

Berufliche Erfüllung zwischen professionell-ethischem Anspruch, betriebswirtschaftlichem Kalkül und sozialem Wandel

Konrad Obermann und Peter Müller

Inhaltsverzeichnis

2.1 Einführung 8

2.2 Der niedergelassene Arzt 11

2.2.1 Arzttypen 11

2.2.2 Arbeitszufriedenheit 15

2.3 Professionell-ethischer Anspruch 17

2.3.1 Patientenservice 18

2.3.2 Qualitätsmanagement 20

2.3.3 Marketing 22

2.4 Betriebswirtschaftliches Kalkül 24

2.4.1 Geschäftsmodelle 24

2.4.2 Innovative Versorgungsformen 26

2.4.3 Praxismanagement 28

2.5 Sozialer Wandel 30

2.5.1 Wettbewerb 31

2.5.2 Komplexität im Informationszeitalter 32

2.5.3 Medizinische Reputation und der „gute Arzt“ 35

2.6 Ein Ausblick 38

2.6.1 Zukunftserwartungen und Reflektion des Neuen 38

2.6.2 Fazit 41

Literatur 43

K. Obermann (✉)
Universität Heidelberg, Mannheimer Institut für Public Health
Mannheim, Deutschland
E-Mail: konrad.obermann@medma.uni-heidelberg.de

P. Müller
Stiftung Gesundheit
Behringstr. 28A, 22765 Hamburg, Deutschland
E-Mail: mueller@stiftung-gesundheit.de

Zum Start: Der Unternehmer Dr. med. M.*Montagmorgen, 11:30*

Die ländlich gelegene Hausarztpraxis von Dr. med. M. ist voll: 22 Patienten warten, zum Teil schon seit eineinhalb Stunden, auf einen Kontakt mit dem Herrn Doktor. Frau W., die neue Auszubildende, hat sich heute krankgemeldet – das dritte Mal in den letzten sechs Wochen. Die langjährige und überaus fähige Praxisassistentin Frau S. hat sich heute darüber bei Dr. M. Luft gemacht und verlangt, dass man einmal mit Frau W. sprechen müsse, so ginge das nicht weiter, zu ihrer Zeit habe es so etwas nicht gegeben. Frau W. ist allerdings schon die dritte neue Auszubildende, die im letzten Jahr neu eingestellt wurde, die beiden Vorgängerinnen hatten nach 2 bzw. 14 Wochen gekündigt, dieser Beruf „sei nichts für sie“. Und neue Bewerbungen sind rar.

Um 14:00 Uhr, in der Mittagspause, hat sich der IT-Experte für die Praxissoftware angekündigt, es sei ein umfangreicheres Update notwendig, auch müsse er am besten im Anschluss den Arzt und die Praxisassistentinnen für ca. 1,5 h einweisen.

Am Abend steht zudem ein Termin mit dem Steuer- und Wirtschaftsberater an. Aufgrund der „Ertragslage“ müsse dringend über den Vertragsmodus der Praxisgemeinschaft gesprochen werden, es gebe jetzt einige Optionen zum verbesserten Einkauf von Praxismaterial, zudem wären noch nicht alle Möglichkeiten der Steueroptimierung ausgereizt. Auch sei sein Anteil an Privatpatienten sehr niedrig, vielleicht könnte hier vermehrtes Marketing und eine Ausweitung der IGeL (individuellen Gesundheitsleistungen) helfen. Die Praxis-Homepage sei ja auch nicht mehr ganz à jour.

Dr. med. M. ist erschöpft und genervt: So hatte er sich die Arbeit als Landarzt nicht vorgestellt. Und schaut noch einmal auf eine E-Mail des medizinischen Versorgungszentrums in der nahegelegenen Kreisstadt – in dieser wird ihm ein „kollegiales Gespräch“ angeboten, um einmal „Formen der Zusammenarbeit“ zu diskutieren ...

2.1 Einführung

Niedergelassene Ärzte sind der Dreh- und Angelpunkt im deutschen Gesundheitssystem – sie veranlassen nach einer unveröffentlichten Schätzung der Unternehmensberatung McKinsey direkt oder indirekt etwa 80 % der Ausgaben des ersten (GKV) Gesundheitsmarktes.

Die Rolle der niedergelassenen Ärzte¹ in Deutschland hat sich in vielerlei Hinsicht stark verändert. (Für eine umfassende Einführung in die ambulante Versorgung siehe den Beitrag von v. Stillfried et al. in Thielscher 2015.) Neben fachlicher Expertise sind heute insbesondere betriebswirtschaftliche Kenntnisse sehr wichtig geworden. Noch 1983 hieß es in einem Artikel in der Zeitung *Die Zeit*:

¹ Hiermit sind natürlich sowohl Ärztinnen wie auch Ärzte gemeint – lediglich aufgrund besserer Lesbarkeit wird durchgängig die maskuline Form verwendet.

Für die Mediziner, vor allem die in der niedergelassenen Praxis, hat sich der medizinische Fortschritt ausgezahlt. Ein Fünftel der Gesundheitsausgaben wandert in ihre Taschen. [...] Anfang der sechziger Jahre verdienten die niedergelassenen Ärzte etwa das Fünffache des durchschnittlichen Einkommens der Lohn- und Gehaltsempfänger. Inzwischen steuern sie schon auf das Zehnfache zu [...] Bei den glänzenden Einkommensaussichten muß sich der Stand um seinen Nachwuchs nicht sorgen (Hoffmann 1983).

Seit 1993 sind für viele Ärzte die Einnahmen aus der gesetzlichen Krankenversicherung zum Teil erheblich gesunken. Laut einer Studie aus dem Jahr 2014 verdienen niedergelassene Ärzte 25 % weniger im Vergleich zu dem Gehalt von Oberärzten an Krankenhäusern (fos 2014). Wer schlecht wirtschaftet, spürt dies heute deutlicher, unabhängig davon, ob er ein medizinisch/fachlich guter Arzt ist oder nicht (Riedel 2009; Kettner 2010; Schüller 2013). Die gesetzlichen Krankenkassen entwickeln sich von einer passiven „Bezahlinstitution“ zum Vertreter und gleichzeitig Gesundheitsmanager ihrer Versicherten mit den Zielen der Effizienzsteigerung und Qualitätsverbesserung – bis hin zu Ansätzen, selbst Versorgungsleistungen zu erbringen, wie etwa der Versuch der Techniker Krankenkasse, Medizinische Versorgungszentren in ihrer Trägerschaft zu etablieren.

Die rund 130.000 niedergelassenen Ärzte (Humanmediziner) sind weiterhin der wichtigste Pfeiler in der flächendeckenden Versorgung Deutschlands. Um sich dem Strukturwandel und den immer komplexer werdenden Anforderungen zu stellen, haben auch sie neue Konzepte entwickelt, so beispielsweise Gemeinschaftspraxen oder Medizinische Versorgungszentren. Das Ziel dieser Konzepte ist dabei mehr finanzielle Sicherheit, feste Arbeitszeiten und ein ausgewogeneres Verhältnis zwischen Beruf, Familie und Freizeit. Bei niedergelassenen Vertragsärzten liegt ausbildungs- und karrierebedingt der Altersdurchschnitt fast 10 Jahre höher als bei Krankenhausärzten und jeder Vierte plant bis zum Jahr 2020 die eigene Praxis aufzugeben (infas 2014, Tabelle A 7.1). Unter allen berufstätigen Ärzten arbeiten 42 % im ambulanten Sektor, wobei rund 80 % der Ärzte eine Kassenzulassung besitzen. Es gibt dabei etwas mehr Fachärzte als Hausärzte.

Das früher einmal als „black box“ bezeichnete System der medizinischen Versorgung in Deutschland wird mittlerweile intensiv mit den Konzepten und Instrumenten der Versorgungsforschung analysiert. Dies ist bedeutsam, um Mängel und Fehlversorgung aufzudecken und mehr Qualität zu fördern. Die Versorgungssituation wird durch verschiedene Institutionen analysiert:

- Auf Ebene der Selbstverwaltung sind insbesondere das IQWiG und das IQTiG zu nennen. Das **Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)** hat unter anderem die Aufgabe, Behandlungsleitlinien und Disease Management Programmen (DMP) zu entwickeln und allgemeinverständliche Gesundheitsinformationen für alle Bürgerinnen und Bürger zur Verfügung zu stellen. Das **Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG)** wurde Anfang 2015 gegründet und wird sich ab 2016 mit der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (§ 137a SGB V) befassen.

- Das **Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi)** ist das Forschungsinstitut der kassenärztlichen Vereinigungen und der kassenärztlichen Bundesvereinigung. Es hat zwei Schwerpunkte: zum einen der konkrete Arbeitsalltag und die Rahmenbedingungen für niedergelassene Ärzte, zum anderen die Fragen der zukünftigen Versorgung (demografischer Wandel und Leistungsverlagerungen). Fortlaufende Projekte umfassen unter anderem den Versorgungsatlas, das Zi-Praxis-Panel und das Arzneiverordnungs-Panel.
- Das **WIdO** (Wissenschaftliches Institut der AOK) befasst sich seit 1976 mit den Grundlagen, Problemen und der Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung. Ambulante Analysen und Versorgung sind dabei Forschungsschwerpunkte, hier wurden u. a. der Ärztemangel, das Leistungsinformationssystem Ärzte, Markttransparenz beim Zahnersatz, Inanspruchnahme- und Abrechnungsverhalten oder die Evaluation des EBM 2000plus untersucht. Publikationsmedien sind G+G Wissenschaft und der WIdO-Monitor.
- Das **WINEG** (Wissenschaftliches Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen) der Techniker Krankenkasse ist ein wissenschaftliches Institut mit dem Auftrag, Forschungsfragen im Sinne der Versicherten zu stellen und wissenschaftlich fundierte Anregungen zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung zu geben. Ambulante Versorgung ist dabei kein expliziter Forschungsbereich, jedoch werden Aspekte davon durch die Analysen im Bereich „Arzneimittelversorgung“ und „Qualität der Versorgung“ betrachtet.
- Bei der **Bertelsmann Stiftung** ist „Gesundheitsversorgung“ ein Schwerpunktthema. Das Projekt „Gesundheitsmonitor“ dokumentiert und analysiert seit 2001, wie die Bürger das Gesundheitssystem erleben und bewerten.

Für Untersuchungen aus einer einzelwirtschaftlichen Perspektive gibt es zwei Studienreihen:

- Seit 2012 gibt es den „Ärztemonitor“ vom **infas Institut** für angewandte Sozialwissenschaft GmbH im Auftrag von KBV Kassenärztlicher Bundesvereinigung, NAV-Virchowbund und der Brendan-Schmittmann-Stiftung.
- Die **Stiftung Gesundheit** in Hamburg befragt seit 2005 deutschlandweit niedergelassene Ärzte, Zahnärzte und Psychologische Psychotherapeuten, um so die Stimmungslage und Tendenzen der Niedergelassenen zu erfassen und praxisbezogene Rückmeldungen zu aktuellen Themen zu erhalten.

Daneben werden sowohl für die Versorgungssituation wie auch Situation in der individuellen Praxis im Auftrag von Krankenkassen, privaten Krankenversicherern, der organisierten Ärzteschaft (Ärztekammern und/oder kassenärztliche Vereinigungen), der Industrie oder Stiftungen eine Vielzahl von Einzelstudien durchgeführt.

Allerdings fehlt es weiterhin an einer umfassenden Analyse der ärztlichen Praxis aus (einzel-)betriebswirtschaftlicher und gesundheitspolitischer Perspektive. Weitergehende

detaillierte Analysen, qualitative Exploration und longitudinale Studien gibt es allerdings in diesem Bereich nach Wissen der Autoren bislang nicht. Dieser Beitrag befasst sich mit der Frage der beruflichen Erfüllung des niedergelassenen Arztes – Erfüllung zwischen professionell-ethischem Anspruch, betriebswirtschaftlichem Kalkül und sozialem Wandel. Die komplexen politisch-administrativen wie auch sozioökonomischen Rahmenbedingungen werden hier aus der Sicht des freiberuflich tätigen selbständigen Arztes dargestellt.

2.2 Der niedergelassene Arzt

2.2.1 Arzttypen

Zur besonderen psychologischen Verfasstheit des Arztes und der sich daraus ergebenden psychologischen Interaktion mit seinen Patienten ist viel geschrieben worden (beispielhaft Verres et al. 1999; Balint 2010). Wichtige Einflussfaktoren wie beispielsweise die Bedeutung des „Helfenwollens“ (bis hin zum pathologischen „Helfersyndrom“), die rigorose akademische Selektionierung durch den Numerus Clausus und die Bedeutung der familiären Prägung (ein Gutteil der Medizinstudenten hat einen oder beide Elternteile, die Ärzte sind) sind ebenfalls gut untersucht (Bergener 2010).

Das Prestige des Arztes ist weiterhin hoch. Die Kombination aus hoher Kompetenz, Professionalisierung und enger interprofessioneller Kooperation hat zu einer seit Jahrzehnten anhaltenden generellen hohen Wertschätzung des Berufes in der Bevölkerung geführt (siehe beispielhaft die „Allensbacher Berufsprestige-Skala“ des Instituts für Demoskopie Allensbach).

Die klassische soziale Interaktion zwischen Arzt und Patient, stichwortartig mit den Begriffen „fachliche Kompetenz“, „Altruismus“ vonseiten des Arztes, sowie „Unterwerfung“ und „Compliance“ vonseiten des Patienten dargestellt und insgesamt als „paternalistisches Modell“ bezeichnet, wandelt sich seit den 1980er-Jahren. Es zeichnet sich eine Entprofessionalisierung ab, der Verlust der Sonderstellung des Arztberufs durch zunehmenden Einfluss der Politik und der stärkeren Betonung wirtschaftlicher Ziele gegenüber medizinisch-wissenschaftlichen Zielen, eine ausgeprägte Spezialisierung (die durchaus positiv zu bewerten ist, jedoch auch zu einer Orientierungslosigkeit bei Patienten und Ärzten führen kann), sowie die Etablierung anderer Gesundheitsberufe (beispielsweise in der Pflege). Insgesamt ergibt sich eine deutliche Hinwendung zu einem partnerschaftlich orientierten Beziehungsmodell mit voller Aufklärung und gemeinschaftlicher Entscheidungsfindung. Rollenerwartungen und Rollenverhalten ändern sich, soziale Kontrollmechanismen rücken kompensierend an die Stelle verpflichtender Werte und Normen – Borgetto charakterisiert diesen Trend mit den Begriffen der „Ökonomisierung“ und „Emanzipation“ (2006).

Basierend auf diesen grundlegenden sozialen Veränderungen, entsteht das Profil eines Arztes im Zusammenspiel von Persönlichkeit, medizinischer Spezialisierung und dem eigenen Berufsverständnis.

Persönlichkeit Mit dem stetigen Generationenwechsel der Ärzteschaft kommt es zu neuen Einflüssen auf das Rollenbild des Arztes. Zum Teil entsteht dies durch die Gesellschaft als Ganzes aber auch – durch die sich verändernde Arbeitsstruktur. Eine von Fleiß und Rechtschaffenheit geprägte Arbeitsmoral hat die im Schnitt 53 Jahre alte niedergelassene Ärzteschaft geprägt, die im Mittel seit mehr als 20 Jahren im Berufsleben steht. Für die jüngeren Generationen hat Arbeit einen anderen Stellenwert bekommen und muss sich neben der Lebensqualität im Sinne einer ausgewogenen „Work-Life Balance“ einreihen (Schmidt et al. 2013). Diese veränderten ideellen Kategorien der Ärzteschaft wirken sich naturgemäß auf die Versorgungssituation der Patienten aus (Tab. 2.1).

Spezialisierung Von der sehr stark GKV-orientierten Internisten-Praxis über den Orthopäden, der einen Großteil seines Einkommens aus Gutachten bestreitet, bis hin zum rein privatärztlich tätigen Augenarzt ergibt sich eine große Bandbreite an Reaktionen auf die Situation im Gesundheitssystem. Es gibt anekdotische Hinweise auf eine vermehrt oder zumindest systematisch betriebene Nischenbildung, die über Arbeitszeitmodelle und Honorarquellen-Differenzierung individuelle Präferenzen der Praxisinhaber abbilden (van den Bussche 2010). Auch die sehr heterogene Patientenklientel hat Einfluss auf den Arzt. Die von komplexer Betreuung multimorbider Patienten bis hin zu rein kosmetischen Maßnahmen reichende Gesundheitsversorgung resultiert in einer Vielzahl von Patientengruppen, die in wechselnder Ausprägung medizinische Qualität und Patientenservice erwarten und so die Berufsrolle und auch das Berufsverständnis des Arztes verändern.

Berufsverständnis Die Vertragsärzteschaft unterscheidet sich in ihrem medizinischen und ökonomischen Selbstverständnis in Teilen so grundlegend, dass nicht von einer homogenen Einheit „niedergelassene Ärzte“ gesprochen werden kann. Abhängig vom Standort, Fachrichtung und Ausrichtung der Praxis zeigt sich eine große Bandbreite an Praxiskonzepten und Reaktionen auf Änderungen im Gesundheitssystem. Neben einer hoch aktiven Gruppe von „early mover“, die bereit ist, sich rasch den neuen Gegebenheiten innovativ (und geschickt) anzupassen, gibt es auch eine recht große Gruppe (etwa 10–20 %) von „Bremsern“ oder auch Verweigerern, die auf Marktsignale nicht oder nur mit Abwehrhaltung reagieren (Stiftung Gesundheit 2009).

Der Umsatz und das Einkommen der niedergelassenen Ärzte ist eine wichtige Größe, um Arztverhalten und -interessen zu kategorisieren. Abb. 2.1 zeigt die Verteilung sämtlicher Einkommen niedergelassener Ärzte im Jahr 2008.

Differenziert man das Bruttoeinkommen nach Geschlecht (Abb. 2.2) wird deutlich, dass Frauen weniger als Männer verdienen. 84 % der Ärztinnen verdienen unter 100.000 € brutto im Jahr und Frauen sind deutlich stärker in den niedrigen Einkommensklassen vertreten, die Männer hingegen dominieren in den oberen Einkommensklassen. Aller-

Tab. 2.1 Rollenbild des Arztes in Abhängigkeit zum Geburtsjahr. (Schmidt et al. 2013)

Unterschiede und Gemeinsamkeiten von Mitarbeitergenerationen im Krankenhaus				
	Wirtschaftswunder- generation	Babyboomer	Generation X	Generation Y
Geburtsjahrgänge	1945–1955	1956–1965	1966–1985	Ab 1986
Prägende Ereignisse	Wiederaufbau, Wirtschaftswunder, Vollbeschäftigung	Erste Ölkrise, Mondlandung, deutsche Teilung	Wiedervereinigung, Privatfernsehen	9/11, Krieg im Irak, Internet, Social Media, Globalisierung
Einstellung zur Arbeit	Idealistisch, Skepsis gegenüber Autoritäten, loyal zum Unternehmen	Wettbewerb um Positionen und Karriere, Umweltbewusstsein und Emanzipation	Individualismus und materielle Werte, karriereorientiert, ehrgeizig, Work-Life-Balance	Arbeit muss Spaß machen und fordern, lernbereit, flexibel und mobil
Arbeitsmotto	Leben, um zu arbeiten	Leben, um zu arbeiten	Arbeiten, um zu leben	Leben beim Arbeiten
Sicherheit des Arbeitsplatzes/Angst um Arbeitsplatz	Keine Sorgen, da Vollbeschäftigung bestand	Beginnende Sorgen um Arbeitsplatz in der Medizin, große Niederlassungswelle	Großer Wettbewerb um Stellen im Krankenhaus und Sorge um Arbeitsplatz	Keine Sorgen um Arbeitsplatz wegen Fachkräftemangel
Wert der Freizeit	Erste Orientierung zur Freizeit	Abnehmende Wertigkeit	Work-Life-Balance	Sehr groß
Bedeutung von Titeln und Hierarchiestufen	Sehr wichtig	Sehr wichtig bis weniger wichtig	Wichtig	Unwichtig
Auszeiten vom Job	Keine	Sehr selten	Etablierte Auszeiten (Elternzeit) werden genommen	„Privatleben kommt vor Arbeit“
Motivation	Keine materiellen Anreize, sondern Selbstverwirklichung und persönliche Anerkennung	Weniger materielle Anreize, Partizipation	Materielle Anreize, Karriere	Keine finanziellen Anreize, geregelte und planbare Arbeitszeiten
Lebenssituation	Kurz vor dem Ruhestand, Kinder sind erwachsen	Kinder teilweise noch im Haus, gegebenenfalls bereits Pflege von Angehörigen	Mittlere Lebensphase, im Berufsleben etabliert, späte Familienplanung hier häufig	Etablieren sich gerade im Berufsleben, unabhängig
Physische und psychische Belastbarkeit	Abnehmende körperliche Leistungsfähigkeit, Kompensation durch Routine	Körperliche Leistungsfähigkeit hoch, große Erfahrung und Routine	Körperliche Leistungsfähigkeit sehr hoch, große Erfahrung und Routine, noch lernwillig	Körperliche Leistungsfähigkeit sehr hoch, unerfahren und neugierig

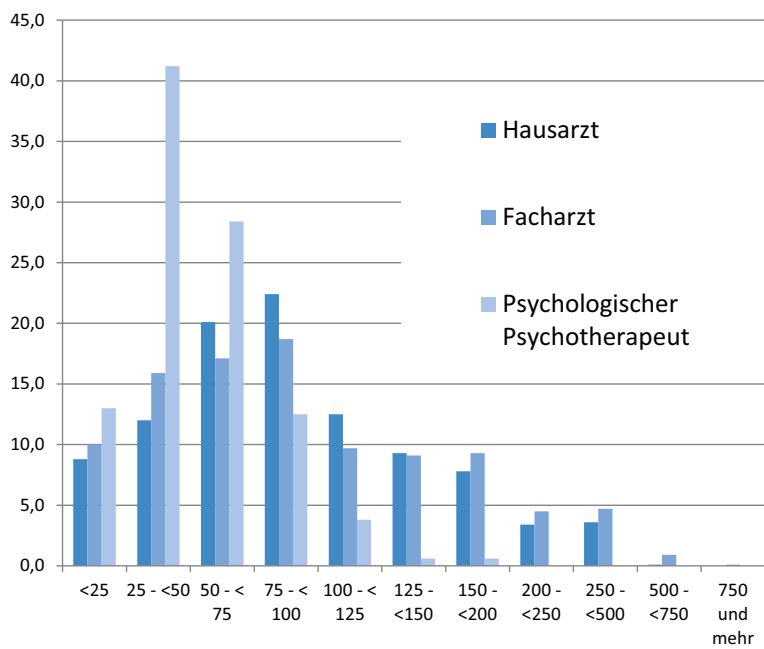


Abb. 2.1 Jährliches Bruttoeinkommen (in 1000 €) nach Arzttyp, Verteilung in % ($N = 2420$). (Stiftung Gesundheit 2008)

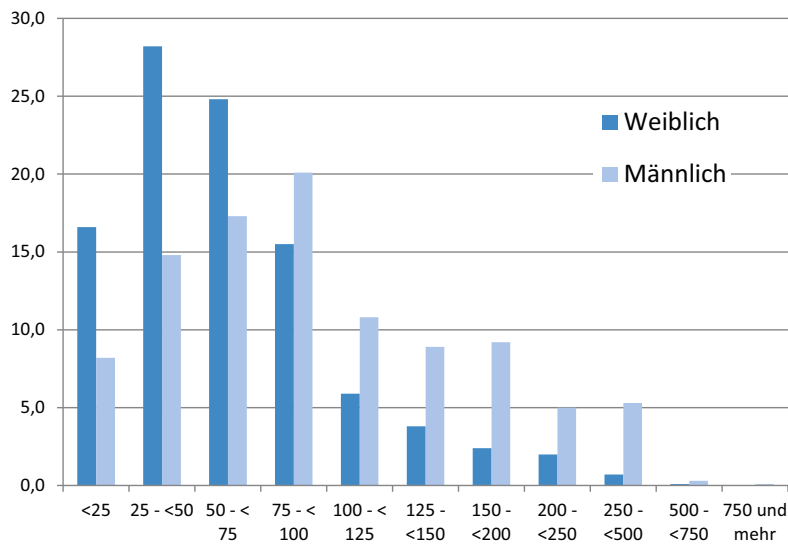


Abb. 2.2 Jährliches Bruttoeinkommen (in 1000 €) nach Geschlecht, Verteilung in % ($N = 2510$). (Stiftung Gesundheit 2008)

dings wurde nicht gleichzeitig nach der Arbeitsbelastung gefragt, sodass eine generelle geschlechtsbezogene Interpretation hier nicht möglich ist.

Gleichzeitig nimmt der Anteil der Ärztinnen in der Ärzteschaft kontinuierlich zu. Da das Geschlecht deutlich mit dem Praxisumsatz und dem Bruttoeinkommen korreliert (Stiftung Gesundheit 2008), lässt sich hier deutliche Strukturveränderung absehen: weg von der männlichen Praxis als Einzelverdiener und hoher Arbeitsbelastung (und entsprechender Verfügbarkeit für die Patienten) hin zur weiblichen Praxis als Co-Verdienerin bzw. geringeren Statusansprüchen mit geringerer Arbeitsbelastung und entsprechend begrenzter Verfügbarkeit.

2.2.2 Arbeitszufriedenheit

Arbeitszufriedenheit ist besonders bedeutsam bei Ärzten, da sie nicht nur die eigene Gesundheit, sondern auch die der Patienten beeinflusst.

„Unhappy Doctors“ als weltweites Phänomen schlug sich bereits 2001 in einem diesem Thema gewidmeten Heft des British Medical Journal nieder (Smith 2001). Die eigene Arbeits- bzw. Berufsunzufriedenheit ist ein wichtiger Faktor für Therapie-Adhärenz und damit auch Gesundheit der Patienten.

Wie kann die Arbeitszufriedenheit erhöht werden und welche Aspekte im ärztlichen Lebensalltag müssen dabei berücksichtigt werden? Zentraler Punkt in der internationalen Literatur ist die Neudefinierung der Arzt-Patientenbeziehung. Zudem scheint auch die private Zufriedenheit, vor allem die Ehezufriedenheit eine wichtige Rolle zu spielen, die letztlich als eine Ressource zum Bestehen im stressreichen Alltags des Mediziners angesehen werden kann (Edwards et al. 2002; Geisler 2010).

Wie ist die Situation bei Ärzten in Deutschland und welche Faktoren im deutschen Gesundheitssystem beeinflussen die Arbeitszufriedenheit? Lebenszufriedenheit wird vor allem über Arbeitszufriedenheit definiert. Eine ältere Studie berichtet, dass knapp 80 % der niedergelassenen Ärzte mit ihrer Arbeit unzufrieden seien und gerade jüngere Ärzte Existenzängste hätten (Rottenfuß 1999). Gothe und Kollegen (2007) haben in einer Übersichtsarbeit zum Thema „Arbeits- und Berufszufriedenheit von Ärzten“ die zentralen Faktoren der internationalen Literatur zusammengetragen und in einem „Physician-Factor-Model“ im Hinblick auf Arbeits- und Berufszufriedenheit bewertet und strukturiert. Das von ihnen entwickelte Modell ist in Abb. 2.3 zu sehen.

- So ein Modell kann als Basis für systematische Analysen und Ansätze zur Verbesserung von Berufszufriedenheit dienen; letztlich ist die Arbeitszufriedenheit eine zentrale Komponente bei der Verbesserung von Versorgungsqualität und für die langfristige Bindung von Ärzten an ihren Beruf.
- Betrachtet man die *Arbeitszufriedenheit nach Arzttyp* (Abb. 2.4), zeigt eine Studie aus dem Jahr 2008, dass die Psychologischen Psychotherapeuten bei der Bewertung (46,8 %) der Arbeitszufriedenheit mit der Note 2 (*eher zufrieden*) herausstechen. Eben-

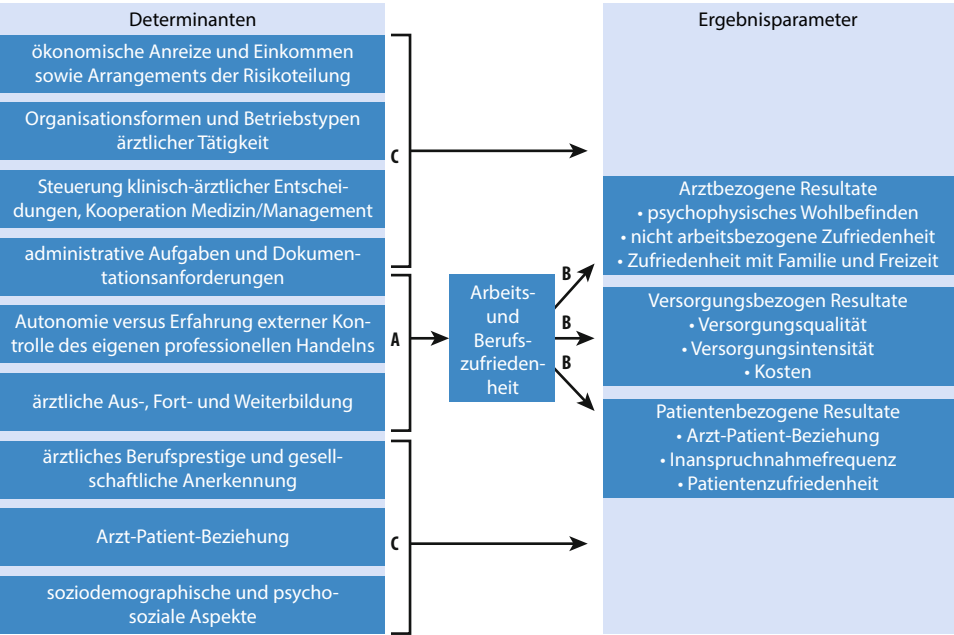


Abb. 2.3 Determinanten und Ergebnisparameter der Arbeits- und Berufszufriedenheit als Teilaspekt des Physician-Factor-Modells. (Gothe et al. 2007)

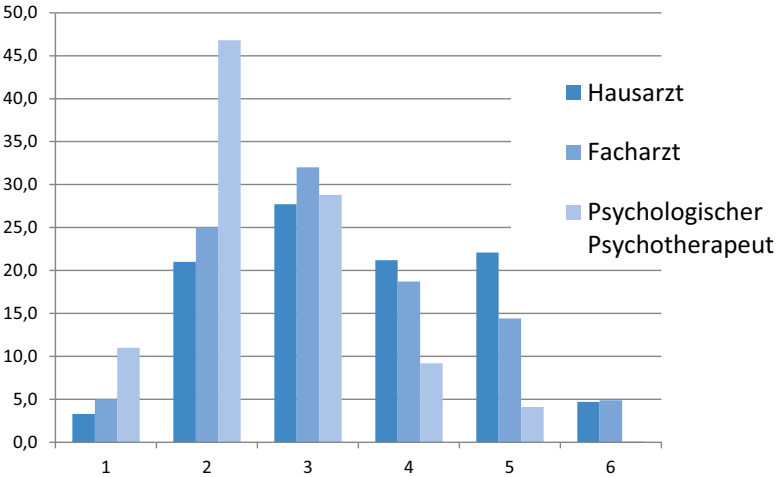


Abb. 2.4 Momentane Arbeitszufriedenheit in Schulnoten nach Arzttyp (Verteilung in %, $N = 2497$). (Stiftung Gesundheit 2008)

so zeigt sich, dass die Hausärzte im Vergleich zu den Fachärzten und Psychologischen Psychotherapeuten tendenziell unzufriedener sind. Das wird besonders bei der Note 5 (*eher unzufrieden*) deutlich.

Der Ärztemonitor aus dem Jahr 2014 verzeichnet bei der „Zufriedenheit mit der aktuellen wirtschaftlichen Situation der Praxis des medizinischen Versorgungszentrums“ durchschnittlich 39 % „eher unzufrieden“ bzw. „sehr unzufrieden“-Antworten aus der Praxis, wobei Hausärzte ihre Lage weniger kritisch als Fachärzte sehen (36 % vs. 41 %) und angestellte Ärzte weniger kritisch sind als Praxisinhaber (28 % vs. 40 %, wobei angestellte Ärzte aber deutlich häufiger „weiß nicht“ antworten) (infas 2014, Tab. A26).

Geht man davon aus, dass die Arbeits- und Berufszufriedenheit der Ärzte wesentlichen Einfluss auf die Versorgungsqualität hat und auch zentrales Element einer jeden arztindividuellen Praxisstrategie ist, so erscheint es konsequent, mittelfristig longitudinale Studien zu initiieren, um so Informationen für die Versorgungsforschung und -planung zu schaffen, wie auch die individuelle Planung und strategische Ausrichtung der Praxis zu unterstützen. Solche Studien würden dann auch eine Überprüfung theoretischer Konzepte ermöglichen und Hinweise sowohl für die Mikro- wie auch für die Mesebene der Versorgungsplanung geben.

2.3 Professionell-ethischer Anspruch

Eine optimale medizinische Betreuung steht natürlich an erster Stelle – das Heilenwollen und der unbedingte Fokus auf den jeweiligen individuellen Patienten ist zentrales Merkmal einer jeden Medizin. In Bezug auf den Umgang des Arztes mit dem Patienten gibt es zwei deutlich abgrenzbare Modelle, die je nach Patient bevorzugt werden. Im paternalistischen Modell übernimmt der Arzt viel Verantwortung für den Patienten, teilt nur so viele Informationen wie nötig zu und spricht klare Behandlungsempfehlungen aus (Ernest et al. 2011). Das seit den 1980er-Jahren immer populärer gewordene *informative Modell* sieht den Arzt in einer affektneutralen und informationsgebenden Rolle, in der dem Patienten die Verantwortung in der Entscheidungsfindung übertragen wird (Klemperer und Rosenwirth 2005). Laut einer englischen Studie aus dem Jahr 2003 wollten 23 % der Patienten selbst entscheiden, 26 % übertragen diese Verantwortung dem Arzt und 51 % präferierten eine gemeinsame Übereinkunft im Sinne des Shared Decision Making (Coulter und Magee 2003). Für die Form der Entscheidungsfindung sind sicherlich sowohl die Art der Erkrankung, wie auch der sozioökonomische und Bildungsstatus des Patienten wichtige Einflussfaktoren.

Der soziale Wandel führt auch zu einem Wandel vom „Patienten“ zum „Kunden“. Dies soll zunächst einmal wertneutral konstatiert werden. Der Arzt in der Praxis ist damit aufgefordert, sich mit dem Patienten auch als einem Kunden auseinanderzusetzen. Hierzu gehören neben patientenorientierten Dienstleistungen auch Instrumente wie Qualitätsmanagement und Marketing. In der folgenden knappen Darstellung soll es jedoch nicht um

die Darstellung des „richtigen Management in der Arztpraxis“ oder Ähnliches gehen, sondern primär um die Bedeutung dieser Aspekte für das Verhalten des Arztes in seiner Praxis.

2.3.1 Patientenservice

Das Wohl des Patienten steht im Mittelpunkt der medizinischen Behandlung. Neben der Therapie selbst fokussiert Patientenservice auf die nicht-medizinischen Aspekte der Betreuung.

Neben der medizinischen Behandlung ist die (davon allerdings natürlich in einem hohen Maße abhängige) Patientenzufriedenheit ein wesentlicher Faktor für die Adhärenz und somit auch den Therapieerfolg. Die Orientierung an der Patientenzufriedenheit hat zu einer stärkeren Ausrichtung vieler Praxen auf die Bedürfnisse des Patienten geführt. Die als Patientenservice zusammengefassten Leistungen lassen sich beispielsweise in folgende Bereiche gliedern:

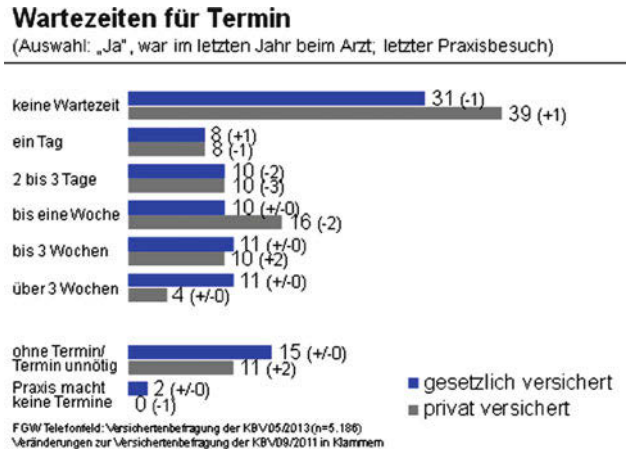
- Kontaktaufnahme
- Öffnungszeiten
- Erreichbarkeit und Barrierefreiheit
- Praxisambiente und Sauberkeit
- Patienteninformationen
- Nachbetreuung

Im Folgenden sollen zwei Aspekte etwas genauer betrachtet werden: (i) Terminvergabe und (ii) Wartezeiten in der Praxis – beides ist zum einen wichtig in der Wahrnehmung der Praxis und zudem politisch relevant, wie die Diskussion um Facharzttermine gezeigt hat.

Terminvergabe Nach manchen Umfragen scheinen in Deutschland Arzttermine bei niedergelassenen Ärzten bei der Mehrheit der Patienten sofort oder innerhalb eine Woche möglich zu sein (Abb. 2.5), andere berichten von deutlich längeren Wartezeiten – in jedem Fall sind solche Untersuchungen mit Blick auf die Rolle des Auftraggebers zu interpretieren (Kopetsch 2014).

Wartezeiten in der Praxis Laut einer Umfrage der KBV im Jahr 2013 seinen fast 75 % aller befragten Patienten innerhalb einer halben Stunde zum niedergelassenen Arzt ins Behandlungszimmer gerufen worden. Demnach hätten sich die Wartezeiten in der Praxis in den vergangenen Jahren reduziert (Schramm 2010). Dennoch haben laut der Umfrage insgesamt 16 % der Patienten bis zu einer Stunde warten müssen und 7 % sogar bis zu zwei Stunden (Abb. 2.6). Lange Wartezeiten gelten als häufiger Grund für Patientenunzufriedenheit (Schramm 2010).

Abb. 2.5 Wartezeiten für Arzttermin im ambulanten Sektor (GKV/PKV). (KBV 2014)



Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin hat im Auftrag von Patientenforum, Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung eine Checkliste „Woran erkennt man eine gute Arztpraxis?“ herausgegeben, die viele Aspekte der Arzt-Patient-Kommunikation und des Praxis-Managements erfasst (äzq 2008). In der interdisziplinären Zusammenarbeit kann eine Vernetzung und klare Absprache mit Kollegen, Apotheken und Krankenhäusern zu einem kohärenten Kurs in Bezug auf Behandlungsziele und Empfehlungen gegenüber dem Patienten führen (Jonitz 2014; Kern 2012).

Abb. 2.6 Wartezeiten in der Praxis im ambulanten Sektor. (KBV 2014)



2.3.2 Qualitätsmanagement

Qualitätsmanagement soll eine kritische Reflektion über den Workflow, Personalmanagement, Patientenzufriedenheit und organisatorische Abläufe ermöglichen (vgl. dazu auch den Beitrag von Thielscher in Bd. 1).

In Arztpraxen wurde die „Qualitätskontrolle“ lange Zeit allenfalls in traditioneller Weise als direktes Gespräch mit Patienten und/oder Praxismitarbeitern verstanden. Oft nicht spezifisch als Qualitätsmanagementinstrument bezeichnet, war (und ist) das Gespräch eine wichtige Quelle, um Rückmeldungen zu erhalten, Abläufe zu kontrollieren und ein aktives Managementrolle einzunehmen. Ein so erlangtes Feedback unterliegt jedoch einer Suggestibilität, die vom Beziehungsverhältnis der Gesprächspartner abhängig ist. Ein Patient oder Angestellter wird in vielen Fällen gehemmt sein, offen Kritik zu äußern.

Einzelne Ärzte haben sich schon in den 1990er-Jahren aus eigener Initiative mit den damaligen Qualitätsmanagementsystemen (QMS) befasst; die Landesgesundheitsminister haben dann in den frühen 2000er-Jahren entschieden, Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung verpflichtend einzuführen.

Mit der Gesundheitsreform 2004 wurde das systematische Qualitätsmanagement zum empfohlenen Standard für Vertragsärzte und medizinische Versorgungszentren. 2006 wurden hierzu Qualitätsmanagement-Richtlinien aufgesetzt, die für jede Praxis mit Karenzzeit bis zum Jahr 2010 ein internes Qualitätsmanagementsystems vorsahen und grundlegende Elemente wie regelmäßige Team-Besprechungen und die Verwendung von Checklisten als festen Bestandteil der Praxisroutine festlegten. Im Zentrum steht die Optimierung der Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität (Stiftung Gesundheit QM 2012).

Es gibt eine breite Literatur, die das QM in der Arztpraxis außerordentlich kritisch sieht, weil es (i) zu Fehlinformationen führt und (ii) bestenfalls Ressourcen vergeudet (beispielhaft Iseringhausen 2007). Diese Diskussion ist leider in der Gesundheitspolitik nicht mit den etablierten Instrumenten der evidenzbasierten Medizin geführt worden. Letztlich kommen hier Fragen des wissenschaftlichen Wirksamkeitsnachweises, der individuellen Disposition und der politischen Rahmenvorgaben zusammen. Die Richtlinien zur Etablierung eines systematischen QM sind formal verbindlich, es bleibt jedoch die Entscheidung über den Grad und die Intensität der Umsetzung beim einzelnen Praxisinhaber.

Die wesentlichen Ziele des QM sind die Optimierung von Struktur- und Prozessqualität – dies unter der Annahme, dass daraus auch eine Verbesserung der Ergebnisqualität erwächst. Instrumente des QM sind z. B. Beschwerdemanagement, Risiko- und Fehlermanagement, Behandlungspfade und Notfallmanagement. Ergebnisqualität ist das Produkt aus Strukturen und den darin ablaufenden Prozessen und bietet Aufschluss über deren konsequente und erfolgreiche Umsetzung. Zu orientierenden Einschätzung von Ergebnisqualität ist beispielsweise die Patientenbefragung ein wichtiges Werkzeug (Dierks et al. 2000; Lecher et al. 2002).

Durch die (fakultative) Teilnahme an Zertifizierungsverfahren kann mit Hilfe von externen Qualitätsprüfern das Leistungsniveau der Gesundheitseinrichtung evaluiert werden.

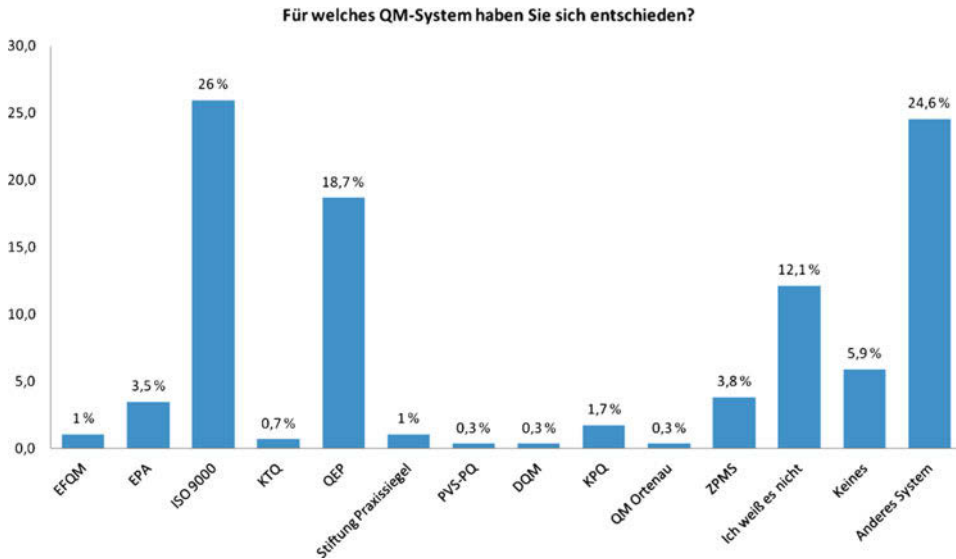


Abb. 2.7 Für welches QM-System haben Sie sich entschieden? (Stiftung Gesundheit QM 2012)

Es gibt eine ganze Palette unterschiedlicher QM-Systeme, von denen die meisten an die Erfordernisse einer bestimmten Fachgruppe angepasst sind. Manche Systeme sind speziell für große Gemeinschaftspraxen konzipiert, während andere wiederum besser für kleinere Praxen geeignet sind. Dennoch haben alle Systeme gemeinsame Grundpfeiler, die per Gesetz vorgeschrieben sind. Es gibt ein sehr breites Spektrum an QM-Systemen, wobei in der ärztlichen Praxis zwei Systeme (ISO 9000 und QEP) dominieren (Abb. 2.7).

Kosten und Nutzen des QM Die Einführung eines QM ermöglicht eine kritische Reflexion über medizinische Ergebnisse, Personalmanagement, Patientenzufriedenheit und organisatorische Abläufe. Die Implementierung eines QM-Systems führt in den meisten Fällen zu einer langfristigen Bindung an eben dieses System, da die Implementierung oftmals mit einer Umstrukturierung und in jedem Fall mit Kosten einhergeht. Für die meisten Arztpraxen ist QM deshalb erst dann erfolgreich, wenn auch eine Verbesserung der Kostensituation erreicht werden konnte. Die zuvor erwähnte kritische Diskussion um den Sinn und die Probleme eines QM sollte idealerweise von jedem einzelnen niedergelassenen Arzt rezipiert werden, um letztlich die Stellung des QM in der eigenen Praxis zu bestimmen.

Der Perspektivenwechsel kann helfen Fehlerquellen aufzuspüren, um Prozesse effizienter und damit kostensparender zu gestalten. Darüber hinaus kann ein Strukturwechsel großformatige Änderungen wie Kooperationen mit Kollegen oder neue Therapieverfahren in Gang setzen, was finanziell zum Teil weitreichende Veränderungen mit sich bringt (Diel 2010).

2.3.3 Marketing

Wettbewerb umfasst Marketing. Marketing ist nachgerade ein konstituierendes Element in einem wettbewerblich organisierten System.

Beim Marketing ist sinnvoll zwischen *Patient* und *Kunde* zu unterscheiden. Ein *Patient* ist durch seine Erkrankung substantiell in Denken und Fühlen betroffen, sodass er tendenziell weniger in der Lage ist, autonom seine Entscheidungen zu treffen. Angst, Ungewissheit und ein hohes Maß an Informationsasymmetrie führen zu einer besonderen Vulnerabilität. Der *Kunde* hat ein definiertes, nicht erheblich in das Lebensgeschehen eingreifendes Gesundheitsproblem und/oder möchte seinen nicht akut krankhaften Zustand verbessern/optimieren. Marketing wird sicherlich vor allem den *Kunden* ansprechen, allerdings darf nicht übersehen werden, dass auch ein *Patient* von systematischer Darstellung und dem Transport von Botschaften beeinflusst wird.

Die Rahmenbedingungen für die niedergelassenen Ärzte sind geprägt durch dichte gesetzliche und ökonomische Regelungen. In anderen Wirtschaftszweigen bereits etablierte Elemente wie Marketing und Qualitätsmanagement durchdringen auch verstärkt den Medizinmarkt. Aus der einst wettbewerbsfreien Zone ist ein Markt geworden, der sich auch über Angebot und Nachfrage reguliert (Riedel 2009; Schramm 2010).

Über die Jahre gesehen schwankt die Beurteilung der Ärzte über die Wichtigkeit von Marketingmaßnahmen erkennbar, was sicherlich sowohl von makropolitischen Rahmenbedingungen, Standespolitik, der Finanzlage im Gesundheitssektor wie auch individuellen Wahrnehmungen abhängt. Die weiterhin engen Rahmenvorgaben und der relativ geringe Anteil an Selbstzahler-Leistungen lassen allerdings auch konsequentes und strategisch ausgerichtetes Marketing nur für einzelne Praxen sinnvoll erscheinen. Beim Anteil der Praxen mit dezidiertem Marketingbudget lässt sich (bei starken Schwankungen) ein leichter Aufwärtstrend diagnostizieren (Abb. 2.8).

Die Schwankungen lassen vermuten, dass in der Branche offenbar noch immer ein hoher Bedarf an fachlicher Unterstützung besteht. Praxis-Marketing wird vor allem dann Erfolge erbringen, wenn es langfristig und strategisch eingesetzt wird (Schramm 2010; Kern 2012). Die Schwankungen legen aber nahe, dass viele Ärzte Marketing eher punktuell einsetzen. Möglicherweise mangelt es hier noch an fundierten und verständlichen Konzepten, die Ärzten verdeutlichen, wie sie Praxis-Marketing sinnvoll und nachhaltig nutzen können. Außerdem ist vielerorts noch immer die Ansicht verbreitet, Marketing brauche man als Arzt nicht oder könne dies auch selbst in die Hand nehmen und beispielsweise in Eigenarbeit eine Internetseite gestalten, ohne ein Budget dafür bereitzustellen.

Hinsichtlich der Bedeutung der wesentlichen Marketingmaßnahmen hat mittlerweile das Internet sowohl das Personal als auch die Visitenkarte überholt (Stiftung Gesundheit 2014). Somit erscheint es überraschend, dass weiterhin einige Ärzte keinen eigenen Internetauftritt haben. Auf die Frage, warum die Ärzte keine Homepage haben, antworteten über 50 % der Befragten, dass sie keine Werbung nötig hätten. Fast ein Viertel der Ärzte sieht zu viele rechtliche Unsicherheiten bei der Erstellung und Pflege einer eigenen Praxis-Homepage (Stiftung Gesundheit 2014). Dies zeigt, dass die Ärzte sich durchaus

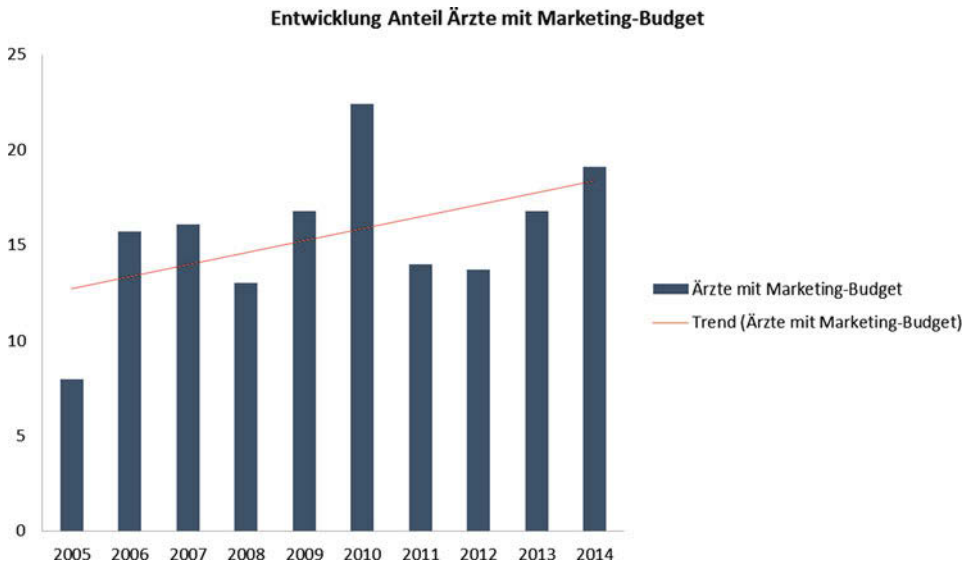


Abb. 2.8 Entwicklung des Anteils von Ärzten mit Marketingbudget. (Stiftung Gesundheit 2014)

darüber im Klaren sind, dass eine Reihe von Normen und Maßgaben einzuhalten sind – von grundlegenden Dingen wie dem Vorhandensein eines Impressums bis zu den differenzierten Bestimmungen des Berufsrechts und Heilmittelwerbegesetzes.

Gesetzliche Limitationen Rechtlich gesehen wird zwischen Image- und Produktwerbung unterschieden; Erstere wird primär durch das Berufsrecht der Heilberufe limitiert, während für Letztere die Grenzen enger gesteckt sind eher durch das Heilmittelwerbegesetz und natürlich branchenunspezifisch vor allem durch das Wettbewerbsrecht. Wenn man Imagewerbung unter dem Aspekt des Berufsrechts betrachtet, dann fällt auf, dass sich in den letzten 50 Jahren viel verändert hat. Heute sieht der Gesetzgeber die Öffentlichkeitsarbeit der Ärzte wesentlich liberaler und alle Werbeträger (Plakatwerbung, Anzeigenschaltung, Internet, etc.) dürfen genutzt werden. Die Werbung darf keinen extrem anpreisenden Charakter haben, falsche Tatsachenbehauptungen, irreführende Inhalte sowie Aussagen zu Therapieformen ohne hinreichende wissenschaftliche Studienlage sind unzulässig. Das Heilmittelwerbegesetz verbietet insbesondere Aussagen zu „Geschwulstkrankheiten“, also Krebs, wie grundsätzlich auch Heilungsversprechen.

Der „Verband sozialer Wettbewerb“ VSW in Berlin (vsw.info) beispielsweise versendet in großem Umfang Abmahnungen mit Bezug auf die Berufsordnung der Heilberufe, Heilmittelwerbegesetz, Lebensmittelrecht und Wettbewerbsrecht in diesen Branchen.

2.4 Betriebswirtschaftliches Kalkül

2.4.1 Geschäftsmodelle

Die Vielzahl möglicher Praxismodelle erlaubt dem einzelnen Arzt durchaus, ein Geschäftsmodell zu finden, das seinem Berufsverständnis und Ansprüchen möglichst gerecht wird.

Heutzutage ist die überwiegende Mehrheit der niedergelassenen Ärzte als herkömmliche Vertragsärzte tätig (Abb. 2.9).

Es gibt verschiedene Optionen für eine Praxis jenseits des tradierten Einzelpraxis-Modell mit Kassenzulassung und ganzwöchiger Arbeitszeit. Der Inhaber einer Praxis hat die Möglichkeit, durch passgenaue Wahl eines Modells eine Rechts- und Managementform zu wählen, die seinen inhaltlichen Schwerpunkt, den Praxisanforderungen und seinen Interessen gerecht wird (Frodl 2013; Stiller 2013). Im Rahmen des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes 2007 wurden neue Optionen für die Arbeit als niedergelassener Arzt eingeführt. Die wichtigsten daraus entstandenen Modelle sind folgende:

Teilzulassung Jeder niedergelassene Vertragsarzt hat die Möglichkeit, nur einen halben Kassenarztsitz zu versorgen. Diese Option ist beispielsweise nützlich für junge Mütter, die aufgrund ihrer familiären Gebundenheit nicht über die Kapazität verfügen, einen ganzen Kassenarztsitz zu versorgen. Auch viele ältere Ärzte wünschen sich zu ihrem Berufsende, ihre Patienten an einen Nachfolger zu übertragen und hierbei für einige Zeit mit dem jüngeren Kollegen gemeinsam zu arbeiten. Durch die Übertragung einer Teilzulassung kann diese „sanfte Nachfolge“ verwirklicht werden.

Teilnahmestatus Ärzte: Die überwiegende Mehrheit sind immer noch „klassische“ Vertragsärzte

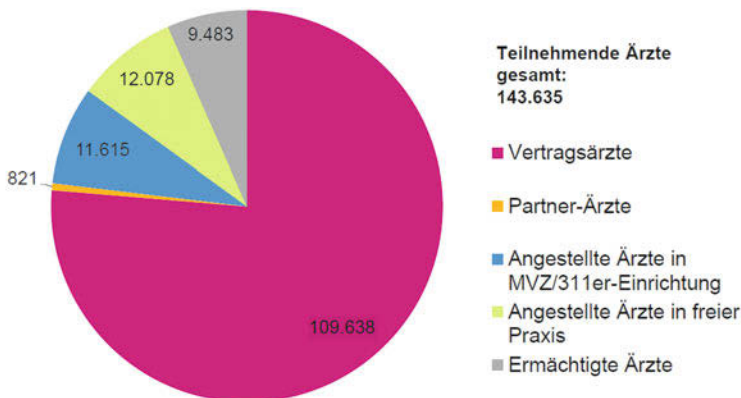


Abb. 2.9 Teilnahmestatus Ärzte. (Kassenärztliche Bundesvereinigung, Auszug Bundesarztregister, Stand 31.12.2014)

Örtliche und überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) Es handelt sich hierbei um eine ärztliche Versorgungsgruppierung, die entweder als Kompetenzzentrum oder als medizinischer Vollversorger auftritt. Vertragsärzte, aber auch Vertragspsychotherapeuten und Medizinische Versorgungszentren können sich zur gemeinsamen Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit zusammenschließen. Dies ist als örtliche BAG an einem gemeinsamen Standort oder als überörtliche BAG bei unterschiedlichen Vertragsarztsitzen möglich, ohne dass es auf eine Fachgleichheit oder Fachverwandtschaft der Fachgebiete der Beteiligten ankommt.

Zweigpraxis („Nebenbetriebsstätte“) Ein Vertragsarzt kann an maximal zwei Orten außerhalb seines Hauptpraxissitzes tätig werden und dort auch Ärzte anstellen. Die dafür erforderliche Genehmigung ist davon abhängig, ob dadurch die örtliche Versorgung verbessert wird und die Versorgung am Hauptpraxissitz nicht leidet. Zweigpraxen können auch außerhalb des eigenen KV-Bereichs betrieben werden.

Teilgemeinschaftspraxis Dies sind Zusammenschlüsse von Ärzten zur gemeinsamen Behandlung von Patienten mit Beschränkung auf ein bestimmtes Leistungsspektrum. Die beteiligten Ärzte arbeiten weiter in ihren Praxen und die Teilgemeinschaftspraxis muss keine eigenen Räume haben. Hierbei ist jede Gesellschaftsform erlaubt, die das ärztliche Berufsrecht vorsieht.

Anstellung von Ärzten Vertragsärzte dürfen Ärzte auch aus anderen Fachgebieten sowie Psychotherapeuten in Vollzeit oder Teilzeit in allen Gebieten anstellen, in denen keine Zulassungsbeschränkungen besteht.

Arbeiten im Krankenhaus Neben der Praxis darf ein niedergelassener Arzt auch im Krankenhaus arbeiten (als Konsiliararzt). Hierbei ist ausdrücklich das Verbot von Zuweisungen gegen Entgelt zu berücksichtigen.

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) Das MVZ ist eine vom deutschen Gesetzgeber mit dem GKV-Modernisierungsgesetz 2003 eingeführte Einrichtung zur ambulanten medizinischen Versorgung. Ähnlich wie in den Polikliniken der DDR können dort beliebig viele zugelassene Ärzte im Angestelltenverhältnis arbeiten, was in den regulären Arztpraxen nur sehr eingeschränkt erlaubt ist. Medizinische Versorgungszentren müssen fachübergreifend sein und unter ärztlicher Leitung stehen.

Privatzahler und IGeL Unabhängig von der jeweiligen Praxisform, sind Einkünfte jenseits der GKV für fast alle niedergelassenen Ärzte von großer Bedeutung. Unter IGeL **I**ndividuelle **G**esundheits-**L**eistungen werden alle gesundheitsbezogenen Leistungen zusammengefasst, die außerhalb des Leistungskataloges der GKV angeboten werden (Jordt 2012). Dieser Leistungskatalog definiert alle vergütungsfähigen medizinischen Maßnahmen danach, ob sie „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und das Maß des

Notwendigen nicht überschreiten“. Alle erwünschten Leistungen, die sich nicht dafür qualifizieren, müssen daher privat gezahlt werden. Neben Attesten und Reiseimpfungen sind es vielfach medizinische Präventions- und Therapiemaßnahmen, die keine eindeutige Evidenz ihrer Wirksamkeit zeigen konnten oder ein schlechtes Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweisen. Jährlich wird über 30 % der volljährigen GKV-Versicherten eine private Zusatzleistung angeboten, wobei aktuelle Studien zeigen, dass der Anteil an Frauen fast doppelt so hoch ist wie bei Männern. Außerdem hängt das Angebot einer privat zu zahlenden Leistung stark mit der Einkommenshöhe zusammen. Fachärzte haben im Schnitt einen deutlich höheren Anteil an IGeL-Angebote als die Gruppe der Allgemeinmediziner. Zu den fünf häufigsten individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) gehören Ultraschall-Untersuchung, Messung des Augeninnendrucks (gemeinsam 40 % des IGeL Marktes), PSA-Wert-Bestimmung des Mannes, und die professionelle Zahnreinigung (Zok 2015). Privat zu zahlende Zusatzangebote in der Schwangerschaft werden kritisch betrachtet, da hier ein hohes Bedürfnis nach Sicherheit und Bestätigung mit den Prinzipien der evidenzbasierten Medizin kollidieren kann (Schäfers und Kolip 2015).

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes erzielten ärztliche Praxen im Jahr 2011 im Durchschnitt einen **Umsatz** von rund 483.000 €, wobei Radiologen aufgrund der hohen Geräteinvestitionen mit großem Abstand an der Spitze standen (2,97 Mio. €), gefolgt von Orthopäden (612.000 €), Internisten (578.000 €) und Augenärzten (573.000 €). Am unteren Ende der Umsatzskala rangieren die Kinderärzte (370.000 €), die Gynäkologen (368.000 €) und die Allgemeinärzte (342.000 €). Im Durchschnitt stammten gut zwei Drittel (69 %) der Umsätze aus GKV-Leistungen, ein Drittel aus privatärztlicher und sonstiger Tätigkeit. Während der Kassenanteil bei Allgemein- und Kinderärzten sowie Internisten besonders hoch war, erzielten Hautärzte (50 %), Orthopäden (45 %) und Urologen (44 %) einen hohen Anteil aus privatärztlicher Vergütung. Der durchschnittliche Reinertrag (oder Gewinn vor Steuern), lag bei durchschnittlich 166.000 € je Praxisinhaber mit deutlichen Unterschieden nach Fachgruppe: Radiologen (303.000 €), Augenärzte (229.000 €), Hautärzte (185.000 €), Internisten (184.000 €), Allgemeinmediziner (138.000 €), Kinderärzte (140.000 €), Gynäkologen (144.000 €) und HNO-Ärzte (148.000 €) (BVR 2014).

2.4.2 Innovative Versorgungsformen

Neue Versorgungsformen haben die Grenzen zwischen ambulant und stationär aufgeweicht, aber nicht abgeschafft. Innovative integrierte Patientenversorgung ist jetzt aber möglich.

In den vergangenen zehn Jahren sind durch den Gesetzgeber erhebliche Änderungen im System der Vergütung niedergelassener Ärzte durchgesetzt worden (Stiller 2013). Die „klassische“ Einzelleistungsvergütung im Rahmen der Budgetverteilung durch die Kassenärztliche Vereinigung ist durch einen zum Teil recht komplizierten Mix aus Pauschalen, Einzelleistungsvergütung, Zusatzhonoraren, Selektiv- und Strukturverträge, besonde-

re ambulante Versorgungsformen und Formen der integrierten bzw. Hausarztzentrierten Versorgung abgelöst worden (siehe umfassend hierzu auch Teil 3 „Neue Versorgungsformen“ in: Thielscher (hrsg.) Medizinökonomie 1, 2015).

Extrabudgetäre Gesamtvergütung

Diese Form der Vergütung hat einen festen Preis und keine Mengenbegrenzung, z. B. beim ambulanten Operieren, bei Präventionsleistungen, bei Dialyse-Sachkosten, bei künstlicher Befruchtung, der Versorgung HIV-infizierter Patienten, Substitutionsbehandlung und anderen – aber auch bei Wegepauschalen für Hausbesuche.

Zusätzliche ärztliche Honorare im ambulanten Bereich

können sich ergeben aus Selektivverträgen, spezialfachärztlicher Versorgung nach § 116b SGB V, individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL), privatärztlicher Abrechnung und sonstigen ärztlichen Leistungen (Gutachten, Unfallversicherung, etc.).

Selektivverträge

umfassen individuelle Vertragsbeziehungen eines Leistungsfinanzierers, einer gesetzlichen Krankenversicherung, mit einzelnen oder Gruppen von Leistungserbringern, insbesondere im Rahmen des Einzelvertragssystems von „Managed Care“ und integrierter Versorgung. Vertragsinhalt sind konkrete Leistungen, die durch den Leistungsfinanzierer übernommen werden. Hier gibt es

- Modellvorhaben (§ 63 ff. SGB V)
- Strukturvorhaben (§ 73a SGB V)
- Besondere ambulante ärztliche Leistungen (§ 73c SGB V)
- Integrierte Versorgung (§ 140a ff SGB V)
- Hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b SGB V)

Modellvorhaben innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung sind wissenschaftlich begleitete Vorhaben mit einer Dauer von fünf bis acht Jahren. Sie sollen innovative Formen der Versorgung erproben und können sich auf Gesamtvergütung und Ausgabenvolumen der Arznei-/Heilmittel auswirken.

Strukturverträge können auf Initiative der Krankenkasse oder der KV geschlossen werden. Sie sind Bestandteil der Gesamtverträge und eröffnen breiten Gestaltungsspielraum. Strukturverträge sind freiwillig und konzentrieren sich auf eine weitgehend umfassende finanzielle (Budget-)Verantwortung des Vertragsarztes bzw. einer Gruppe von Vertragsärzten. Strukturverträge haben Auswirkungen auf Gesamtvergütung, Ausgabenvolumen Arznei-/Heilmittel und Richtgröße.

Die besondere ambulante ärztliche Versorgung dient der Entwicklung neuer Versorgungsstrukturen und kann von Vertragsärzten, KVen oder Krankenkassen initiiert werden.

Versorgungsaufträge dieser Art sind vertragliche Vereinbarungen, die sowohl die versichertenbezogene *gesamte* ambulante ärztliche Versorgung als auch *einzelne* Bereiche der ambulanten ärztlichen Versorgung umfassen können. Zudem sind auch Leistungen möglich, hinsichtlich deren Eignung der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) noch keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. Die Krankenkasse hat letztlich die Entscheidungsgewalt über das Zustandekommen eines solchen Vertrages.

Integrierte Versorgung (IV) ist die Idee einer „sektorenübergreifenden“ Versorgungsform im Gesundheitswesen. Sie fördert eine stärkere Vernetzung der verschiedenen Fachdisziplinen und Sektoren (Hausärzte, Fachärzte, Krankenhäuser), um im Idealfall sowohl die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern wie auch die Gesundheitskosten zu senken. Vertragspartner können neben Kranken- und Pflegekassen und Vertragsärzten auch sogenannte Management-Gesellschaften (Träger, die nicht selbst Versorger sind) bilden. Es gilt der Grundsatz der Freiwilligkeit bei Versicherten und Leistungserbringern. Die meisten IV-Verträge nach § 140a bis § 140d SGB V beziehen sich auf bestimmte Indikationsgebiete, es ist jedoch auch möglich, sogenannte populationsgestützte Verträge für ganze Bevölkerungsgruppen abzuschließen. Häufig wird die Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V in IV-Verträge eingebettet.

Ziel der hausarztzentrierten Versorgung ist die Stärkung der Rolle des Hausarztes als Koordinator im Gesundheitswesen. Dadurch sollen unter anderem Doppeluntersuchungen und unnötige Krankenhauseinweisungen vermieden werden. Durch die Strukturierung des Behandlungsprozesses soll darüber hinaus die Qualität der Versorgung verbessert werden. Eine noch andauernde Studie aus Baden-Württemberg hat als Zwischenstand ergeben, dass Patienten aussagen, sich im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg besser betreut zu fühlen – dabei spielen mehr Zeit, eine freundlichere Praxisatmosphäre, Verbesserungen in der Prävention sowie ein besserer Informationsfluss und die Lotsenfunktion des Hausarztes wesentliche Rollen (Gerlach und Szecsenyi 2014).

2.4.3 Praxismanagement

Wie in jedem Geschäft, darf auch in der ärztlichen Praxis die Erzielung von Gewinn nicht vernachlässigt werden. Personalmanagement und IT-Einsatz spielen dabei zentrale Rollen.

Einnahmen und Ausgaben

In der folgenden Abb. 2.10 ist der durchschnittliche Umsatz der Arztpraxen dargestellt. Auch hier gibt es im Einzelfall erhebliche Abweichungen zu beobachten, die Präferenzen und Geschäftsmodell des Arztes widerspiegeln.

Arztpraxen in Deutschland erzielen rund 90 % ihres Umsatzes durch Leistungen der GKV und der PKV. Der PKV-Umsatz ist im längerfristigen Vergleich abgesunken und

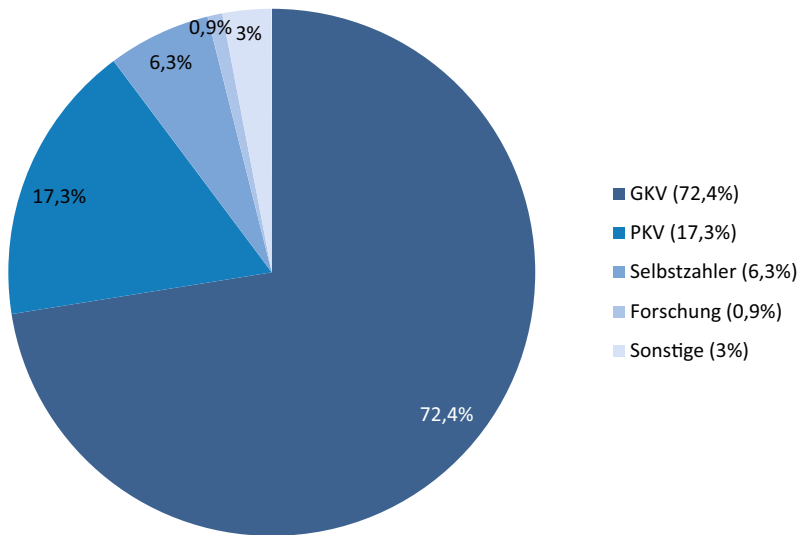


Abb. 2.10 Woraus ergibt sich der Umsatz Ihrer Praxis? (n=399; 2014). (Stiftung Gesundheit 2014)

liegt jetzt bei 17 %, ist aber weiterhin überproportional hoch, denn nur rund 11 % der Deutschen haben eine private Vollversicherung. Unter anderem verantwortlich für den überproportional hohen Umsatz in der PKV sind die privaten Zusatzversicherungen (rund 23 Mio. Versicherte) z. B. für den zahnärztlichen Bereich, die direkt über die PKV abgerechnet werden.

Die sonstigen Einnahmen (beispielsweise Gutachten und Stellungnahmen) finden sich recht konstant im niedrigen einstelligen Prozentbereich. Allerdings gibt es gerade hier in einzelnen Praxen erhebliche Abweichungen vom Durchschnitt.

Generell gilt folgende Struktur der Einnahmen:

- Vertragsärztliche Tätigkeit (Abrechnung nach EBM über GKV)
- Einnahmen aus Strukturverträgen: DMP-Programme, Hausarztverträge (Abrechnung teils über GKV, teils andere Stellen)
- Privatärztliche Tätigkeit (Abrechnung nach GOÄ)
- Sonstige Leistungen wie IGeL
- Atteste
- Gutachterliche Auskünfte (Abrechnung teils nach EBM, teils GOÄ, teils JVEG [Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz])

Bei den Ausgaben (vor Steuern) sind folgende Posten bedeutsam:

- Personal
- Sachkosten (Miete, Investitionen, Verbrauchsmaterialien)

- Versicherungen Personalinhaber
- Versicherungen Praxis

Personal und Mitarbeiterführung

Beim Thema „*Ressource Mitarbeiter*“ zeigt eine Studie der Stiftung Gesundheit aus dem Jahr 2010 eine zunehmende Wertschätzung der Ärzte für die Mitarbeiter in Praxis und vor allem auch Klinik. Im Krankenhaus ist Personalmanagement professionalisiert und eigene Abteilungen unterstützen die leitenden Ärzte. Im Bereich der Praxis gibt es Hinweise, dass die Inhaber Personalangelegenheiten nicht immer mit einem klaren Fokus betreiben – dies wird verstärkt dadurch, dass Personal insgesamt eher selten eingestellt wird (Frodl 2013).

Der Großteil der Ärzte weiß um die Bedeutung des Themas Personal. Jeder fünfte Praxisinhaber bearbeitet das Thema „Personal“ allerdings nicht in der Intensität, die er für wünschenswert hält. Für Kassenärztliche Vereinigungen beispielsweise wäre hier ein denkbare zusätzliches Betätigungsfeld: durch spezielle Hilfsangebote in diesem Bereich die einzelnen Praxen zu unterstützen. Auch innovative Modelle wie beispielsweise praxenübergreifendes Management von Personal (Aushilfsfunktion bei Krankheit, gemeinsame Fortbildung) werden bislang nur vereinzelt angeboten (Stiftung Gesundheit 2010).

Informationstechnologien in der Praxis

Trotz aller Kritik und Verzögerungen: Der elektronische Austausch von Wissen, Erfahrungen und Angeboten findet weltumspannend statt und wird in praktisch jeden Bereich menschlichen Lebens weit eindringen. Unabhängig davon, wie der Einzelne dazu steht, wird dieser Austausch tiefgreifend das menschliche Zusammenleben prägen und fundamentale Änderungen in sozialen und wirtschaftlichen Beziehungen und Strukturen herbeiführen. Medizin umfasst zu einem Großteil den Austausch von Informationen, Anwendung von Expertenwissen und auch Verknüpfungen zwischen Leistungserbringern, Krankenkassen und Institutionen.

Die grundlegenden Veränderungen im Informationsaustausch durch moderne Informationstechnologien sind in der Ärzteschaft erst partiell angekommen – verglichen mit dem europäischen Ausland und fortschrittlichen außereuropäischen Ländern kann eine Zeitverzögerung von etwa zehn Jahren konstatiert werden. Bedingt auch durch eine stellenweise unkundige wie auch instrumentalisierte Datenschutzdebatte sowie korporatistische Strukturen und nicht zuletzt eine bürgerliche Skepsis gegenüber Modernisierung etablieren sich in der ambulanten Medizin die in anderen Berufszweigen längst zum Standard gehörende IT-Prozesse nur zäh.

2.5 Sozialer Wandel

Neben einer sich sehr stark wandelnden Medizin selbst, die mit immer neuen Diagnose- und Therapiemöglichkeiten eine ungeheure Menge an Fakten angereichert hat und immer schwerer zu überschauen ist, entstehen neue Informationskanäle für den Patienten, die das

Patienten-Arzt-Verhältnis beeinflussen (Thielscher und Schulte-Sutrum 2015). Gleichzeitig existiert ein anhaltender Kostendruck, verbunden mit einer durch den Neoliberalismus geprägten Gesundheitsökonomie, die strukturellen Moral Hazard (d. h. Patienten und Ärzte nutzen bzw. bieten ein „Zuviel“ an Medizin) und prinzipiell (erhebliche) Effizienzpotenziale in der medizinischen Versorgung vermutet – beides überlagert eine humane Medizin (vgl. hierzu den Beitrag von Blessing in Bd. 1.). Der Gesundheitswirtschaft wird, nicht zuletzt durch privaten Konsum, ein langfristiges starkes Wachstum vorhergesagt (DB Research 2012). Diesem Wandel muss sich der einzelne Arzt stellen – idealiter mit einer zunächst vorurteilsfreien Betrachtung und einer sich daraus für ihn individuell abzuleitenden Handlungsmaxime.

2.5.1 Wettbewerb

Der Wettbewerb auf dem Gesundheitsmarkt muss sehr differenziert beurteilt werden, er kann zu besserer Versorgung und Patientenorientierung führen, aber auch zu einer Konzentration auf „profitable“ Bereiche der Medizin.

Das Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung aus dem Jahr 2010 reflektiert ein weit verbreitetes Verständnis von Gesundheitsversorgung und die entsprechende Bedeutung des Wettbewerbs:

Ergänzend ist es aber ebenso notwendig, die im Gesundheitssystem bestehenden Fehlanreize zu beseitigen und Maßnahmen zur Stärkung des Wettbewerbs unter den Leistungserbringern zu etablieren, um bestehende Effizienzreserven zu heben. Dazu sollte die Möglichkeit der Krankenkassen, selektiv mit einzelnen Leistungserbringern über Preise, Mengen und Qualität zu verhandeln, ausgeweitet werden. Dies gilt insbesondere für den Krankenhausbereich. Darüber hinaus sollen der Wettbewerb als Entdeckungsverfahren zur Verbesserung von Qualität und Kosteneffizienz begriffen und daher neue Wege beschritten werden. Diese Forderung betrifft beispielsweise die Auflösung der Grenzen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung, die Gestaltung neuer betrieblicher Organisationsformen bei den Leistungserbringern und die Stärkung der Transparenz (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2010, S. 18–9).

Leidner (2009) hat diesen politisch gewollten Wettbewerb in den ärztlich-kollegialen Entscheidungs- und Handlungsrahmen gestellt. Er betont die positiven Aspekte des Wettbewerbs; konstatiert jedoch:

Die Kehrseite des Wettbewerbs wird aber auch immer offensichtlicher: Alle Anbieter konzentrieren sich auf die einträglichen Felder, und diese ziehen weitere Investoren an, die Renditen erzielen wollen. Was sich nicht rechnet, findet nicht statt. Der Preiskampf führt zu ständigem Einsparungsdruck. Dadurch „verschlankt“ sich die Leistung und verschärft sich das Tempo bis an die Grenzen des Verantwortbaren. Daraus ergeben sich Risiken für die Patienten und die Ärzte. Wer das anmahnt, gilt als Jammerlappen. Man klagt nicht, man macht seine Arbeit – oder man geht, aber leise. 40 bis 50 % der approbierten Ärztinnen und Ärzte landen heutzutage nicht mehr in der Klinik oder Praxis.

Durch mehr Patientenorientierung haben die Ärzte zunehmend die Rolle eines Dienstleisters eingenommen und damit auch das Verhältnis der Patienten zum Therapeut geändert. Im Informationszeitalter mit geringerer Asymmetrie zwischen Therapeut und Patient wird der Wunsch nach personalisierter Betreuung größer, Zusatzleistungen und Patientenservice gewinnen an Bedeutung und können ein Grund für den Arztwechsel sein (Schüller 2013; Zok 2015).

Das bipolare System aus Krankenkassen und Leistungserbringern wird als *Erster Gesundheitsmarkt* definiert. Die Kassen vergüten Ärzten die im Leistungskatalog enthaltenen Gesundheitsleistungen, die Ärzte für die Krankenversicherten erbringen. In den 131 Jahren seiner Geschichte ist hieraus ein komplexes Interaktionsmodell geworden, das mit seinen korporatistischen Interessengruppen wesentlichen Einfluss auf Veränderungen im Gesundheitsmarkt nimmt.

Die Gesundheitsreform 2003 ermöglichte erstmals Medizinischen Versorgungszentren, an der kassenärztlichen Versorgung teilzunehmen. Die Grundidee war eine fachübergreifende Kooperation zwischen Ärzten, die in einer Steigerung der Effizienz und Ressourcennutzung münden sollte. Obwohl die Rolle von Krankenhäusern in der Konzeption dieses Modells kaum eine Rolle spielte, stehen heute 40 % aller MVZ in der Trägerschaft von Krankenhäusern. Mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz (2007) wurde der Wettbewerb der verschiedenen Versorgungsbereiche weiter intensiviert. Krankenhäusern ist es seither erlaubt, Spezialambulanzen zu führen, die zum Teil in direkte Konkurrenz mit niedergelassenen Ärzten stehen.

Es zeigt sich ein deutliches Aneinanderrücken der einzelnen Sektoren mit wachsender Schnittmenge ab. Gleichzeitig werden auch Synergien gefördert, um Ressourcen gemeinsam zu nutzen und flexibler zu arbeiten (siehe dazu den Abschn. 2.4.2 „innovative Versorgungsformen“).

Der *zweite Gesundheitsmarkt* besteht aus allen gesundheitsbezogenen Leistungen, die nicht von gesetzlichen Krankenversicherungen finanziert werden; dies sind Privatversicherungen und Selbstzahler-Leistungen, welche in Deutschland ein geschätztes Volumen von 60 Mrd. € jährlich umfassen. Bei einem jährlichen Wachstum dieses Marktes von etwa 6 % ist dies von hoher betriebswirtschaftlicher Bedeutung für Anbieter, somit potenziell eben auch für niedergelassene Ärzte (Riedel 2009; Kern 2012).

2.5.2 Komplexität im Informationszeitalter

Die Arbeit der Ärzte in der Praxis wird komplexer, dies kann nur durch zunächst nicht-wertende Reflektion und Bestimmung der eigenen Position und Perspektive angegangen werden.

Die Studie von Berg-Beckhof et al. 2010 beleuchtet eine zentrale Herausforderung: Die schiere Menge an komplexen Anforderungen, die an niedergelassene Ärzte herangetragen wird, erlaubt es oftmals nicht, sich mit einem Thema fundiert und evidenzbasiert auseinander zu setzen. Es bestehen somit zum Teil erhebliche technische und wissenschaftliche

Erkenntnislücken, die zu einer nicht sachgerechten Einschätzung führen könnten. Wie der Umgang mit Komplexität in einer hochtechnisierten und sozial disparaten Gesellschaft durch den niedergelassenen Arzt adäquat bewältigt und gemanagt werden kann, ist noch wenig erforscht.

Ein zentraler Aspekt ist sicherlich die Betreuung der Patienten durch mittlerweile eine Vielzahl zur Verfügung stehender Kanäle. Wurde früher neben dem persönlichen Kontakt in der Praxis bzw. zu Hause allenfalls das Telefon für kurze Nachfragen genutzt, stehen heute prinzipiell zusätzlich Mobiltelefon, E-Mail, Skype, Messenger und andere Kommunikationskanäle zur Verfügung. Beschränkt wird ihr Einsatz durch das ärztliche Berufsrecht („Fernbehandlungsverbot“), Limitierungen in der technischen Infrastruktur (fehlende homogene sichere Basis einer Telematik-Infrastruktur) und die sehr begrenzte Interoperabilität der IT-Systeme.

Telefonische und Video-Betreuung

Der Bedarf ist groß: Gerade auf dem Land und bei (mit-)pflegenden Angehörigen könnte prinzipiell bei vielen Indikationen und Anlässen statt eines Praxisbesuches eine deutlich weniger aufwändige Video-Konsultation durchgeführt werden. Der virtuelle Kontakt kann dabei den persönlichen nicht ersetzen, ihn aber gezielt ergänzen. Akzeptanz bei Ärzten ist dabei entscheidend und die hängt davon ab, ob ein Nutzen für die Praxis erkennbar ist, die Rechtslage klar ist und eine adäquate Vergütung erfolgt (Thranberend et al. 2015).

Telematik

Telematik: Zu Telematik (zusammengesetzt aus Telekommunikation und Informatik) zählen alle Verfahren, bei denen Telekommunikation und Informatik verknüpft sind. Telemedizin: Die Telemedizin ist ein Teilbereich der Telematik im Gesundheitswesen und bezeichnet Diagnostik und Therapie unter Überbrückung einer räumlichen oder auch zeitlichen Distanz zwischen Arzt, Therapeut, Apotheker und Patienten oder zwischen zwei sich konsultierenden Ärzten mittels Telekommunikation. Dies geht über telefonieren hinaus, da gleichzeitig Bilder/Daten übermittelt werden können.

In einer Studie der Stiftung Gesundheit vom Jahr 2014 war etwa die Hälfte der befragten Ärzte der Meinung, dass Telemedizin die medizinische Versorgung nicht bzw. eher nicht verbessern werde. Jeder achte Arzt verneint dabei die Verbesserungspotenziale durch Telemedizin kategorisch („auf keinen Fall“). 26,5 % der Responder sehen die Telemedizin als Möglichkeit, die medizinische Versorgung zu verbessern. Vor dem Hintergrund, dass Telemedizin nach aktuellen Aussagen vor allem in ländlichen Gebieten Verbesserungen ermöglichen würde, wurde die Einschätzung von Ärzten in städtischen und ländlichen Gebieten verglichen. Dabei zeigten sich die Ärzte auf dem Land in der Tat etwas aufgeschlossener, allerdings nicht in dem Ausmaß, wie es angesichts der teilweise überaus kritischen Versorgungsrealität zu erwarten gewesen wäre (Stiftung Gesundheit 2014).

Bei den Ärzten, die sich gegen einen Einsatz von Telematik bzw. Telemedizin aussprachen, wurde von mehr als der Hälfte als Argument genannt, dies entspreche nicht ihrer Vorstellung von einer Arzt-Patienten-Beziehung. Als zweithäufigster Grund wurden

Datenschutzbedenken genannt (44 %). Diesen hohen Stellenwert verdankt dieses Thema vermutlich der intensiven Berichterstattung in den Medien. Rational ist die Angst um die Sicherheit der Patientendaten nur in Teilen erklärbar, denn auch die analoge Kommunikation und Übermittlung von Patientendaten birgt Sicherheitslücken, die aber bei Weitem nicht so intensiv diskutiert werden.

Insgesamt zeichnet sich beim Themenkomplex von Telemedizin eine ähnliche Skepsis und Ablehnung ab wie bei vielen anderen Neuerungen, die die Arbeitsweise der Ärzte verändert haben. Als beispielsweise die Begriffe Wettbewerb und Praxis-Marketing in den deutschen Praxen Einzug hielten, lehnten viele Ärzte diese rigoros ab. Auch bei der Einführung von QM vor rund zehn Jahren gab es Proteste: Die ärztliche Tätigkeit sei in ihrem Kern bedroht, wenn sie sich mit Maßstäben aus der Industrie messen lassen müsse. Heute jedoch haben sich beide Konzepte etabliert, und die stellenweise befürchteten Katastrophen sind ausgeblieben. Allerdings ist eine nachhaltige Wirksamkeit sowohl bei QM wie auch beim Marketing in der Regel ebenfalls nicht nachweisbar.

Es ist unbestritten, dass Telematik bzw. Telemedizin nicht unreflektiert und ohne Vorkehrungen zum Schutz sensibler Patientendaten eingesetzt werden dürfen. Und ob alles, was die neuen Technologien ermöglichen, auch sinnvoll ist, muss sorgsam abgewogen werden. Dennoch werden sich Ärzte diesen Themen nicht auf Dauer verschließen können, denn die Welt befindet sich in einem steten Wandel und die Digitalisierung des Alltags schreitet immer weiter fort. Dies wird in den kommenden Jahren und Jahrzehnten auch die Ansprüche der Patienten sowie ihre Vorstellung von einer zeitgemäßen Arzt-Patienten-Beziehung verändern (Schramm 2012).

Trotz seit 2004 anhaltender Bestrebungen der Bundesregierung, eine flächendeckende interoperable Telematik-Infrastruktur zu etablierenden, konnten die Widerstände bislang nicht überwunden werden. Deutschland fällt damit weiter hinter die Standards seiner Nachbarstaaten und der OECD-Länder zurück.

Informationsbeschaffung, soziale Netzwerke und innovative Patientenbetreuung

Aufgrund des extrem schnellen Wissenszuwachses in der Medizin und der zunehmenden Spezialisierung ist es nicht überraschend, sondern erforderlich, dass auch Ärzte immer häufiger zur digitalen Recherche greifen. Die immense Datenmenge und Nachrichtendichte in den digitalen Medien führt jedoch gleichzeitig zu Reaktionsmustern wie der Rückkehr zu Altbewährtem, um den Überblick behalten zu können. So wenden sich trotz der Verfügbarkeit digitaler Quellen mehr als 85 % der Responder laut einer aktuellen Studie bei der Recherche zu medizinischen Fragestellungen an Kollegen oder ziehen gedruckte medizinische Fachliteratur zurate. Erstaunlicherweise wird dabei die allgemeine Recherche, etwa über Google oder Wikipedia (63 %), deutlich öfter genutzt als speziell auf Mediziner zugeschnittene Recherchemöglichkeiten (41 %). Spezielle Arzt-Apps kommen nur bei vier % der Responder zum Einsatz (Stiftung Gesundheit 2014). Technisch gesehen überrascht diese geringe Prozentzahl, denn speziell zugeschnittene Apps leisten schon in vielen Bereichen des Lebens wertvolle Dienste, weil sie sehr passgenau Hilfestellung zu leisten vermögen. Dies könnten sich auch Ärzte zunutze machen.

Ein halbes Dutzend Plattformen stehen im Internet bereit, deren Angebot einigermaßen ähnlich ist: Sie bieten Kontakt und Gedankenaustausch in geschlossenen Bereichen, die nur Ärzten zugänglich sind. Legt man als Schwelle für eine kontinuierliche Nutzung eine Frequenz von mehrmals pro Woche zugrunde, sind es immerhin knapp die Hälfte der Ärzte, die ein Arztportal konsequent im Arbeitsalltag nutzen. Das Interesse an den Inhalten jedoch ist anders gewichtet als bei der regulären Fortbildung. Gesundheitspolitik steht mit 68 % klar vorn im Interesse der Nutzer von Arztportalen. Kaum ein Antwortender erwartet negative Wirkungen durch solche Arztinformationsportale auf die Attraktivität oder Aktivität der herkömmlichen medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften (Stiftung Gesundheit 2013).

Die Entwicklung von Onlinediensten und Apps im Bereich Gesundheit ist immens: Es wird geschätzt, dass weltweit mehr als 100.000 mobile Health-Apps existieren. Mit diesen Apps und damit verbundenen Diensten werden bis 2017 geschätzte 23 Mrd. Dollar umgesetzt werden (Heuer 2015). Jeder vierte Arzt empfiehlt seinen Patienten Apps oder Gesundheits-Webseiten. Die überwiegende Mehrheit dieser Ärzte gibt diese Informationen jedoch nur an ausgewählte Patienten weiter. Das ist wenig verwunderlich, denn die meisten Ärzte betreuen nicht nur technik- und internetaffine Zielgruppen, sondern auch Patienten, die keine Erfahrung im Umgang mit diesen Medien haben. Etwa ein Fünftel der Ärzte lehnt es dagegen grundsätzlich ab, ihren Patienten Empfehlungen zu Onlineinformationen zu geben. Innerhalb dieser Gruppe liegt auch die Quote der überzeugten Telemedizin-Gegner fast dreimal so hoch wie im Durchschnitt. Man kann also von einer kleinen, aber nicht unerheblichen Gruppe von Ärzten sprechen, die offensichtlich nicht den Anforderungen des digitalen Zeitalters Rechnung tragen wollen (Stiftung Gesundheit 2013).

2.5.3 Medizinische Reputation und der „gute Arzt“

Bei der Wahl des „richtigen“ Arztes spielt die medizinische Reputation eine wichtige Rolle – diese ist jedoch stark von der Perspektive abhängig. Ein valides wissenschaftliches Reputationsmodell ist dabei weiterhin ein Desiderat.

Der fachliche Ruf eines Arztes wird abhängig vom Fachkenntnissen, zwischenmenschlichen Kompetenzen und dem Angebot an Patientenservice gebildet. Er unterliegt interindividuellen Präferenzen und wird besonders im Vergleich von ärztlichen Kollegen zu Patienten unterschiedlich bewertet.

Die fachliche Reputation ist die von Dritten subjektiv zugemessene Kompetenz und somit ein empirisch schwer fassbares Phänomen und in der Medizinbranche noch vergleichsweise wenig erforscht (Zimmer 2010). Unabhängig von einer wissenschaftlichen Definition kann Reputation in jedem Fall „als Wahrnehmung einer oder mehrerer relevanter Eigenschaften eines Beurteilungsobjektes oder -subjektes durch kollektive (z. B. Organisationen und Gruppen) oder individuelle (einzelne Personen) soziale Entitäten“ (Zimmer 2010, S. 2) verstanden werden, als ein Zusammenspiel kognitiver und affekti-

ver Prozesse, dass sowohl emotionale als auch rationale Gesichtspunkte mit aufnimmt. In der praktischen Diskussion fällt auf, dass auch Kollegen einen schwierigen Stand haben, wenn es um allgemeingültige Aussagen zu Arztpraxen oder deren Mitarbeitern gehen soll. Freundschaften, Allianzen, wirtschaftliche Interessen oder Rivalitäten können ebenso schnell zu einer Verzerrung ihrer Bewertung führen. Mögliche Instrumente der Messung müssen dies berücksichtigen und, so möglich, neutralisieren.

Reputation ist ein schwer zu fassendes Konzept. Neben der subjektiven und objektiven Bewertungsebene ist zwischen den verschiedenen Bewertungskategorien und der Differenzierung zwischen Gesamt- und Subreputationen zu unterscheiden. Die Frage nach einem guten Zahnarzt oder einem guten Implantologen wird beispielsweise sicherlich zu unterschiedlichen Ergebnissen führen.

Die Schwierigkeit der Operationalisierung und praktischen Anwendbarkeit der Reputation spiegelt sich in der wissenschaftlichen Definition von Zimmer wider:

Unter „Reputation“ soll im Folgenden daher das Wissen über die zentralen Eigenschaften und die Wahrnehmung charakterisierender Merkmale einer sozialen Entität verstanden werden, über das bzw. die ein Individuum einer spezifischen Bezugsgruppe des Reputationsträgers in Gestalt eines Globalurteils verfügt (Zimmer 2010, S. 69).

Wie lässt sich das Instrument der Reputation sinnvoll einsetzen und im Idealfall so steuern, dass es weitgehend frei von Verzerrung durch subjektive Einzelerfahrungen ist? Auf der einen Seite haben sich seit 2007 einige Internetportale etabliert, die mit unterschiedlichen Methoden Meinungsäußerungen von Usern, also Patienten aggregieren. Auf der anderen Seite werden – nur für den stationären Sektor – Informationen auf der Basis von Fallzahlen angeboten. Auch dieses auf den ersten Blick objektivem numerische Kriterium weicht bei näherem Blick auf: Denn auch wenn eine Klinikabteilung eine definierte Fallzahl pro Jahr bearbeitet, lässt sich damit noch keine Aussage darüber treffen, wie viele davon der eine individuelle Arzt im konkreten Fall erbracht hat. Zudem erscheint es nachvollziehbar, bei einer hohen Fallzahl mehr Erfahrung und somit prinzipiell bessere Ergebnisse zu vermuten, jedoch ist unklar, wie diese Erfahrungs-Qualitäts-Kurve konkret aussieht. Kann z. B. ein Sättigungsphänomen postuliert werden? Dies würde bedeuten, dass ab einer bestimmten Häufigkeit davon ausgegangen werden kann, dass darüberhinausgehende Fallzahlen zu keiner nennenswerten Steigerung der Qualität führen.

Wie entsteht Reputation?

Die generelle Reputation gab es schon immer. Zunächst durch die Weiterempfehlung von Patient zu Patient während oder nach einer als erfolgreichen oder komfortabel empfundenen Behandlung. Diese Reputation qua Mundpropaganda ist traditionell; Internet und Social Media haben diese Mechanismen lediglich katalytisch extrem beschleunigt. Besonders Bewertungsportale, in denen Erfahrungsberichte einzelner Patienten der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden, haben Relevanz für den einzelnen Arzt.

Ein Arzt, der online über seine Website, einen Blog oder andere Formate Wissen und Aufklärung anbietet, kann damit heute ein breiteres Publikum als früher erreichen und

so seine Reputation beim Laienpublikum steigern (Däumler und Hotze 2015; Schramm 2012).

Komplexe oder ungewöhnliche Krankheitsbilder erfordern spezialisierte Ärzte, sodass hier schnell auf die professionelle Empfehlung von ärztlichen Kollegen zurückgegriffen wird. Medizinische, also fachliche Kompetenz können letztlich allein die ärztlichen Kollegen untereinander einschätzen – so jedenfalls die mehrheitliche Überzeugung der Ärzte (Stiftung Gesundheit 2007).

Die optimale Verbindung von individuellen Patientenvorstellungen und individuellem Arztprofil ist eine große Herausforderung und führt bei einem „Mismatch“ zu erschwelter Kommunikation und schlechter Adhärenz. Im schlimmsten Fall bringt es die unzufriedenen Patienten zum „Doctor-Hopping“, das neben hohen Kosten für das Gesundheitssystem in der Regel auch zu einem suboptimalen Behandlungserfolg führt (Simons et al. 2007).

Bewertungsportale

Arzt-Bewertungsportale haben es sich zur Aufgabe gemacht, die Zufriedenheits-Statements von Patienten zu aggregieren. Im Jahre 2007, als in kurzer Zeit zahlreiche dieser Portale im Internet auftauchten, in denen Patienten nach Belieben Ärzte bewerten können, konstatierten rund 20 % der Ärzte, dass solcherlei Portale verboten gehörten. Dies hat sich in Rechtsprechung und Praxis jedoch nicht realisiert. Das erste rechtskräftige Urteil, dass Ärzte die öffentliche Darbietung von Bewertungen durch Patienten hinnehmen müssen, stammt in Deutschland aus dem Jahre 2001. Dies bezog sich auf Onlinebefragungen zur Patientenzufriedenheit mit konkretem Arztbezug, die noch in hohem Maße wissenschaftlich geprägt waren. Die Bestätigung des „Spickmich“-Portals zur Lehrerbewertung, obwohl explizit kein Grundsatzurteil, stabilisierte dann zentral auch Portale, die sehr populär sich dieser eigentlich vieldimensionalen Materie näherten.

Um eine Praxis adäquat in diesen Portalen zu steuern, bedarf es des Zusammenspiels verschiedener Faktoren:

- Die Wahrnehmung, dass ein „Matching“, also das optimale Zusammenfügen von Arztkompetenz und Patientenbedürfnissen wichtig ist.
- Der Erkenntnis, dass eine umfassende Regulation durch die Ärztekammern letztlich nur in Teilen umsetzbar ist.
- Die Entscheidung, die Steuerung des „guten Namens“ im Internet aktiv anzugehen und nicht primär von einem insgesamt „anständigen“ Verhalten und entsprechender Kodizes auszugehen.
- Eine konsequente aktive Steuerung der Internetangebote als wichtiges Element des Praxis-Marketing zu etablieren.

Jedoch äußert noch 2009 mehr als ein Drittel der Befragten, die ganze Thematik „interessiert mich nicht“ – eine Aussage, die der (zukünftigen) Bedeutung von Portalen und der generellen Bedeutung des Internets als Informationsquelle nicht gerecht war (Stiftung Gesundheit 2009).

2.6 Ein Ausblick

2.6.1 Zukunftserwartungen und Reflektion des Neuen

Zur Ermittlung des Medizinklimaindex werden seit 2006 halbjährlich die niedergelassenen Ärzte, Zahnärzte und Psychologischen Psychotherapeuten nach deren aktueller wirtschaftlicher Lage und den Erwartungen für die nächsten sechs Monate gefragt. Der Medizinklimaindex wird analog zum Geschäftsklima für die gewerbliche Wirtschaft des IFO Institutes (Institut für Wirtschaftsforschung e. V., München) festgestellt. Dieses vom IFO Institut regelmäßig erhobene Geschäftsklima dient als ein Indikator für die aktuelle wirtschaftliche Lage und die Erwartungen der Gewerblichen Wirtschaft für die kommenden sechs Monate. Das Geschäftsklima ist der transformierte Mittelwert aus den Salden der Geschäftslage und der Erwartungen (IFO 2015, www.cesifo-group.de). Der Saldowert der gegenwärtigen (Herbst 2015) wirtschaftlichen Lage ist die Differenz der Prozentanteile der Antworten „gut“ (28,8) und „schlecht“ (20,5). Der Saldowert der Erwartungen ist die Differenz zwischen den Antworten „günstiger“ (8,3) und „ungünstiger“ (26,7). Daraus errechnet sich der Medizinklimaindex von $-5,1$. Dieser liegt damit deutlich unter den Erwartungen anderer Branchen (Abb. 2.11).

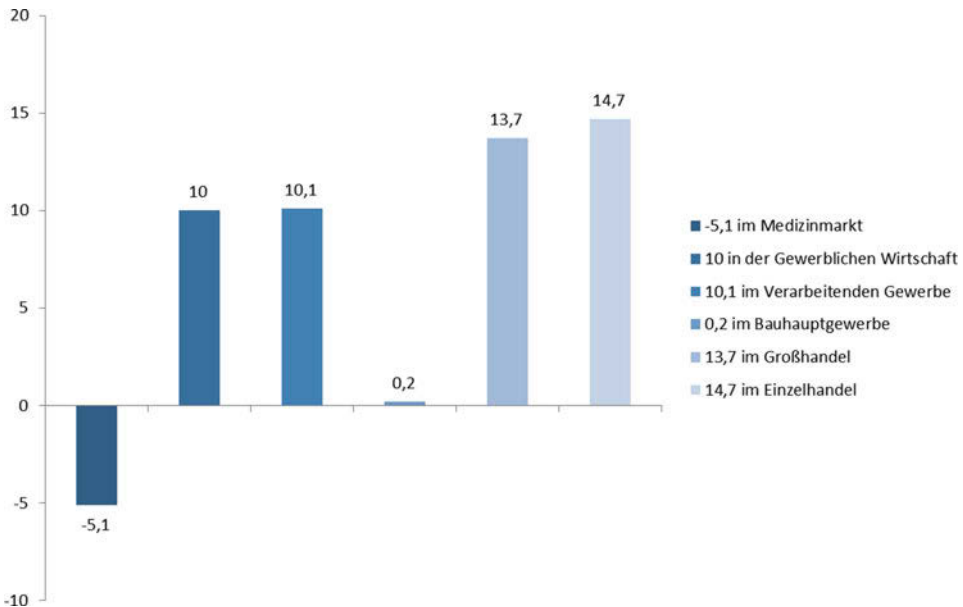


Abb. 2.11 Vergleich des Medizinklimaindex mit den IFO-Geschäftsklimata anderer Branchen. (IFO 2015); <https://www.stiftung-gesundheit.de/medizinklimaindex-herbst-2015>

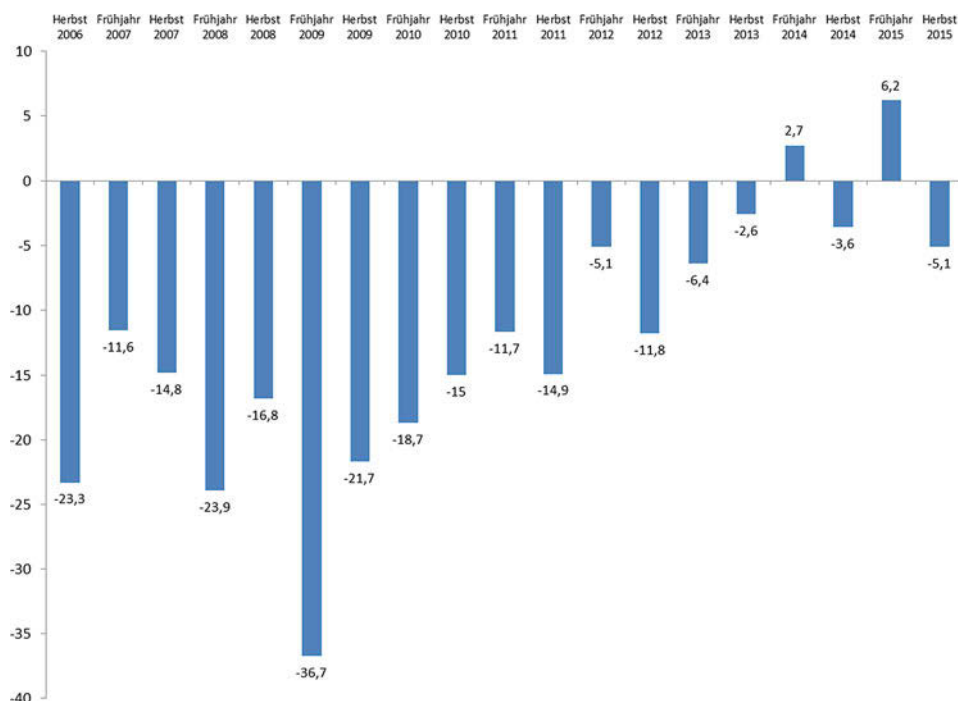


Abb. 2.12 Der MKI im Zeitverlauf Herbst 2006 bis Herbst 2015; <https://www.stiftung-gesundheit.de/medizinklimaindex-herbst-2015>

Der MKI ist im Zeitverlauf (Abb. 2.12) seit Herbst 2013 starken Schwankungen unterworfen, liegt aber tendenziell unter dem der gewerblichen Wirtschaft und war bislang nur zweimal positiv.

Hinsichtlich der Beurteilung von Änderungen in der ambulanten Versorgung zeigt Abb. 2.13, dass Ärzte die möglichen Veränderungen in den kommenden zehn Jahren insgesamt sehr differenziert betrachten. Neue Entwicklungen werden mithin nicht fundamentalistisch befürwortet oder abgelehnt, sondern Ärzte setzen sich realistisch mit den einzelnen Optionen auseinander und bewerten sie nach Nutzen und Risiken.

Knapp die Hälfte der Ärzte erwartet, dass das Fernbehandlungsverbot innerhalb der nächsten zehn Jahre deutlich gelockert wird und damit auch die Versorgung von Patienten in einem größeren räumlichen Radius möglich wird. Ebenso viele Ärzte gehen davon aus, dass Systeme eingeführt werden, die die Arzneimittelsicherheit erhöhen und dadurch die Patientensicherheit verbessern und dass therapieunterstützende Apps in den kommenden zehn Jahren Eingang in die Leitlinien finden werden. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Frage, ob das Self-Monitoring („Quantified Self“) durch den Patienten mit Hilfe von Smartphone und Apps künftig ein wichtiges Element in der medizinischen Betreuung darstellen könnte. Im Zeitverlauf zeigen diese Ergebnisse deutlich, dass die Einstellung

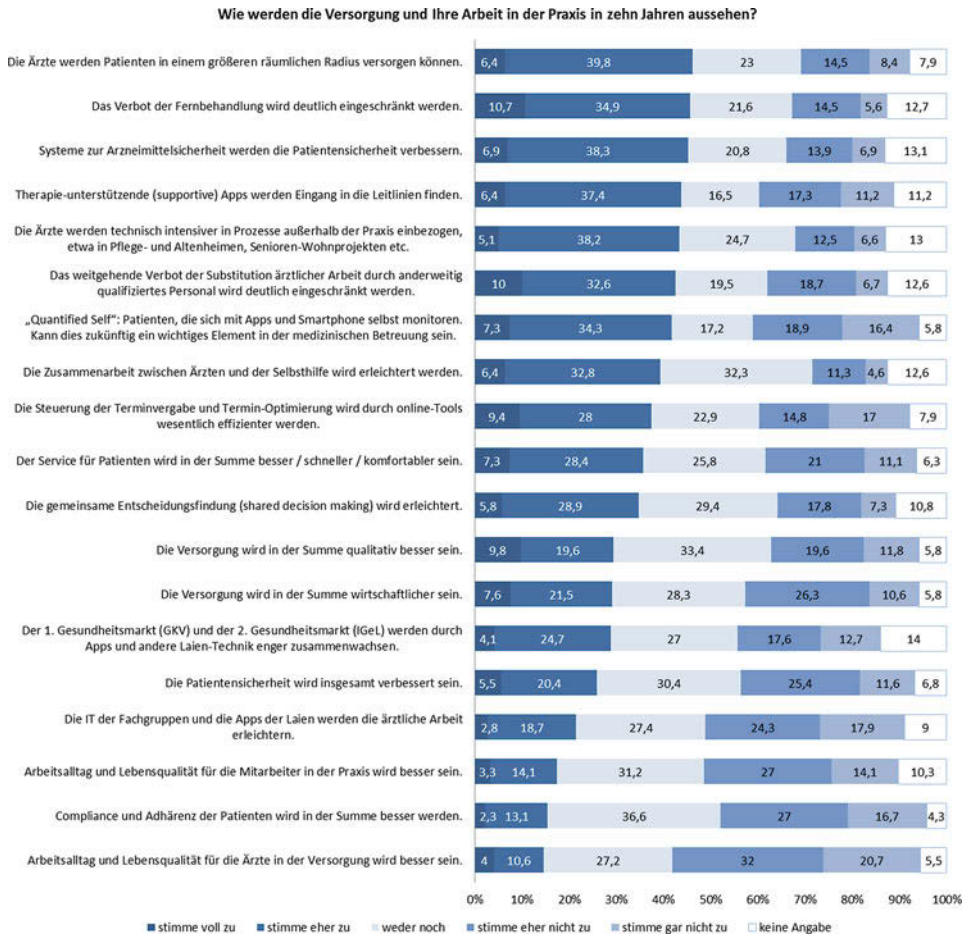


Abb. 2.13 Wie werden medizinische Versorgung und Ihre Arbeit in der Praxis in zehn Jahren aussehen? (Stiftung Gesundheit 2015)

gegenüber den jüngeren technischen Neuerungen derzeit stark im Wandel begriffen ist und einen klaren Trend hin zur innovativen Nutzung von neuen Medien (Stiftung Gesundheit 2015).

Betrachtet man die zunehmende Digitalisierung unseres Alltags und die Tendenz hin zu einer individuellen permanenten Verbindung zum Netz, so ist davon auszugehen, dass die *Bedeutung des Internets* in den kommenden Jahren noch weiter steigen wird. Vor nicht einmal zehn Jahren, im Jahr 2007, hatten längst nicht alle Praxen einen eigenen Internet-auftritt. Heute ist dies bis auf wenige Ausnahmen durchgehend der Fall – und sei es nur, um die Sprechzeiten und spezielle Angebote zu kommunizieren (Kern 2012; Schramm 2012). Auf ähnliche Weise etablieren sich derzeit internetgestützte Serviceleistungen wie etwa Online-Terminvereinbarungen und -Rezeptanforderungen.

Wichtig ist zudem, bei der Betrachtung der Einstellung der Ärzte zwischen Veränderungen durch die Digitalisierung und Globalisierung auf der einen Seite sowie andererseits technischen Änderungen in Diagnostik und Therapie zu unterscheiden. Um optimal im GKV-finanzierten Gesundheitsmarkt bestehen zu können, sollte sich jeder Arzt diesen Änderungen stellen und Konsequenzen für seine Praxis ziehen. Daneben ist es durchaus denkbar, dass einige Leistungserbringer künftig eine „Analog-Nische“ bilden könnten, bei der Ärzte und Patienten ganz bewusst weitestgehend auf Kommunikation und Datenaustausch in digitaler Form verzichten.

2.6.2 Fazit

In diesem Beitrag wurde das Spannungsfeld zwischen Hilfsanspruch, Marktmechanismen und sozialem Wandel aus der Sicht des selbstständigen Arztes beschrieben. Die ambulante medizinische Versorgung in Deutschland ist ein besonderer „Markt“, der nur in Teilen mit den Kriterien, Konzepten und Instrumenten konventioneller Märkte zu fassen ist. Die ökonomisch strukturierten Regelkreise anderer Wirtschaftsbereiche fehlen im Medizinbetrieb oder sind nur partiell ausgebildet. Doch Ärzte und Patienten handeln auch ökonomisch rational, sie versuchen, das Verhältnis von Einsatz und Ergebnis zu optimieren. Zugleich besteht ein dichtes Netz aus Regeln und Normen, die in Art und Intensität ungewöhnlich sind, veranlasst aus der Notwendigkeit, fehlende Regulationsmechanismen echter Märkte durch administrative Regelwerke zu substituieren – Normen, die den Akteuren weitgehend (unbewusst) vertraut sind, Interessenten und Markt-Neulingen aus anderen Räumen (Branchen, Ländern) aber regelmäßig hohe Eintrittsbarrieren setzen und damit auch Innovationen erschweren.

Für die niedergelassenen Ärzte ist eine klare Praxisausrichtung sowohl in medizinischer wie auch wirtschaftlicher Hinsicht von Bedeutung. Hierunter fällt die kritische Prüfung von Praxisstrategie, Arbeitsweisen und -prozessen. Die Optimierung einer Praxis erfordert eine Zieldefinition („was will ich“) und eine Reflektion sowohl zu gesellschaftlichem Wandel wie der Nutzung neuer Medien und Vernetzung. Die „Neigung zur Nische“ wird vermutlich zunehmen, wo der Einzelne dann eine für ihn adäquate und akzeptable Verbindung aus Berufsethos, Leistungsgedanken und privaten Interessen finden kann. Aus gesellschaftlicher Sicht stellt sich für Ärzte die Frage, ob und wie sie die zuvor beschriebenen Entwicklungen (z. B. die „Ökonomisierung“ der Medizin) beeinflussen wollen und können. Sieht man Marketing als ein zentrales Kommunikationsinstrument in der Interaktion mit den „stakeholdern“ des Unternehmens „Praxis“ und als einen wichtigen Teil der Außendarstellung, so lässt sich aus den zuvor zitierten Studienergebnissen ein tendenziell hoher Bedarf an fachlicher Unterstützung in diesem Bereich ableiten. Da man ja bekanntlich nicht nicht kommunizieren kann, ist jede Praxis gut beraten, sich grundlegend mit der Frage der Außendarstellung und -wahrnehmung auseinander zu setzen. Unabhängig von

der Entscheidung für oder gegen gezieltes Marketing kann ein strategisches Nachdenken unkoordinierte Reaktionen und ungezielte Investitionen verhindern.

Für Krankenversicherungen zeichnet es sich ab, dass es eine wachsende Spaltung zwischen erfolgreichen „high volume“ Ärzten/spezialisierten Nischenanbietern einerseits und andererseits denjenigen Ärzten geben wird, die möglichst herkömmlich weiterarbeiten möchten. Hier stellt sich die Frage nach Qualitäts-Messinstrumenten und differenzierten Kontrahierungs- und Vergütungsinstrumenten. Es wird deutlich, dass Ärztebewertungen im Internet überaus zwiespältig aufgenommen werden – eine weitere Entwicklung sollte gerade auch bei einer systematischen Nutzung sorgfältig und methodisch einwandfrei erfolgen.

Für die Selbstverwaltung/Standesorganisationen Wie schon erwähnt, nehmen die Differenzen zwischen dem wirtschaftlichen Erfolg unterschiedlicher „Typen“ von Ärzten zu: Wirtschaftlicher Erfolg ist aber nicht das zentrale Qualitätskriterium eines niedergelassenen Arztes. Selektivverträge bestehen im Kern darin, dass gerade nicht alle Vertragsärzte zwingend gleich arbeiten und honoriert werden. Die sogenannte Selbstverwaltung, insbesondere die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) tragen als ihr konstituierendes Wesenselement indes die einheitliche Honorierung der Vertragsärzteschaft in sich. Wesen und Funktion der KVen differieren damit gegenüber säkularen Entwicklungslinien im Gesundheitsmarkt, was sich schon heute teilweise in Konflikten innerhalb der KV-Ärzteschaft widerspiegelt.

Lernfragen

1. Wieviel Prozent aller berufstätigen Ärzte arbeiten im ambulanten Sektor; wie groß ist die absolute Zahl?
2. Wovon hängt die Arbeitszufriedenheit eines Arztes ab/skizzieren Sie ein Modell der Arbeitszufriedenheit.
3. Welche Aspekte umfasst das Feld des „Patientenservice“? Welche sind davon besonders wichtig?
4. Welche QM-Systeme kennen Sie?
5. Beschreiben Sie Elemente des Praxis-Marketings.
6. Nennen Sie neue Formen der Arztpraxis.
7. Was sind die Besonderheiten der „integrierten Versorgung“ und der „hausarztzentrierten Versorgung“?
8. Wie ist der Einfluss von „Wettbewerb“ auf die einzelne Praxis?
9. Definieren Sie „Telematik“.
10. Was beeinflusst die Reputation eines Arztes?

Literatur

- Äzq (2008):** Woran erkennt man eine gute Arztpraxis? Eine Checkliste für Patientinnen und Patienten des Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin im Auftrag von Patientenforum, Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung. äzq Schriftenreihe Band 34.
- Balint, M. (2010):** Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. 11.A. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Berg-Beckhof, G. et al. (2010):** Wie schätzen Allgemeinmediziner die Risiken durch elektromagnetische Felder ein? Deutsches Ärzteblatt 107(46): A817-23.
- Bergener, T. (2010):** Burnout bei Ärzten. Arztsein zwischen Lebensaufgabe und Lebens-Aufgabe 2.A. Stuttgart: Schattauer.
- Borgetto, B. (2006):** Zum Wandel der generellen gesellschaftlichen Erwartungen an Arzt und Patient. In: Rehberg, KS. und Deutsche Gesellschaft für Soziologie (Hrsg.): Soziale Ungleichheit, kulturelle Unterschiede: Verhandlungen des 32. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in München. Frankfurt am Main: Campus.
- BVR (2014):** Bundesverband der Deutschen Volksbanken und Raiffeisenbanken VR Branchen special: Ärzte, Bericht Nr. 76 (Februar 2014)
- Coulter A. und Magee M. (2003):** The European Patient of the Future. Buckingham: Open University Press.
- Däumler M. und Hotze M. (2015):** Social Media für die erfolgreiche Arztpraxis, Berlin: Springer.
- DB Research (2012):** Gesundheitswirtschaft: Weiteres Aufwärtspotenzial. Frankfurt: Deutsche Bank.
- Diel, F. (2010):** QEP Qualitätsziel-Katalog: für Praxen, für Kooperationen, für MVZ, Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Dierks, M.-L. et al. (2000):** Patientenbefragung in der Arztpraxis- Praktikabilität, Akzeptanz und Relevanz aus Sicht von niedergelassenen Ärzten. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualifikation 2000(94): 389–395, Urban und Fischer Verlag.
- Edwards, N. et al. (2002):** Unhappy doctors: what are the causes and what can be done? British Medical Journal 324(7341): 835–8.
- Ernest W. B. et al. (2011):** Medizinische Kommunikation. In: Gert Ueding (Hg.): Historisches Wörterbuch der Rhetorik. Darmstadt: Wissenschaftliche BuchGesellschaft, Bd. 10, Sp. 660–669.
- Frodl, A. (2013):** Betriebsführung im Gesundheitswesen: Führungskompendium für Gesundheitsberufe, Wiesbaden: Springer.
- fos/aerzteblatt (2014):** Studie: Niedergelassene Ärzte verdienen 25 % weniger als Krankenhausärzte, Ärzteblatt vom 13. November 2014. <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/60854/Studie-Niedergelassene-Aerzte-verdienen-25-Prozent-weniger-als-Krankenhausaeerzte>.
- Geisler, L. S. (2010):** Unhappy Doctors“ – Wandel im Verhältnis zwischen Beruf, Patienten, Gesellschaft. Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin 45(9): 124–7.
- Gerlach, F. und Szecsenyi, J. (2014):** Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach §73b SGB V in Baden-Württemberg (2013–2016). Ergebnisbericht (Stand 09.09.2014). Frankfurt und Heidelberg. Verfügbar unter www.aok-bw-presse.de/src/php/download.php?fileId=680&fileName=HzV_AOK-BW_Ergebnisbericht_2013-2014.pdf (Abgerufen am 2.11.2015)

- Gothe, H. et al. (2007):** Arbeits- und Berufszufriedenheit von Aerzten: Eine Übersicht der internationalen Literatur. Deutsches Ärzteblatt 104(20): A1394-8.
- Heuer, S. (2015):** Gesundheit 2.0 – Der vernetzte Patient. In: Change. Das Magazin der Bertelsmann Stiftung 3/2015, S. 36–41.
- Hoffmann, W. (1983):** Der Arzt bestimmt die Kosten. *Die Zeit* vom 4. März 1983, verfügbar unter: <http://www.zeit.de/1983/10/der-arzt-bestimmt-die-kosten/komplettansicht> (abgerufen am 2.11.2015)
- Infas (2014):** Tabellenband Ärztemonitor 2014. Ergebnisse für Haus- und Fachärzte. Bonn: infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH. Verfügbar unter: <http://www.kbv.de/html/aerztemonitor.php> (abgerufen am 20.11.2015)
- Iseringhausen O. (2007):** Die Qualität der Qualität: Anspruch und Wirklichkeit des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen. Gesundheitspolitik. Stuttgart: Ibidem-Verlag.
- Jonitz, G. (2014):** Ergebnisverbesserung durch Qualitätsmanagement: aktuelle Maßnahmen, Nachweise, Stand der Evaluierung. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Jordt, M. (2012):** Erfolgreich IGeLn : Analyse, Organisation, Vermarktung, 2. Auflage. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Kopetsch, T. (2014).** Wartezeiten in der ambulanten Versorgung. Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung. Verfügbar unter: <http://www.kbv.de/html/15254.php> (abgerufen am 20.11.2015)
- Kern, D. (2012):** Management Arztpraxis. Köln: Akademikerverlag.
- Kettner, M. (2010):** Arztpraxen im Wandel – Mediziner als Unternehmer. VDM Verlag Dr. Müller
- Klemperer, D. und Rosenwirth, M. (2005):** Shared Decision Making: Konzept, Voraussetzungen und politische Implikationen. Chartbook. Verfügbar unter: http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-FA72F1B9-FFA1E7D7/bst/SDM%20chartbook_final.pdf (abgerufen am 30.9.2015)
- Lecher, S. et al. (2002):** Patientenorientierung durch Patientenbefragungen als ein Qualitätsmerkmal der Krankenversorgung. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 45: 3.
- Leidner, O. (2009):** Wettbewerb im Gesundheitswesen: Was sich nicht rechnet, findet nicht statt. Deutsches Ärzteblatt 106(28–29): 1456–60.
- Riedel, R. (2009):** Wirtschaftlich erfolgreich in der Arztpraxis: Das Einmaleins der Betriebswirtschaft für Ärzte, 2. Aufl. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Rottenfuß, R. (1999):** Studie zur Arbeitszufriedenheit der Vertragsärzte. Viele Kassenärzte fühlen sich ausgebrannt. Deutsches Ärzteblatt 96(10): A610-3.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2010):** Chancen für einen stabilen Aufschwung. Jahresgutachten 2010/11. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Schäfers, R. und Kolip, P. (2015):** Zusatzangebote in der Schwangerschaft: Sichere Rundumversorgung oder Geschäft mit der Unsicherheit? Gesundheitsmonitor der Bertelsmann Stiftung 03/2015.
- Schmidt C.E. et al. (2013):** Vier Generationen unter einem Dach. Deutsches Ärzteblatt 19:928–33
- Schramm, A. (2010):** Marketing in der Praxis, 1. Aufl. Hamburg: Ratgeber-Verlag.
- Schramm, A. (2012):** Online-Marketing für die erfolgreiche Arztpraxis: Website, SEO, Social Media, Werberecht. Berlin: Springer.

- Schüller, A. M. (2013):** Die erfolgreiche Arztpraxis: Patientenorientierung – Mitarbeiterführung – Marketing, 3. A. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Simons, S. et al. (2007):** Non-Compliance. Therapietreue dauerhaft verbessern. Pharmazeutische Zeitschrift 47/2007. Verfügbar unter: <http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=4148> (abgerufen am 20.11.2015)
- Smith, R. (2001):** Why are doctors so unhappy? British Medical Journal 322(7294): 1073–4.
- Stiftung Gesundheit (2005–2014):** Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit. Studien 2005–2014. Verfügbar unter: <https://www.stiftung-gesundheit.de/stiftung/studien.htm>
- Stiftung Gesundheit QM (2007–2012):** Qualitätsmanagement in der ärztlichen Praxis. Studien 2007–2012. Verfügbar unter: <https://www.stiftung-gesundheit.de/stiftung/studien.htm>
- Stiller, T. C. (2013):** Übernahme und Gründung einer Arztpraxis: Entscheidungsfindung, Organisation, Kooperationen, EDV, Finanzen, Recht. Berlin: Springer.
- Thielscher, C. (2015):** Medizinökonomie 1. Das System der medizinischen Versorgung, 2. A. Wiesbaden: Springer-Verlag.
- Thielscher, C. und B. Schulte-Sutrum (2015):** Die Entwicklung der Arzt-Patienten-Beziehung in Deutschland in den letzten Jahren aus Sicht von Vertretern der Ärztekammern und der Kassenärztlichen Vereinigungen. Gesundheitswesen DOI: 10.1055/s-0034-1384567.
- Thranberend T. et al. (2015):** Video-Sprechstunden. Sinnvolles Instrument in der ambulanten Versorgung – Akzeptanz in der Ärzteschaft zentraler Hebel für die Etablierung. Sotlight Gesundheit 11/2015. Güterloh: Bertelsmann Stiftung.
- van den Bussche, H. (2010):** Arbeitsbelastung und Berufszufriedenheit bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten: Genug Zeit für die Patientenversorgung? In: Fuchs C, Kurth B.-M., Scriba, P.C.(Hrsg.): Report Versorgungsforschung (Bd 2, Hrsg: Schwartz F.W., Angerer P.). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, S. 235–42.
- Verres, R. et al. (1999):** (Hrsg.) Heidelberger Lesebuch Medizinische Psychologie. Göttingen: Vandenhoeck und Rupprecht.
- Zimmer, D. (2010):** Der Multilevel-Charakter der Reputation von Unternehmen. Eine empirische Analyse der Krankenhaus- und Fachabteilungsreputation bei niedergelassenen Ärzten. Wiesbaden: Gabler Research.
- Zok, K. (2015):** Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis. WiDO-monitor 2015; 12(1): 1–12.

Prof. Dr. med. Dr. rer. pol. Konrad Obermann, geboren 1965, Studium der Medizin und Ökonomie in Bonn, Göttingen und Farmington (USA). Klinische Praxis in der Psychiatrie (Bremen) und Transplantationschirurgie (Medizinische Hochschule Hannover). Post-Doc am Centre for Health Economics der University of York. Berater bei der Boston Consulting Group (BCG) 1997-9 und dem IGES-Institut (2000-1). Auslandsmitarbeiter der GTZ Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit, heute GIZ auf den Philippinen 2002-4. Ab 2004 Professor für Ökonomie und Ethik in der Medizin an der Fachhochschule im Deutschen Roten Kreuz in Göttingen. Seit 2008 am MIPH Mannheimer Institut für Public Health der Universität Heidelberg. Berater im Bereich Gesundheitsökonomie und Gesundheitsfinanzierung mit dem Schwerpunkt Entwicklungsländer.

Dr. phil. Peter Müller, geboren 1961, ist seit 2004 Vorsitzender des Vorstands der Stiftung Gesundheit. (www.stiftung-gesundheit.de), die für Forschungsvorhaben bzw. als Content Provider die Strukturdatenbank der ärztlichen Versorgung in Deutschland für Forschungseinrichtungen, öffentlich-rechtliche und privatrechtliche Institutionen bereitstellt. Am US-amerikanischen Touro-College lehrt er Management von Non-Government- und Non-Profit-Organisations. <http://touroberlin.com> Weitere Lehraufträge am CIEE Global Institute <https://www.ciee.org/> Müller hat Wirtschaft, Politik und Soziologie studiert. An der Uni Hamburg promovierte er in der Politikwissenschaft bei Prof. Dr. Winfried Steffani zur Korruptionsforschung. Als freier Journalist in den 1980er Jahren gründete er das Medienbüro Medizin (www.mbmed.de). In den 1990er Jahren war er Redakteur bei Hörfunk und Fernsehen Privater und Öffentlich-Rechtlicher Sender.

Medizinökonomie 2

Unternehmerische Praxis und Methodik

Thielscher, C. (Hrsg.)

2017, XII, 569 S. 74 Abb., Hardcover

ISBN: 978-3-658-08513-1