Qualität in ihren Arztpraxen durch die ambulante Einführung des Qualitätsmanagements seit dem 01.01.2004 erkennen. Dem widersprach mit 72,8% (n=75) die Mehrheit der Befragten (vgl. Abb. 4.43). Zwei Personen gaben keine Antwort hierauf.

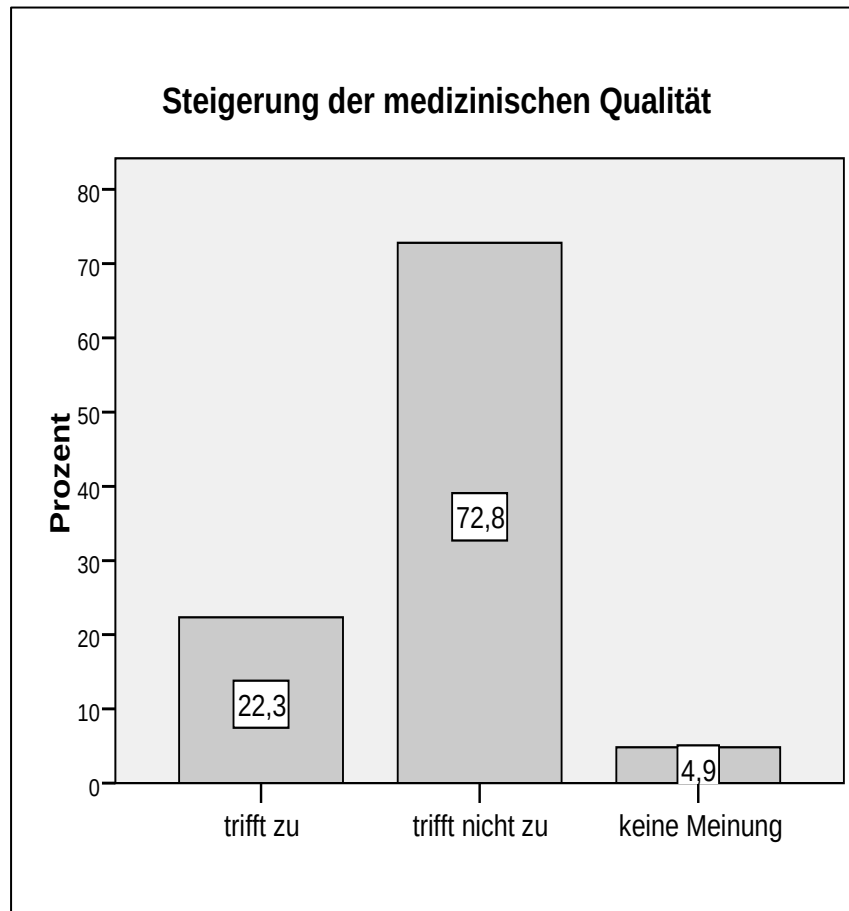


Abb. 4.43 Meinungen bezüglich der Steigerung der medizinischen Qualität durch QM

Unter den Männern lag der Anteil, der keine Verbesserung der medizinischen Qualität hierin erkennt, bei 75% (n=54), unter den Frauen bei 70% (n=21).

Die Ärzte zwischen 35 und 50 Jahren waren mit 80% (n=32) etwas häufiger der Meinung, dass die medizinische Qualität hierdurch nicht gesteigert werden konnte, als die Ärzte zwischen 51 und 67 Jahren. Unter ihnen lag der Anteil bei 70,2% (n=40).

Die befragten Praktischen Ärzte gaben zu 84,6% (n=11) an, keine Steigerung der medizinischen Qualität durch die gesetzliche Einführung des QM in ihren Praxen

wahrzunehmen. Unter den hausärztlich tätigen Internisten lag dieser Anteil bei 80,8% (n=21) und unter den Allgemeinmedizinern der Stichprobe bei 67,2% (n=43).

Anschließend wurden die Hausärzte gefragt, ob sie durch die Einführung des Qualitätsmanagements eine Verbesserung in der Praxisorganisation sehen.

Diese Meinung teilten 40,2% (n=41) der niedergelassenen Mediziner (vgl. Abb. 4.44). Drei Ärzte gaben keine Antwort auf die Frage und 4,9% (n=5) bezogen keine Stellung hierzu.

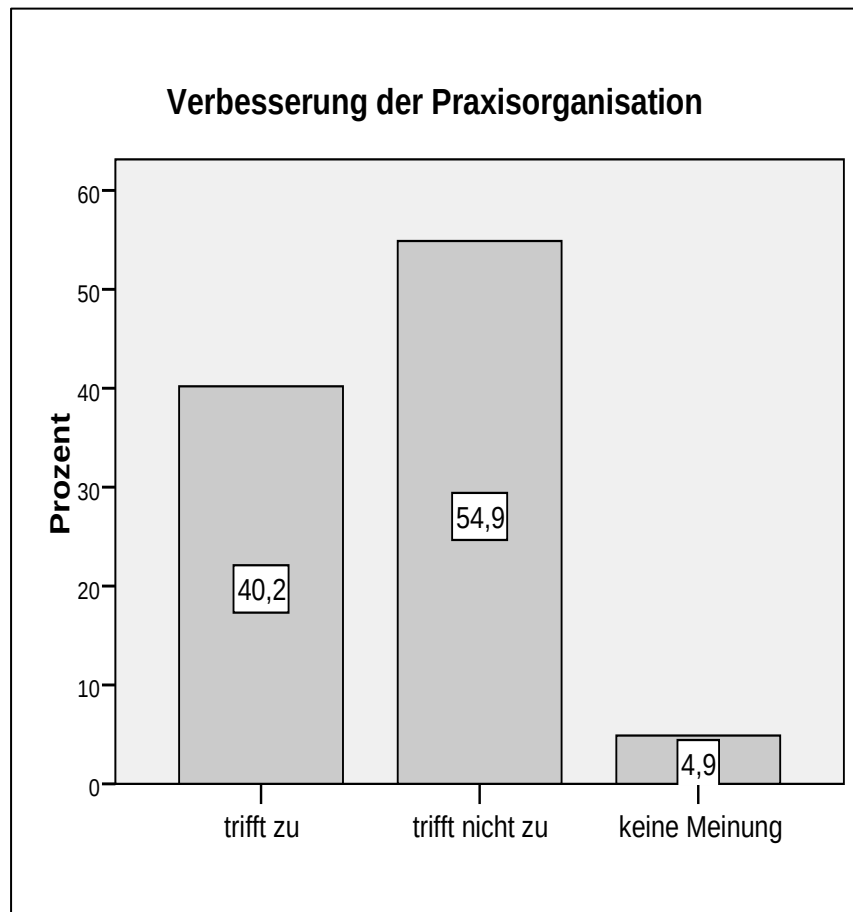


Abb. 4.44 Meinungen bezüglich Verbesserungen der Praxisorganisation durch QM

Von den in Einzelpraxen tätigen Ärzte waren nur 36,7% (n=18) der Überzeugung, dass hierdurch die Praxisorganisation verbessert werden konnte. In den Gemeinschaftspraxen lag der Anteil hingegen bei 46,7% (n=21). Unter den in Praxismgemeinschaften tätigen Ärzten (n=4) teilten 50% (n=2) jene Meinung. Von den in Ärztehäusern tätigen Mediziner (n=4) war hingegen keiner der Meinung, dass QM einen positiven Einfluss auf die Praxisorganisation hat.

Unter den Ärzten bis zum 50. Lebensjahr gaben mit 48,7% (n=19) mehr Ärzte an, eine Verbesserung der Praxisorganisation zu erkennen, als die befragten Hausärzte über 50 Jahre.

Diese sahen nur zu 33,3% (n=19) eine Optimierung der Praxisorganisation im Zusammenhang mit dem eingeführten QM (vgl. Tab. 4.33).

Tab. 4.33 Meinungen bezüglich Verbesserungen der Praxisorganisation durch QM nach Altersgruppierungen betrachtet

		trifft zu		trifft nicht zu		keine Meinung	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Altersgruppierung	bis 50 Jahre	19	48,7%	19	48,7%	1	2,6%
	über 50 Jahre	19	33,3%	34	59,6%	4	7,0%

Die Facharztgruppen betrachtend, zeigte sich, dass sowohl die Allgemeinmediziner mit 44,4% (n=28) als auch die Internisten mit 42,3% (n=11) ähnlich häufig der Meinung waren, dass die Praxisorganisation durch ambulantes QM verbessert werden konnte. Die befragten Praktischen Ärzte gaben dagegen nur zu 15,4% (n=2) an, dass sie hierin eine Verbesserung erkennen. 76,9% (n=10) von ihnen teilten hingegen diese Meinung nicht (vgl. Abb. 4.45).

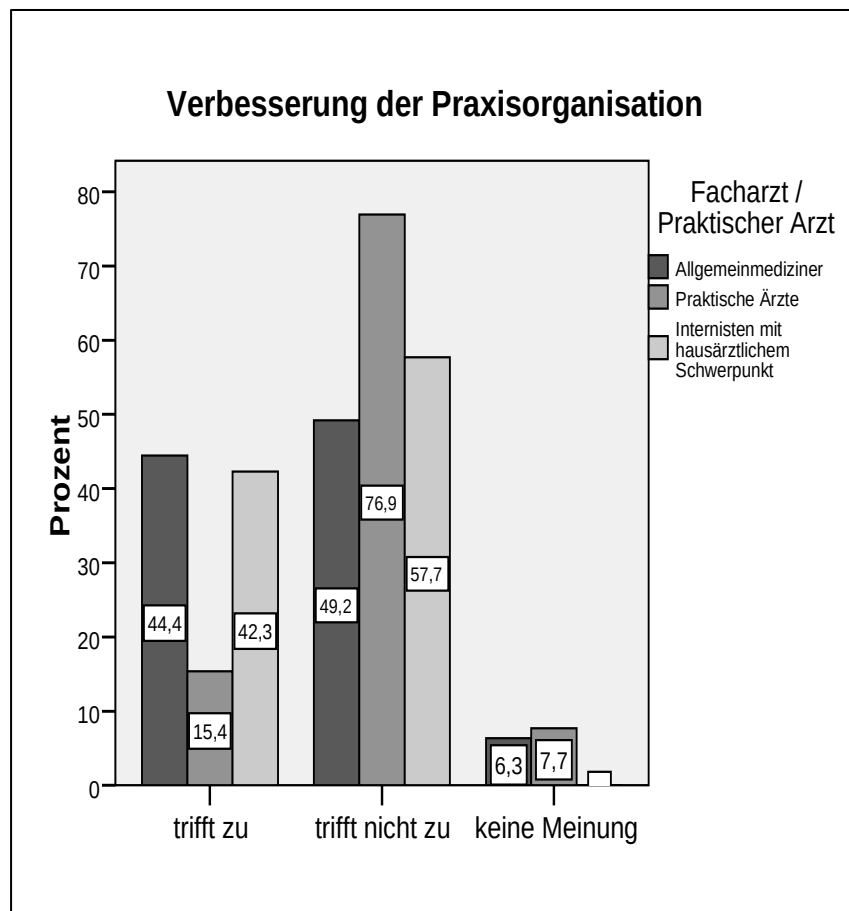


Abb. 4.45 Meinungen bezüglich Verbesserungen der Praxisorganisation durch QM nach Facharztgruppen betrachtet

4.4.2 Allgemeine Meinungen zum Thema QM und Gesundheitspolitik

Die Frage, ob die gesetzliche Einführung des Qualitätsmanagements aus Sicht der Hausärzte sinnvoll bzw. nötig sei, wurde von der Mehrheit der Befragten nicht bestätigt (vgl. Abb. 4.46). Nur 18,1% (n=19) waren der Meinung, dass das Gesetz sinnvoll bzw. nötig sei. 8,7% (n=9) bezogen keine klare Stellung, und eine Person verweigerte die Antwort hierauf.

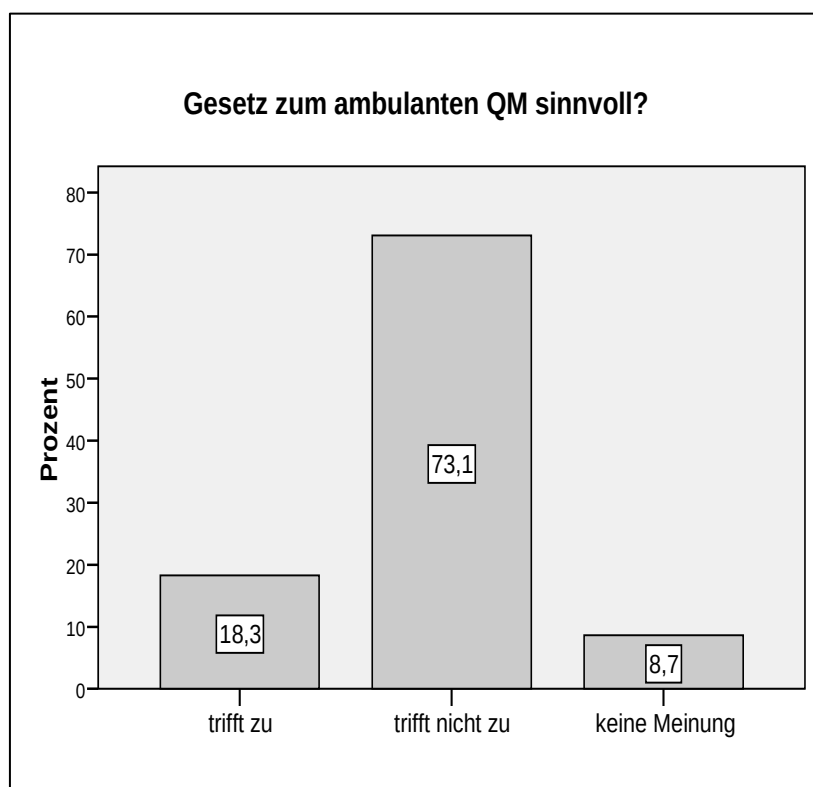


Abb. 4.46 Meinungen zum Nutzen des gesetzlich geregelten ambulanten QM

Nach dem Geschlecht differenziert, zeigten sich kaum Unterschiede. Während 73,3% (n=22) der Frauen keinen Sinn in dem Gesetz sahen, waren es unter den männlichen Befragten 74% (n=54).

Unter den bis zu 50 Jahre alten Ärzten lag der Anteil, der keinen Sinn in der gesetzlichen Einführung sah, mit 80,5% (n=33) höher, als der Anteil unter den Ärzten ab dem 51. Lebensjahr, der bei 70,2% (n=40) lag (vgl. Tab. 4.34).

Tab. 4.34 Meinungen zum Nutzen des gesetzlich geregelten ambulanten QM nach Altersgruppierungen betrachtet

		trifft zu		trifft nicht zu		keine Meinung	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Altersgruppierung	bis 50 Jahre	5	12,2%	33	80,5%	3	7,3%
	über 50 Jahre	11	19,3%	40	70,2%	6	10,5%

Werden die Facharztgruppen hierzu miteinander verglichen, gaben die Allgemeinmediziner zu 68,8% (n=44) an, keine Notwendigkeit in der gesetzlichen Einführung des Qualitätsmanagements im ambulanten Bereich zu sehen. Unter den Internisten lag der Anteil bei 73,1% (n=19). Am häufigsten geben die befragten Praktischen Ärzte an, keinen Nutzen in der gesetzlichen Einführung zu erkennen (92,9%, n=13). Weiterhin gab keiner der befragten Praktischen Ärzte an, dass eine Notwendigkeit für die gesetzliche Einführung bestehe (vgl. Abb. 4.47).

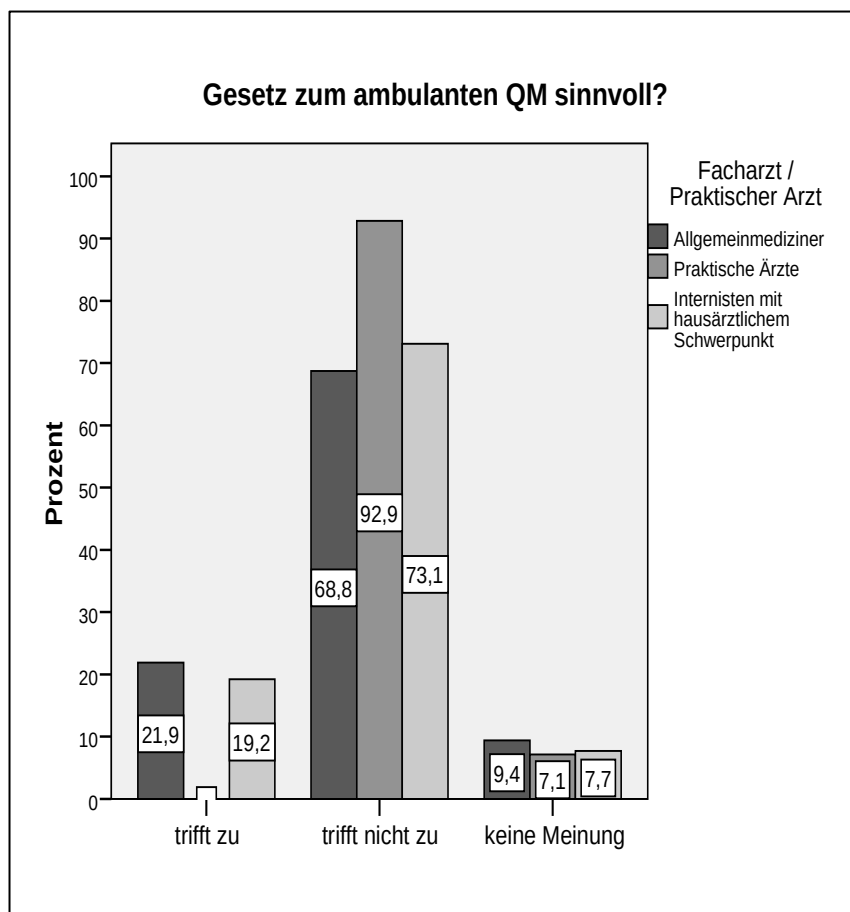


Abb. 4.47 Meinungen zum Nutzen des gesetzlich geregelten ambulanten QM nach Facharztgruppen betrachtet

Die in Einzelpraxen tätigen Ärzte gaben mit 76% (n=38) etwas häufiger an, keinen Sinn in dem Gesetz zu sehen, als Mediziner in den Gemeinschaftspraxen (vgl. Tab. 4.35).

Tab. 4.35 Meinungen zum Nutzen des gesetzlich geregelten ambulanten QM nach Praxisformen betrachtet

		trifft zu		trifft nicht zu		keine Meinung	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Praxisform	Einzelpraxis	9	18,0%	38	76,0%	3	6,0%
	Gemeinschaftspraxis	9	20,0%	30	66,7%	6	13,3%
	Ärztehaus	0	0%	4	100,0%	0	0%
	Praxisgemeinschaft	1	25,0%	3	75,0%	0	0%

Diese gaben zu 66,7% (n=30) an, keinen Nutzen hierin zu erkennen. Unter den in Praxisgemeinschaften tätigen Ärzten sind 75% (n=3) der Meinung und unter den in Ärztehäusern tätigen Mediziner 100% (n=4), dass keine Notwendigkeit in der gesetzlichen Einführung bestehe.

Weiterhin wurden die Hausärzte gefragt, ob sie sich in ihrer beruflichen Handlungsfähigkeit durch das gesetzlich eingeführte QM beeinträchtigt fühlen. Das bestätigten in etwa die Hälfte (n=51) der befragten Ärzte (vgl. Abb. 4.48). 36,5% (n=38) teilten diese Meinung nicht, und 14,4% (n=15) hatten diesbezüglich keine Meinung. Eine weitere Person gab keine Antwort auf die Frage.

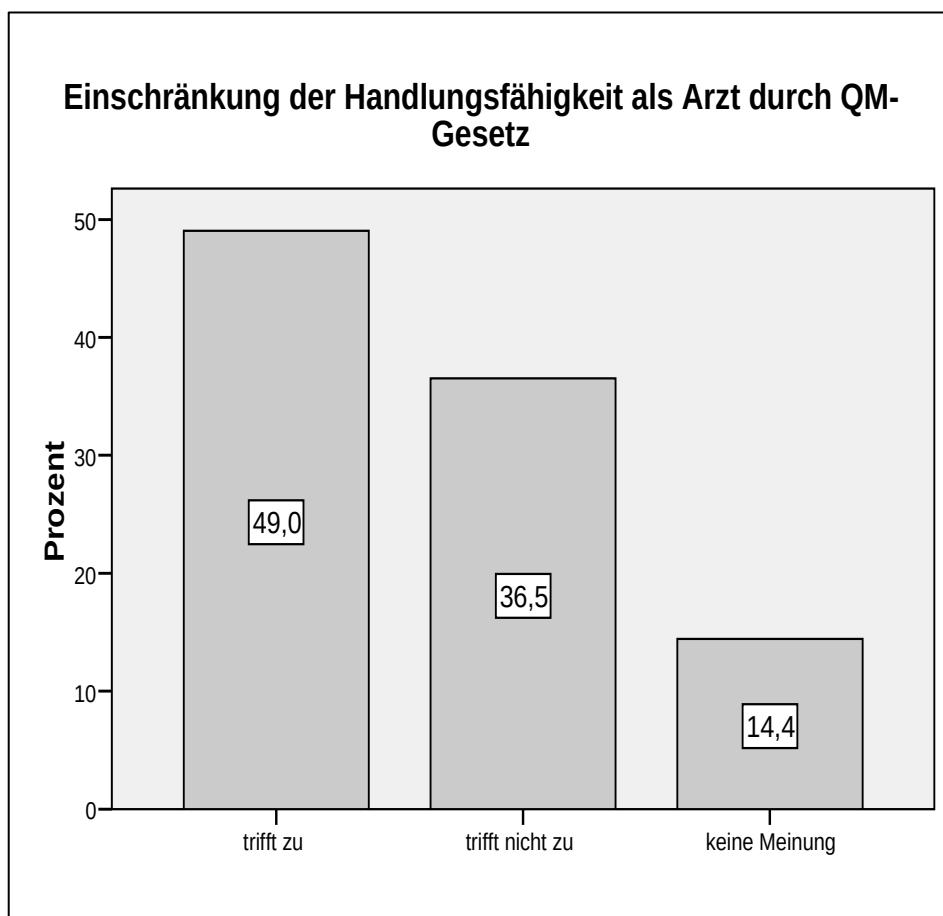


Abb. 4.48 Empfundene Einschränkung in ärztlicher Handlungsfreiheit durch QM-Gesetz

Die männlichen Befragten gaben mit 54,8% (n=40) häufiger an, sich hierdurch in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt zu fühlen, als die weiblichen Personen, die nur zu 36,7% (n=11) diese Meinung vertreten (vgl. Abb. 4.49).

Nach den Fachärzten unterscheidend, gaben mit 54,7% (n=35) die Allgemeinmediziner am häufigsten an, sich durch die gesetzliche Einführung des ambulanten Qualitätsmanagements in ihrer ärztlichen Handlungsfähigkeit eingeschränkt zu fühlen. Unter den Praktischen Ärzten

waren es 42,9% (n=6). Am geringsten war der Anteil unter den befragten Internisten. Sie gaben nur in 38,5% (n=10) der Fälle an, sich hierdurch eingeschränkt zu fühlen (vgl. Abb. 4.50).

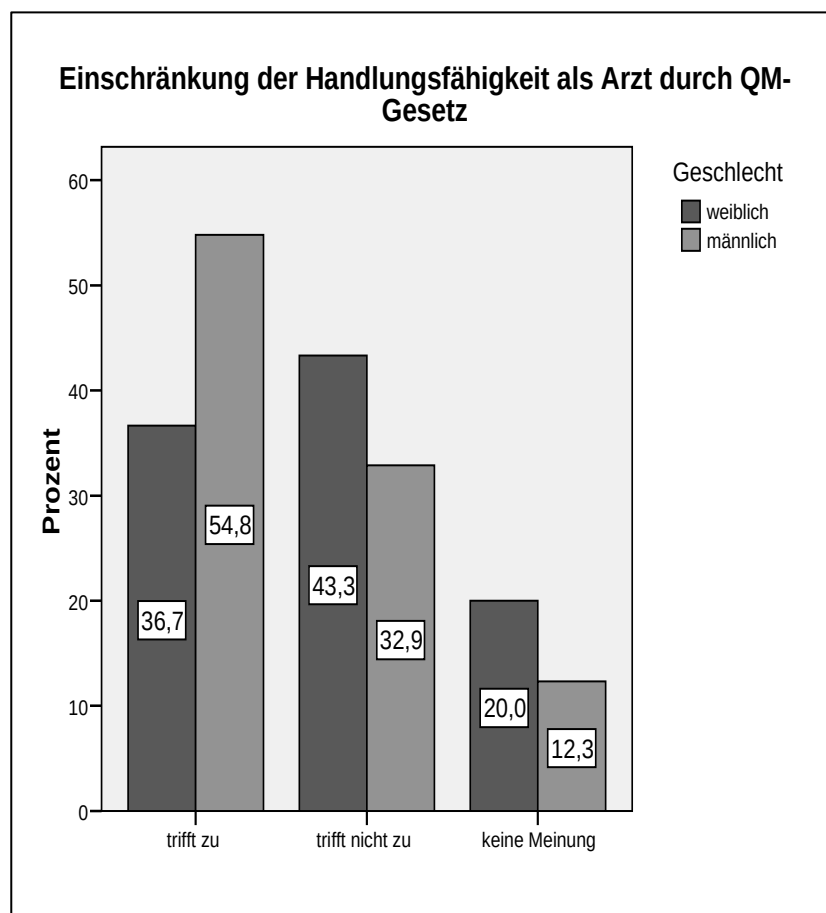


Abb. 4.49 Empfundene Einschränkung in ärztlicher Handlungsfreiheit durch QM-Gesetz nach dem Geschlecht betrachtet

Die in Einzelpraxen tätigen Ärzte waren zu 52% (n=26) dieser Meinung, in den Gemeinschaftspraxen waren es 46,7% (n=21). Von den vier in Ärztehäusern arbeitenden Hausärzten fühlten sich 75% (n=3) hierdurch eingeschränkt, von den vier in Praxisgemeinschaften arbeitende Ärzte waren es hingegen nur 25% (n=1) (vgl. Tab. 4.36).

Tab. 4.36 Empfundene Einschränkung in ärztlicher Handlungsfreiheit durch QM-Gesetz nach Praxisformen betrachtet

		trifft zu		trifft nicht zu		keine Meinung	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Praxisform	Einzelpraxis	26	52,0%	18	36,0%	6	12,0%
	Gemeinschaftspraxis	21	46,7%	17	37,8%	7	15,6%
	Ärztehaus	3	75,0%	1	25,0%	0	0%
	Praxisgemeinschaft	1	25,0%	2	50,0%	1	25,0%

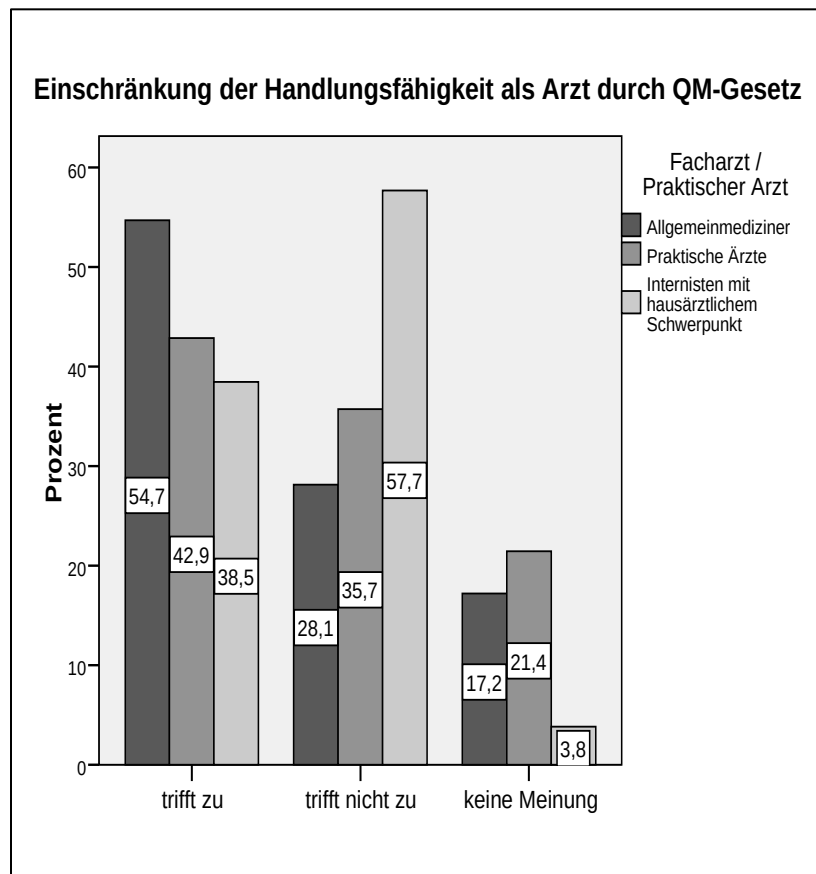


Abb. 4.50 Empfundene Einschränkung in ärztlicher Handlungsfreiheit durch QM-Gesetz nach Facharztgruppen betrachtet

In den unterschiedlichen Altersgruppen herrschte hingegen eine eher homogene Meinung. Während die Ärzte bis zum 50. Lebensjahr sich zu 48,8% (n=20) durch das Gesetz eingeschränkt fühlten, waren es in der Altersgruppe über 50 Jahre 50,9% (n=29).

Die Frage, ob sich die Hausärzte grundsätzlich unter den jetzigen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen ausreichend handlungsfähig fühlen, verneinten 82,7% (n=86) (vgl. Abb. 4.51). Lediglich 15,2% (n=16) gaben an, keine wesentliche Beeinträchtigung zu erkennen. 1,9% (n=2) der Befragten hatten keine Meinung hierzu und eine Person gab keine Antwort hierauf.

Unter den befragten Männern war der Anteil, der sich hierunter als ausreichend handlungsfähig erachtete, mit 12,3% (n=9) geringer, als der Anteil unter den Frauen (20%, n=6).

Tab. 4.37 Empfundene Einschränkung in ärztlicher Handlungsfreiheit durch QM-Gesetz nach dem Geschlecht betrachtet

		trifft zu		trifft nicht zu		keine Meinung	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Geschlecht	weiblich	6	20,0%	24	80,0%	0	0%
	männlich	9	12,3%	62	84,9%	2	2,7%

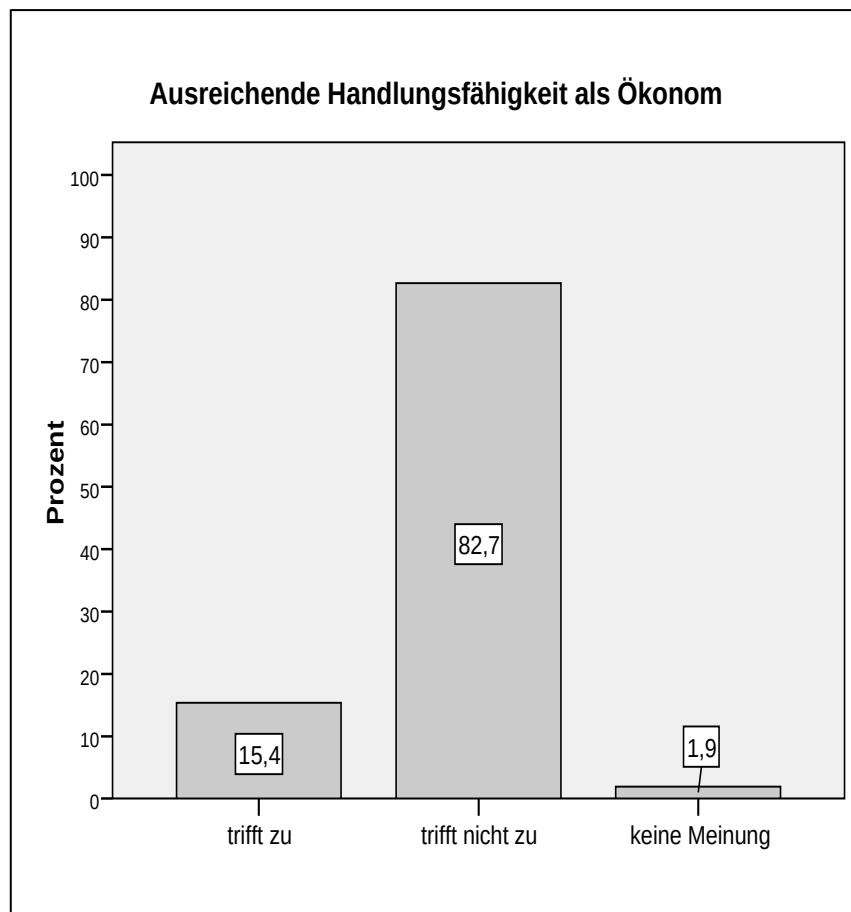


Abb. 4.51 Ausreichende Handlungsfähigkeit als Ökonom unter aktueller Gesundheitspolitik

Auch nach dem Alter differenziert, zeigten sich geringe Meinungsdivergenzen (vgl. Tab. 4.38). So gaben die Ärzte bis zum 50. Lebensjahr mit 12,2% (n=5) etwas seltener an, sich unter den jetzigen gesundheitspolitischen Bedingungen als ausreichend handlungsfähig zu erachten, als die befragten Personen über 50 Jahre (17,5%, n=10).

Tab. 4.38 Ausreichende Handlungsfähigkeit als Ökonom unter heutiger Gesundheitspolitik nach Altersgruppierung betrachtet

		trifft zu		trifft nicht zu		keine Meinung	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Altersgruppierung	bis 50 Jahre	5	12,2%	35	85,4%	1	2,4%
	über 50 Jahre	10	17,5%	46	80,7%	1	1,8%

Tab. 4.38

Unter den Facharztgruppen zeigten sich folgende Meinungsbilder (vgl. Abb. 4.52). Während die befragten hausärztlich tätigen Internisten zu 23,1% (n=6) angaben, ausreichend handlungsfähig zu sein, lag der Anteil unter den Allgemeinmedizinerinnen bei 14,1% (n=9) und unter den Praktischen Ärzten bei nur 7,1% (n=1).

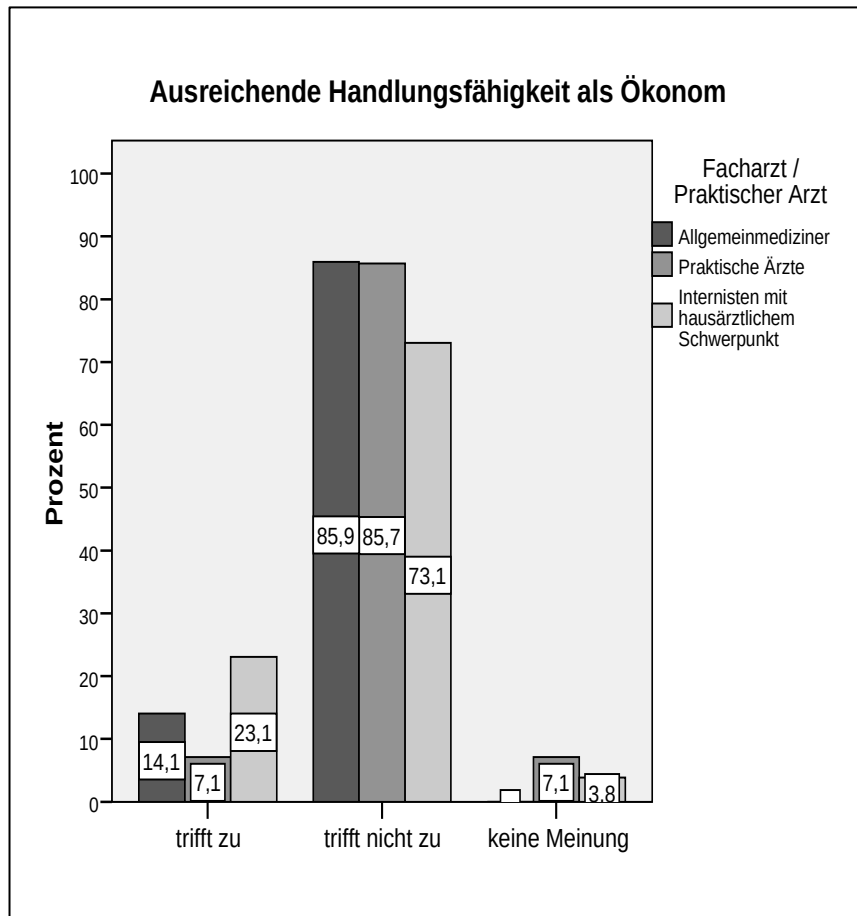


Abb. 4.52 Ausreichende Handlungsfähigkeit als Ökonom unter heutiger Gesundheitspolitik nach Facharztgruppierung

Nach der Praxisform unterscheidend, zeigte sich, dass die Ärzte in Einzelpraxen sich mit 84% (n=42) ähnlich häufig eingeschränkt fühlen wie die Mediziner der Gemeinschaftspraxen (84,4%, n=38). Von den jeweils vier in Praxismgemeinschaften und Ärztehäusern tätigen niedergelassenen Medizinerinnen waren jeweils 75% (n=3) dieser Meinung.

4.4.3 Auswirkungen auf die Patientenzufriedenheit und finanzielle Lage

Abschließend wurden die Hausärzte gefragt, ob sie die Meinung vertreten, dass durch Maßnahmen wie konsequentes QM, die Einführung neuer IGeL-Leistungen oder den Erwerb neuer Zusatzqualifikationen, die Patientenzufriedenheit gesteigert, und der Umsatz der Hausarztpraxen verbessert werden kann.

Bezogen auf die Patientenzufriedenheit zeigte sich folgendes Ergebnis (vgl. Abb. 4.53). Mit 64,1% (n=66) dachte die Mehrheit der Befragten, dass derartige Maßnahmen keinen positiven Einfluss auf die Patientenzufriedenheit haben. Nur 30,1% (n=31) waren der Überzeugung, die Zufriedenheit ihrer Patienten hierdurch steigern zu können. 5,8% (n=6) hatten keine Meinung hierzu und zwei Ärzte gaben keine Antwort auf die Frage.

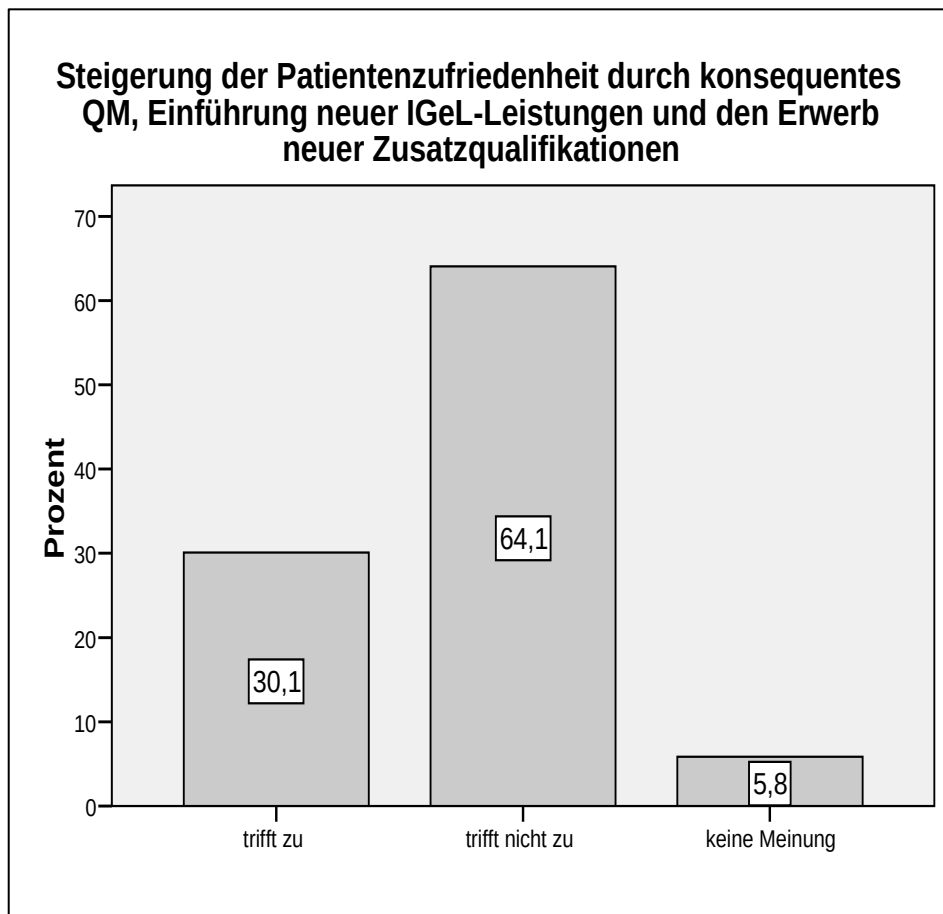


Abb. 4.53 Meinungen zur Steigerung der Patientenzufriedenheit durch konsequentes QM, Einführung neuer IGeL-Leistungen und den Erwerb neuer Zusatzqualifikationen

Die befragten Männer vertraten mit 31,5% (n=23) häufiger die Meinung, hierdurch Einfluss auf die Patientenzufriedenheit zu haben, als ihre weiblichen Kollegen, die dies zu 24,1% (n=7) angeben.

Unter den Facharztgruppen zeigten sich hierzu kaum Unterschiede (vgl. Tab. 4.39). Während die Allgemeinmediziner in 29,7% (n=19) der Fälle den Standpunkt vertraten, durch derartige Maßnahmen Einfluss auf die Patientenzufriedenheit zu haben, lag der Anteil unter den Praktischen Ärzten bei 28,6% (n=4) und unter den Internisten bei 32% (n=8).

Tab. 4.39 Meinungen zur Steigerung der Patientenzufriedenheit durch konsequentes QM, Einführung neuer IGeL-Leistungen und den Erwerb neuer Zusatzqualifikationen nach Facharztgruppen betrachtet

		trifft zu		trifft nicht zu		keine Meinung	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Facharzt / Praktischer Arzt	Allgemeinmediziner	19	29,7%	40	62,5%	5	7,8%
	Praktische Ärzte	4	28,6%	10	71,4%	0	0%
	Internisten mit hausärztlichem Schwerpunkt	8	32,0%	16	64,0%	1	4,0%

Die Altersgruppe der Ärzte bis zum 50. Lebensjahr vertrat mit 39% (n=16) häufiger die Meinung als die Ärzte zwischen 51 und 67 Jahren mit 25% (n=14), hierdurch Einfluss auf die Zufriedenheit ihrer Patienten zu haben (vgl. Abb. 4.54).

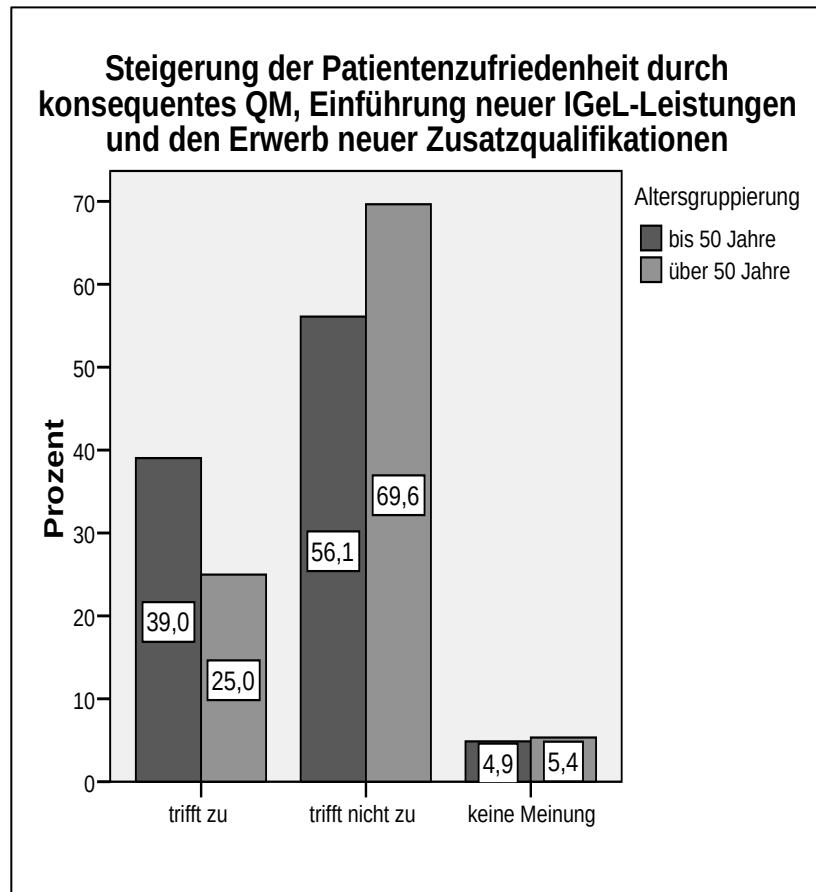


Abb. 4.54 Meinungen zur Steigerung der Patientenzufriedenheit durch consequentes QM, Einführung neuer IGeL-Leistungen und den Erwerb neuer Zusatzqualifikationen nach Altersgruppierungen betrachtet

In Einzelpraxen tätige Ärzte waren zu 36% (n=18) der Meinung, durch consequentes QM, weitere Individuelle Gesundheitsleistungen und den Erwerb neuer Zusatzqualifikationen die Patientenzufriedenheit steigern zu können. In Gemeinschaftspraxen tätige Ärzte teilten diese Meinung nur zu 27,3% (n=12). Von den in Ärztehäusern tätigen Ärzten dachte niemand und von den in Praxisgemeinschaften arbeitenden Ärzten eine Person (25%), hierdurch einen positiven Einfluss auf die Patientenzufriedenheit ausüben zu können.

Bezogen auf die finanziellen Auswirkungen für die niedergelassenen Mediziner zeigte sich ein anderes Meinungsbild. So glaubte mit 46,6% (n=48) fast die Hälfte, dass sich der Praxisumsatz hierdurch langfristig steigern lässt (vgl. Abb. 4.55). 11,7% (n=12) gaben an, keine Meinung hierzu zu haben, und zwei Personen geben keine Antwort hierauf.

Die befragten weiblichen Personen vertraten mit 48,3% (n=14) etwas häufiger die Meinung, als ihre männlichen Kollegen (45,2%, n=33), hierdurch Einfluss auf den Praxisumsatz zu haben.

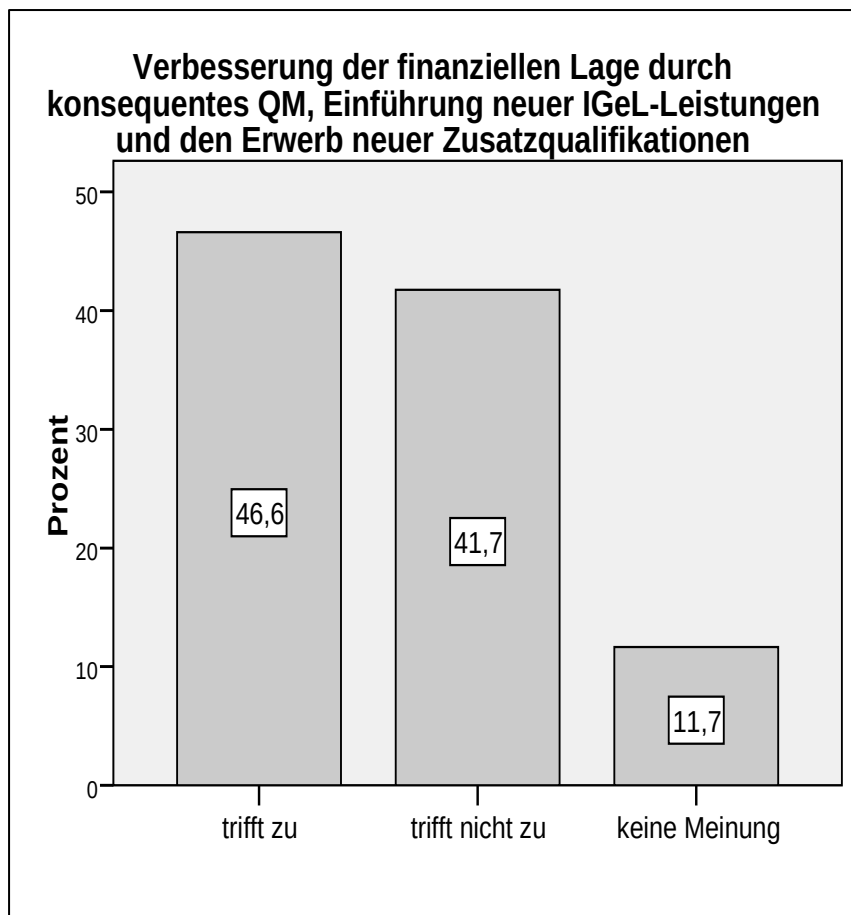


Abb. 4.55 Meinungen zur Steigerung des Praxisumsatzes durch konsequentes QM, Einführung neuer IGeL-Leistungen und den Erwerb neuer Zusatzqualifikationen

Unter den 35 bis 50 Jahre alten Ärzten vertraten mit 58,5% (n=24) über die Hälfte die Meinung, durch derartige Maßnahmen den Praxisumsatz steigern zu können. Unter ihren Kollegen ab dem 51. Lebensjahr waren es hingegen nur 41,1% (n=23) (vgl. Tab. 4.40).

Tab. 4.40 Meinungen zur Steigerung des Praxisumsatzes durch konsequentes QM, Einführung neuer IGeL-Leistungen und den Erwerb neuer Zusatzqualifikationen nach Altersgruppierungen betrachtet

		trifft zu		trifft nicht zu		keine Meinung	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Altersgruppierung	bis 50 Jahre	24	58,5%	13	31,7%	4	9,8%
	über 50 Jahre	23	41,1%	27	48,2%	6	10,7%

Die einzelnen Facharztgruppen vergleichend fällt auf, dass die befragten Praktischen Ärzte nur zu 28,6% (n=4) dieser Meinung waren (vgl. Tab. 4.56). Unter den Allgemeinmedizinern lag der Anteil hingegen bei 46,9% (n=30) und unter den Internisten bei 56% (n=14).

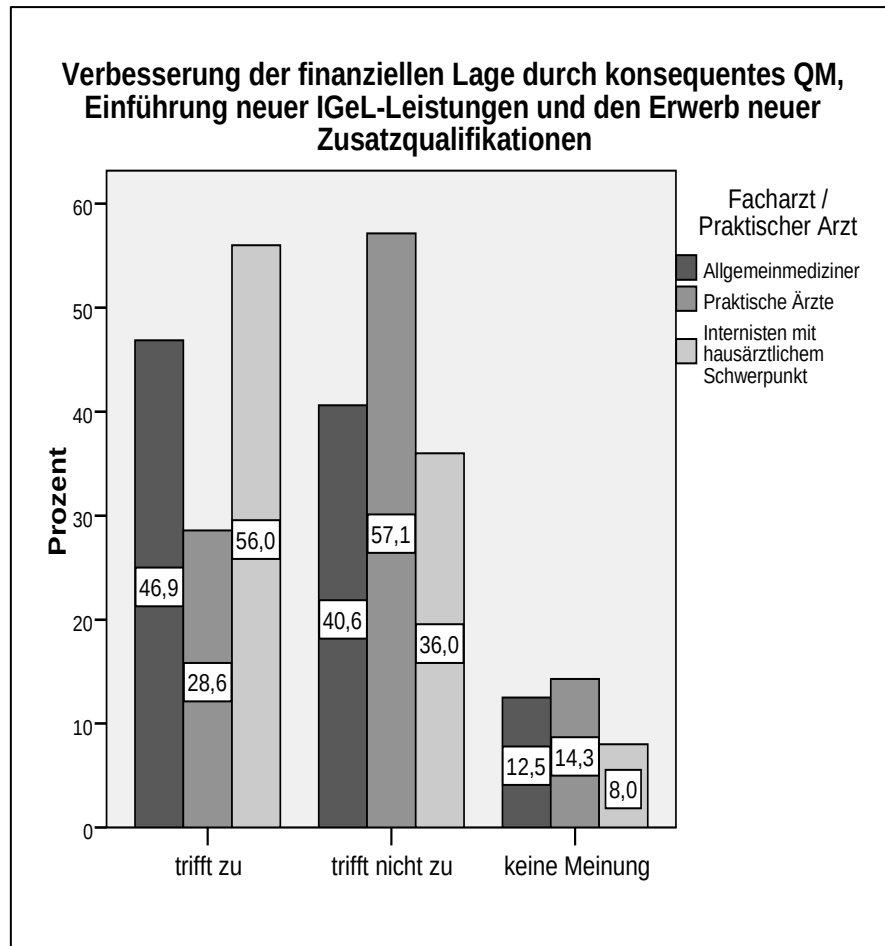


Abb. 4.56 Meinungen zur Steigerung des Praxisumsatzes durch konsequentes QM, Einführung neuer IGeL-Leistungen und den Erwerb neuer Zusatzqualifikationen nach Facharztgruppen betrachtet

Die in Einzelpraxen arbeitenden Ärzte waren zu 48% (n=24) der Überzeugung, ihre finanzielle Lage hierdurch steigern zu können. Unter ihren Kollegen in den Gemeinschaftspraxen lag der Anteil, der diese Meinung vertrat, bei 45,5% (n=20). Von den vier in Ärztehäusern tätigen Medizinerinnen glaubte nur einer (25%), von den vier in Praxismgemeinschaften Tätigen hingegen drei (75%), damit den Umsatz der Arztpraxen steigern zu können.

4.5 Induktive Statistik

4.5.1 Geschlechtsspezifische Antwortenverteilung

Werden die Antworten der befragten weiblichen Personen mit denen der männlichen Personen verglichen, zeigten sich nach dem Chi²-Test bzw. exaktem Test nach Fischer keine signifikanten Zusammenhänge zwischen dem Geschlecht und den gegebenen Antworten.

4.5.2 Antwortenverteilung zwischen den Facharztgruppen

Werden die Antworten der befragten Facharztgruppen (Allgemeinmediziner, Praktische Ärzte und hausärztlich tätige Internisten) miteinander verglichen, zeigten sich folgende signifikanten Zusammenhänge:

Auf die Frage, ob die Hausärzte ein EDV-System einsetzen, antworteten 100% (n=65) der Allgemeinmediziner und 100% (n=25) der Internisten mit „ja“. Unter den Praktischen Ärzten liegt der Anteil, der ein EDV-System verwendet, bei 85,7% (n=12). Dieser Zusammenhang ist signifikant (exakter Test nach Fisher, p=0,017).

Ebenfalls signifikant ist der Zusammenhang zwischen der Facharzttrichtung und den Meinungen bezüglich der Frage, ob die Patientenzufriedenheit sich durch mehr Zeit, die die Hausärzte je Patient einplanen, steigern ließe (exakter Test nach Fisher, p=0,029). Dem stimmten 57,7% (n=15) der Internisten, 42,2% (n=27) der Allgemeinmediziner und 28,6% (n=4) der Praktischen Ärzte zu.

4.5.3 Antwortdifferenzen innerhalb der Praxisformen der Ärzte

Die befragten Hausärzte der Stadt Aachen sind in Einzelpraxen, Gemeinschaftspraxen, Praxisgemeinschaften und Ärztehäusern tätig. Werden die Antworten nach den Praxisformen differenziert verglichen, zeigten sich keine signifikanten Beziehungen.

4.5.4 Antwortenverteilung nach dem Alter

Die Hausärzte wurden im Rahmen der statistischen Auswertung in zwei Altersgruppen unterteilt. Die eine Gruppe umfasste Ärzte bis zum 50. Lebensjahr (n=41), die andere Gruppe Ärzte ab 51 Jahren (n=56). Werden die beiden Gruppen bezüglich deren Antworten auf signifikante Meinungstendenzen überprüft, zeigten sich folgende Auffälligkeiten:

Auf die Frage, ob eine Praxishomepage vorhanden sei, antworteten die 35 – 50 Jahre alten Ärzte zu 50% (n=21) mit „ja“. Ihre Kollegen ab 51 Jahren gaben hingegen nur zu 23,2%

(n=13) an, über eine Praxishomepage zu verfügen. Dieser Zusammenhang ist signifikant (Chi²-Test, p=0,01).

Auch die Frage, ob „Werbung“ für die Praxis betrieben werde, zeigte einen signifikanten Zusammenhang zum Alter der befragten Personen (Chi²-Test, p=0,047). So gaben 40,5% (n=17) der Ärzte bis 50 Jahre an, „Werbung“ zu betreiben, während dies nur 21,4% (n=12) der Mediziner über 50 Jahre machten.

Die Frage, ob in Zukunft neue Zusatzqualifikationen angestrebt werden, bestätigten 61% (n=25) der 35 – 50 Jahre alten Ärzte. Unter den Ärzten zwischen 51 und 67 Jahren gaben dies hingegen nur 21,1% (n=12) an. Dieses Ergebnis ist signifikant (exakter Test nach Fisher, p<0,001).

Auch bei der Frage nach geplanten IGeL-Erweiterungen zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zum Alter der Ärzte (exakter Test nach Fisher, p=0,036). 57,5% (n=23) der Mediziner bis zum 50. Lebensjahr planen eine Erweiterung bzw. Einführung der IGeL-Leistungen, während dies die Ärzte über 50 Jahre nur zu 33,9% (n=19) beabsichtigten.

Diejenigen Ärzte, die bislang keine Patientenbefragungen durchführten, wurden gefragt, ob sie deren Einführung erwogen. Das bejahten 55,6% (n=15) der Ärzte bis 50 Jahre. Die 51 - 67 Jahre alten Mediziner planten eine Einführung hingegen nur zu 21,4% (n=9). Auch dieses Ergebnis zeigt einen signifikanten Zusammenhang mit dem Alter der befragten Personen (exakter Test nach Fisher, p=0,008).

5 Diskussion

5.1 Stichprobenzusammensetzung

Die vorliegende Stichprobe bestand zu 71,3% (n=73) aus Männern und zu 28,7% (n=31) aus Frauen. Verglichen mit den Zahlen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zeigt sich, dass der Anteil der Frauen in der Stichprobenpopulation geringer ist als im Bundesdurchschnitt (vgl. KBV 2007, S. 12). Hier lag der Anteil der Frauen unter den Allgemeinmedizinerinnen und Praktischen Ärzten 2006 bei 38%.

Die Altersstruktur der Stichprobe ergab ein Durchschnittsalter von 51,8 Jahren. Dies deckt sich mit der Altersstruktur der Hausärzte bundesweit, wo das Durchschnittsalter bei 51,7 Jahren liegt (vgl. KBV 2007, S. 25).

In Bezug auf den Umfang Stichprobenuntergruppen ist anzumerken, dass sie vereinzelt relativ klein sind. Während die untersuchten Untergruppen durchschnittlich 28,3 Personen umfassen, enthalten die Gruppen der in Praxisgemeinschaften und Ärztehäusern tätigen Mediziner jeweils nur vier Personen. Auch die Gruppe der Praktischen Ärzte besteht nur aus 14 Personen. Hinzu kommt, dass in Praxen, in denen mehr als ein Arzt der Stichprobe arbeitete, die Angaben, sofern sie sich auf den Ist-Zustand der Praxis beziehen, mehrfach in die Auswertung eingingen. Dies betrifft entsprechend Gemeinschaftspraxen, Praxisgemeinschaften und Ärztehäuser.

5.2 Qualitätsmanagement

5.2.1 Stand der Umsetzung

Nach § 5 der „Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung“ des G-BA ist mit Inkrafttreten am 01.01.2006 für Vertragsärzte folgende zeitliche Regelung festgelegt: Ärzte, die sich nach dem Stichtag als Vertragsärzte niederlassen, haben eine Zeitspanne von vier Jahren, um ein einrichtungsinternes QM einzuführen. Ärzte, die zu dem Zeitpunkt bereits an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, haben mit Beginn des Stichtages ebenfalls vier Jahre, um ein internes QM zu etablieren (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2005, S. 4-5). Bezogen auf die letzte Gruppe, die den Großteil der Hausärzte der Stichprobe betrifft, liegt damit ein Zeitrahmen zur Implementierung bis zum 01.01.2010 vor. Dadurch ist davon auszugehen, dass der Großteil der Hausärzte zum Befragungszeitpunkt bereits mit der Einführung des praxisinternen QM begonnen hat.

Die Frage, ob die Hausärzte der Stadt Aachen ein Zertifikat im Bereich QM vorweisen, bestätigten 25,2% (n=26). Auffällig ist hierbei, dass die weiblichen Ärzte fast doppelt so häufig ein Zertifikat vorwiesen (37,9%, n=11) wie ihre männlichen Kollegen (19,2%, n=14). Dieses Ergebnis ist jedoch nicht signifikant (Chi²-Test, p=0,072). In einer ähnlichen Studie mit dem Namen „Qualitätsmanagement in der ärztlichen Praxis 2007“ der Stiftung Gesundheit, bei der im Jahr 2006 15.383 niedergelassene Ärzte repräsentativ ausgewählt und angeschrieben wurden, liegen die Ergebnisse von 787 (5,1% Rücklauf) Ärzten und Zahnärzten vor (vgl. Obermann & Müller 2007a, S. 7). Dabei zeigte sich, dass 2006 15% der Ärzte eine Zertifizierung im Bereich QM besaßen und 4% angaben, dass die Zertifizierung geplant sei. Verglichen mit den 25,2% der Hausärzte der Stadt Aachen zum Befragungszeitrahmen Januar bis Februar 2007 fällt auf, dass die befragten Hausärzte der Stadt Aachen eine Zertifizierung geringfügig häufiger besitzen. Dies kann entweder daran liegen, dass die Rücklaufquote der vorliegenden Studie deutlich höher war (61,8% im Vergleich zu 5,1%), oder daran, dass Hausärzte im Vergleich zu der Gesamtheit niedergelassener Mediziner häufiger Zertifizierungen vornehmen ließen. Darüber hinaus sind auch regionale Unterschiede denkbar.

Ein elementarer Schritt in der Einführung von QM-Systemen in Arztpraxen besteht in der Schaffung von Transparenz aller Arbeitsabläufe. Diese lässt sich unter anderem durch die Etablierung und Erweiterung von EDV-Systemen verwirklichen. Dazu ist anzumerken, dass fast alle befragten Ärzte (98,1%, n=102) ein EDV-System verwenden. Diese dienen primär der Verwaltung von Stammdaten der Patienten, der ICD-Verschlüsselung bzw. der Abrechnung und der Verwaltung von Formularvorlagen. Patientenakten, die komplett elektronisch verwaltet werden, existierten bei ca. 70% (n=71) der Befragten. Auch die Frage, ob eine Erweiterung des bestehenden EDV-Systems geplant sei, beantworteten 44,1% (n=45) mit „ja“. Damit weist der Großteil der befragten Ärzte bereits einen wichtigen Schritt zur Etablierung von QM in ihren Praxen vor. Eine weitere Möglichkeit, die der Einsatz von EDV-Systemen bietet, zeigt beispielsweise das regionale Praxisnetz „Diabetesvereinbarung Thübingen“. Hierbei wurde ein EDV-gestütztes Netzwerk von Hausärzten und Fachärzten geschaffen, bei dem Vereinbarungen getroffen wurden, die z. B. Überweiskriterien zwischen Hausärzten und Fachärzten umfassen (vgl. Hellbrück 2000, S.511-515). Damit konnte gezeigt werden, dass die Vernetzung unter niedergelassenen Mediziner einen weiteren potenziellen Schritt darstellen kann, um transparente und standardisierte Behandlungsabläufe zu schaffen.

Ein weiterer Schritt, der mit Einführung des Qualitätsmanagements gefordert wird, ist die systematische Patientenorientierung (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2005, S. 3). Hierdurch einerseits, aber auch durch marktstrategische Gründe andererseits, ergibt sich die Empfehlung, Patientenbefragungen in Arztpraxen einzuführen. Ein Vorteil, der sich daraus ergibt, ist „[...] die Möglichkeit, konkrete Ansatzpunkte für Verbesserungsmaßnahmen schnell zu identifizieren und deren Umsetzung zu evaluieren.“ (vgl. Nübling et al. 2007, S. 44). Unter den Hausärzten der Stadt Aachen liegt der Anteil, der Befragungen bereits durchführt, bei 28,8% (n=30). Auffällig ist diesbezüglich jedoch, dass die Praktischen Ärzte mit 42,9% (n=6) fast doppelt so häufig Patientenbefragungen durchführen wie die befragten Allgemeinmediziner (24,6%, n=16). Eine weitergehende Frage ergab, dass weitere 24% (n=25) in Zukunft die Durchführung von Patientenbefragungen beabsichtigen. Damit ist davon auszugehen, dass ca. die Hälfte der befragten Ärzte in naher Zukunft Patientenbefragungen einsetzen werden. Offen bleibt jedoch die Frage, wie die optimale Patientenbefragung auszusehen hat. So besteht zum einen die Möglichkeit, „reine Zufriedenheitsmessungen“ durchzuführen. Darüber hinaus differenzieren umfassendere Befragungen die Qualitätskriterien nach Donabedian (vgl. Zollondz 2006, S. 11-12), also die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, wodurch Verbesserungsansätze gezielter ermittelt werden können. Verwendung findet dies z. B. in der medizinischen Rehabilitation, bei der die deutsche Rentenversicherung im Rahmen der externen Qualitätssicherung jährlich 150.000 Patienten befragt (vgl. Raspe et al. 1996, S. 372-378; Kowski et al. 1999, S.316-325).

5.2.2 Meinungen

Die Meinungen der Hausärzte zum Thema QM sind eher divergent. Generell lässt sich sagen, dass gegenüber der gesetzlichen Einführungspflicht ein eher negatives Bild vorherrscht. So sehen 72,8% (n=75) keine Verbesserung der medizinischen Qualität und 54,9% (n=56) keine Verbesserungen der Praxisorganisation. Auf die generelle Frage, ob die gesetzliche Einführung nötig bzw. sinnvoll sei, antworteten 73,1% (n=76) mit „nein“. In ihrer ärztlichen Handlungsfreiheit sahen sich mit 49% (n=51) fast die Hälfte der befragten Ärzte durch das Gesetz zum ambulanten QM eingeschränkt. Auffällig ist hierbei, dass die männlichen Befragten dies zu 54,8% (n=40) angaben, die weiblichen Personen hingegen nur zu 36,7% (n=11). Die über das QM hinausgehende Frage, ob sich die Hausärzte insgesamt unter den jetzigen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen als ausreichend handlungsfähig erachten, beantworteten 82,7% (n=86) mit „nein“. In der Studie „Qualitätsmanagement in der ärztlichen Praxis 2007“ der Stiftung Gesundheit wurden die niedergelassenen Mediziner

zusätzlich gefragt, warum sie sich bislang nicht mit dem Thema QM beschäftigt hätten. Die häufigsten Nennungen hierauf waren zum einen, dass QM als „Geldschneiderei“ empfunden werde (47%), der Bürokratieaufwand gefürchtet werde (41%), und keine Zeit für die Auseinandersetzung mit dem QM existiere (35%) (vgl. Obermann & Müller 2007a, S. 17).

Die Gründe für die mehrheitlich ablehnende Haltung gegenüber dem QM könnten somit einerseits in dem zeitlichen Aufwand zur Einführung des QM in den Arztpraxen liegen und andererseits in den damit verbundenen Kosten. Hierzu zeigen Ergebnisse aus der Studie „Qualitätsmanagement in der ärztlichen Praxis 2007“ der Stiftung Gesundheit, dass der durchschnittliche Zeitaufwand für die Implementierung bei 37 Wochen liegt. In denen beschäftigten sich die Praxisinhaber durchschnittlich 5,7 Stunden und die Mitarbeiter 7,8 Stunden pro Woche mit der Umsetzung. Finanziell gesehen ergaben sich durchschnittlich Kosten von 5960 €, von denen 3930 € auf Dienstleister, 1190 € auf die Zertifizierung und 840 € auf die Kategorie „sonstiges“ entfielen (vgl. Obermann & Müller 2007a, S. 15-17).

Werden die Erwartungen der Vertragsärzte gegenüber dem QM untersucht, zeigt die Studie „Qualitätsmanagement in der ärztlichen Praxis 2007“ der Stiftung Gesundheit folgende Antworttendenzen: 85% hoffen demnach, durch QM in ihren Praxen Arbeitsabläufe effizienter gestalten zu können, 71% wünschen sich hierdurch eine Orientierungshilfe für ihre Mitarbeiter, und 53% wollen damit die Betriebskosten senken. 51% erhoffen sich eine Verbesserung der Behandlungsqualität und 21% eine Hilfe im Bereich Marketing. Auf die weitere Frage, in wie weit diese Forderungen erfüllt werden konnten, sieht die Antwortenverteilung wie folgt aus. Die folgenden Prozentzahlen beziehen sich dabei auf die Antworten „Trifft in hohem Maße zu“ und „Trifft zu“. Eine Verbesserung der Arbeitsabläufe sehen dabei 70% der Befragten, eine Optimierung der Wirtschaftlichkeit 43% und eine Steigerung der Behandlungsqualität 50% (vgl. Obermann & Müller 2007a, S. 18-19). Diese Stichprobenergebnisse, die bundesweit mit Fachärzten und Hausärzten erhoben wurden, decken sich nicht mit den Meinungen der Hausärzte Aachens. Unter ihnen sehen nur 40,2% (n=41) eine Verbesserung der Praxisorganisation (70% in der bundesweiten Umfrage) und 22,3% eine Steigerung der medizinischen Qualität (43% in der bundesweiten Umfrage). Gründe hierfür könnten in regionalen Unterschieden liegen, oder in der höheren Rücklaufquote unter den Hausärzten der Stadt Aachen.

5.2.3 Auswirkungen des Qualitätsmanagements auf die medizinische Qualität

Die Auswirkungen der Einführung von QM-Systemen und Qualitätssicherung im medizinischen Sektor zeigen nach aktuellen Studien bislang keine klaren Ergebnisse. So fassen Glattacker und Jäckler in ihrem Bericht „Evaluation der Qualitätssicherung – aktuelle Datenlage und Konsequenzen für die Forschung“ die Ergebnisse aktueller Studien wie folgt zusammen:

„Wenngleich positive Auswirkungen von Qualitätsmanagement- und Qualitätssicherungsmaßnahmen insbesondere auf die Leistungsprozesse berichtet werden, ist der Impact auf das Outcome bislang nicht oder nur unzureichend belegt, und die Datenlage wird insgesamt als „konsistent inkonsistent“ bewertet.“ (Glattacker & Jäckel 2007, S. 277-383).

Dies deckt sich mit den Antworten der Hausärzte der Stadt Aachen, die einerseits zu 40,2% (n=41) eine Verbesserung der Praxisabläufe angaben, jedoch andererseits nur zu 22,3% (n=23) eine Verbesserung der medizinischen Qualität feststellten.

Einer der möglichen Gründe hierfür kann in der These liegen, dass QM-Modelle mehr eine Philosophie darstellen als konkrete Ansatzpunkte zur erfolgreichen Implementierung von QM in die Arztpraxis. Hierzu schreiben Øvretveit und Gustafson passend: „TQM is more a philosophy and set of principles than a specific set of steps and actions to be implemented by all organisations.“ (Øvretveit & Gustafson 2002, S. 270-275).

Die Vermutung, dass externe Zertifizierungen dem entgegenwirken, indem individuelle „Fehler“ bei der Einführung des QM erkannt werden, konnte, zumindest in Studien das amerikanische Gesundheitssystem betreffend, nicht belegt werden. Dort zeigte sich, dass es keine Belege für die Verbesserung der Versorgungsqualität durch Zertifizierungen in Gesundheitseinrichtungen gibt (vgl. Selbmann 2003, S. 76-77; Simoes et al. 2004, S. 370-379).

Auch der Bericht von Renders et al. aus dem Jahre 2001 über Typ 2 Diabetiker kam zu dem Schluss, dass QM-Systeme zwar eine Verbesserung der Prozesskriterien bewirkten, jedoch keinen Einfluss auf das Outcome, also die Gesundheit und die Behandlungsdauer, hatten (vgl. Renders et al. 2001, S. 1365-1370).

Eine weitere Ursache für die zumindest scheinbare Ineffektivität der QM-Maßnahmen könnte in der unzureichenden Durchsetzung der Leitlinien liegen, deren Ziel evidenzbasierte, standardisierte medizinische Abläufe sind. Voraussetzung für deren erfolgreiche Umsetzung sind zwei Faktoren. Zum einen die Verbreitung der Leitlinien und zum anderen deren

Implementierung in die ärztliche Handlungsweise (vgl. Ollenschläger 2002, S. 513-520). Hierbei kommt Ollenschläger zu dem Schluss, dass Leitlinien nicht im ärztlichen Alltag umgesetzt würden, wenn sie lediglich produziert und publiziert würden, bzw. deren Verbreitung ausschließlich mit Hilfe passiv edukativer Maßnahmen (Frontalvorträge und ähnlichem) erfolge (vgl. Ollenschläger et al. 2001, S. 473-483). Gründe hierfür sind unter anderem Unkenntnis und Vorbehalte gegenüber den neuen Leitlinien seitens der Ärzteschaft (vgl. Gerlach et al. 1998 S.1014-1121). Deshalb fordert Gerlach, die betroffenen Ärzte und Patienten an der Entwicklung, Verbreitung und Implementierung der Leitlinien zu beteiligen und die entstandenen Leitlinien an die institutseigenen Abläufe der jeweiligen Praxen und Kliniken zu adaptieren. Ein positives Beispiel hierzu ergab die „North of England Study of Standards and Performance in General Practice“, an der 92 Allgemeinmediziner teilnahmen (vgl. Russel 1992a, S. 1480-1484; Russel 1992b, S. 1484-1488). Hierbei konnte gezeigt werden, dass asthmakranke Kinder, die von Hausärzten behandelt wurden, welche zuvor in Qualitätszirkeln entsprechende Leitlinien erstellt hatten und diese anwendeten, weniger über Atemnot und bronchiale Spastik klagten als Kinder der Vergleichsgruppe.

Dennoch zeigen einzelne Beispiele, dass bisherige QM-Maßnahmen in Arztpraxen auch positive Auswirkungen haben. So beschreibt z. B. ein niedergelassener Arzt, der am Qualitätszirkel der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein teilnimmt, dass er die dort erarbeiteten standardisierten Behandlungsabläufe nach deren Umsetzung als Arbeitsentlastung wahrnehme. So werden beispielsweise alle Diabetiker, die zu ihm in die Praxis kämen, zuvor zu einem Diabetesberater geschickt, der alle relevanten Daten erhebe. Konsiliarische Untersuchungen (diabetischer Fuß, diabetische Retinopathie etc.) und notwendige Laborwerte würden, falls indiziert, ebenfalls vorher durchgeführt. Damit entfielen überflüssige Termine und entstehende Überstunden (vgl. Redaktionsbüro Gesundheit 2005, S. 360-361). In einem weiteren Fall fasst ein Arzt die Vorteile durch die Zertifizierung seiner Praxis wie folgt zusammen: Zunächst sehe er im QM eine Marketingmöglichkeit, die durch die „dokumentierte Qualität“ entstehe. Des Weiteren habe sich der Arbeitsaufwand durch eine papierfreie Praxis verringert, da das Suchen, Bearbeiten und Ablegen von Patientenakten entfielen. Zusätzlich vertritt er die Meinung, durch die entstandene Umsatztransparenz aller Arbeitsschritte, unnötig hohe Kosten einzelner Prozesse schneller zu erkennen und damit senken zu können (vgl. Böhm 2005, S. 142-146).

Zusammenfassend lässt sich dennoch sagen, dass die Meinungen der Ärzte der vorliegenden Stichprobe zum Thema Qualitätsmanagement überwiegend negativ sind. Hinzu kommt, dass ein positiver Effekt auf die medizinische Qualität und Kostendämpfung zumindest subjektiv

als fragwürdig erachtet wird. Dies zeigen unter anderem o. g. Studien, die kein verbessertes Outcome für die Patienten ergeben. Letztendlich bleibt jedoch abzuwarten, wie sich die Datenlage entwickeln wird, wenn der Einführungszeitraum für das QM im ambulanten Sektor 2010 abläuft, und die anfängliche, kosten- und zeitintensive Phase abgeschlossen sein wird. Erst dann werden objektive Ergebnisse in Bezug auf den Einfluss des QM auf die medizinische Qualität und Praxisabläufe vorliegen, die eine bessere Beurteilung des QM erlauben werden.

5.3 Praxismarketing

Marketing lässt sich in vier Bereiche unterteilen (vgl. Kapitel 1.3). Diese umfassen Produkt-, Preis-, Distributions- und Kommunikationspolitik. Entsprechend sind die Ergebnisse der Studie in den folgenden Kapiteln gegliedert.

Um zunächst die Frage zu erörtern, welche Bedeutung die Ärzte dem Marketing heute zumessen, wurden die niedergelassenen Mediziner der vorliegenden Stichprobe gefragt, ob sie praxisinternes und praxisexternes Marketing als sinnvoll erachten. Dies bestätigten nahezu 2/3 (64,4%, n=67) der Ärzte. Damit wird ersichtlich, dass die Befragten dem Thema Praxismarketing mehrheitlich Beachtung schenken.

Darüber hinaus wurden die Hausärzte der Stichprobe gefragt, welche Auswirkungen Qualitätsmanagement und Praxismarketing auf die Patientenzufriedenheit und den Umsatz ihrer Praxen haben. Dabei fällt auf, dass mit 46,6% (n=48) fast die Hälfte der Überzeugung ist, hierdurch den Umsatz steigern zu können, während eine Steigerung der Patientenzufriedenheit hingegen nur 30,1% (n=23) erkennen.

5.3.1 Produktpolitik

Die Produktpolitik beschäftigt sich, als Teilaspekt des Marketings, mit den Maßnahmen zur Gestaltung eines Produktes bzw. einer Dienstleistung (vgl. Kapitel 1.3.1). Bezogen auf die ärztliche Praxis lässt sie sich in zwei Kategorien unterteilen. Zum einen in so genannte harte Kriterien, die das Outcome der Behandlung betreffen und somit Diagnostik und Therapie umfassen. Zum anderen in weiche, soziale Kriterien, die die Bewertung des Patienten z. B. bezüglich des Arzt-Patienten-Kontaktes oder des Umganges von Arzthelfern mit den Patienten beinhalten. Die Auswirkungen spiegeln sich in der Patientenzufriedenheit wider und lassen sich durch Patientenbefragungen ermitteln. Diese werden, wie bereits im vorangehenden Kapitel Qualitätsmanagement erwähnt, in Zukunft von etwa der Hälfte der Hausärzte der Stichprobe durchgeführt.

Die harten Kriterien betreffend, ist davon auszugehen, dass Patienten auch in Zukunft nicht in der Lage sein werden, medizinische Behandlungsabläufe, die Diagnostik und Therapie angehen, in objektivem Maße zu beurteilen. Um diese dennoch zumindest teilweise abschätzen zu können, kann der Versuch unternommen werden, ärztliche Zusatzqualifikationen als Teilaspekt der ärztlichen Kompetenz zu erfassen. Dabei zeigte sich folgendes Bild für die Stichprobe: 75,2% (n=79) der Hausärzte verfügen über Zusatzqualifikationen, wobei die häufigsten im Bereich Psychosomatik & Psychotherapie (19%, n=20), Akupunktur (16,2%, n=17), Arbeits- & Betriebsmedizin (10,5%, n=11) und Sportmedizin (10,5%, n=11) liegen. Hinzu kommt die Angabe, dass 37,1% (n=39) planten, weitere Zusatzqualifikationen zu erwerben. Auffällig ist hierbei, dass die Ärzte bis zum 50. Lebensjahr signifikant häufiger angaben, den Erwerb von Zusatzqualifikationen zu planen als die Ärzte über 50 Jahre (exakter Test nach Fisher, $p < 0,001$). Ein Grund dafür könnte in der Tatsache liegen, dass geplante Qualifikationen ab einem höheren Lebensalter, soweit gewünscht, bereits vorhanden sind, oder im Hinblick auf die verbleibenden Jahre der Berufslaufbahn, Zusatzqualifikationen nicht mehr als erstrebenswert erachtet werden.

5.3.2 Preispolitik

Die Preispolitik beschäftigt sich mit der Preisgestaltung produzierter Waren und Dienstleistungen (vgl. Kapitel 1.3.2). Dieser Teilaspekt des Marketings spielt für die ärztliche Praxis eine tendenziell untergeordnete Rolle. Eine Ausnahme stellen Individuelle Gesundheitsleistungen da, die nach der GOÄ abgerechnet werden und keiner Gesamtbudgetierung unterliegen. Wird der Tatsache Rechnung getragen, dass das Konzept der Individuellen Gesundheitsleistungen erst seit wenigen Jahren existiert, fällt auf, dass eine erfolgreiche Umsetzung in den ärztlichen Alltag stattgefunden hat.

So gaben 79% (n=83) der Hausärzte der Stichprobe an, ihren Patienten IGeL-Leistungen anzubieten. Die häufigsten Angaben liegen dabei in den Bereichen

- reisemedizinische Impfungen (60,1%, n=64),
- reisemedizinische Beratungen (60%, n=63),
- HIV-Tests (49,5%, n=52),
- der Verabreichung von Vitamin- und Aufbaupräparaten (47,6%, n=50),
- der Injektionen von Arzneimitteln (außerhalb der GKV) (47,6%, n=50) und
- dem Angebot von Akupunktur (31,4%, n=33).

Hinzu kommt, dass 44,1% (n=45) IGeL-Leistungen neu einführen, bzw. das bestehende Angebot erweitern wollen. Dadurch kann die Hypothese aufgestellt werden, dass der Markt mit privaten Zusatzleistungen auch zum Befragungszeitpunkt noch kein Sättigungsverhalten zeigt. Von Interesse ist hierbei die Tatsache, dass wiederum die Ärzte ab dem 51. Lebensjahr signifikant seltener planen, ihr Angebot diesbezüglich zu erweitern als die Ärzte bis zum vollendeten 50. Lebensjahr (exakter Test nach Fisher, $p=0,036$).

Verglichen mit der Studie „Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit“ aus dem Jahre 2005, bei der alle niedergelassenen Facharztgruppen hierzu befragt wurden, zeigen sich ähnliche Ergebnisse (vgl. GfK / Stiftung Gesundheit 2005, S.18). Darin gaben 74% an, IGeL-Leistungen anzubieten. Zusätzlich gaben 49% an, dass ihre Praxen auf Dauer ohne IGeL-Leistungen nicht wirtschaftlich zu betreiben seien. Die Folgestudie aus dem Jahr 2006 stellt jedoch heraus, dass der Praxisumsatz nur zu 5% aus Selbstzahler-Leistungen besteht (vgl. GfK / Stiftung Gesundheit 2006, S. 8-9). Demnach stellt sich die Frage, in wie weit die Aussage in Bezug auf die Notwendigkeit von IGeL-Leistungen zutrifft. Dass das Thema IGeL seit seiner Einführung polarisiert, lässt sich aus vielen Statements und Artikeln ableiten. Hierzu trägt wahrscheinlich die Eigenschaft bei, dass ein medizinischer Nutzen der angebotenen Leistungen nicht belegt sein muss. Entsprechend schreiben z. B. Bilger und Rüter: „IGeLn mit nachgefragten Leistungen oder mit Leistungen, nach denen ein Bedürfnis erst mühsam geweckt werden muss, ist dann unethisch, wenn diese Leistungen nachweislich dem Patienten keinen Nutzen bringen.“ (Bilger & Rüter 2005, S.154). Umgekehrt fordern dagegen z. B. Seeber und Weckenbecker: „Ich plädiere in der Diskussion um IGeL für den Blick in das Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland. Der Artikel 2 sagt: „Jeder hat das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit.“ Hat möglicherweise sogar ein Patient das Recht darauf, medizinisch nicht evidenzbasiertes Wissen bzw. Leistungen in Anspruch zu nehmen?“ (Seeber & Weckenbecker 2005, S. 157-158). Dadurch wird ersichtlich, dass das Konzept der Individuellen Gesundheitsleistungen zwar mittlerweile umgesetzt werden konnte, die (gesellschaftliche) Akzeptanz und wirtschaftliche Relevanz hingegen in ihrer Bedeutung bislang nicht abschließend geklärt werden konnten. Damit verbleibt primär die Fragestellung, wie groß der wirtschaftliche Nutzen sein wird, und ob das Ansehen der Vertragsärzte hierunter langfristig gesehen leiden wird.

5.3.3 Distributionspolitik

Die Distributionspolitik befasst sich mit der Verteilung von Produkten (vgl. Kapitel 1.3.3). Bezogen auf die hausärztliche Praxis umfasst jener Teil des Marketings die räumliche und zeitliche Erreichbarkeit der Arztpraxis. Die zeitliche Erreichbarkeit betreffend, sind die Terminvergabe und die sich dadurch ergebenden Wartezeiten für die Patienten von Relevanz. Hierzu wurden die Hausärzte der Stichprobe befragt. Etwas mehr als die Hälfte (51,9%, n=54) gab dabei an, dass sie diesbezüglich Optimierungspotenzial in ihren Praxen sehe. Weiterhin sind 44,2% (n=46) der Meinung, dass sich die Patientenzufriedenheit durch mehr Zeit je behandeltem Patienten steigern ließe. Dabei fällt auf, dass die befragten Facharztgruppen hierauf signifikant differente Meinungen haben (exakter Test nach Fisher, $p=0,029$). So denken nur 28,6% (n=4) der Praktischen Ärzte, damit die Patientenzufriedenheit steigern zu können, während der Anteil unter den befragten Internisten bei 57,7% (n=15) liegt. Da keine Daten bezüglich der Fallzahlen je Quartal der einzelnen Arztgruppen erhoben wurden, ist es fraglich, ob die divergenten Meinungen durch höhere Patientenzahlen einzelner Gruppen zu begründen sind, oder damit, dass die Facharzttrichtungen selbst einen Einfluss hierauf haben. Insgesamt lässt sich somit die Vermutung aufstellen, dass das Zeitmanagement in den Hausarztpraxen nicht optimal ist. Ob der Grund in den von außen auferlegten Rahmenbedingungen zu suchen ist oder bei den Ärzten selbst, ist eine mögliche Fragestellung zukünftiger Studien.

Ein relativ moderner Weg, den Kontakt zwischen Patient und Arztpraxis zu erweitern, stellt das Medium Internet dar. Die Frage, ob Ärzte der Stichprobe dieses nutzen, um ihre Patienten zu betreuen, beantworten 21,2% (n=22) mit „ja“. Erwähnenswert sind hierbei die unterschiedlichen Antworttendenzen der Geschlechter. Während die männlichen Befragten dies in 24,7% (n=18) angeben, liegt der Anteil unter den weiblichen Personen bei nur 10% (n=3). Signifikant ist dieser Unterschied allerdings nicht (Chi²-Test, $p=0,112$). Auf die Frage, auf welche Weise das Internet zum Patientenkontakt genutzt wird, ergaben sich folgende Antworten: 42,9% (n=9) der Hausärzte verwenden es für Rezeptanfragen, 14,3% (n=3) für Recall-Systeme, 9,5% (n=2) zur Terminvergabe und 66,7% (n=14) geben als Nutzungsfeld „Sonstiges“ an. Bezogen auf eingesetzte Recall-Systeme, die der automatischen Erinnerung an Impftermine, Vorsorgeuntersuchungen und ähnlichem dienen, werden andere Kommunikationsmöglichkeiten bevorzugt. So geben insgesamt 25% (n=26) der befragten Ärzte an, Recall-Systeme zu verwenden, von denen 84,6% (n=22) das Telefon hierfür nutzen und weitere 38,5% (n=11) den Briefverkehr. Nur 11,5% (n=3) verwenden hierfür den Kontakt per E-Mail. Verglichen mit Zahnarztpraxen, bei denen Recall-Systeme häufiger zur

Anwendung kommen, verbleibt die Frage, ob sich das Konzept in Hausarztpraxen in Zukunft auch in größerem Umfang durchsetzen wird. Dabei ist hervorzuheben, dass die Patientenbindung sich hierdurch auf eine relativ einfache Weise stärken ließe.

Das Internet als medizinisches Informationssystem gewinnt für Patienten stetig an Bedeutung. Eine Studie von Eysenbach et al. aus dem Jahre 2003 ergab, dass weltweit täglich 12 Millionen Internetsuchanfragen zu medizinischen Themen stattfanden (vgl. Eysenbach & Kohler 2003, S. 225-229). Werden die steigenden Zahlen der Internetanschlüsse und -nutzung beispielsweise in Deutschland in den letzten Jahren betrachtet, ist davon auszugehen, dass die medizinischen Suchanfragen heute höher liegen (vgl. Kahle & Timm 2006, S.722-730). Die Bevölkerungsschichten, die das Internet hierfür nutzen, bestehen vorwiegend aus jüngeren, männlichen Personen, die über ein höheres Bildungsniveau verfügen (vgl. Fogel et al. 2002, S. 9; Gordon et al. 2002, S. 1402-1405; Hüfken et al. 2004, S. 381-390). Kruger-Brand schreibt hierzu, dass ca. 40% aller Patienten vor und nach dem Arztbesuch das Internet zur medizinischen Themensuche verwenden (vgl. Kruger-Brand 2003, S. 1596-1597). Eine Befragung orthopädischer Patienten aus dem Jahr 2006 von Pennekamp et al. ergibt zusätzlich, dass Patienten die Informationen aus dem Internet zumeist als hilfreich empfinden (vgl. Pennekamp et al. 2006, S. 459-463). Dies ist in so fern bemerkenswert, als dass die überwiegende Zahl der möglichen Suchergebnisse in englischer Sprache verfasst sind und somit eine Sprachbarriere darstellen (vgl. Berland et al. 2001, S. 2612-2621), oder teilweise so sehr vereinfacht wurden, dass sie inhaltlich falsch sind oder missverständlich werden (vgl. Kunst et al. 2002, S. 581-582). Eine Möglichkeit, dem entgegenzuwirken, könnte darin bestehen, dass niedergelassene Mediziner und Kliniken ihre eigenen Informationsangebote und Online-Betreuung verbessern. Ein Beispiel, das über das Angebot der Hausärzte der vorliegenden Stichprobe hinausgeht, beschreiben Wolf et al. in der Studie „E-Mail in der Psychotherapie – ein Nachbehandlungsmodell via Electronic Mail für die stationäre Psychotherapie“. Dabei wurden Patienten nach ihrem stationären Aufenthalt über mehrere Wochen per E-Mail-Kontakt betreut. Das Ergebnis war insofern positiv zu werten, als dass eine positive Abschlussevaluation verzeichnet werden konnte und eine geringe Abbruchrate vorlag (vgl. Wolf et al. 2006, S. 138-146).

Abschließend lässt sich sagen, dass mit ca. 20% der befragten Ärzte nur die Minderheit das Medium Internet nutzt, um mit ihren Patienten zu kommunizieren und diese zu informieren. Zum jetzigen Zeitpunkt scheint das Internet, sofern es die Kommunikation zwischen Ärzten und deren Patienten betrifft, eine eher untergeordnete Rolle zu spielen. In Anbetracht der Tatsache, dass das Internet erst seit wenigen Jahren vom Großteil der Bevölkerung genutzt

wird, besteht jedoch die Möglichkeit, dass seine Bedeutung für die Interaktion zwischen der Arztpraxis und ihren Patienten zunehmen wird.

5.3.4 Kommunikationspolitik

Die Kommunikationspolitik beschäftigt sich mit der Produktwerbung sowie der Unternehmenswerbung (vgl. Kapitel 1.3.4). Übertragen auf die Arztpraxis umfasst sie somit sowohl die Informationen über das Leistungsangebot und den Service als auch das Bild des „Unternehmens Hausarztpraxis“, welches nach außen präsentiert wird. Dieses Marketingfeld hat für Arztpraxen vor allem dadurch an Bedeutung gewonnen, da das Werbeverbot im medizinischen Sektor mit dem Zusatz „Erlaubte Information und berufswidrige Werbung“ des § 27 der MBO im Jahr 2002 gelockert wurde.

Entsprechend wurden die Hausärzte der Stadt Aachen gefragt, ob sie Werbung für ihre Arztpraxen betreiben. Dies bestätigten 30,8% (n=32). Die Mehrheit (69,2%, n=72) gab demnach an, auf Werbung zu verzichten. Die Antworten auf diese Frage divergieren jedoch zwischen den Untergruppen der Stichprobe. So gaben mit 42,9% (n=6) die Praktischen Ärzte häufiger an, für ihre Praxen zu werben als die befragten Allgemeinmediziner (30,8%, n=20) und die hausärztlich tätigen Internisten (24%, n=6). Ein Grund für diese Meinungsdivergenz könnte einerseits in der Tatsache liegen, dass die befragten Praktischen Ärzte eine relativ kleine Untergruppe der Befragten darstellt, und somit deren repräsentativer Aussagewert gemindert ist. Andererseits besteht aber auch die Möglichkeit, dass Praktische Ärzte mehr um Patienten werben müssen als Allgemeinmediziner und Internisten. Auch nach dem Alter betrachtet, fallen Meinungsunterschiede auf. Während die Ärzte bis zum 50. Lebensjahr zu 40,5% (n=6) angaben, Werbung als Marketingmittel einzusetzen, lag der Anteil unter den Ärzten ab dem 51. Lebensjahr nur bei 21,4% (n=12). Dieser Zusammenhang ist signifikant (Chi²-Test, p=0,047) und plausibel, da diejenigen Ärzte, die sich erst vor wenigen Jahren niederließen, sich wahrscheinlich mehr darum bemühen werden, einen Patientenstamm aufzubauen bzw. den bestehenden Stamm zu festigen als diejenigen Ärzte, die bereits seit vielen Jahren ihre Patienten betreuen. Als Beispiel sei hier der Hausarzt aufgeführt, der Familien generationenübergreifend versorgt, angefangen bei den Großeltern bis hin zu den Enkeln.

Des Weiteren wurde gefragt, ob Werbung praxisintern, in Form von Informationsbroschüren und ähnlichem, oder eher praxisextern, z. B. über Anzeigen in lokalen Zeitschriften durchgeführt wird. Mit 93,8% (n=30) gibt der Großteil der werbebetreibenden Ärzte an,

praxisintern zu werben. Praxisexterne Werbung wird dagegen nur von 28,1% (n=9) durchgeführt. Weiterhin gaben 34,4% (n=11) als Werbemaßnahmen „Sonstiges“ an.

Eine weitere Möglichkeit, potenzielle Patienten auf die Arztpraxis aufmerksam zu machen und sie über das Leistungsangebot zu informieren, besteht in einer Praxishomepage. Hierzu gaben 32,7% (n=34) der befragten Hausärzte an, bereits eine derartige Homepage zu besitzen und weitere 27,6% (n=29) planten deren Einrichtung. Damit ist davon auszugehen, dass in naher Zukunft mehr als die Hälfte der Befragten über eine Praxishomepage verfügen wird.

Verglichen mit der Studie „Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit“ aus dem Jahr 2005 liegt der Anteil, der über eine Praxishomepage verfügt, niedriger, als der Anteil unter allen niedergelassenen Medizinerinnen bundesweit. Hier lag der Anteil 2005 bereits bei 60% und weitere 26% gaben an, eine Homepage sei in Planung (vgl. GfK / Stiftung Gesundheit 2005, S. 13).

Die Bedeutung, die niedergelassene Mediziner Werbemaßnahmen insgesamt beimessen, zeigt die Studie „Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit“ aus dem Jahr 2007. 47,4% gaben demnach an, Werbemaßnahmen für ihre Praxen seien „sehr wichtig“ bzw. „eher wichtig“ (vgl. Obermann et al. 2007b, S. 5). Hinzu kommt, dass 37,5% der Mediziner das Wettbewerbsverhalten untereinander als „sehr stark“ bzw. „stark“ wahrnehmen (vgl. GfK / Stiftung Gesundheit 2006, S. 18). Als wichtigste Marketingmaßnahmen wurden Personal (65%), Internetpräsenz (62,6%) und äußeres Erscheinungsbild der Praxis (50,6%) genannt (vgl. Obermann et al. 2007b, S. 6). Die Frage, ob ein Werbebudget für 2007 festgelegt sei, bestätigen 16,1% (Obermann et al. 2007b, S. 6), während 2004 nur 8% ein Werbebudget festgelegt hatten (GfK / Stiftung Gesundheit 2005, S. 17).

Dadurch wird erkenntlich, dass seit der Lockerung des Werbeverbotes der Konkurrenzdruck zwischen den niedergelassenen Medizinerinnen stetig steigt. Hinzu kommt, dass eine positive Korrelation zwischen dem aufgebrauchten Werbebudget und dem Praxisumsatz besteht. So konnte in der Studie „Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit“ aus dem Jahr 2006 gezeigt werden, dass Ärzte mit einem Werbebudget von über 2.500 € pro Jahr höhere Umsätze erzielten als die Vergleichsgruppe mit 500 bis 2.500 € Werbebudget (vgl. GfK / Stiftung Gesundheit 2006, S. 28). Hierzu bleibt jedoch die Frage bestehen, ob nicht der Praxisumsatz seinerseits Einfluss auf die Höhe des Werbebudgets hat.

Abschließend bleibt zu sagen, dass Werbung heute in Arztpraxen keine Ausnahme mehr darstellt. Dem ist hinzuzufügen, dass Ärzte möglicherweise Werbung für ihre Praxen betreiben, ohne dies anzugeben oder bewusst wahrzunehmen. Die Untergruppen der Stichprobe betrachtend, fallen die unterschiedlichen Antworttendenzen zwischen den

jüngeren und älteren Ärzten auf. So messen jüngere Ärzte einzelnen Marketingmaßnahmen durchschnittlich mehr Bedeutung zu, als dies die Kollegen über 50 Jahre tun. Auch das könnte für die bereits zuvor erwähnte These sprechen, dass das Werben um Patienten und deren langfristige Bindung an die Arztpraxis vermutlich eine höhere Priorität unter denjenigen Ärzten genießt, die sich erst vor wenigen Jahren niederließen. Alternativ besteht jedoch ebenfalls die Möglichkeit, dass der Wandel der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen im Sinne des verschärften Wettbewerbes erst das verstärkte Bedürfnis nach einem marktorientierten, strategischen Denken schuf.

6 Zusammenfassung

170 Hausärzte der Stadt Aachen wurden im Zeitraum Januar bis Februar 2007 im Rahmen der Dissertation zu den Themen Qualitätsmanagement und Praxismarketing schriftlich befragt. 105 zurückgesandte Fragebögen gingen in die statistische Auswertung ein (Rücklaufquote 61,8%). Die Stichprobenpopulation setzt sich aus 31 Frauen und 73 Männern zusammen und weist eine Altersverteilung von 35 bis 67 Jahren auf. 61,9% (n=65) der rückläufigen Fragebögen wurden von Allgemeinmedizinerinnen, 24,8% (n=26) von Internisten mit hausärztlichem Tätigkeitsschwerpunkt und 13,3% (n=14) von Praktischen Ärzten ausgefüllt. In Einzelpraxen sind davon 48,1% (n=50), in Gemeinschaftspraxen 44,2% (n=46) sowie in Praxismgemeinschaften und in Ärztehäusern jeweils 3,8% (n=4) tätig. Die Ergebnisse wurden mit SPSS (Version 15) ausgewertet und die vorliegenden Untergruppen auf signifikante Antwortstrukturen überprüft (Chi²-Test oder exakter Test nach Fisher).

Zum Thema Qualitätsmanagement zeigte sich eine überwiegend ablehnende Haltung der befragten Ärzte. 72,8% (n=75) vertraten die Meinung, die medizinische Qualität sei durch QM nicht steigerbar, und 54,9% (n=56) sahen keine Verbesserung der Praxisorganisation. Darüber hinaus gaben 73,1% (n=76) an, keine Notwendigkeit im ambulanten QM zu sehen. Hinzu kommt, dass sich 82,7% (n=86) unter den heutigen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen nicht als ausreichend handlungsfähig erachteten und sich 49% (n=51) durch die gesetzliche Einführung des QM am 01.01.2004 eingeschränkt fühlten. Ein Zertifikat im Bereich QM besaßen zum Befragungszeitpunkt nur 25,2% (n=26).

Im Bereich Marketing in der Arztpraxis liefert die vorliegende Dissertation folgendes Bild. Zwar erachtete mit 64,4% (n=67) die Mehrheit der befragten Hausärzte Praxismarketing als sinnvoll, jedoch sahen hierin nur 30,1% (n=23) eine Steigerung der Patientenzufriedenheit und 46,6% (n=48) eine Verbesserungsmöglichkeit bezüglich des Praxisumsatzes. Mit 79% (n=83) gab die Mehrzahl an, Individuelle Gesundheitsleistungen in ihren Leistungskatalog aufgenommen zu haben, wobei 44,1% (n=45) planten, weitere IGeL-Leistungen einzuführen. Über Zusatzqualifikationen verfügten 75,2% (n=79) der Hausärzte. 37,1% (n=39) gaben weiterhin an, neue Qualifikationen anzustreben. Die Nutzung des Internets zur Patientenbetreuung gaben nur 21,2% (n=22) der befragten Hausärzte an. 25% (n=26) der befragten niedergelassenen Mediziner verwendeten zum Befragungszeitpunkt bereits ein automatisiertes Recall-System, um Patienten an bevorstehende Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen und ähnliches zu erinnern. Werbemaßnahmen für die eigene Praxis wurden zum Befragungszeitpunkt von 30,8% (n=32) durchgeführt. Eine Praxishomepage

besaßen zu diesem Zeitpunkt bereits 32,7% (n=34), wobei weitere 27,6% (n=29) die Einrichtung einer Praxishomepage planten.

Im Hinblick auf die Antworttendenzen der Untergruppen der Stichprobe (Facharzt, Alter, Geschlecht und Praxisform) lässt sich sagen, dass größtenteils keine signifikanten Zusammenhänge mit der Antwortenverteilung bestehen. Lediglich das Alter der Befragten scheint eine Rolle zu spielen, sofern es die Meinungen zum Praxismarketing betrifft. So betrieben jüngere Ärzte der Stichprobe (bis 50 Jahre) signifikant häufiger Werbung für ihre Arztpraxen ($p=0,047$) und besaßen signifikant häufiger eine Praxishomepage ($p=0,01$). Des Weiteren planten sie signifikant häufiger, ihr IGeL-Angebot zu erweitern ($p=0,036$), weitere Zusatzqualifikationen zu erwerben ($p<0,001$) und Patientenbefragungen einzuführen ($p=0,006$).

7 Literaturverzeichnis

Bartens W (2007):

Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) Die Praxis als Basar

Süddeutsche Zeitung (Hrsg.) vom 11.07.2007

<http://www.sueddeutsche.de/gesundheit/artikel/991/122823> [Stand 22.04.2008]

Berland GK, Elliot MN, Morales LS, Kravitz RI, Algazy JI, Broder MS, Kanouse DE, Muñoz JA, Puyol JA, Lara M, Watkins KE, Yang H, McGlynn EA (2001):

Health information on the internet: accessibility, quality and readability in English and Spanish.

JAMA 2001; 285: 2612-2621

Bilger S, Rüter G (2005):

IGELN – ein fragwürdiges Geschäft

Z Allg Med 2005; 81: 154-156

Böhm J (2005):

Die zertifizierte Praxis – ein Erfahrungsbericht

Der Nuklearmediziner 2005; 28: 142-146

Bundesärztekammer (2007a):

Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31. Dezember 2006 Diagramme und Tabellen

<http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Aerztestatistik2006.pdf>

[Stand 25.04.2008]

Bundesärztekammer (2007b):

(Muster-)Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte (Stand 2006)

<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.100.1143> [Stand 25.04.2008]

Bundesministerium der Justiz (2007):

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherungen – (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477)

http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/sgb_5/gesamt.pdf [Stand 25.04.2008]

European Foundation for Quality Management (EFQM) (2003):

Die Grundkonzepte für Excellence

[http://www.deutsche-efqm.de/download/Grundkonzepte_der_Excellence_2003\(3\).pdf](http://www.deutsche-efqm.de/download/Grundkonzepte_der_Excellence_2003(3).pdf) [Stand 25.04.2008]

Eysenbach G, Kohler C. (2003):

What is the prevalence of health-related searches on the World Wide Web? Qualitative and quantitative analysis of search engine queries on the internet.

AMIA Annu Symp Proc 2003: 225-229

Fogel J, Albert SM, Schnabel F, Dittkoff BA, Bengut AI (2002):

Use of the internet by women with breast cancer

J Internet Res 2002; 4e9

Gemeinsamer Bundesausschuss (2005):

Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (Richtlinie über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und medizinischen Versorgungszentren)

<http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/18/> [Stand 25.04.2008]

Gemeinsamer Bundesausschuss (2006):

Qualitätsprüfungsrichtlinie vertragsärztliche Versorgung (Richtlinie zur Auswahl, Umfang und Verfahren bei Qualitätsprüfungen im Einzelfall nach §136 Abs. 2 SGB V)

<http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/46/> [Stand 25.04.2008]

Geraeds M, Altenhofen L, Birkner B, Blumenstock G, Gibis B, Jäckel W, Kopp I, Kugler C, Ollenschläger G, Raspe H, Reiter A, Szecsenyi J, Thomeczek C, Zorn U (2005):

Qualitätsindikatoren in Deutschland – Positionspapier des Expertenkreises Qualitätsindikatoren beim Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), Berlin.

Gesundheitswesen 2005; 99: 329-331

Gerlach FM, Beyer M, Szecsenyi J, Fischer GC (1998):

Leitlinien in Klinik und Praxis: welche Anforderungen sollen moderne Leitlinien erfüllen?

Welche Strategien zur Entwicklung, Verbreitung und Implementierung haben sich bewährt?

Welchen Beitrag können Leitlinien zur Qualitätsförderung in der Medizin leisten?

Dtsch Ärztebl 1998; 95: A-1014-1021

GfK / Stiftung Gesundheit (2005):

Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit 3/2005 Gemeinsame Studie der GfK und der Stiftung Gesundheit

<http://www.stiftung-gesundheit.de/forschung/studien.htm> [Stand 25.04.2008]

GfK / Stiftung Gesundheit (2006):

Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit 2006 Eine Studie der Stiftung Gesundheit durchgeführt von der Gesellschaft für Gesundheitsmarktanalyse

<http://www.stiftung-gesundheit.de/forschung/studien.htm> [Stand 25.04.2008]

Glattacker M, Gustafson D (2002):

Evaluation of quality improvement programmes

Qual Saf Health Care 2002; 11: 270-275

Gordon MM, Capell HA, Madhok R (2002):

The use of the internet as a resource for health information among patients attending a rheumatology clinic.

Rheumatology 2002; 41: 1402-1405

Großkettler H (2001):

Ursprünge und Entwicklungslinien sozialer Sicherungssysteme in Deutschland.

Erschienen in: Westfälische Wilhelms-Universität Münster,

Volkswirtschaftliche Diskussionsbeiträge, Beitrag Nr. 325

<http://miami.uni-muenster.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-1434/DB325.pdf>

[Stand 25.04.2008]

Güntert BJ (1999):

Benchmarking als Instrument zur Qualitätssicherung.

In: Badura B, Siegrist J (Hrsg.): Evaluation im Gesundheitswesen.

Weinheim: Juventa, 1999: 105-120

Hellbrück RP (2000):

EDV-gestütztes Qualitätsmanagement in Praxisnetzen

Gesundheitswesen 2000; 62: 511-515

Hess R (2005):

Individuelle Gesundheitsleistungen – Definition. In: Hess R, Klakow-Franck R (Hrsg.): IGeL-Kompodium für die Arztpraxis. Patientengerechte Selbstzahlerleistungen rechtssicher gestalten.

Deutscher Ärzte-Verlag, Köln

Hopp FP (2000):

Qualitätscontrolling im Krankenhaus: Die Gewinnung von Qualitätsindikatoren durch Befragung zur Patientenzufriedenheit.

Beyreuth: PCO 2000

Hsiao WC (1995):

A framework for assessing health financing strategies and the role of health insurance. In: Dunlop DW, Martins JM (Hrsg.): An International Assessment of Health Care Financing. Lessons for Developing Countries.

Washington D.C.: The World Bank, 1995: 15-30

Hüfken V, Deutschmann M, Baehring TH, Scherbaum W (2004):

Verbreitung und Sozialprofil der gesundheitsbezogenen Internetnutzung: Ergebnisse einer bundesweiten Telefonumfrage

Soz Präventivmed 2004; 49: 381-390

Kahle I, Timm U (2006):

Internetnutzung und Aneignung von E-Skills. In: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Wirtschaft und Statistik 7/2006: S.722-730

http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Querschnittsveroeffentlichungen/WirtschaftStatistik/Informationsgesellschaft/Internetzugang___Eskills,property=file.pdf [Stand 28.04.2008]

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2007)

Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2007

<http://www.kbv.de/themen/125.html> [Stand 28.04.2008]

Kawski S, Koch U (1999):

Qualitätssicherung in der psychosomatischen Rehabilitation.

Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie 1999; 49: 316-325

Klutmann S (2005):

Qualitätsmanagement und Strukturwandel in der Medizin

Der Nuklearmediziner 2005; 28: 133-135

Kollesch J, Nickel D (1994):

Antike Heilkunst. Ausgewählte Texte aus den medizinischen Schriften der Griechen und Römer.

Reclam Verlag, Stuttgart

Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ) (2008):

KTQ – Vorteile für Praxen

http://www.ktq.de/ktq_arztpraxen/index.php [Stand: 28.04.2008]

Kruger-Brand HE (2003):

Mehr Qualität und Transparenz.

Deutsches Ärzteblatt 2003; 100: 1596-1597

Kunst H, Groot D, Latthe M, Kahn KS (2002):

Accuracy of information on the apparently credible websites: survey of five common health topics

BMJ 2002; 324: 581-582

Marmor TR, Okama K (1998):

Cautionary lessons from the West: What (not) to learn from other countries' experience in the financing and delivery of health care. In: Flora P, de Jong PR, LeGrand J, Kim JY (Hrsg.): The State of Social Welfare, 1997. International Studies on Social Insurance and Retirement, Employment, Family Policy and Health Care.

Ashgate: Aldershot, 1998: 325-350

Nübling R, Steffanowski A, Körner M, Rundel M, Kohl C, Löschmanne C, Schmidt J (2007): Patientenbefragung als Instrument für das interne Qualitätsmanagement in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung

Ges Ök Qual Man 2007; 12: 44-50

Nüllen H, Noppeney T (2004):

Lehrbuch Qualitätsmanagement in der Arztpraxis. Entwicklung und Einführung eines QMS. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln; 2. Auflage

Obermann K, Müller P (2007a):

Qualitätsmanagement in der ärztlichen Praxis 2007. Eine deutschlandweite Befragung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte.

Stiftung Gesundheit & Gesellschaft für Gesundheitsmarktanalyse (Hrsg.)

<http://www.stiftung-gesundheit.de/forschung/studien.htm> [Stand: 28.04.2008]

Obermann K, Müller P, Bach A (2007b):

Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit 2007. Eine deutschlandweite Befragung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte

Stiftung Gesundheit & Gesellschaft für Gesundheitsmarktanalyse (Hrsg.)

<http://www.stiftung-gesundheit.de/forschung/studien.htm> [Stand: 28.04.2008]

Ollenschläger G, Kirchner H, Berenbeck C, Thole H, Weingart O, Sonntag D, Fiene M, Thomeczek C (2002):

Aktuelle Initiativen zur Realisierung nationaler Leitlinien in Deutschland – eine Übersicht
Gesundheitswesen 2002; 64: 513-520

Ollenschläger G, Kirchner H, Fiene M (2001):

Leitlinien in der Medizin – scheitern sie an der politischen Umsetzung?
Internist 2001; 42: 473-483

Øvretveit J, Gustafson D (2002):

Evaluation of quality improvement programmes.
Qual Saf Health Care 2002; 11: 270-283

Pennekamp P-H, Diedrich O, Schmitt O, Kraft CN (2006):

Prävalenz und Stellenwert der Internetnutzung orthopädischer Patienten.
Z Orthop 2006; 144: 459-463

Pfundner R (2000):

Geschichte des Qualitätsmanagements. In: Zollondz D (Hrsg.): Lexikon Qualitätsmanagement
Oldenbourg Verlag, München, Wien

Raspe H, Voigt S, Herlyn K, Feldmeier J, Meier-Rebentisch K (1996):

Patienten-„Zufriedenheit“ in der medizinischen Rehabilitation – ein sinnvoller Outcome-Indikator?
Gesundheitswesen 1996; 58: 372-378

Redaktionsbüro Gesundheit, Pressemitteilung (2005):

Interview Qualitätsmanagement in der Arztpraxis
Notfall & Hausarztmedizin 2005; 31 (7+8) B360-361

Renders CM, Valk GD, Franse LV, Schellevis FG, Eijk J Van, Wal G Van der (2001):

Long-term effectiveness of a quality improvement program for patients with type 2 diabetes in general practice.
Diabetes Care 2001; 24: 1365-1370

Russel IT, Addington-Hall JM, Avery PJ, Bramford HG, Barton G, Donaldson C, Eules MP, Foy CJW, Haimes EV, Hewison J, Ho PPM, Humphrey RD, Hutchinson A, Irvine DH, McColl E, Parker L, Steen IN, Tomner EML, Webb JKG (1992a):

Medical audit in general practice I: Effects on doctors' clinical behaviour for common childhood conditions.

BMJ 1992a; 304: 1480-1484

Russel IT, Addington-Hall JM, Avery PJ, Bramford HG, Barton G, Donaldson C, Eules MP, Foy CJW, Haimes EV, Hewison J, Ho PPM, Humphrey RD, Hutchinson A, Irvine DH, McColl E, Parker L, Steen IN, Tomner EML, Webb JKG (1992b):

Medical audit in general practice II: Effects on health of patients with common childhood conditions.

BMJ 1992b; 304: 1484-1488

Schorre W (1998):

Statement des KBV-Vorsitzenden Dr. Winfried Schorre auf der Pressekonferenz der KBV am 18.03.1998 in Bonn

<http://www.kbv.de/veranstaltungen/5614.html> [Stand: 29.04.2008]

Seeber C, Weckbecker C (2005):

IGELN – ein fragwürdiges Geschäft

Z Allg Med 2005; 81: 154-156

Selbmann HK (2003):

Zur Evaluation von Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung

Ges Ök Qual Man 2003; 8: 76-77

Seubert K (2000):

Praxismarketing. In: Amon U, Ruckriegel I (Hrsg.): Qualitätsmanagement in der Arztpraxis. Patientenbindung Praxisorganisation Fehlervermeidung

Springer-Verlag: Berlin, Heidelberg, New York

Simoes E, Boukamp K, Mayer ED, Schmahl FW (2004):

Gibt es Belege für den Impact qualitätssichernder / -fördernder Verfahren in anderen Ländern?

Gesundheitswesen 2004; 66: 370-379

Statistisches Bundesamt, Wiesbaden (2006):

Datenreport 2006 – Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland

<https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1018705> [Stand 29.04.2008]

Statistisches Bundesamt, Wiesbaden (2007a):

Statistisches Jahrbuch 2007 für die Bundesrepublik Deutschland

<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Querschnittsveroeffentlichungen/StatistischesJahrbuch/Jahrbuch2007Download,templateID=renderPrint.psml> [Stand 29.04.2008]

Statistisches Bundesamt, Wiesbaden (2007b):

Entwicklung der Gesundheitsausgaben. Anteil am Bruttoinlandsprodukt (BIP)

<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Tabellen/Content75/Bruttoinlandsprodukt.psml>
[Stand 29.04.2008]

Unschuld PU (2005)

Berufsständige und gesellschaftspolitische Aspekte. In: Hess R, Klakow-Franck R (Hrsg.): IGeL-Kompendium für die Arztpraxis. Patientengerechte Selbstzahlerleistungen rechtssicher gestalten.

Deutscher Ärzte-Verlag, Köln

Wand C (2006):

Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich. Ein Überblick über den Forschungsstand.
Gesundheitswesen 2006; 68: 593-599

Wolf M, Maurer W-J, Dogs P, Kordy H (2006):

E-Mail in der Psychotherapie – ein Nachbehandlungsmodell via Electronic Mail für die stationäre Psychotherapie.

Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie 2006; 56: 138-146

Wölker T (2000):

Die Arzthelferin als Erfolgsfaktor: Ideen und Tips für die Praxis. In: Amon U, Ruckriegel I (Hrsg.): Qualitätsmanagement in der Arztpraxis. Patientenbindung Praxisorganisation Fehlervermeidung

Springer-Verlag: Berlin, Heidelberg, New York

Zok K, Schulzinski W (2005):

Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis. Ergebnisse aus Patientenbefragungen.

Wissenschaftliches Institut der AOK (WidO) (Hrsg.), Bonn 2005

8 Anhang

8.1 Fragebogen

Angaben zur Person bzw. Praxis

1. Alter Jahre
2. Geschlecht weiblich ☐
männlich ☐
3. Facharzt für Allgemeinmedizin ☐
praktischer Arzt ☐
Internist mit hausärztlichem Schwerpunkt ☐
Internist mit Spezialisierung ☐
4. Zeit seit Praxisgründung /
Übernahme Jahre
5. Praxisform Einzelpraxis ☐
Gemeinschaftspraxis ☐
Ärztehaus ☐
6. Verfügen Sie über den Facharzt
hinausgehende
Zusatzqualifikationen? trifft zu ☐
trifft nicht zu ☐
7. Wenn ja, über welche?

8. Bieten Sie IGeL-Leistungen an? trifft zu ☐
trifft nicht zu ☐

- | | | | |
|---------------------|--|---|--|
| 9. Wenn ja, welche? | <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;"><div>☐ - Akupunktur</div><div>☐ - Biofeedback</div><div>☐ - Diät-Beratung</div><div>☐ - Elektrotherapie</div><div>☐ - HIV-Test</div><div>☐ - Injektionen von Arzneimitteln (außerhalb der GKV)</div><div>☐ - Lungenfunktionsprüfung</div><div>☐ - Naturheilverfahren</div></div> | <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;"><div>☐ - Physikalische Therapie</div><div>☐ - Phytotherapie</div><div>☐ - Raucherentwöhnung</div><div>☐ - Reisemedizinische Beratung</div><div>☐ - Reisemedizinische Impfung</div><div>☐ - Sono-Check</div><div>☐ - Vitamin- und Aufbaupräparate (außerhalb der GKV)</div></div> | <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;"><div>☐</div><div>☐</div><div>☐</div><div>☐</div><div>☐</div><div>☐</div><div>☐</div><div>☐</div></div> |
|---------------------|--|---|--|

- Sonstige:

10. Nutzen Sie ein EDV-System? trifft zu ☐
trifft nicht zu ☐
11. Wenn ja, wozu nutzen Sie das EDV-System?
- Stammdatenverwaltung ☐
 - Abrechnung / ICD-Verschlüsselung ☐
 - Formularvorlagen ☐
 - elektronische Patientenakte ☐
 - Hilfe zur Ermittlung potentieller „IGeL-Kunden“ ☐
12. Nutzen Sie ein IT-gestütztes Recall-System (Impfungen, Tumornachsorge etc.) trifft zu ☐
trifft nicht zu ☐
13. Wenn ja, welches?
- Erinnerung per Brief ☐
 - Erinnerung per Telefon ☐
 - Erinnerung per E-Mail ☐
 - Erinnerung per SMS ☐
14. Besitzen Sie eine Praxishomepage? trifft zu ☐
trifft nicht zu ☐
15. Nutzen Sie das Internet zur Patientenbetreuung? trifft zu ☐
trifft nicht zu ☐
16. Wenn ja, wofür genau?
- Terminvergabe ☐
 - Rezeptanfragen ☐
 - Recall-System ☐
 - Sonstiges ☐
17. Führen Sie in Ihrer Praxis Patientenbefragungen bezüglich deren Zufriedenheit durch? trifft zu ☐
trifft nicht zu ☐
18. Bieten Sie im Rahmen der Betreuung chronisch Kranker (z.B. Diabetiker) in Ihrer Praxis Patientenschulungen an? trifft zu ☐
trifft nicht zu ☐
19. Veranstalten Sie regelmäßig mit Ihren Arzthelfern/innen Teambesprechungen zum Thema Qualitätsmanagement? (Praxisorganisation, Arbeitsplanerstellung für Mitarbeiter, Zielsetzungen bezüglich Patientenzufriedenheit etc.) trifft zu ☐
trifft nicht zu ☐

20. Besitzen Sie eine Zertifizierung
im Bereich
Qualitätsmanagement?

trifft zu ☐
trifft nicht zu ☐

21. Betreiben Sie „Werbung“ für Ihre
Praxis?

trifft zu ☐
trifft nicht zu ☐

22. Wenn ja, wie?

praxisintern (Prospekte im
Wartezimmer etc.) ☐
praxisextern (Anzeigen in
lokalen Zeitschriften etc.) ☐
Sonstiges ☐

Ihre Meinung zum Thema

- | | | | | | | | | | | | |
|---|--|------------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| 23. Halten Sie die Wartezeiten in Ihrer Praxis für optimierbar? | trifft zu ☐
trifft nicht zu ☐
keine Meinung ☐ | | | | | | | | | | |
| 24. Denken Sie, die Patientenzufriedenheit durch mehr Zeit je behandeltem Patienten steigern zu können? | trifft zu ☐
trifft nicht zu ☐
keine Meinung ☐ | | | | | | | | | | |
| 25. Halten Sie praxisinternes (z.B. Prospekte im Wartezimmer) sowie praxisexternes (z.B. Anzeigen, Homepages) Marketing für sinnvoll? | trifft zu ☐
trifft nicht zu ☐
keine Meinung ☐ | | | | | | | | | | |
| 26. Überlegen Sie, in nächster Zeit Zusatzqualifikationen zu erwerben? | trifft zu ☐
trifft nicht zu ☐
keine Meinung ☐ | | | | | | | | | | |
| 27. Überlegen Sie, in nächster Zeit IGeL-Leistungen einzuführen bzw. das bestehende Angebot zu erweitern? | trifft zu ☐
trifft nicht zu ☐
keine Meinung ☐ | | | | | | | | | | |
| 28. Falls Sie <u>kein</u> EDV-System nutzen, denken Sie über eine Anschaffung nach? | trifft zu ☐
trifft nicht zu ☐
keine Meinung ☐ | | | | | | | | | | |
| 29. Falls Sie <u>ein</u> EDV-System nutzen, denken Sie über die Erweiterung des Nutzungsfeldes nach? | trifft zu ☐
trifft nicht zu ☐
keine Meinung ☐ | | | | | | | | | | |
| 30. Falls ja, inwiefern? (Bitte ankreuzen, in welchem Bereich Sie Ihr EDV-System erweitern möchten) | <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">- Stammdatenverwaltung</td> <td style="width: 50%; text-align: right;">☐</td> </tr> <tr> <td>- Abrechnung / ICD-Verschlüsselung</td> <td style="text-align: right;">☐</td> </tr> <tr> <td>- Formularvorlagen</td> <td style="text-align: right;">☐</td> </tr> <tr> <td>- elektronische Patientenakte</td> <td style="text-align: right;">☐</td> </tr> <tr> <td>- Hilfe zur Ermittlung potentieller „IGeL-Kunden“</td> <td style="text-align: right;">☐</td> </tr> </table> | - Stammdatenverwaltung | ☐ | - Abrechnung / ICD-Verschlüsselung | ☐ | - Formularvorlagen | ☐ | - elektronische Patientenakte | ☐ | - Hilfe zur Ermittlung potentieller „IGeL-Kunden“ | ☐ |
| - Stammdatenverwaltung | ☐ | | | | | | | | | | |
| - Abrechnung / ICD-Verschlüsselung | ☐ | | | | | | | | | | |
| - Formularvorlagen | ☐ | | | | | | | | | | |
| - elektronische Patientenakte | ☐ | | | | | | | | | | |
| - Hilfe zur Ermittlung potentieller „IGeL-Kunden“ | ☐ | | | | | | | | | | |
| 31. Falls Sie keine Praxishomepage besitzen, denken Sie über eine Einrichtung nach? | trifft zu ☐
trifft nicht zu ☐
keine Meinung ☐ | | | | | | | | | | |
| 32. Falls Sie keine Patientenbefragungen durchführen, erwägen Sie die Einführung dieser? | trifft zu ☐
trifft nicht zu ☐
keine Meinung ☐ | | | | | | | | | | |

Seit dem 01.01.2004 sind ambulante Einrichtungen zur Einführung des Qualitätsmanagements verpflichtet.

- | | |
|---|--|
| 33. Denken Sie, dass hierdurch die medizinische Qualität Ihrer Praxis verbessert wurde? | trifft zu ☐ |
| | trifft nicht zu ☐ |
| | keine Meinung ☐ |
| 34. Denken Sie, dass hierdurch Ihre Praxisorganisation verbessert wurde? | trifft zu ☐ |
| | trifft nicht zu ☐ |
| | keine Meinung ☐ |
| 35. Ist das Gesetz aus Ihrer Sicht nötig / sinnvoll? | trifft zu ☐ |
| | trifft nicht zu ☐ |
| | keine Meinung ☐ |
| 36. Sehen Sie sich durch dieses Gesetz in Ihrer Handlungsfähigkeit als Arzt eingeschränkt? | trifft zu ☐ |
| | trifft nicht zu ☐ |
| | keine Meinung ☐ |
| 37. Sehen Sie sich als Ökonom / Unternehmer unter den jetzigen gesundheitspolitischen Bedingungen als ausreichend handlungsfähig? | trifft zu ☐ |
| | trifft nicht zu ☐ |
| | keine Meinung ☐ |
| 38. Glauben Sie, dass Sie durch Maßnahmen, wie die Einführung neuer IGeL-Leistungen, den Erwerb neuer Zusatzqualifikationen sowie konsequentes Qualitätsmanagement, die <u>Patientenzufriedenheit steigern</u> können? | trifft zu ☐ |
| | trifft nicht zu ☐ |
| | keine Meinung ☐ |
| 39. Glauben Sie, dass Sie durch Maßnahmen, wie die Einführung neuer IGeL-Leistungen, den Erwerb neuer Zusatzqualifikationen sowie konsequentes Qualitätsmanagement, Ihre <u>finanzielle Lage langfristig verbessern</u> können? | trifft zu ☐ |
| | trifft nicht zu ☐ |
| | keine Meinung ☐ |

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

8.2 Abkürzungsverzeichnis

BÄO	Bundesärzteordnung
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMV	Bundesmantelvertrag
DRG	Diagnosis Related Groups
DIN	Deutsches Institut für Normung
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EFQM	European Foundation for Quality Management
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GfK	Gesellschaft für Konsumforschung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMG	Gesundheits-Modernisierungs-Gesetz
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
HWG	Heilmittelwerbe-gesetz
HVM	Honorarverteilungsmaßstab
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistungen
ISO	International Organization for Standardization
KVB	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
MBO	Musterberufsordnung
QM	Qualitätsmanagement
QMS	Qualitätsmanagement-System
QS	Qualitätssicherung
SGB	Sozialgesetzbuch
TQM	Total Quality Management

8.3 Danksagung

Ich danke Frau Prof. Dr. med. Kuth für die Überlassung des Themas. Weiterhin danke ich ihr für die konstruktiven Gespräche während der Entwicklung des von mir erstellten Fragebogens und der Zeit des Schreibens.

Weiterhin möchte ich Herrn Prof. Dr. rer. nat. R-D. Hilgers sowie Frau Ackermann für die Hilfe bei statistischen Fragen danken.

Auch den Teilnehmern meiner Studie, den Hausärzten der Stadt Aachen, die sich die Zeit nahmen, den Fragebogen auszufüllen, gilt mein herzlicher Dank.

Zuletzt danke ich meiner Familie sowie meiner Freundin, die mich stets motivierten und mir hilfreich zur Seite standen.

8.4 Erklärung zur Datenaufbewahrung

Hiermit erkläre ich, dass die dieser Dissertation zu Grunde liegenden Originaldaten bei mir, ***Christoph Mitschke, Rudolfstraße 13, 52070 Aachen*** hinterlegt sind.

8.5 Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: Christoph Mitschke
Geburtsdatum: 02.01.1981
Geburtsort: Aachen
Nationalität: deutsch

Schulbildung

1991-2000 Städt. Gymnasium Übach-Palenberg
2000 Abitur

Ersatzdienst

08/2000 - 06/2001 Zivildienst im Jugendwerk für internationale Zusammenarbeit e.V., Aachen

Hochschulstudium

10/2001 - 10/2008 Studium der Humanmedizin an der RWTH Aachen
04/2004 Physikum
02/2007 - 01/2008 Praktisches Jahr:

Chirurgie:
Mayo General Hospital
Castlebar, Irland (Lehrkrankenhaus der NUI Galway)

Innere Medizin:
St.-Elisabeth-Krankenhaus
Geilenkirchen (Lehrkrankenhaus der RWTH Aachen)

Anästhesiologie:
St.-Elisabeth-Krankenhaus
Geilenkirchen (Lehrkrankenhaus der RWTH Aachen)

10/2008 Zweiter Abschnitt der ärztlichen Prüfung
01/2009 Approbation als Arzt

Famulaturen

08/2004 Chirurgie und Sportmedizin
(Gemeinschaftspraxis Dr. med. Simons und Dr. med. Weisweiler,
Geilenkirchen)
03/2005 Diagnostische Radiologie
(Universitätsklinikum der RWTH Aachen)
09/2005 Innere Medizin
(Marienhospital Aachen)
09/2006 Anästhesie und Intensivmedizin
(St.-Elisabeth-Krankenhaus Geilenkirchen)

Promotionsbezogene Präsentationen bzw. Veröffentlichungen

09/2008	Posterpräsentation auf dem „Tag der Allgemeinmedizin“ im Universitätsklinikum Aachen
09/2008	Posterpräsentation auf dem DEGAM-Kongress 2008 in Berlin
09/2008	Veröffentlichung des eingereichten Poster-Abstracts im Rahmen des DEGAM-Kongresses in der ZFA (Zeitschrift für Allgemeinmedizin)

Berufliche Tätigkeit

Seit 03/2009	Assistenzarzt in der anästhesiologischen Abteilung des Marienhospitals Aachen
--------------	---