

Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit 2013

Eine deutschlandweite Befragung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte und leitender Klinikärzte

Eine Studie der Stiftung Gesundheit

durchgeführt von der GGMA Gesellschaft für Gesundheitsmarktanalyse





Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit 2013

Deutschlandweite Befragung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte sowie leitender Klinikärzte

Korrespondierender Autor:

Prof. Dr. med. Dr. rer. pol. Konrad Obermann

Mannheimer Institut für Public Health, Sozial- und Präventivmedizin MIPH

Universität Heidelberg

konrad.obermann@medma.uni-heidelberg.de

obermann@ggma.de

Weitere Autoren:

Dr. Peter Müller

mueller@stiftung-gesundheit.de

Stefanie Woerns

woerns@stiftung-gesundheit.de

Beiträge: Die Idee zu der Befragung entstammt der Stiftung Gesundheit. Seit 2005 wird diese Studie jährlich realisiert. Obermann, Müller und Woerns entwickelten den Fragebogen. Alle Autoren haben an dem Manuskript mitgewirkt.

Danksagung: Die Autoren möchten allen teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten für ihre Auskunftsbereitschaft und die zusätzlichen Anregungen und Kommentare danken.



Inhaltsverzeichnis

1 Einführung	4
2 Material und Methoden	6
2.1 Stichprobe, Datenerfassung und Aufbereitung	6
2.2 Beschreibung der Stichprobe und der Responder.....	8
3 Ergebnisse – Teil 1: Niedergelassene	9
3.1 Das Einkommen der niedergelassenen Ärzte.....	9
3.1.1 Ertragsquellen der Praxis	9
3.2 Praxis-Marketing.....	11
3.2.1 Wichtigkeit von Marketingmaßnahmen.....	11
3.2.2 Marketing-Budget	13
3.2.3 Veränderungen im Marketing-Budget 2014	15
3.2.4 Wichtigste Marketingmaßnahmen	17
3.2.5 Marketingziele.....	19
3.3 Soziale Problematiken bei jungen Patienten.....	21
3.4 Ressource Mitarbeiter	25
4 Ergebnisse – Teil 2: Leitende Klinikärzte	31
4.1 Position und Leitungs-Verantwortung	32
4.2 Soziale Problematiken bei jungen Patienten.....	34
4.3 Ressource Mitarbeiter	38
5 Zusammenfassung und Diskussion.....	45
6 Ausblick.....	48



1 Einführung

Die diesjährige Befragung befasst sich neben dem regelmäßigen Thema „Marketing in der Arztpraxis“ (Einschätzung der Bedeutung des Faktors Praxis-Marketing, der tatsächlichen Bereitstellung eines Budgets hierfür, der angestrebten Ziele und der wichtigsten Marketing-Instrumente) mit einer aktualisierten Erfassung der Einnahmequellen der niedergelassenen Ärzte.

Ein neues Thema der Erhebung ist die Frage, welche Rolle Ärzte bei der Erkennung von sozialen Problemen junger Patienten spielen und welche Hilfen möglich und sinnvoll sind. Durch eine Zusammenarbeit der GGMA mit dem „Nationalen Zentrum Frühe Hilfen“ (NZFH) bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Köln zeigte sich die gesundheitspolitische Bedeutung dieses Themas. Rudolf Virchows Diktum „Die Ärzte sind die natürlichen Anwälte der Armen, und die soziale Frage fällt zu einem erheblichen Teil in ihre Jurisdiktion“ (*Die medizinische Reform, Wochenschrift, 1848*) drückt eine zentrale sozialpolitische Haltung der Ärzteschaft aus, und wir waren interessiert zu sehen, inwieweit niedergelassene Kolleginnen und Kollegen in der Praxis diesem Anspruch gerecht werden wollen und können.

Schließlich befasst sich diese Studie auch mit der Sicht der Niedergelassenen auf ihre Mitarbeiter, im Management-Jargon als „Ressource Mensch“ bezeichnet, und beleuchtet die Situation der Personalrekrutierung und -bindung in der Praxis. Aufgrund demographischer Veränderungen und sich ändernder Berufsinteressen junger Menschen stand zu vermuten, dass auch der einzelne Praxisinhaber erhebliches Engagement und Aufwand zeigen muss, um gute Mitarbeiter zu finden.

Auch in diesem Jahr haben wir uns mit einer modifizierten Fassung des Fragebogens parallel an die leitenden Klinikärzte in Deutschland gewandt. Ähnlich wie bei den niedergelassenen Ärzten wurden die Komplexe „Soziale Problematiken bei jungen Patienten“ und „Ressource Mitarbeiter“ abgefragt. Das Thema „Marketing“ wurde bewusst weggelassen, da weitergehende Maßnahmen in diesem Bereich in der Regel nicht in der Verantwortung des einzelnen Chef- bzw. Oberarztes liegen, sondern zumeist als Stabsstelle des Vorstands bzw. als Abteilung im Konzern / Klinikverbund angesiedelt sind.



Vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen und Fragen untersuchte die Stiftung Gesundheit in einer Online-Befragung die aktuelle Situation der niedergelassenen Ärzte im Jahr 2013. Es wurden die folgenden Themenkomplexe untersucht:

- (I) Über die Praxis und die Inhaberin/den Inhaber
- (II) Die wirtschaftliche Lage
- (III) Soziale Problematiken bei jungen Patienten
- (IV) Praxis-Marketing
- (V) Ressource Mitarbeiter

Die leitenden Klinikärzte wurden mit einem gesonderten Fragebogen angeschrieben, der folgende Themenkomplexe enthielt:

- (I) Über den Arzt/die Ärztin, Funktion und besondere Leitungsverantwortung in der Klinik
- (II) Soziale Problematiken bei jungen Patienten
- (III) Ressource Mitarbeiter



2 Material und Methoden

2.1 Stichprobe, Datenerfassung und Aufbereitung

Die Stiftung Gesundheit ist eine gemeinnützige, rechtsfähige Stiftung bürgerlichen Rechts. Sie verfügt über die Strukturdatenbank aller in Deutschland niedergelassenen Ärzte einschließlich Praxistyp und -größe, Fachrichtung, Subspezialisierungen, Fortbildungen und Detailinformationen zu Ärzten und Praxen bis hin zu Informationen zum Qualitätsmanagement und den einzelnen Vorkehrungen der Barrierefreiheit. Gleichmaßen verfügt die Strukturdatenbank über die Angaben sämtlicher Kliniken und ihrer leitenden Ärzte (Chefärzte, Oberärzte, ärztliche Direktoren).

Um eine sehr hohe Repräsentativität und Validität der Befragung zu gewährleisten, wurde aus dem Ärzteverzeichnis der Stiftung Gesundheit eine geschichtete Zufallsstichprobe gezogen. 19.921 niedergelassene Ärzte, Zahnärzte und Psychologische Psychotherapeuten sowie 9.734 leitende Klinikärzte wurden erfolgreich online angeschrieben und um Beantwortung des Fragebogens gebeten. Es wurden dabei ausdrücklich keinerlei Anreize zur Beantwortung ausgeteilt und im Interesse des ungestörten Praxisbetriebs nicht telefonisch vor- oder nachgefasst. Unter der Annahme eines dreiprozentigen Rücklaufs wurden rund 598 bzw. bei den leitenden Klinikern 292 Antworten erwartet. Tatsächlich geantwortet haben 729 Ärzte, Zahnärzte und Psychologische Psychotherapeuten – eine Antwortquote von 3,7 Prozent – sowie 450 leitende Klinikärzte – eine Antwortquote von 4,6 Prozent.

Als Messinstrument wurden zwei parallele Online-Fragebögen für die Niedergelassenen und ein Fragebogen für die leitenden Kliniker konzipiert, die im Internet auszufüllen waren. Den ausgewählten Ärzten wurde eine Informations-E-Mail geschickt, die den Link direkt zu einem der drei Online-Fragebögen enthielt. Nach zehn Tagen wurde eine Erinnerungs-E-Mail versandt und dadurch die Möglichkeit zur Teilnahme um weitere zehn Tage verlängert. Nach Ablauf dieser zehn Tage wurde die Erhebung geschlossen. Befragungen per Paper/Pencil, die in den Vorjahren zur Messung des „Online-Bias“ parallel durchgeführt wurden, zeigten eine schwindende und nicht signifikante Differenz zur Online-Befragung. Da zudem der Geschäftsverkehr per E-Mail und Online-Formularen Standard geworden ist, wird in der Studie deshalb mittlerweile auf solch eine parallele Befragung verzichtet. Die Erhebung erfolgte im August und September 2013.



Die Antworten der Online-Fragebögen wurden einer Datenbereinigung unterzogen, in der die Daten von Schreib- und Lesefehlern befreit wurden. Zur Plausibilisierung wurde für jede Variable eine Häufigkeitsauszählung vorgenommen und auf offensichtliche Fehler geprüft. Fehlerhafte Datensets wurden nicht berücksichtigt.

Der **Fragebogen für niedergelassene Ärzte** umfasste insgesamt fünf thematische Bereiche. Drei der Bereiche wurden in *beiden* Online-Fragebögen abgefragt:

Der erste Bereich *(I) Über die Praxis und die Inhaberin/den Inhaber* enthielt Fragen zu persönlichen Angaben wie Geschlecht, Jahr der Niederlassung, Tätigkeit als Hausarzt oder Facharzt und Fachgruppe des Befragten.

Der zweite Bereich enthielt Fragen zur *(II) Wirtschaftlichen Lage*: Wie viele Ärzte sind in der Praxis tätig, wie viele Mitarbeiter, wie hoch ist der Umsatz der Praxis, wie hoch das Bruttoeinkommen?

Der dritte Bereich beschäftigte sich mit *(III) Sozialen Problematiken bei jungen Patienten*. Wie häufig sehen die befragten Ärzte Kinder und Jugendliche, wie viele dieser jungen Patienten haben erhebliche soziale Probleme, und in welchen Bereichen sehen die Ärzte Handlungsbedarf, um die Probleme anzugehen?

Aufgrund des Befragungsumfangs wurden die übrigen zwei Bereiche auf zwei parallel gestellte Fragebögen verteilt:

Fragebogen A: (IV) Praxis-Marketing

Fragebogen B: (V) Ressource Mitarbeiter

Jeder angeschriebene Arzt erhielt jeweils die Aufforderung für *nur einen* der beiden Fragebögen.



Der **Fragebogen für leitende Klinikärzte** enthielt stets dieselben drei thematischen Bereiche:

- (I) Über den Arzt / die Ärztin und besondere Leitungs-Verantwortung
- (II) Soziale Problematiken bei jungen Patienten
- (III) Ressource Mitarbeiter

2.2 Beschreibung der Stichprobe und der Responder

Anhand der Strukturdatenbank der Stiftung Gesundheit ist es möglich, die Grundgesamtheit und die Stichprobe hinsichtlich bestimmter soziodemografischer Merkmale zu vergleichen und nach diesen auszuwählen, um mögliche systematische Verzerrungen (Bias) im Rücklauf aufzudecken. In der vorliegenden Arbeit wurden die Probanden nach Geschlecht, Jahren der selbstständigen ärztlichen Tätigkeit, Fachrichtung, Stadt-Land- und Ost-West-Verteilung ausgewählt.

Die Angaben bezüglich des Bundeslandes, der Ost-West-Verteilung und der Groß-Kleinstadt-Verteilung waren nicht Bestandteil des Fragebogens, sondern wurden aus der Strukturdatenbank der Stiftung Gesundheit mitgeführt. Diese Daten sind auch zur Auswertung unterschiedlicher Variablen der Stichprobe herangezogen worden.

In der unten folgenden **Auswertung** werden im **ersten Teil** die Ergebnisse aus der Befragung der niedergelassenen Ärzte, Zahnärzte und Psychologischen Psychotherapeuten gezeigt. Der **zweite Teil** der Auswertung befasst sich mit den Ergebnissen aus der Befragung der leitenden Klinikärzte.



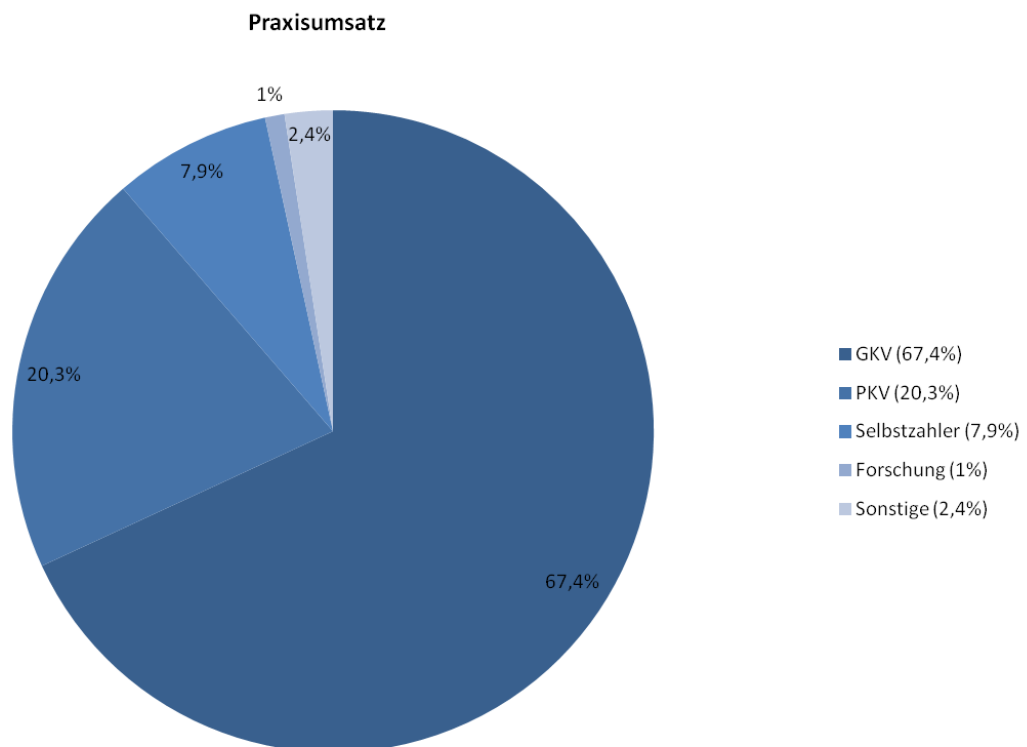
3 Ergebnisse – Teil 1: Niedergelassene

3.1 Das Einkommen der niedergelassenen Ärzte

3.1.1 Ertragsquellen der Praxis

Nach wie vor erzielen die Arztpraxen in Deutschland rund 90 Prozent ihres Umsatzes durch Leistungen der GKV und der PKV. Im Vergleich zum Vorjahr hat sich das Verhältnis zwischen diesen beiden Segmenten leicht zu Gunsten der PKV verschoben: Der PKV-Umsatz liegt bei 20,3 Prozent (2012 20,2 Prozent) und ist damit weiterhin überproportional hoch – gemessen daran, dass nur 11,3 Prozent (Stand 2012, rund 9 Mio. Krankenvollversicherte) der Deutschen vollständig privat versichert sind. Allerdings sind hier auch die privaten Zusatzversicherungen (rund 22,5 Mio. Versicherte), insbesondere im zahnärztlichen Bereich, zu berücksichtigen, die direkt über die PKV abgerechnet werden. Der Anteil des GKV-Umsatzes liegt leicht unter dem Wert des Vorjahres bei 67,4 Prozent (2012: 68 Prozent).

Abbildung 1: Woraus ergibt sich der Umsatz Ihrer Praxis? (n=660)





Über einen längeren Zeitraum gesehen ist jedoch eine leichte Steigerung bzw. Stabilisierung der GKV-Umsätze zu beobachten: Vor sieben Jahren lag der Anteil bei lediglich 65 Prozent. Demgegenüber hat sich der PKV-Anteil in diesem Zeitraum kaum verändert.

Noch einmal deutlich zurückgegangen ist die Position „Forschung“ mit 1,0 Prozent (2012: 1,3 Prozent, 2011: 1,6 Prozent). Sie erreicht damit erneut den bislang tiefsten gemessenen Stand von 2010.

Der Anteil der Selbstzahlerleistungen ist erneut angestiegen und macht inzwischen 7,9 Prozent des Praxisumsatzes aus. Damit setzt sich der leichte Trend hin zu Selbstzahlerleistungen fort (2011: 6,0 Prozent, 2012: 7,2 Prozent).

Hinweis: Diese Zahlen bilden den Durchschnitt ab. Im Einzelfall können sich erhebliche Abweichungen ergeben, von der sehr stark GKV-orientierten internistischen Praxis über den Orthopäden, der einen Großteil seines Einkommens aus Gutachten bestreitet, bis hin zum rein privatärztlich tätigen Augenarzt.

Wie in den letzten Jahren bereits konstatiert, ist das System insgesamt weitgehend stabil. Dies zeigt das Beharrungsvermögen eines gewachsenen Sozialsystems mit ausgeprägten subsidiären Strukturen, die eine zumindest in der politischen Rhetorik oft geforderte „grundlegende Reform aus einem Guss“ als illusionär erscheinen lässt. Trotz intensiver Diskussion um Wettbewerb, mehr private Verantwortung, Versorgungsinnovation und individualisierte Medizin zeigen sich auf der Ebene der einzelnen Praxis nur marginale Änderungen. Ein Rückgang der finanziellen Bedeutung der GKV ist nicht konstatierbar.



3.2 Praxis-Marketing

Auch beim Praxis-Marketing ist grundsätzlich zu berücksichtigen, dass die Ergebnisse einen Durchschnitt abbilden, der viele Detaillösungen und individuelle Interessenlagen, innovative Konzepte und abgrenzbare Gruppierungen nicht darstellen kann.

3.2.1 Wichtigkeit von Marketingmaßnahmen

Abbildung 2: Für wie wichtig halten Sie Marketingmaßnahmen für Ihre Praxis? (n=358)



Im Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil der Ärzte, die Praxis-Marketing grundsätzlich befürworten („sehr wichtig“ / „eher wichtig“), nahezu konstant geblieben (2012: 52 Prozent, 2013: 52,5 Prozent). Während die Anzahl der Unentschlossenen („weder noch“) deutlich niedriger liegt als im Vorjahr, gibt es in diesem Jahr, ähnlich wie in 2011, wieder mehr Gegner („eher unwichtig“ / „völlig unwichtig“). Auffällig ist die Tatsache, dass die überzeugten Gegner („völlig unwichtig“) mit 7,8 Prozent wieder deutlich mehr vertreten sind als noch im vergangenen Jahr (4,9 Prozent).

Der Anteil der Ärzte, die Marketing für „sehr wichtig“ halten, liegt auch in der diesjährigen Studie wieder über dem Anteil der Ärzte, die ein Marketing-Budget für ihre Praxis festgelegt haben. Jedoch ist diese Lücke nicht mehr ganz so groß wie in 2012 (3,6 Prozent, Unterschied



in 2012: 4,8 Prozent). Bis zum Jahr 2011, mit Ausnahme von 2010, korrespondierte der Anteil der Ärzte, der Marketing für „sehr wichtig“ hält, in etwa mit dem Prozentsatz derer, die bezüglich Praxismarketing konkret tätig werden – ermittelt durch die Frage, ob ein Budget für Marketing definiert wurde (siehe Kapitel 3.2.2).

Tabelle 1: Vergleich der Marketing-Durchdringung zwischen 2006 und 2013

	(a) sehr wichtig	(b) eher wichtig	(c) weder noch	(d) eher unwichtig	(e) völlig unwichtig	Marketing-Durchdringung (a+b)-(d+e)
2006	14,5 %	38,5 %	19,2 %	23,4 %	4,4 %	25,2%
2007	13,4 %	34,3 %	22,6 %	24,1 %	5,7 %	17,9%
2008	23,2 %	36,8 %	18,2 %	17,2 %	4,7 %	38,1%
2009	15,9 %	30,9 %	21,7 %	23,1 %	8,4 %	15,3%
2010	16,9 %	33,1 %	23,9 %	20,8 %	5,3 %	23,9%
2011	15,7 %	33,3 %	21,4 %	21,1 %	8,5 %	19,4%
2012	18,5 %	33,5 %	21,5 %	21,5 %	4,9 %	25,6 %
2013	20,4 %	32,1 %	18,4 %	21,2 %	7,8 %	23,5 %

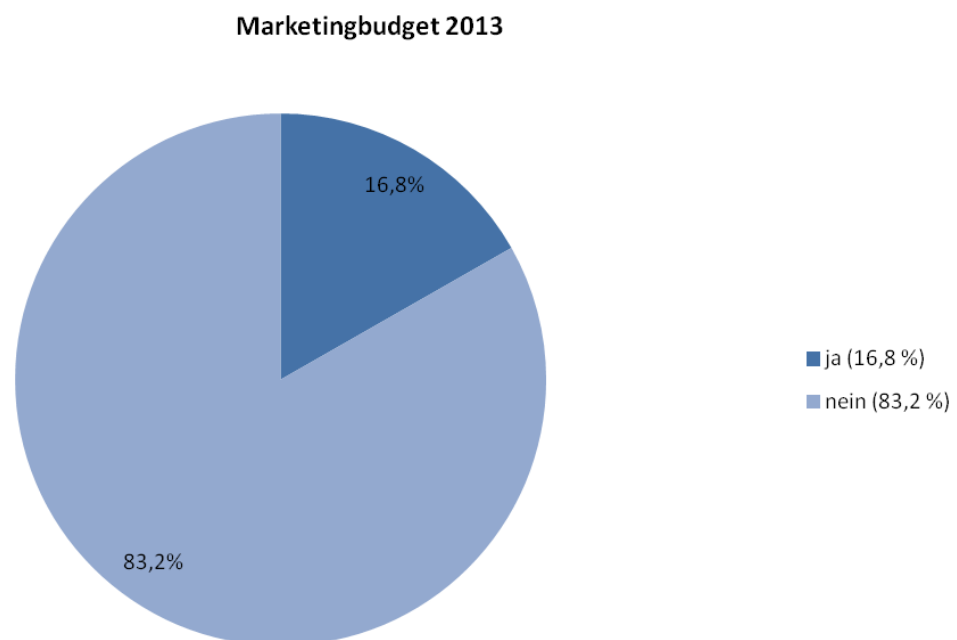
Über die Jahre gesehen schwankt die Beurteilung der Wichtigkeit von Marketingmaßnahmen, was sicherlich sowohl von makropolitischen Rahmenbedingungen, Standespolitik, Finanzlage im Gesundheitssektor als auch der individuellen Wahrnehmung abhängt. Bildet man zur Erfassung einer „Marketing-Durchdringung“ die Differenz der Summe „sehr wichtig“ / „eher wichtig“ und der Summe „eher unwichtig“ / „völlig unwichtig“, so ergibt sich jeweils der Überschuss derjenigen, die Marketing für wichtig erachten – wie aus Tabelle 1 ersichtlich mit stark schwankenden Werten im Zeitverlauf. Hier lässt sich kein Trend identifizieren, eher ist die starke Schwankung auch ein Hinweis auf vielfache Unsicherheit und die „klassische“ Reaktion von Betrieben, als erstes beim Marketing zu sparen oder kurzfristig auch das Budget dort zu erhöhen – was aber, wie bekannt, eben nicht im Sinne eines nachhaltigen und strategisch geplanten Marketings ist. Die weiterhin engen Rahmenvorgaben und der geringe Anteil an Selbstzahler-Leistungen lassen allerdings auch konsequentes und strategisch ausgerichtetes Marketing nur für einzelne Praxen sinnvoll erscheinen.



3.2.2 Marketing-Budget

2005 lag der Anteil der niedergelassenen Ärzte, die ein definiertes Marketing-Budget festgelegt haben, noch bei 8 Prozent. Dieser Anteil schnellte in 2006 auf 15,7 Prozent hoch und stieg 2007 auf 16,1 Prozent. Im Krisenjahr 2008 fiel dieser Indikator auf 13 Prozent zurück, um in 2010 auf ein Rekordhoch von 22,4 Prozent anzuziehen. In den vergangenen zwei Jahren schien sich die Anzahl der Ärzte, die ein Marketing-Budget festgelegt hat, mit 13,7 Prozent (2012) respektive 14 Prozent (2011) wieder auf einen durchschnittlichen Wert eingependelt zu haben. In 2013 hat sich der Anteil der Ärzte mit ausgewiesenem Marketingbudget nun wieder deutlich erhöht.

Abbildung 3: Haben Sie ein Marketing-Budget für Ihre Praxis für 2013 festgelegt? (n=358)



Die Schwankungen der Werte über die Jahre sind ein weiterer Indikator dafür, dass Marketing in Arztpraxen oftmals nicht langfristig und strategisch geplant wird, oder bestehende Planungen aufgrund kurzfristiger finanzieller Erwägungen geändert werden.



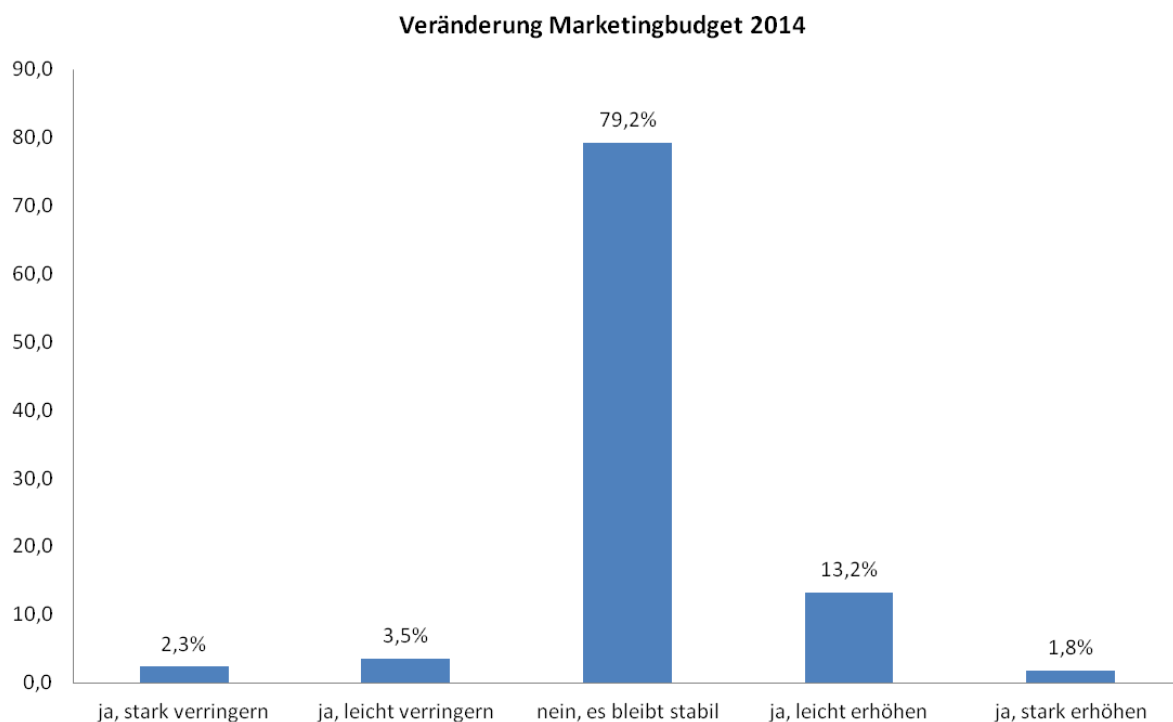
Sieht man Marketing als zentrales Kommunikationsinstrument und als wichtigen Teil der Außendarstellung, so lässt sich aus den ausgeprägten Schwankungen ein tendenziell hoher Bedarf an fachlicher Unterstützung in diesem Bereich ableiten. Da man ja bekanntlich nicht nicht kommunizieren kann, sind Praxen gut beraten, sich grundlegend mit der Frage der Außendarstellung und -wahrnehmung auseinanderzusetzen. Unabhängig von der Entscheidung für oder gegen gezieltes Marketing kann ein strategisches Nachdenken unkoordinierte Reaktionen und nicht zielführende Investitionen verhindern.



3.2.3 Veränderungen im Marketing-Budget 2014

Im Vergleich zum Vorjahr hat sich der Anteil der niedergelassenen Ärzte, die im kommenden Jahr mehr Geld für Marketing ausgeben wollen, deutlich erhöht: Statt 11,4 Prozent planen nun 15 Prozent der Ärzte, mehr Geld in dieses Segment zu investieren. Im Gegensatz dazu kündigen nur noch 5,8 Prozent (2012: 8,7 Prozent) der Responder an, im kommenden Jahr weniger Geld für Marketing auszugeben. Insgesamt zeichnet sich also wieder ein leicht positiver Trend beim Praxis-Marketing ab.

Abbildung 4: Werden Sie Ihr Marketing-Budget 2014 voraussichtlich verändern? (n=341)



Insgesamt aber ist der Bereich von Konservatismus gezeichnet: Weniger als 5 Prozent der Praxen haben substantielle Änderungen des Marketing-Budgets geplant (stark verringern oder stark erhöhen).

Betrachtet man nur die kleine Gruppe derjenigen Ärzte, die bereits ein festes Marketing-Budget definiert haben, zeigt sich auch hier ein sehr stabiles Bild. Der Anteil der extremen Veränderungen hält sich exakt die Waage: Nur jeweils 3,4 Prozent wollen das Budget stark erhöhen oder stark verringern. 64,4 Prozent planen keine Veränderungen, 17 Prozent wollen



das Budget leicht verringern, 11,9 Prozent leicht erhöhen. Diese Zahlen legen nahe, dass speziell bei diesen Ärzten die Investitionen ins Marketing mehrheitlich wohlüberlegt sind und nicht nur auf kurzfristigen Stimmungsschwankungen basieren.

In der weitaus größeren Gruppe der Ärzte, die noch kein Budget definiert haben, planen insgesamt 14,6 Prozent der Responder, ein solches einzurichten („erhöhen“/„stark erhöhen“). Im kommenden Jahr ist also erneut eine Erhöhung des Anteils der Ärzte mit Marketing-Budget wahrscheinlich. Ob die Ärzte ihre Pläne allerdings wirklich in die Tat umsetzen oder sich gar eine dauerhafte Investition in diesen Bereich entwickelt, werden erst die Zahlen der kommenden Jahre zeigen.



3.2.4 Wichtigste Marketingmaßnahmen

In welche Marketing-Maßnahmen wird nun investiert? An erster Stelle liegt nach wie vor, und deutlicher als je zuvor, die Präsenz im Internet (Homepage / Teilnahme an Internet-Verzeichnissen) mit zusammen 83,6 Prozent (siehe Abb. 5). Erstmals liegt die Homepage sogar alleine auf Rang eins mit 54,5 Prozent. 53,7 Prozent der Ärzte (und damit 5,6 Prozentpunkte weniger als in 2012) zählen die eigenen Mitarbeiter zu den drei wichtigsten Marketingmaßnahmen der Praxis. Platz drei belegt, wie bereits im Vorjahr, die klassische Visitenkarte mit 39 Prozentpunkten.

Es ist deutlich erkennbar, dass die Präsenz im Internet immer wichtiger wird, und klassische Maßnahmen, wie z.B. die Zeitungsanzeige (6,5 Prozent) immer weiter in den Hintergrund drängt. Selbst die hier genannten Plätze zwei und drei verlieren im Vergleich zum Internet.

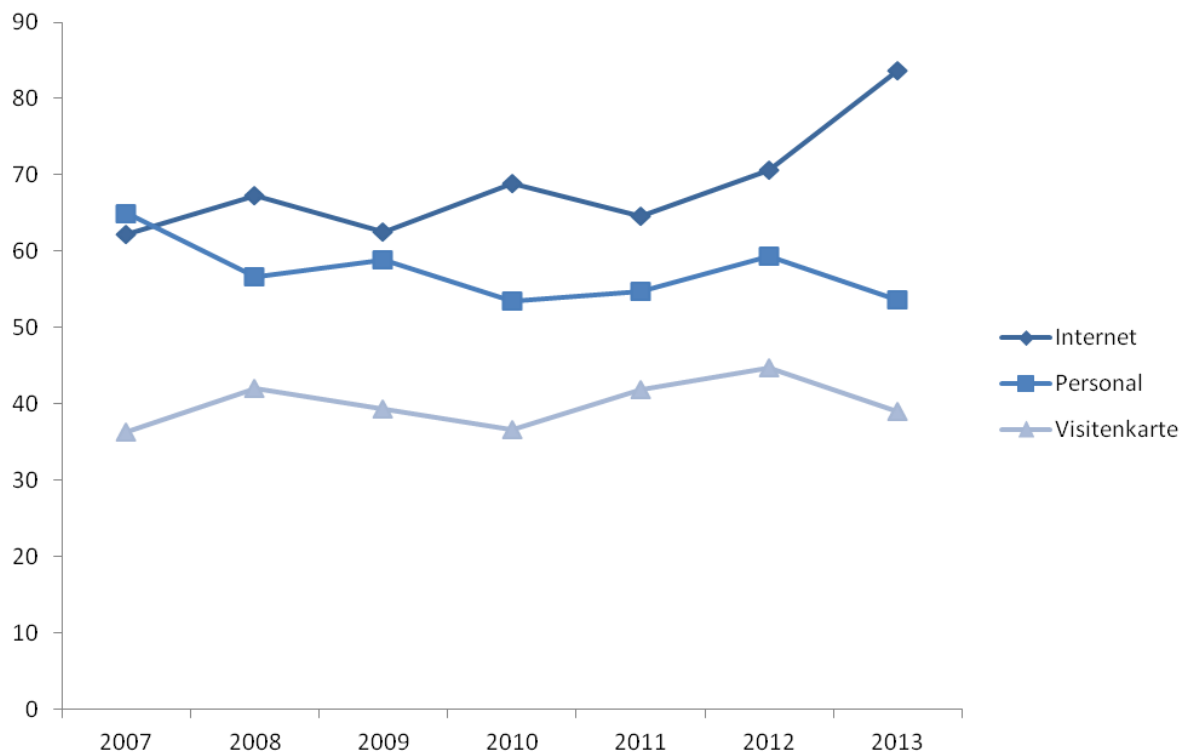
Abbildung 5: Welches sind für Sie die drei wichtigsten Marketingmaßnahmen für Ihre Praxis? (n=354, Mehrfachnennungen möglich)





Auch die Darstellung der Wichtigkeit dieser drei Kernmaßnahmen im Zeitverlauf (siehe Abb. 6) zeigt die klare Dominanz des Internets. Der klassischen Visitenkarte wurde in den vergangenen sieben Jahren grundsätzlich immer eine Bedeutung zugemessen, dennoch ist die Tendenz dafür in 2013 wieder eher fallend (2012: 43,5 Prozent). Auch die zugemessene Relevanz des Praxis-Personals als Marketing-Faktor ist deutlich gesunken (2012: 59,3 Prozent). Noch einmal deutlich gestiegen ist dagegen die Einschätzung der Bedeutung des Internets, das trotz des schwankenden Kurses seit 2008 durchgehend als wichtigster Faktor für das Marketing gewertet wird: Nach einer Steigerung um rund sechs Prozent im Vorjahr konnte der Wert nun erneut rund 13 Prozent zulegen.

Abbildung 6: Bedeutung der wichtigsten Marketingmaßnahmen im Zeitverlauf





3.2.5 Marketingziele

Im Vergleich mit den Ergebnissen aus 2012 ist weiterhin festzustellen, dass die in 2012 am häufigsten genannten Ziele auch in 2013 die Favoriten der Ärzte sind: Ärzte möchten mit ihren Marketing-Maßnahmen ihre Patienten konkret über das eigene Leistungsspektrum informieren (51,3 Prozent der Responder / 2012: 56,2 Prozent), neue Patienten gewinnen (45,3 Prozent / 2012: 41,5 Prozent) sowie Patienten allgemein informieren (36,8 Prozent / 2012: 38,1 Prozent).

Das Motiv „Geld verdienen“ ist prominent mit einem Drittel der Antwortenden vertreten, und auch der Wunsch, sich von anderen Leistungserbringern abzugrenzen, ist mit beachtlichen 30 Prozent vertreten.

Abbildung 7: Welche Ziele verfolgen Sie mit den Marketingmaßnahmen in Ihrer Praxis? (n=351, Mehrfachnennungen möglich)

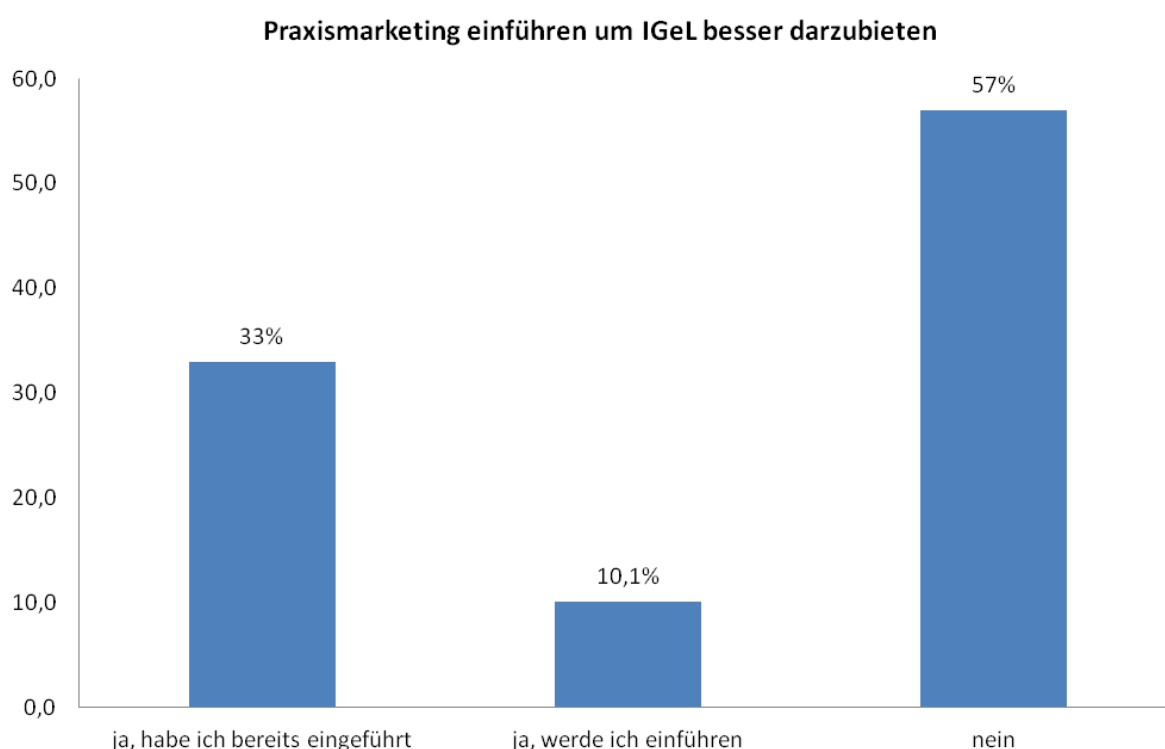


Am stärksten zugenommen hat die Aussage „ich möchte neue Patienten hinzugewinnen“ mit einem Zuwachs von 3,8 Prozent im Vergleich zu 2012. Eine Interpretation ist schwierig. Vermutlich spielt der Wunsch nach einer Verbesserung der Einkommenssituation eine wichtige Rolle, allerdings wäre dann die Frage nach den relevanten Hebeln für eine substantielle



Einkommensverbesserung zu stellen. Einfach „mehr Patienten“ – und dies wird auch den meisten Praxisinhabern klar sein – ist hierfür in der Regel nicht die sinnvollste Option. Hier wäre eher an Abrechnungsoptimierung und einen stärkeren Fokus auf Selbstzahlerleistungen zu denken. Möglicherweise resultiert die Zielsetzung auch aus dem Bestreben, die Planungssicherheit zu erhöhen und Schwankungen im Patientenaufkommen besser ausgleichen zu können. So wird eine Praxis bei mehr „Scheinen“ Schwankungen im Patientenverhalten oder bei epidemiologischen Einflüssen (z.B. Grippewelle) insgesamt besser auffangen können.

Abbildung 8: Haben Sie schon einmal daran gedacht, in Ihrer Praxis Marketing einzuführen, um privat zu zahlende, individuelle Gesundheitsleistungen (= IGeL) bei Ihren Patienten besser darzubieten? (n=358)



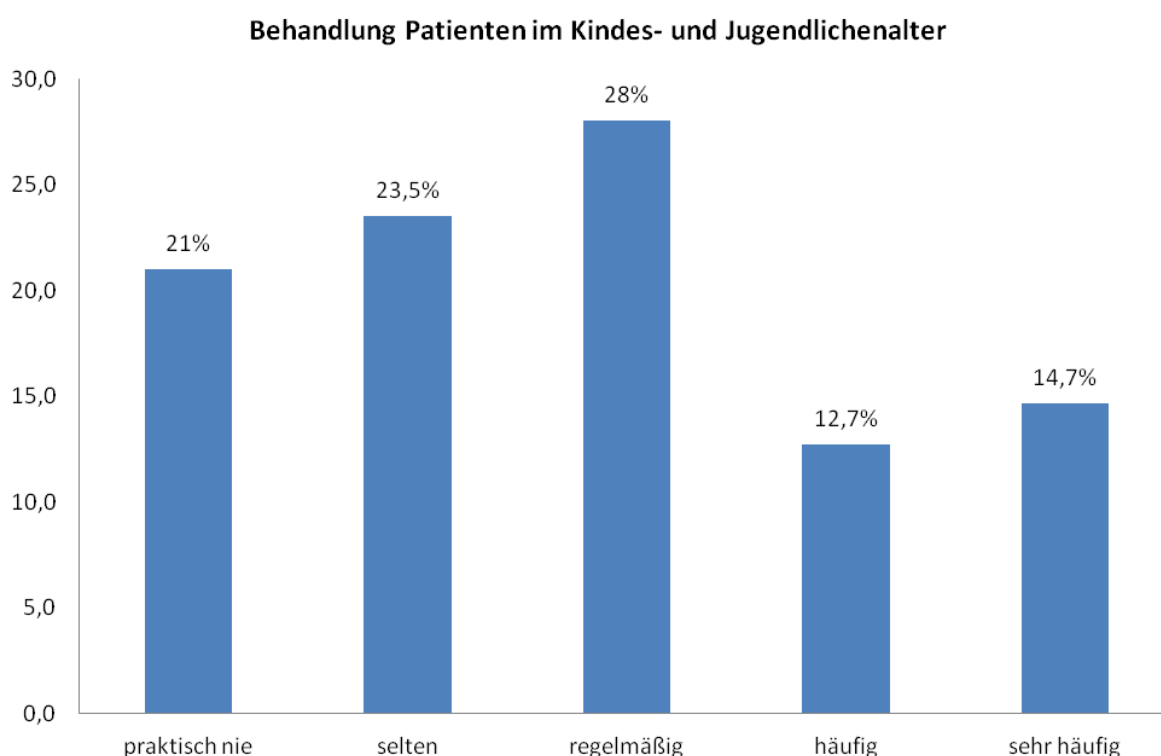
Auf die Frage, ob die Ärzte schon einmal daran gedacht haben, Marketing in der Praxis einzuführen, um privat zu zahlende, individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) bei ihren Patienten besser darzubieten, antworteten weniger Ärzte als im Vorjahr, dass sie bereits entsprechende Maßnahmen aus diesem Grund eingeführt haben bzw. dies konkret planen (43,1 Prozent / 2012: 48,7 Prozent). Dagegen planen 57 Prozent (2012: 51,2 Prozent) der Ärzte keine Einführung von Marketingmaßnahmen, um IGeL besser darzubieten. Um die spezifische Motivation hierfür zu ergründen, wäre eine detailliertere Befragung erforderlich.



3.3 Soziale Problematiken bei jungen Patienten

Niedergelassene Ärzte sind ein wichtiger Anlaufpunkt in der gesundheitlichen, aber auch in der sozialen Betreuung. Gerade bei Kindern und Jugendlichen nehmen Ärzte neben alterstypischen und entwicklungsbedingten sozialen Anpassungsproblemen und Stimmungsschwankungen auch erhebliche und kritische Anzeichen sozialer Probleme wahr. Dadurch bietet sich ihnen die Möglichkeit, einzugreifen und Hilfestellung zu bieten. Die diesjährige Studie untersucht die Häufigkeit dieser Fälle und ermittelt mögliche Ansatzpunkte für zusätzliche Interventionen bei diesen Patienten.

Abbildung 9: In welchem Umfang sehen Sie Patienten im Kindes- und Jugendlichen-Alter?
(n=667)

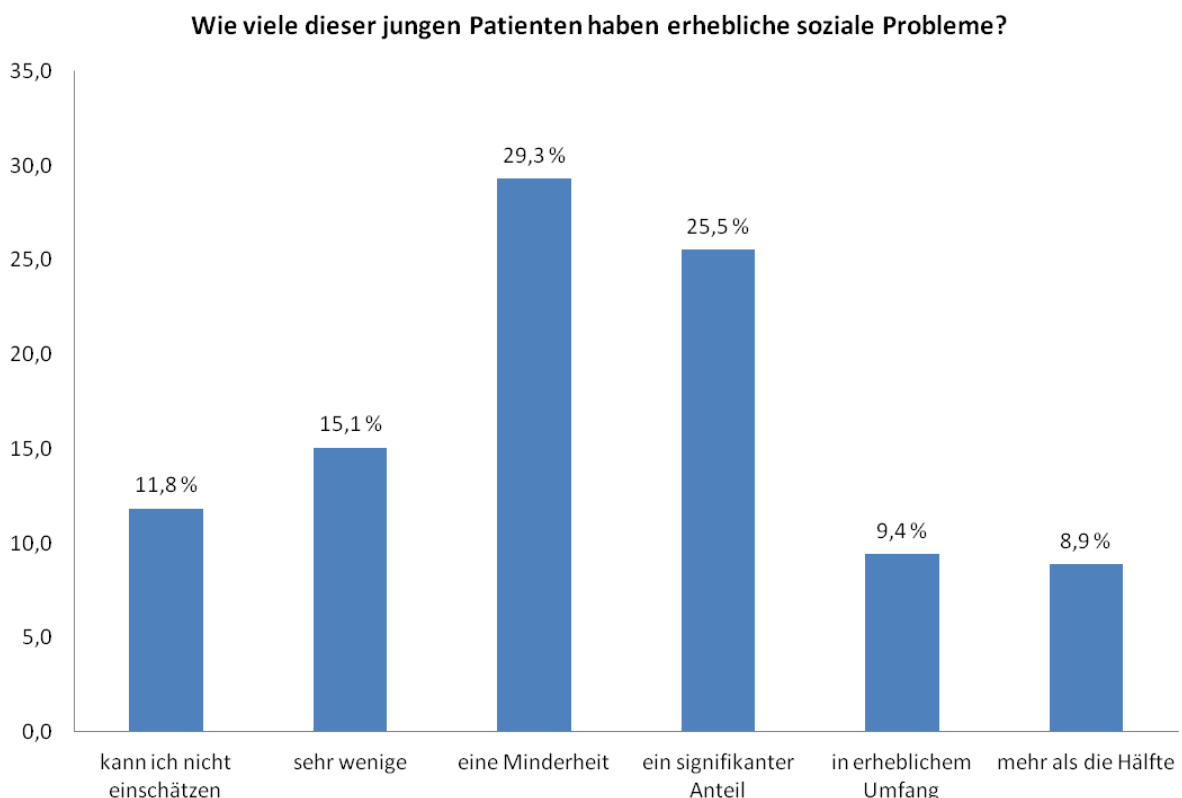


55,4 Prozent der befragten Ärzte behandeln regelmäßig, häufig oder gar sehr häufig Kinder und Jugendliche. Demgegenüber stehen 44,5 Prozent der Ärzte, die selten bis nie mit dieser Patientengruppe in Kontakt kommen. Durch die Epidemiologie (sehr geringe Krankheitslast nach dem fünften Lebensjahr, danach Schwerpunkt Unfälle und Vergiftungen) und die Herausforderung von chronischen Krankheiten bei Kindern kommt es bekanntlich zu einer Häufung von Fällen bei bestimmten Facharztgruppen: Neben der Pädiatrie sind dies vor allem



Chirurgie, Orthopädie, HNO, (Kinder-)Psychiatrie und Gynäkologie. Ob und wie oft Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist damit stark abhängig vom jeweiligen Fachgebiet. Dennoch verwundert es, dass jeder fünfte Praxisinhaber praktisch keine jungen Patienten hat und knapp die Hälfte aller Praxen nie oder nur selten Kinder und Jugendliche betreut.

Abbildung 10: Wie viele von diesen jungen Patienten haben aus Ihrer Sicht erhebliche soziale Probleme, die deutlich über alterstypische und passagere Phänomene hinausgehen? (n=372; nur Responder, die in Abbildung 9 mit regelmäßig, häufig oder sehr häufig geantwortet haben)



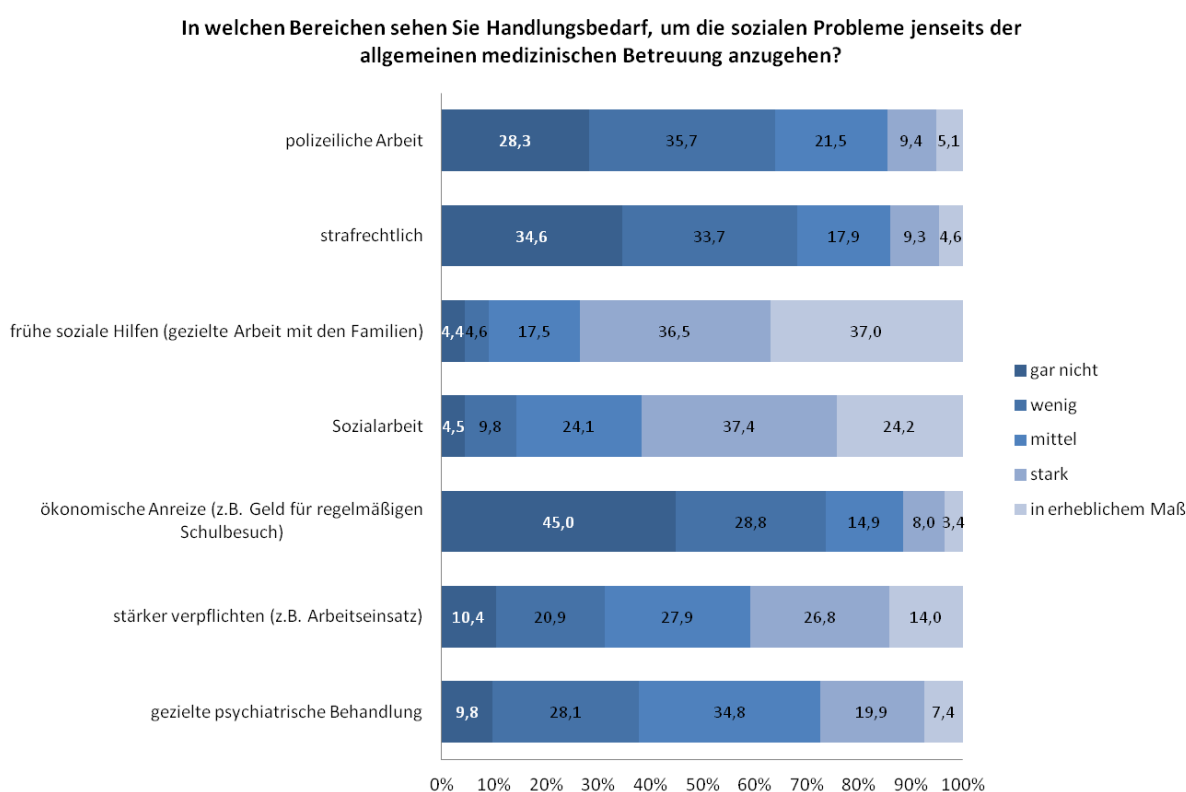
Befragt man diejenigen Ärzte, die Kinder und Jugendliche zumindest regelmäßig behandeln, wie viele der jungen Patienten aus ihrer Sicht erhebliche soziale Probleme haben, die über das Normalmaß hinausgehen, gaben lediglich 11,8 Prozent an, dies nicht einschätzen zu können. 43,8 Prozent sehen solche Probleme bei einem signifikanten bis erheblichen Anteil bzw. bei mehr als der Hälfte dieser Patienten – eine Zahl, die nachdenklich machen muss. Demgegenüber stehen zwar etwa ebenso viele Ärzte, die dies nur bei sehr wenigen bzw. einer Minderheit ihrer jungen Patienten beobachten. Doch angesichts der Tatsache, dass letzteres eigentlich der Normalfall sein sollte, muss es als deutliches Alarmsignal gelten, dass jeder zweite Arzt, der eine fundierte Einschätzung abgeben kann, eine so große Zahl von Kindern



und Jugendlichen sieht, deren soziale Probleme deutlich über alterstypische und passagere Phänomene hinausgehen.

Das Ergebnis der Befragung bestätigt die Einschätzung, dass Ärzte eine wichtige Rolle als Signal- und Anlaufstelle für Probleme von Kindern und Jugendlichen spielen. Sie können die sozialen Probleme ihrer jungen Patienten jedoch nicht allein lösen. Aufgrund ihrer Erfahrung baten wir sie um eine Einschätzung, welche Interventionsmöglichkeiten aus ihrer Sicht angeboten oder stärker gefördert werden müssten, um über eine medizinische Betreuung hinaus sinnvolle Hilfestellung zu leisten.

Abbildung 11: In welchem Bereich sehen Sie Handlungsbedarf, um diese Probleme jenseits einer allgemeinen medizinischen Betreuung anzugehen? (n=525 – 587)



Den größten Handlungsbedarf sehen die Ärzte in der gezielten Arbeit mit den Familien (frühe Hilfen) und der Sozialarbeit. Eine stärkere soziale Verpflichtung (z.B. Arbeitseinsatz) sowie eine gezielte psychiatrische Behandlung der Betroffenen werden ambivalent gesehen: Ein Teil



der Ärzteschaft bewertet dies positiv, ein ähnlicher Teil lehnt diese Maßnahmen eher ab. Ein verstärktes polizeiliches oder strafrechtliches Vorgehen wird weitgehend abgelehnt, und auch ökonomische Anreize stellen für die meisten Responder keine sinnvolle Maßnahme dar.

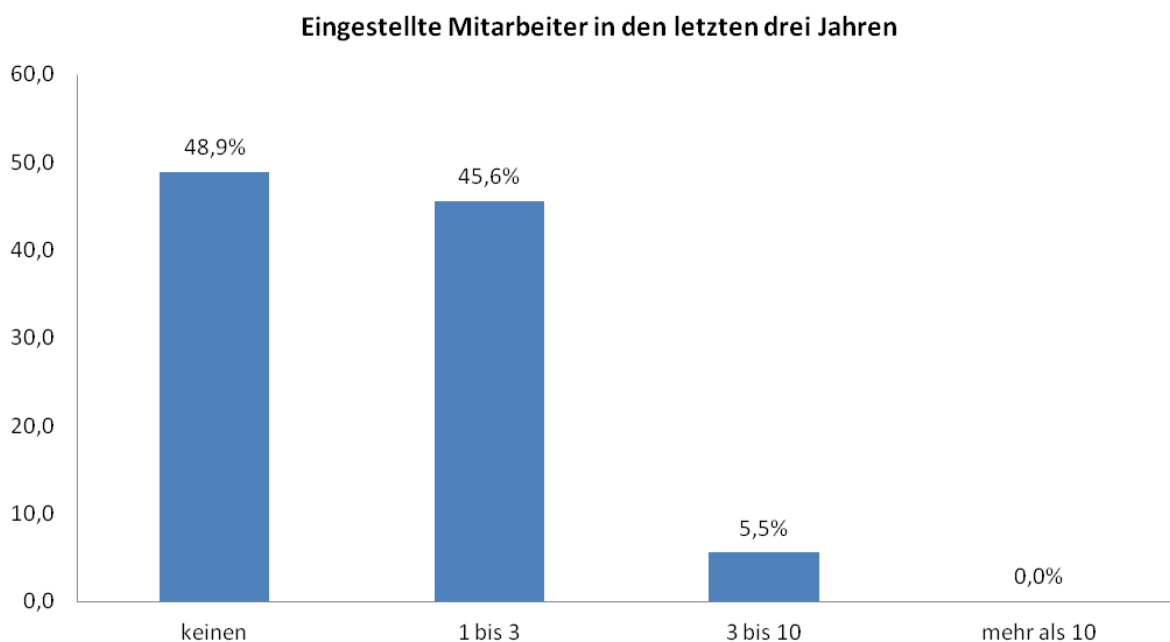
Unter der gerechtfertigten Annahme, dass Probleme des Kindes- und Jugendlichenalters persistieren und mittel- bis langfristig zu erheblichen gesundheitlichen und sozialen Konsequenzen führen können, dürften die von den Ärzten geforderten gezielten frühen Hilfen (wie sie beispielsweise im Rahmen des NZFH entwickelt werden) ein effektiver Ansatz sein, um Muster, die in dieser kritischen Phase gelegt werden, zu durchbrechen.



3.4 Ressource Mitarbeiter

Es gibt Hinweise, dass die Auswahl und die Einstellung von Mitarbeitern nach wie vor in vielen Praxen eher stiefmütterlich behandelt wird – trotz der sehr hohen Bedeutung des Personals für Arbeitsklima, Leistungsfähigkeit und Außendarstellung. (M Schütte, S Rödder: Management, Unternehmensführung, Organisation und Planung im ambulanten Sektor. In: Thielscher, C: Medizinökonomie. FOM-Edition / FOM Hochschule für Oekonomie & Management 2012, pp 117-141). Vor dem Hintergrund eines knapper werdenden Personalangebots und einer tendenziell rückläufigen Attraktivität des Arbeitsplatzes „Praxis“ (S. Sonntag, M Gerstner: „Social Media“ in Arztpraxis und Klinik. Möglichkeiten der aktiven Nutzung. Pneumologie 10 (2013): 343-50) sind Praxisinhaber gut beraten, diesem Thema besondere Aufmerksamkeit und Energie zu widmen.

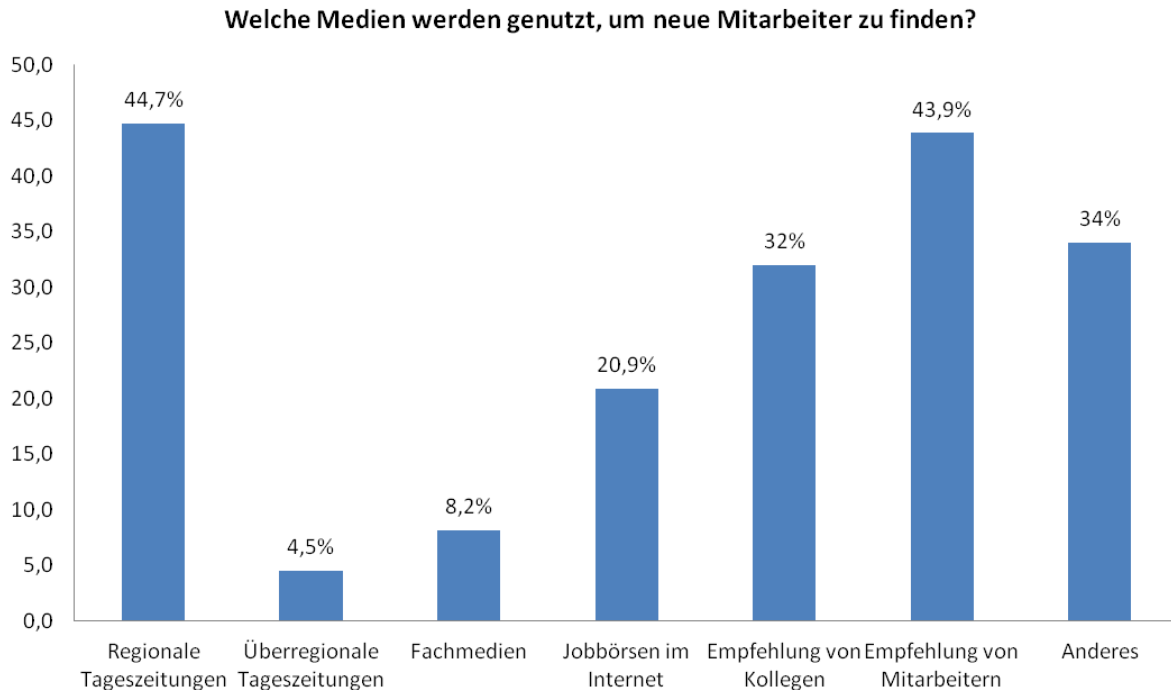
Abbildung 12: Wie viele Mitarbeiter haben Sie in den letzten drei Jahren neu eingestellt? (n=307)



Die Einstellung eines neuen Mitarbeiter in der Arztpraxis ist offenbar ein seltenes Ereignis: Rund die Hälfte der Responder hat in den vergangenen drei Jahren keine neuen Mitarbeiter eingestellt, 45,6 Prozent haben einen bis drei Mitarbeiter eingestellt, und 5,5 Prozent zwischen drei und zehn Mitarbeitern. Für die weit überwiegende Mehrzahl an Praxen sind Personalgewinnung und -einstellung somit kein reguläres Ereignis. Aufgrund des damit verbundenen Risikos kann daher in vielen Fällen externe Hilfe sinnvoll sein.



Abbildung 13: Welche Medien bzw. Wege nutzen Sie, um neue Mitarbeiter zu finden? (Mehrfachnennungen möglich, n=244)

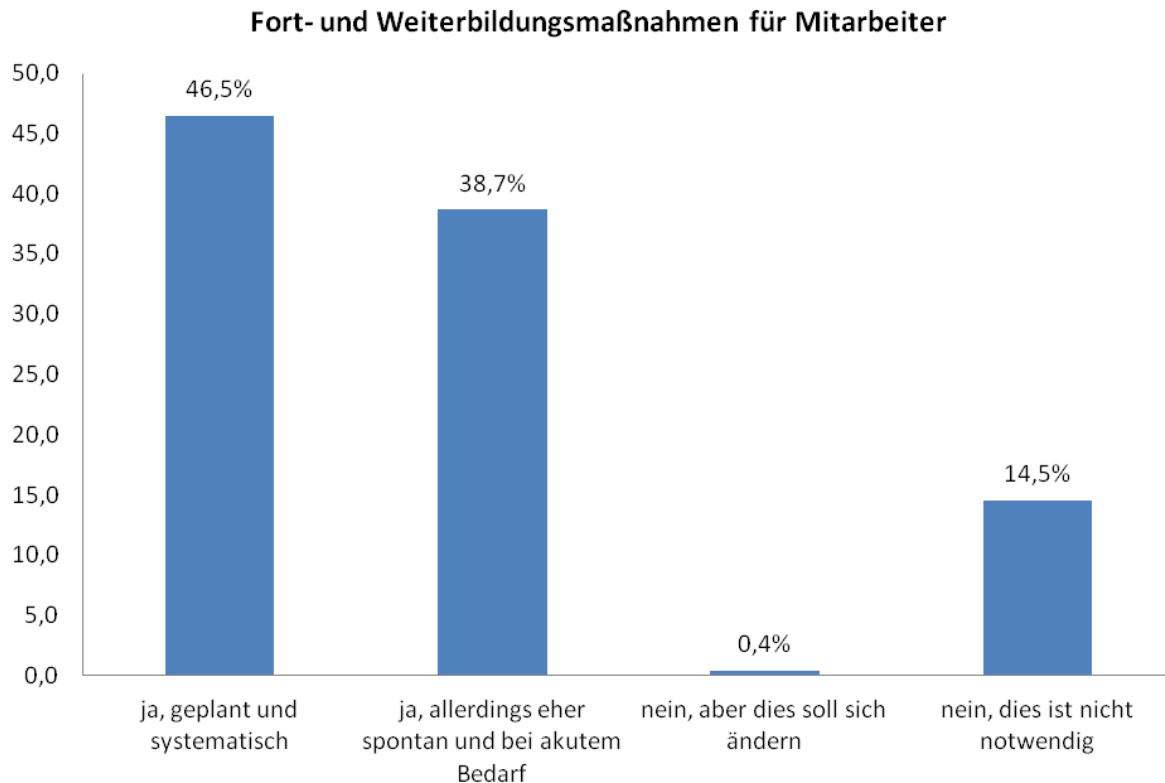


Die Empfehlung von Kollegen und Mitarbeitern ist immer noch die verbreitetste Art der Personalrekrutierung: Drei Viertel der Responder nutzen unter anderem diesen Weg, um neue Mitarbeiter zu finden. Die Empfehlung von den eigenen Mitarbeitern hat dabei noch einen höheren Stellenwert als die Empfehlung der Kollegen.

Mit rund 45 Prozent liegt bei den Ärzten auch die regionale Tageszeitung sehr weit vorne. Im Vergleich zu anderen Berufen scheint dies eher untypisch, da heutzutage die meisten Mitarbeiter via Jobbörsen im Internet oder mit Hilfe überregionaler Tageszeitungen gesucht werden. Diese beiden Medien werden von den Ärzten allerdings eher wenig genutzt. Allerdings muss hierbei berücksichtigt werden, dass die vergleichsweise geringe Vergütung eher einen lokalen Markt anspricht, da ein Umzug wegen einer medizinischen Fachangestellten-, Arzthelfer(innen)- oder Praxisassistenten-Stelle von potenziellen Interessenten in der Regel nicht erwogen wird.



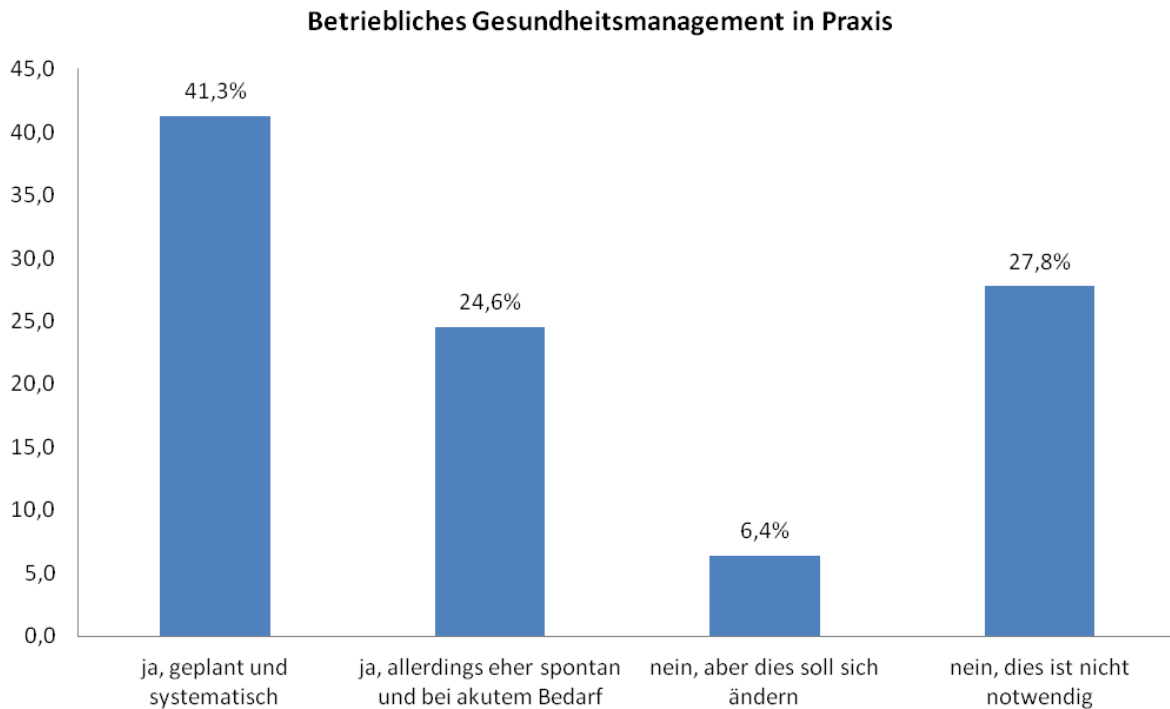
Abbildung 14: Bieten Sie Ihren Mitarbeitern Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen an? (n=269)



Ein sehr hoher Anteil der Befragten (85,2 Prozent) bietet Mitarbeitern grundsätzlich Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen an – 46,5 Prozent geplant und systematisch und 38,7 Prozent eher spontan bei akutem Bedarf. Aufgrund der raschen Entwicklung in der Medizin und der hohen Regulierungsdichte mit vielen Änderungen bei Abrechnung, Infektionsschutz, Strahlenschutz, Patientenrechten usw. ist diese große Bereitschaft zur Fort- und Weiterbildung gut nachvollziehbar. Lediglich jeder siebte Praxisinhaber (14,5 Prozent) hält Fortbildungen nicht für notwendig. Die geringe Quote an Ärzten, die Veränderungen planen (0,4 Prozent), zeigt, dass es sich hier um ein etabliertes Konzept handelt, das wenig Schwankungen unterworfen ist.



Abbildung 15: Gibt es ein betriebliches Gesundheitsmanagement in Ihrer Praxis? (n=281)

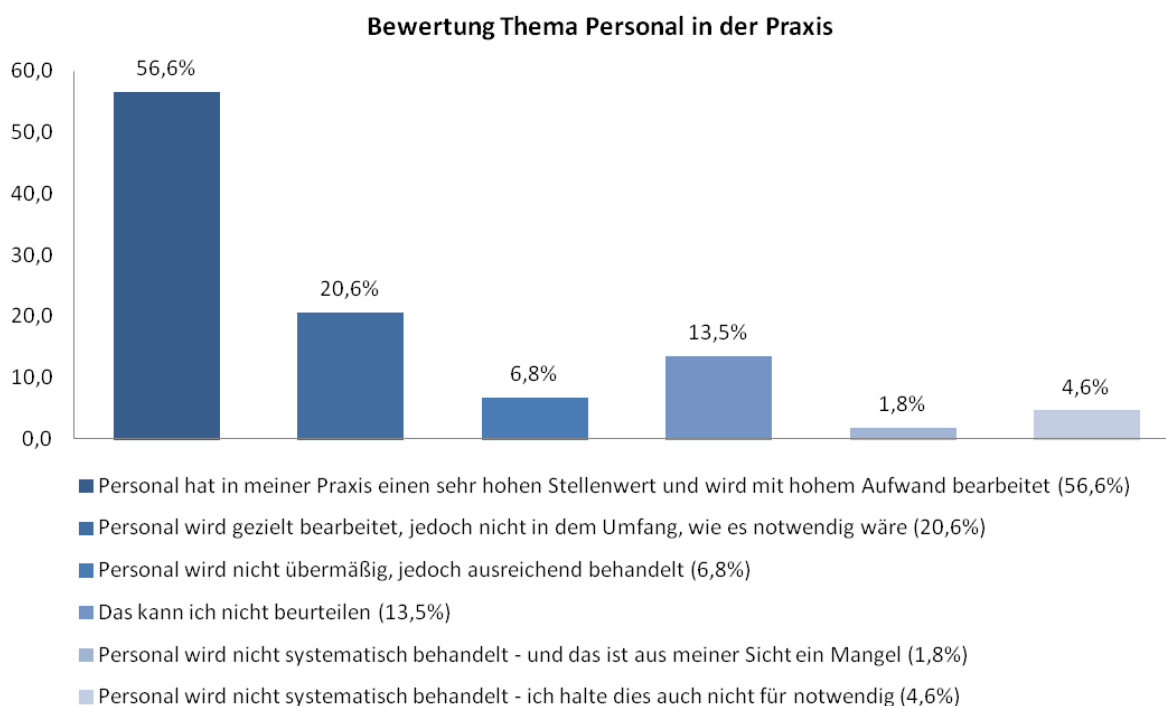


Im Bereich des betrieblichen Gesundheitsmanagements sind die Ärzte nicht ganz so aufgeschlossen: Rund 65 Prozent haben ein betriebliches Gesundheitsmanagement, die Mehrzahl davon systematisch, ein kleinerer Teil eher bei akutem Bedarf. 6,4 Prozent möchten betriebliches Gesundheitsmanagement künftig in ihrer Praxis einführen.

Erstaunlich ist, dass 27,8 Prozent der Ärzte diese Maßnahme immer noch für unnötig erachten. Dabei ist die Tätigkeit einer MFA / Arzthelferin mit einseitiger körperlicher Belastung, starken Schwankungen im Stresspegel und hohem Emotionalitätsgrad ein Beruf, der wie alle pflegenden / heilenden Berufe eine präventive gesundheitliche Betreuung im erhöhten Maß benötigt (z.B. zur Burn-Out Prävention). Hier spielt vermutlich neben fehlendem Wissen über die Möglichkeiten des modernen betrieblichen Gesundheitsmanagements in Teilen auch kognitive Verdrängung („Bei mir passiert so etwas nicht, ich habe das im Griff!“) eine Rolle.



Abbildung 16: Ganz allgemein: Wie bewerten Sie das Thema „Personal“ (sowohl ärztlich als auch nicht-ärztlich) in Ihrer Praxis? (Mehrfachnennungen möglich, n=281)

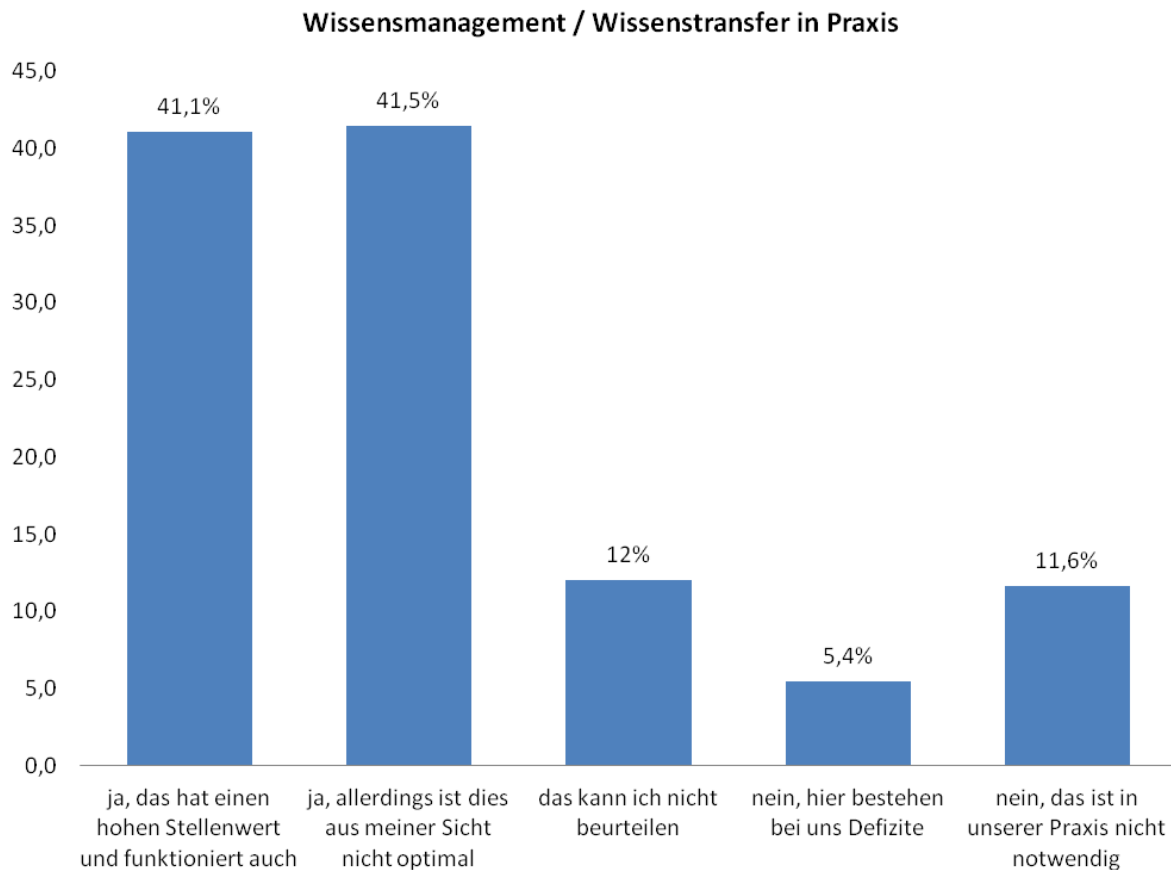


Die Antworten auf diese Frage zeigen, dass der Großteil der Responder um die Wichtigkeit des Themas Personal weiß: 56,6 Prozent bearbeiten dieses Thema mit sehr hohem Aufwand, 20,6 Prozent würden das Thema Personal gern in einem höheren Umfang bearbeiten. Lediglich 6,4 Prozent geben an, dass das Thema Personal nicht systematisch behandelt wird, mehr als ein Viertel von ihnen sieht dies als erheblichen Mangel an.

Warum jeder fünfte Praxisinhaber das Thema „Personal“ nicht mit der von ihm als sinnvoll erachteten Intensität bearbeitet, lässt sich ohne weitere Untersuchungen nicht beantworten. Vieles deutet darauf hin, dass neben allgemeinem Zeitmangel auch Wissensdefizite und die Zurückhaltung beim Einkauf externer Spezialisten eine wichtige Rolle spielen. Dies eröffnet beispielsweise Kassenärztlichen Vereinigungen ein mögliches Betätigungsfeld: Sie könnten durch spezielle Hilfsangebote die einzelnen Praxen in diesem Bereich unterstützen. Auch innovative Modelle wie etwa praxenübergreifendes Management von Personal (Aushilfsfunktion bei Krankheit, gemeinsame Fortbildung) könnten eine sinnvolle Hilfe darstellen, werden aber bislang nur wenig angeboten.



Abbildung 17: Erfolgt innerhalb Ihrer Praxis ein Wissensmanagement / Wissenstransfer (d.h. eine systematische Auseinandersetzung mit der Frage, wie Wissen und Erfahrung weitergegeben werden)? (n=258)



Bei 41,1 Prozent der befragten Ärzte wird Erlerntes erfolgreich an die Kollegen weitergegeben und hat auch einen sehr hohen Stellenwert. Weitere 41,5 Prozent geben an, Wissen zu transferieren, sind aber der Meinung, dass dies noch nicht optimal funktioniert. Nur 5,4 Prozent sehen klare Defizite in der eigenen Praxis. Etwa jeder Zehnte ist der Meinung, dass die Weitergabe von Erlerntem in seiner Praxis nicht notwendig ist.

Dass fast jeder zweite Praxisinhaber beim Wissenstransfer eine suboptimale Umsetzung in seiner Praxis sieht, kann möglicherweise durch die unscharfe Definition des Begriffs bedingt sein. Es ist beispielsweise denkbar, dass Ärzte Unzulänglichkeiten in den Prozessabläufen unter die Rubrik „mangelnder Wissenstransfer“ subsummieren, ohne dass hier eine präzise Abgrenzung zu anderen Führungsthemen besteht.



4 Ergebnisse – Teil 2: Leitende Klinikärzte

Das Wahrnehmungsspektrum über deutsche Krankenhäuser ist sehr breit. Die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) kommt in ihrem Bericht aus dem Jahr 2013 zu einem sehr kritischen Ergebnis: Zu viele Krankenhausbetten, zu viele medizinische Interventionen, zu viele stationäre Verweiltage bei fraglichem Kosten-Nutzen-Verhältnis. (A Kumar, M Schoenstein: Managing Hospital Volumes: Germany and Experiences from OECD Countries, Paris, OECD 2013). Auf der anderen Seite steht beispielhaft das „Krankenhaus Barometer 2013 (K Blum et al, Düsseldorf 2013), nach dem 2012 jedes zweite Allgemeinkrankenhaus in Deutschland (51%) Verluste geschrieben hat.

Zu konstatieren ist zunächst einmal eine extreme Heterogenität in der Krankenhauslandschaft, von der privaten Augenklinik mit gerade einmal 30 Betten bis hin zum 2000-Betten-Universitätsklinikum in öffentlicher Trägerschaft. Es gibt kaum einen Wirtschaftszweig, der so divers ist. Entsprechend ist die Spannweite bei der Personalsituation: Unauffällige Einrichtungen in einer Großstadt mit weniger als 100 Angestellten kontrastieren mit Institutionen, die mehr als 5.000 Angestellte haben und gerade in wirtschaftlich schwächeren Regionen oftmals zu den größten Arbeitgebern zählen. Dementsprechend finden sich unter den von uns befragten leitenden Klinikärzten so unterschiedliche Profile wie Chefärzte von anästhesiologischen Abteilungen an Privatkliniken mit drei oder weniger Mitarbeitern bis hin zu Klinikchefs großer internistischer Abteilungen mit rund 200 Mitarbeitern hat.

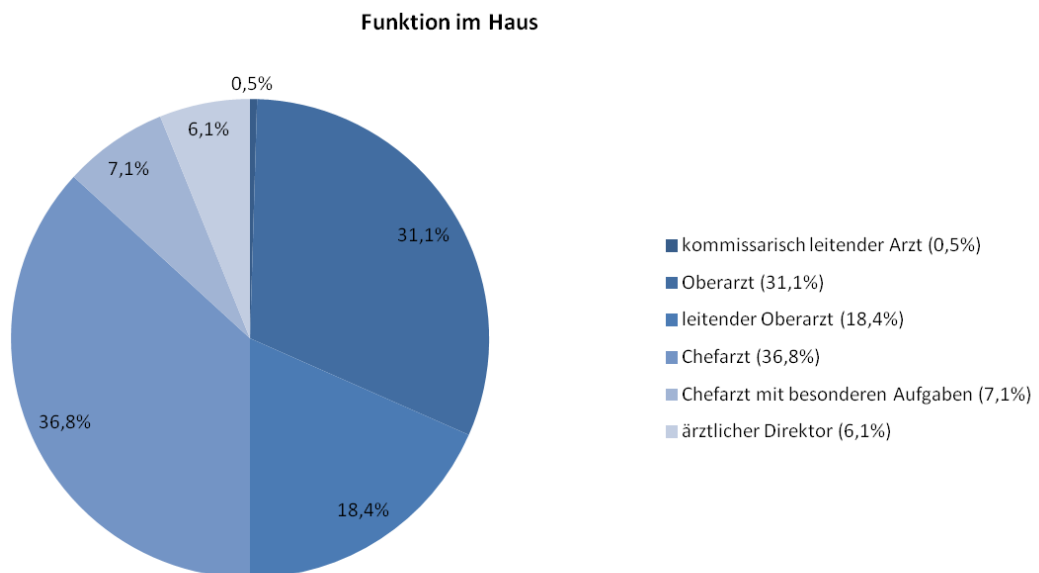
Eines allerdings vereint alle Klinikärzte: die Verantwortung für Patienten, Personal und Budget sowie ihre zentrale Bedeutung im Marketing gegenüber Patienten, Zuweisern und auch Versicherungen.

Wir haben die folgenden Aspekte für unsere Untersuchung herausgegriffen: (i) Ärzte und ihre besondere Leitungs-Verantwortung, (ii) Soziale Problematiken bei jungen Patienten und (iii) Ressource Mitarbeiter.



4.1 Position und Leitungs-Verantwortung

Abbildung 18: Welche Funktion haben Sie in der Klinik? (n=424)

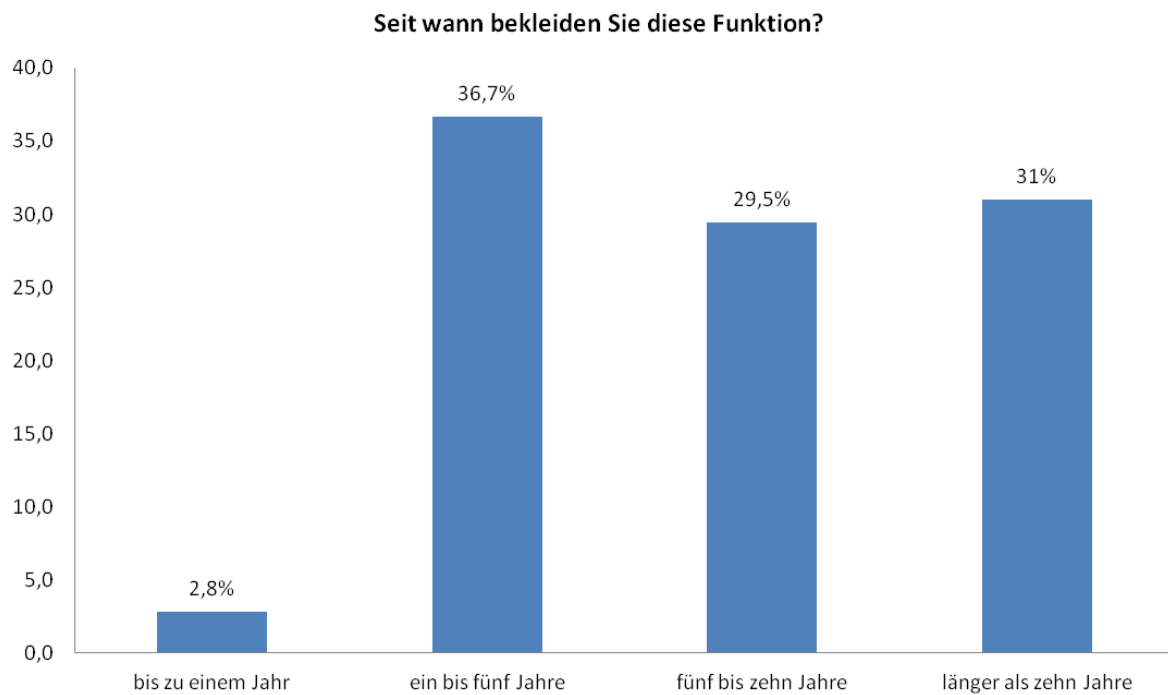


Rund die Hälfte der befragten leitenden Klinikärzte ist als Oberarzt bzw. leitender Oberarzt tätig (49,5 Prozent). 43,9 Prozent sind als Chefarzt bzw. Chefarzt mit besonderen Aufgaben tätig, 6,1 Prozent als ärztlicher Direktor und 0,5 Prozent als kommissarisch leitender Arzt.

Im Durchschnitt sind die leitenden Klinikärzte für 14 ärztliche und 37 nicht-ärztliche Mitarbeiter verantwortlich. Die Bandbreite reichte dabei von 0 bis 700 bei den nichtärztlichen Mitarbeitern sowie von 0 bis 130 bei den ärztlichen Mitarbeitern.



Abbildung 19: Seit wann bekleiden Sie diese Funktion? (n=387)



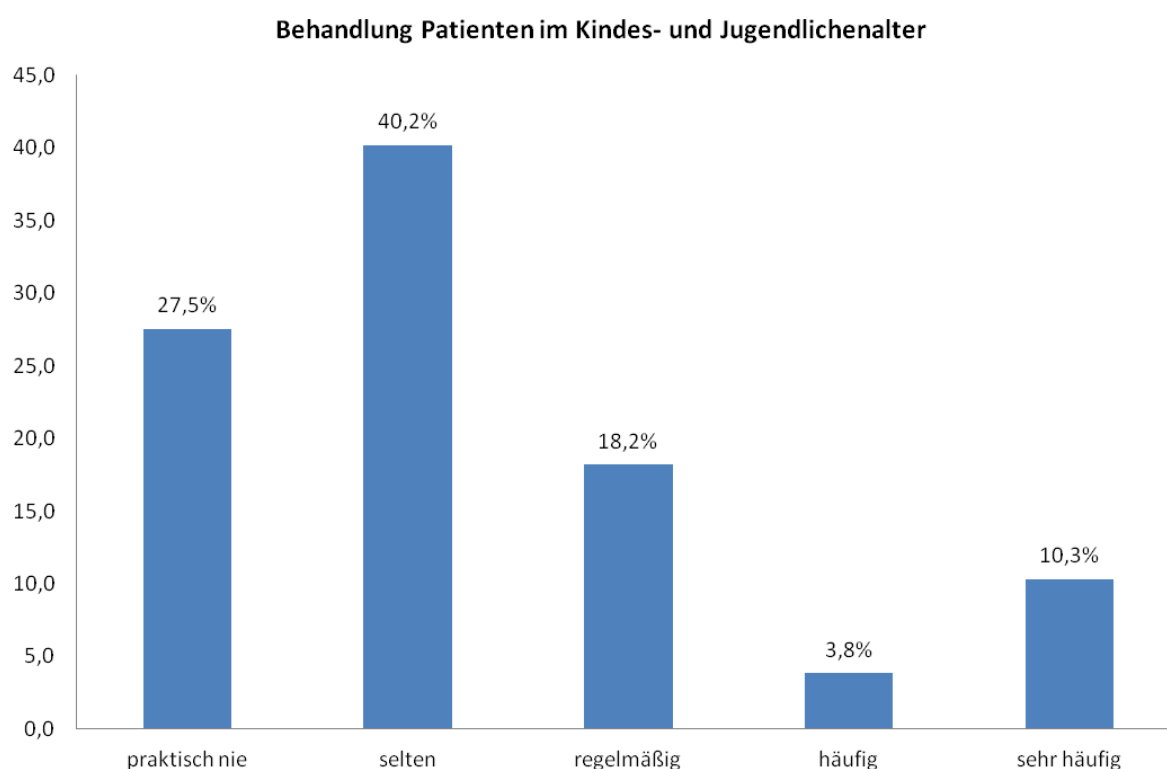
Mehr als 60 Prozent der Responder ist bereits länger als fünf Jahre in der entsprechenden Position tätig, etwa die Hälfte davon sogar schon länger als zehn Jahre. 36,7 Prozent der Befragten sind seit ein bis fünf Jahren in ihrer Funktion tätig, und 2,8 Prozent üben ihre Tätigkeit erst seit Kurzem aus.



4.2 Soziale Problematiken bei jungen Patienten

Auch die leitenden Klinikärzte wurden zum Thema „Soziale Problematiken bei jungen Patienten“ befragt. Dies ermöglicht es, einen Vergleich zwischen Niedergelassenen und Klinikärzten zu ziehen.

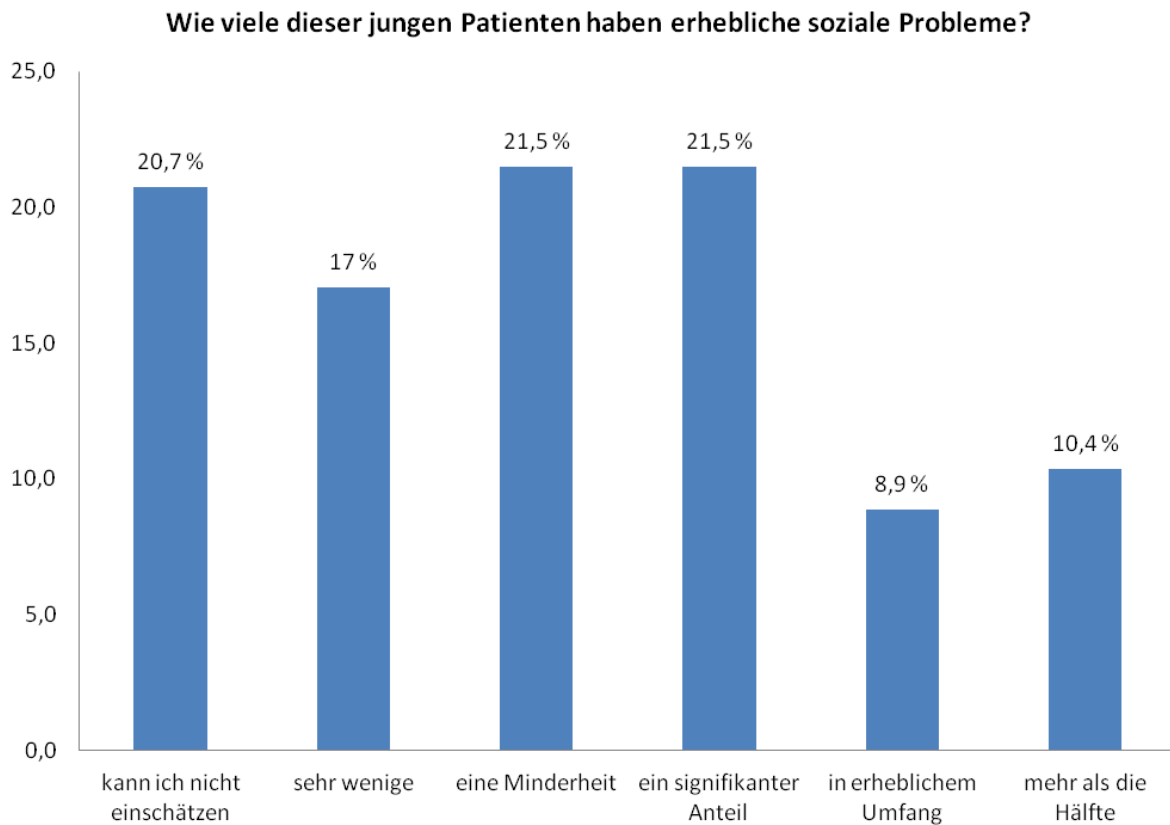
Abbildung 20: In welchem Umfang sehen Sie Patienten im Kindes- und Jugendlichen-Alter?
(n=418)



Klinikärzte behandeln grundsätzlich seltener Kinder und Jugendliche als die niedergelassenen Kollegen. Zwei Drittel der Befragten (67,7 Prozent) sehen selten bis nie junge Patienten (Niedergelassene: 44,5 Prozent). 18,2 Prozent behandeln junge Patienten regelmäßig, 14,1 Prozent häufig bis sehr häufig. Dies lässt sich gut mit den typischen Erkrankungsmustern bei Kindern erklären: Sie werden meist ambulant behandelt und in der Regel vorwiegend bei Unfällen oder chronischen Erkrankungen stationär aufgenommen. Auch HNO- und Augen-Operationen bei Kindern werden oft durch Belegärzte durchgeführt, die zu den niedergelassenen Ärzten zählen.



Abbildung 21: Wie viele von diesen jungen Patienten haben aus Ihrer Sicht erhebliche soziale Probleme, die deutlich über alterstypische und passagere Phänomene hinausgehen? (n=135; nur Responder, die in Abbildung 20 mit regelmäßig, häufig oder sehr häufig geantwortet haben)



Von den Klinikärzten, die Kinder und Jugendliche zumindest regelmäßig behandeln, trauen sich rund 20 Prozent keine Einschätzung in dieser Frage zu. Bei den niedergelassenen Ärzten lag dieser Wert bei lediglich 11,8 Prozent. Dies ist auch schlüssig, denn niedergelassene Ärzte, insbesondere Kinder- und Hausärzte, sehen Kinder häufiger und regelmäßiger und können vor allem auch die familiäre Situation besser einschätzen. Der Anteil der Klinikärzte, die bei einem erheblichen/signifikanten Anteil ihrer jungen Patienten überdurchschnittliche soziale Probleme ausmacht, liegt bei 40,8 Prozent. Dagegen sind 38,5 Prozent der Meinung, dass dies nur wenige bzw. eine Minderheit betrifft.

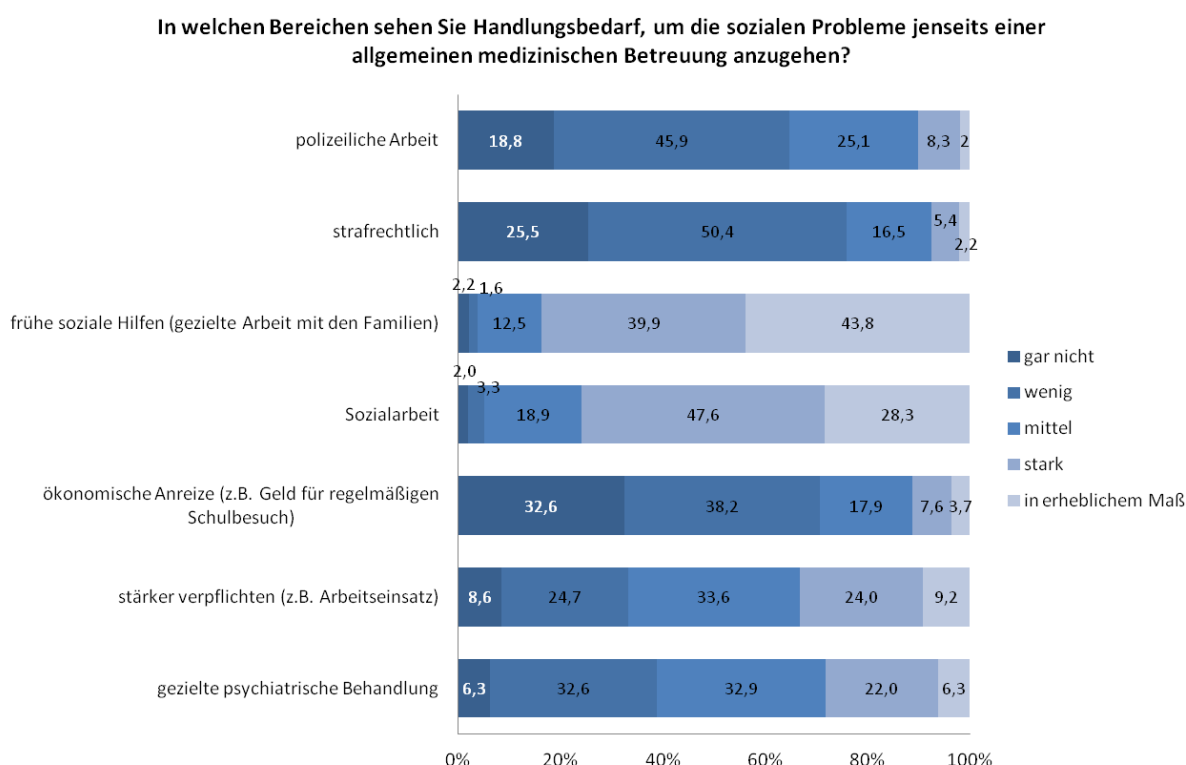
Vergleicht man nun die Einschätzung derjenigen niedergelassenen Ärzte bzw. Klinikärzte, die sich in dieser Frage eine fundierte Einschätzung zutrauen (also nicht mit „kann ich nicht einschätzen“ geantwortet haben), ergibt sich ein überraschend schlüssiges Bild: Jeweils fast genau die Hälfte von ihnen sieht einen mindestens signifikanten Anteil an Kindern und Jugendlichen mit sozialen Problemen, die über das alterstypische Maß hinausgehen. Wer also mit



jungen Patienten zu tun hat, ob nun in Praxis oder Klinik, kommt zum selben Ergebnis. Das zeigt, dass es sich hier um ein grundlegendes Phänomen handelt, das unabhängig von besonderen Gegebenheiten in Praxis oder Klinik ist. Die hohe Quote der Ärzte, die hier erhebliche Probleme konstatieren, ist dabei ein deutliches Alarmsignal, das zeigt, dass in diesem Bereich zusätzliche Hilfen für die Betroffenen dringend notwendig sind.



Abbildung 22: In welchem Bereich sehen Sie Handlungsbedarf, um diese Probleme jenseits einer allgemeinen medizinischen Betreuung anzugehen? (n=278 – 313)



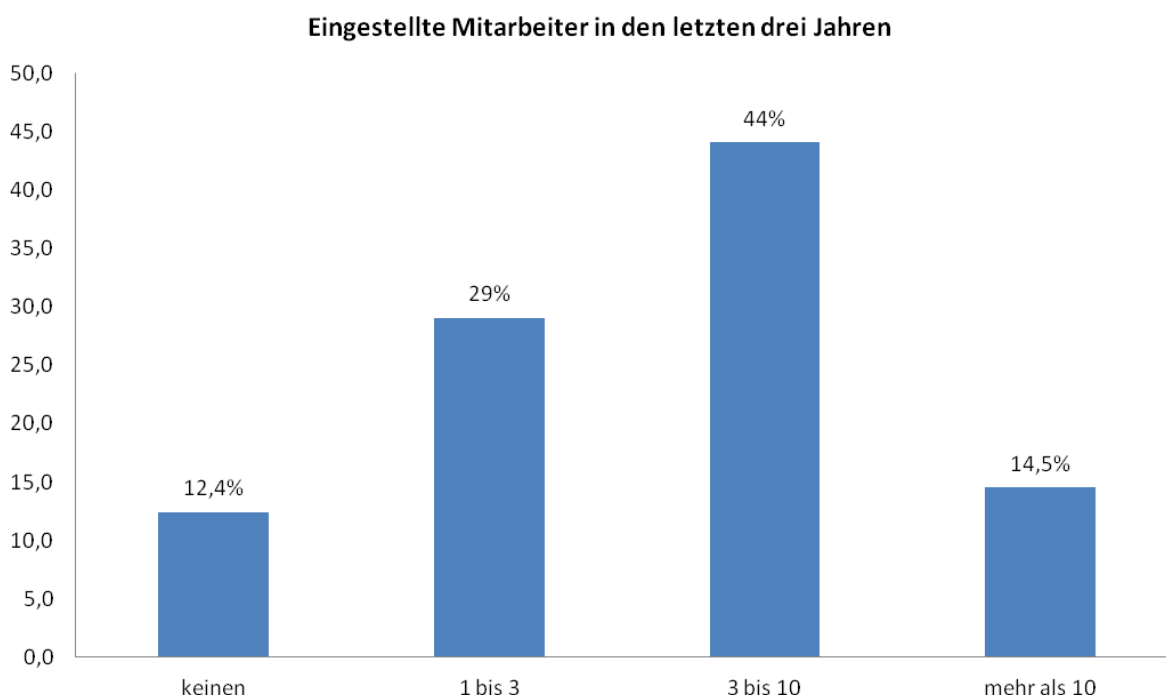
Die Antworten der leitenden Klinikärzte entsprechen hier in der Tendenz weitgehend den Antworten der niedergelassenen Ärzte. Auch die Klinikärzte sehen den größten Handlungsbedarf in der gezielten Arbeit mit den Familien (frühe Hilfen) und der Sozialarbeit. 33,2 Prozent sind der Meinung, die Familien müssten stärker verpflichtet werden, und 28,3 Prozent sehen einen Ansatz in gezielter psychiatrischer Unterstützung. Polizeiliches oder strafrechtliches Vorgehen ist auch bei den hier Befragten keine echte Alternative, ebenso wenig wie ökonomische Anreize.



4.3 Ressource Mitarbeiter

Die Bedeutung von Personalgewinnung und –retention in Krankenhäusern ist bekannt, und Pflege, Administration sowie ärztlicher Dienst unternehmen zum Teil erhebliche Anstrengungen, um qualifiziertes Personal zu finden. Im Bereich des ärztlichen Dienstes wird eine sogenannte „Generation Y“ jüngerer Mediziner identifiziert, deren Selbstverständnis und Motivationslage sich zum Teil deutlich von denen früherer Generationen unterscheiden. (E Richter-Kuhlmann: Generation Y: Was Chefärzte erwarten. Deutsches Ärzteblatt Studieren.de, 1/2013: 7). Dezidierte Strukturen, Arbeitgeber-Marketing und Innovation im Personalmanagement sind wichtige Elemente der HR-Strategie vieler Kliniken. Leitende Klinikärzte spielen eine zentrale Rolle hierbei.

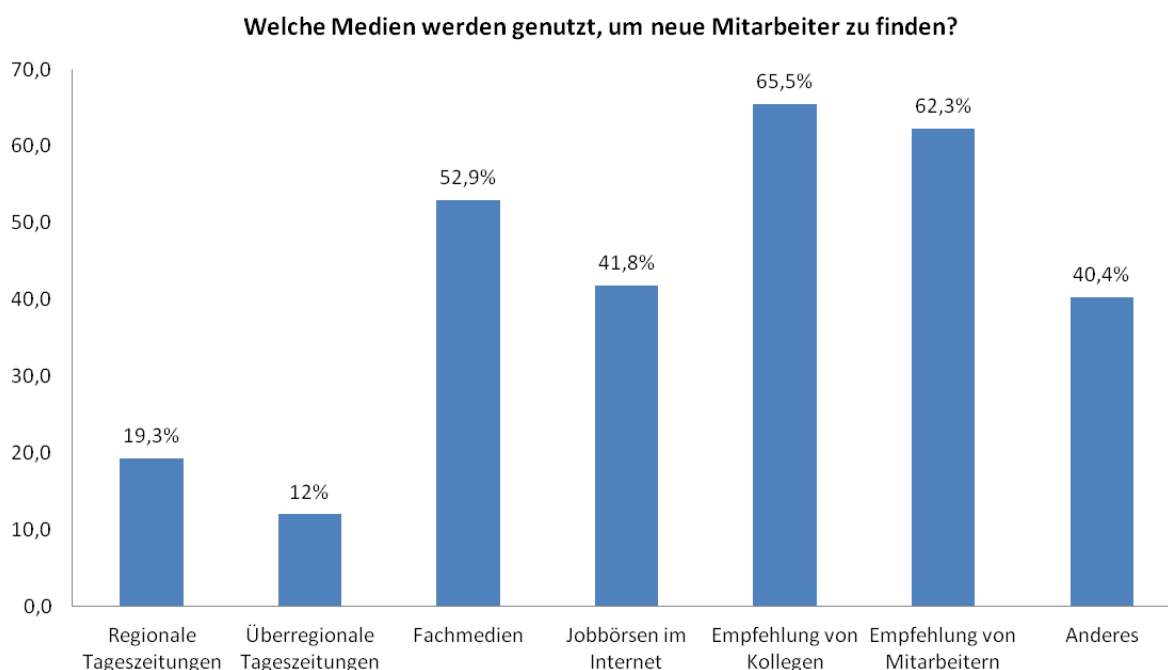
Abbildung 23: Wie viele Mitarbeiter haben Sie in den letzten drei Jahren eingestellt? (n=420)



Die Personallage in Krankenhäusern stellt sich völlig anders dar als in den Praxen niedergelassener Ärzte. Dies erscheint schlüssig, denn hier muss zum Beispiel die systembedingte hohe Fluktuationsrate bei Assistenzärzten berücksichtigt werden. 44 Prozent der leitenden Klinikärzte haben in den vergangenen drei Jahren zwischen drei und zehn Mitarbeiter eingestellt, 14,5 Prozent sogar mehr als zehn. Nur 12,4 Prozent haben kein Personal eingestellt, und 29 Prozent zwischen einem und drei Mitarbeiter.



Abbildung 24: Welche Medien bzw. welche Wege nutzen Sie, um neue Mitarbeiter zu finden?
(Mehrfachnennungen möglich, n=342)

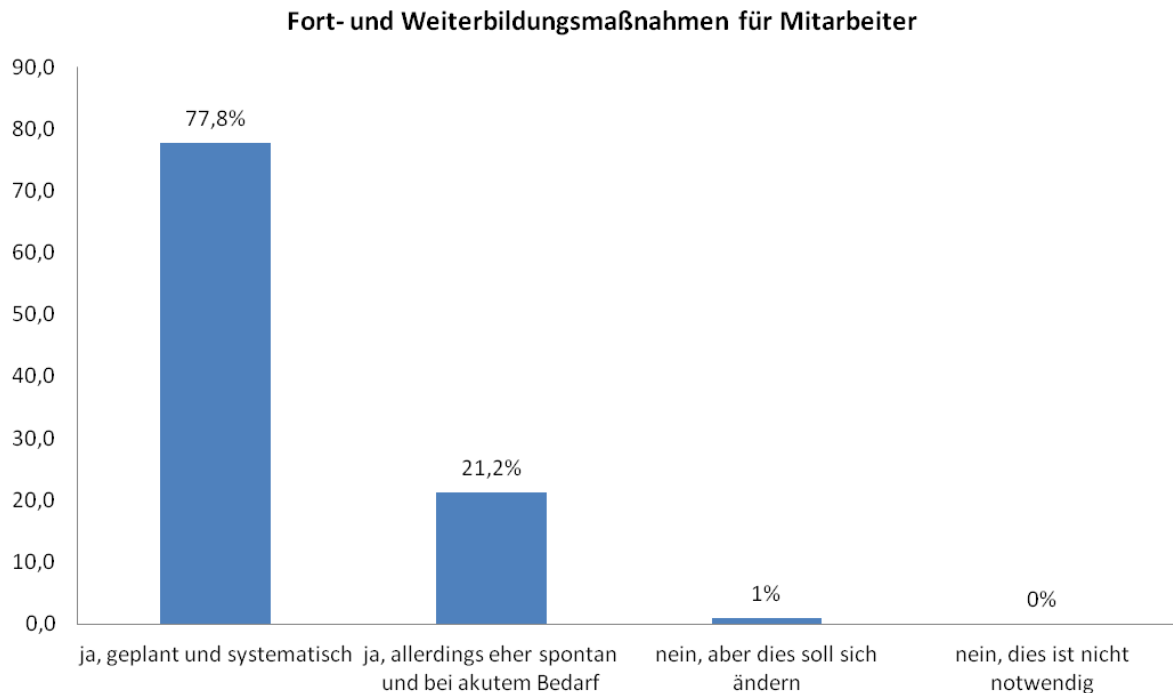


Auch bei den Klinikärzten stehen die Empfehlungen von Kollegen und Mitarbeitern unangefochten auf Platz eins und zwei der Rekrutierungsmaßnahmen. Im Vergleich zu den niedergelassenen Ärzten spielt die regionale Tageszeitung jedoch nur eine untergeordnete Rolle (19,3 Prozent). Stattdessen sind Fachmedien mit 52,9 Prozent die drittwichtigste Quelle, um neue Mitarbeiter zu gewinnen, Jobbörsen im Internet sind mit immerhin 41,8 Prozent vertreten. Bei den niedergelassenen Ärzten spielten diese beiden Wege kaum eine Rolle. Diese Differenz lässt sich gut durch die andere Personalklientel erklären: Für eine bestimmte klinische Ausbildung sind junge Mediziner oftmals bereit umzuziehen, was sie von den zumeist regional verankerten medizinischen Fachangestellten unterscheidet. Hinzu kommt, dass Kliniken häufiger auch externe professionelle Hilfe bei der Besetzung offener Stellen einsetzen. Damit ist in der Regel auch eine breitere Streuung der Personalsuche verbunden.

In der Studie wurde nicht nach der Art der neuen Mitarbeiter gefragt. Daher enthalten die Ergebnisse sowohl ärztliche wie auch nichtärztliche Stellen. Dies mag ein weiterer Grund für das breite Spektrum der genutzten Medien sein.



Abbildung 25: Bieten Sie Ihren Mitarbeitern Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen an? (n=419)

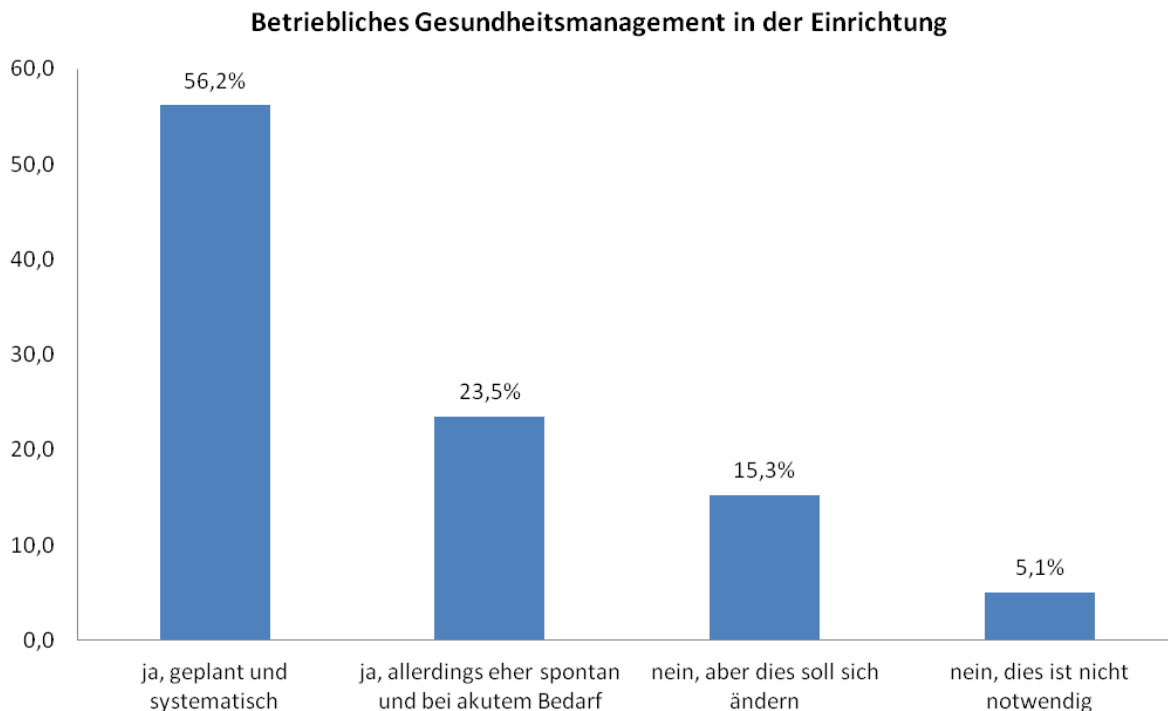


Die Ergebnisse im Bereich Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen im Klinikbereich sind beeindruckend eindeutig: 99 Prozent der Befragten geben an, dass Maßnahmen angeboten werden, 77,8 Prozent sogar geplant und systematisch. Nur ein Prozent gibt an, derzeit noch keine Schulungsmaßnahmen anzubieten, plant aber, dies zu ändern. Im Gegensatz zu den niedergelassenen Ärzten, bei denen immerhin 14,5 Prozent Fortbildungen für nicht notwendig halten, liegt die Ablehnungsquote bei den Klinikärzten bei 0 Prozent.

Der hohe medizinisch-technische Veränderungsdruck und das starke professionelle Interesse von gerade jüngeren Mitarbeitern im Krankenhaus, die sich noch in der Ausbildung befinden, reflektieren sich in dieser eindeutigen Aussage. Strukturierte Fort- und Weiterbildung sowie klare Regeln zur Erlangung von ergänzenden Qualifikationen sind ein wesentliches Element der Personalrekrutierung und –bindung. Gerade größere Kliniken bzw. Klinikverbünde haben spezialisierte Abteilungen, die Bildungsmaßnahmen koordinieren.



Abbildung 26: Gibt es ein betriebliches Gesundheitsmanagement in Ihrer Klinik? (n=413)

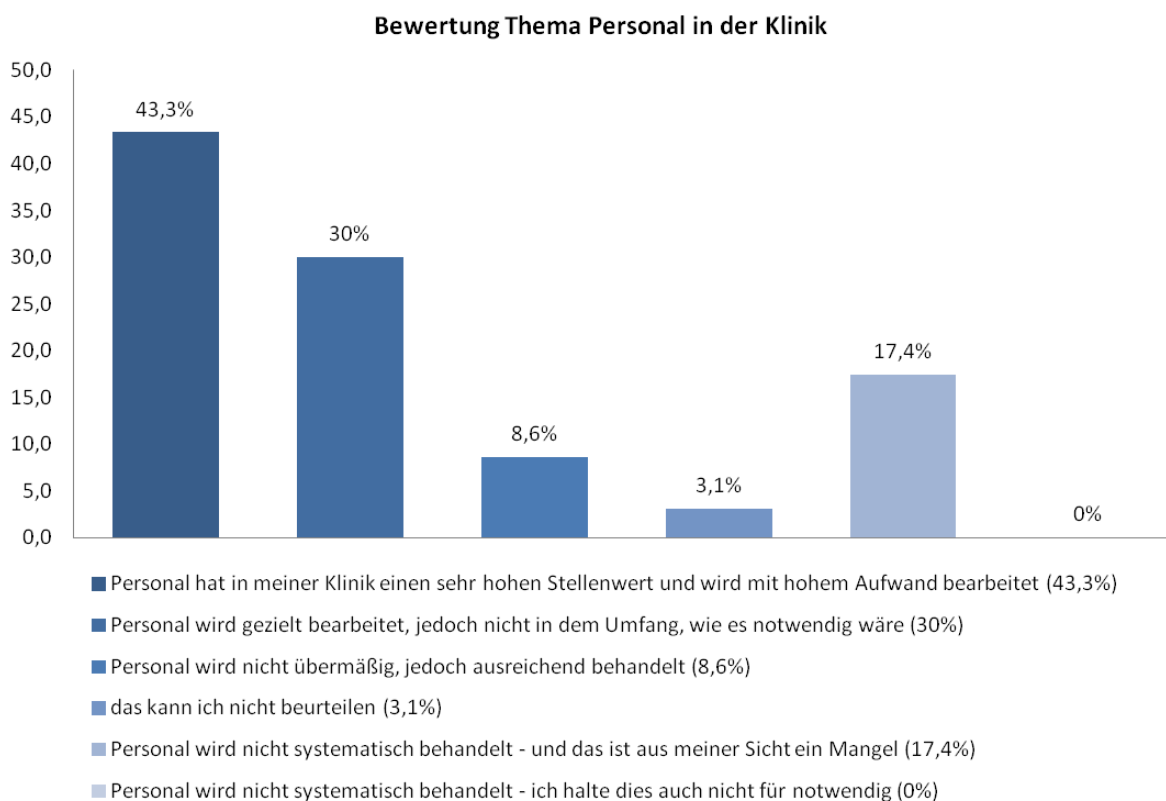


Das Ergebnis ist ähnlich eindeutig wie bei der Fort- und Weiterbildung: Ein Großteil der Kliniken bietet den Mitarbeitern ein betriebliches Gesundheitsmanagement (79,7 Prozent). 15,3 Prozent der Responder geben an, dass es in ihrer Einrichtung bislang kein betriebliches Gesundheitsmanagement gibt, sich dies aber in der Zukunft ändern soll. Nur eine kleine Minderheit von 5,1 Prozent gibt an, dass eine solche Maßnahme nicht nötig sei.

Das Ergebnis zeigt, dass betriebliches Gesundheitsmanagement als Element des Personalmanagements fest etabliert ist – auch dies ist eine deutliche Weiterentwicklung im Vergleich zu früher. Betriebliches Gesundheitsmanagement ist kein festes Set von bestimmten Interventionen und Werkzeugen, sondern muss an die jeweilige Arbeits- und Mitarbeiter-Situation angepasst werden. In empirischen Studien konnten Nachweise für den positiven Effekt auf Absentismus, Drogenmissbrauch und Prävention psychischer Krankheiten erbracht werden, dagegen steht der Nachweis eines Einflusses auf die individuelle Produktivität von Mitarbeitern (noch) aus. (I Sockoll, I Kramer und W Bödeker: Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2000 bis 2006. iga.Report 13, Essen, Dresden, Bonn, Siegburg).



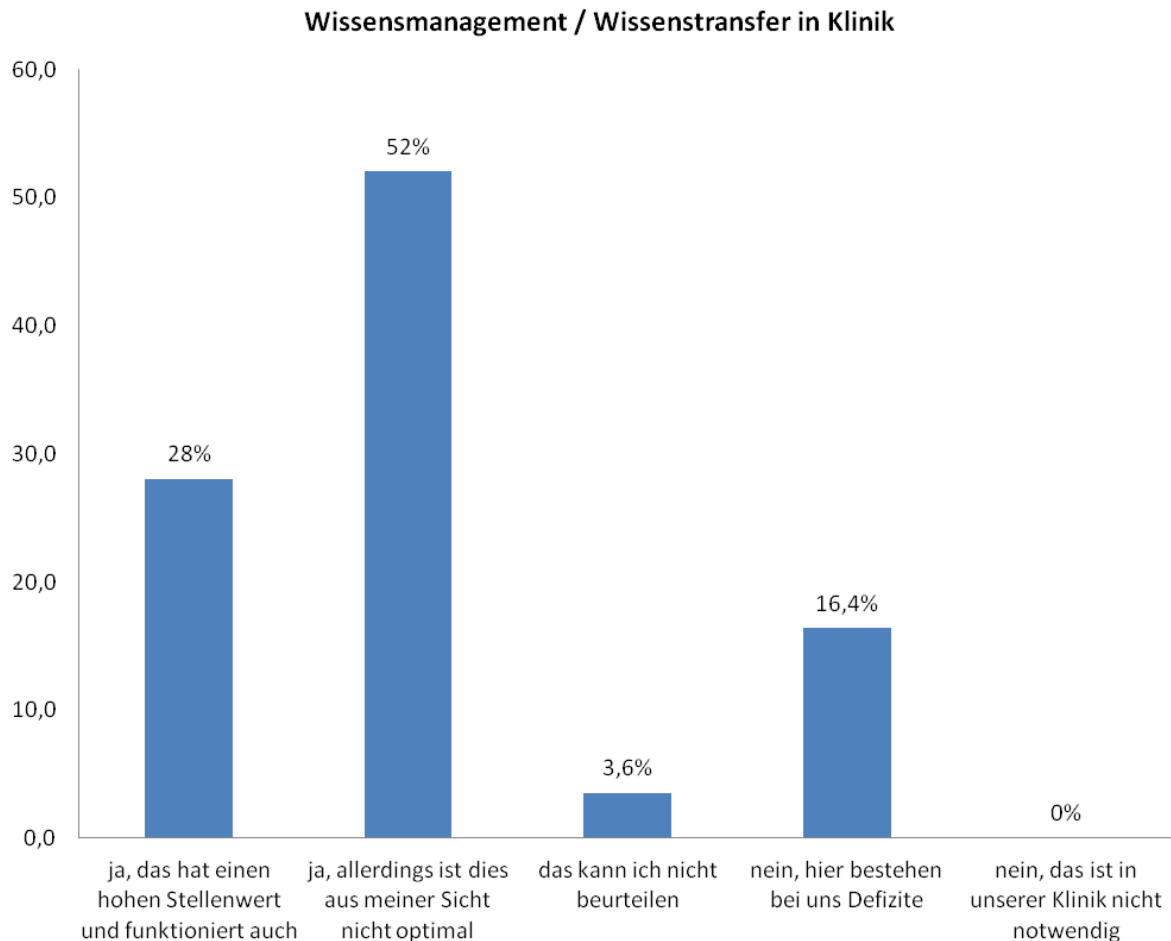
Abbildung 27: Ganz allgemein: Wie bewerten Sie das Thema Personal (sowohl ärztlich als auch nicht-ärztlich) in Ihrer Klinik? (Mehrfachnennungen möglich, n=420)



Nicht überraschend: Grundsätzlich hat das Thema Personal einen sehr hohen Stellenwert bei den leitenden Klinikärzten, deutlich mehr als bei den Niedergelassenen. Keiner der Befragten ist der Meinung, dass es nicht notwendig sei, Personalangelegenheiten systematisch zu behandeln. 43,3 Prozent bearbeiten Angelegenheiten rund um das Personal mit hohem Aufwand aufgrund des hohen Stellenwertes. 30 Prozent bearbeiten Personalsachen gezielt, würden aber gern mehr Zeit investieren. 8,6 Prozent sind der Meinung, dass dieses Thema ausreichend behandelt wird. 17,4 Prozent wissen, dass Personalsachen in Ihrer Klinik nicht systematisch angegangen werden, und dass dies ein Mangel ist. Ein möglicher Hintergrund hierfür sind Konflikte bzw. Kompetenzdiskussionen zwischen Klinikleitung und Administration. Im Idealfall sollte das Personalmanagement eines Hauses eng zwischen der medizinisch-fachlichen Leitung und einer spezialisierten Personalabteilung erfolgen. Ein gewisses Maß an Konflikten bleibt dabei meist nicht aus. Entscheidend ist jedoch einen Modus operandi zu finden, der unterschiedliche Interessen so gut wie möglich vereint.



Abbildung 28: Erfolgt innerhalb Ihrer Klinik ein Wissensmanagement / Wissenstransfer (d.h. eine systematische Auseinandersetzung mit der Frage, wie Wissen und Erfahrung weitergegeben wird)? (n=421)



Auch das Bekenntnis zum Wissensmanagement fällt bei den Klinikärzten eindeutig aus: 80 Prozent der Befragten geben an, dass eine Weitergabe von Wissen in der Klinik stattfindet. Bei 28 Prozent hat dies einen sehr hohen Stellenwert und funktioniert gut. 52 Prozent geben an, dass Wissenstransfer stattfindet, es allerdings Verbesserungspotential in diesem Bereich gibt. 16,4 Prozent der Befragten geben an, dass es Defizite gibt. Kein Responder gab an, ein permanenter Wissenstransfer sei nicht nötig.

Die sehr hohe Quote von Klinikärzten, die ein Defizit sehen, ergibt sich – ähnlich wie bei den Niedergelassenen – wahrscheinlich aus der Uneindeutigkeit des Begriffs „Wissensmanagement“. Vermutlich werden viele wahrgenommene Defizite unter dieser Kategorie subsum-



miert. Um die vielfältigen Schwierigkeiten abzubilden, die sich dahinter verbergen, wäre jedoch eine differenziertere Analyse notwendig.

Eine detaillierte Analyse in den verschiedenen Facharztgruppen war nicht möglich, da die Anzahl der Rückläufe pro Gruppe zu klein geworden wäre, um aussagekräftige Ergebnisse zu bieten.

In jedem Fall ergeben sich aus den Ergebnissen eindeutige Hinweise, dass modernes Personalmanagement bei einem Großteil der Kliniken etabliert ist und dass leitende Klinikärzte ein gutes Verständnis für die Bedeutung von Personalführung haben.



5 Zusammenfassung und Diskussion

Diese Fassung der achten Studie zu „Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit“ hat vier spezielle Themenbereiche detailliert betrachtet: Das *Einkommen* der niedergelassenen Ärzte, Zahnärzte und Psychologischen Psychotherapeuten, das *Praxis-Marketing*, *soziale Problematiken junger Patienten in Praxis und Klinik* sowie *Ressource Mitarbeiter in Praxis und Klinik*.

Einkommen

Nach wie vor erzielen die Arztpraxen in Deutschland rund 90 Prozent ihres Umsatzes durch Leistungen der GKV und der PKV. Der Anteil des GKV-Umsatzes liegt leicht unter dem Wert des Vorjahres bei 67,4 Prozent (2012: 68 Prozent), bleibt jedoch über mehrere Jahre hinweg betrachtet recht stabil. Der Anteil der Selbstzahlerleistungen ist im zweiten Jahr in Folge gestiegen und macht inzwischen 7,9 Prozent des Praxisumsatzes aus.

Die insgesamt nur marginalen Verschiebungen zeigen die Stabilität des Systems und die weiterhin große Bedeutung des GKV-Systems in der Finanzierung ärztlicher Praxen. Trotz intensiver Diskussion um Wettbewerb, mehr private Verantwortung, Versorgungsinnovation und individualisierte Medizin zeigen sich auf der Ebene der einzelnen Praxis praktisch keine Änderungen.

Praxis-Marketing

Über die Jahre gesehen schwankt die Beurteilung der Wichtigkeit von Marketingmaßnahmen, was sicherlich sowohl von makropolitischen Rahmenbedingungen, Standespolitik, Finanzlage im Gesundheitssektor als auch der individuellen Wahrnehmung abhängt. Die „Marketing-Durchdringung“ zeigt im Zeitverlauf keinen Trend. Die starke Schwankung ist eher ein Hinweis auf vielfache Unsicherheit und die „klassische“ Reaktion von Betrieben, als erstes beim Marketing zu sparen oder kurzfristig auch das Budget dort zu erhöhen – auch wenn dies nicht im Sinne eines nachhaltigen und strategisch geplanten Marketings ist. Die ausgeprägten Schwankungen sprechen zudem für einen hohen Bedarf an fachlicher Unterstützung in diesem Bereich. Jede Praxis ist 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.

Das Internet (Homepage / Teilnahme an Internet-Verzeichnissen) dominiert deutlicher als je zuvor als wichtigste Marketing-Maßnahme: Seit 2008 steht die Präsenz im Internet unangefochten an erster Stelle, nach einer Steigerung um rund sechs Prozent im Vorjahr konnte der Wert nun erneut rund 13 Prozent zulegen. Im Vergleich dazu verlieren klassische Maßnahmen wie Zeitungsanzeigen, Visitenkarten und sogar die eigenen Mitarbeiter an Boden.

Soziale Problematiken junger Patienten in Praxis und Klinik

Befragt man Ärzte, die Kinder und Jugendliche mindestens regelmäßig behandeln, wie viele der jungen Patienten aus ihrer Sicht überdurchschnittliche soziale Probleme haben, so erhält man alarmierende Antworten: Etwa 50 Prozent der Ärzte, die sich hier eine fundierte Einschätzung zutrauen, sehen einen mindestens signifikanten Anteil an Kindern und Jugendlichen mit sozialen Problemen, die über das alterstypische Maß hinausgehen. Dabei spielt es keine Rolle, ob die betreffenden Ärzte niedergelassen sind oder in einer Klinik arbeiten. Es handelt sich hier also offenbar um ein grundlegendes Phänomen, das nicht von besonderen Gegebenheiten in Praxis oder Klinik abhängt. Die hohe Quote der Ärzte, die gravierende Probleme konstatieren, ist ein deutliches Alarmsignal, das zeigt, dass in diesem Bereich zusätzliche Hilfen für die Betroffenen dringend notwendig sind. Den größten Handlungsbedarf sehen dabei sowohl Niedergelassene wie auch leitende Klinikärzte in der gezielten Arbeit mit den Familien (frühe Hilfen) und der Sozialarbeit. Eine stärkere soziale Verpflichtung (z.B. Arbeitseinsatz) sowie eine gezielte psychiatrische Behandlung werden ambivalent gesehen: Ein Teil der Ärzte bewertet dies positiv, ein ähnlicher Teil lehnt diese Maßnahmen eher ab. Ein verstärktes polizeiliches oder strafrechtliches Vorgehen wird weitgehend abgelehnt, und auch ökonomische Anreize stellen für die meisten Responder keine Alternative dar.

Ressource Mitarbeiter in Praxis und Klinik

Für die weit überwiegende Mehrzahl an Praxen ist die Einstellung von neuen Mitarbeitern ein seltenes Ereignis. Aufgrund des damit verbundenen Risikos kann daher in vielen Fällen externe Hilfe sinnvoll sein. In der *Klinik* stellt sich die ist Sachlage systembedingt anders dar:



Hier ist die Einstellung neuer Mitarbeiter meist ein wichtiger, regelmäßiger Teil der Arbeit leitender Klinikärzte.

Fort- und Weiterbildungen werden in 85,2 Prozent der Praxen grundsätzlich angeboten, entweder geplant (46,5 Prozent) oder spontan bei akutem Bedarf (38,7 Prozent). Noch beeindruckender sind die Zahlen im Klinikbereich: Hier gaben 99 Prozent der Befragten an, dass Maßnahmen angeboten werden, 77,8 Prozent sogar geplant und systematisch. Im Gegensatz zu den niedergelassenen Ärzten, bei denen immerhin 14,5 Prozent Fortbildungen für nicht notwendig halten, liegt die Ablehnungsquote bei den Klinikärzten bei 0 Prozent.

Beim betrieblichen Gesundheitsmanagement in Arztpraxen zeigt die Studie Nachholbedarf auf: Mehr als ein Viertel der niedergelassenen Ärzte hält dies immer noch für unnötig – trotz der bekannten Belastungen und Stressfaktoren gerade für Angehörige der helfenden und pflegenden Berufe. Besser stellt sich die Situation in Kliniken dar: Hier bieten fast 80 Prozent der Kliniken ihren Mitarbeitern ein betriebliches Gesundheitsmanagement an. Nur eine kleine Minderheit von 5,1 Prozent hält dies nicht für notwendig.

Der Großteil der niedergelassenen Ärzte weiß um die Bedeutung des Themas Personal. Warum allerdings jeder fünfte Praxisinhaber das Thema „Personal“ nicht mit der von ihm als sinnvoll erachteten Intensität bearbeitet, lässt sich ohne weitere Untersuchungen nicht beantworten: Vieles deutet darauf hin, dass neben allgemeinem Zeitmangel auch Wissensdefizite und die Zurückhaltung beim Einkauf externer Spezialisten eine wichtige Rolle spielen. Dies eröffnet beispielsweise Kassenärztlichen Vereinigungen ein mögliches Betätigungsfeld: Sie könnten durch spezielle Hilfsangebote die einzelnen Praxen in diesem Bereich unterstützen. Im Gegensatz zu den niedergelassenen Ärzten bewerteten die leitenden Klinikärzte den Stellenwert des Themas Personal dagegen deutlich höher.

Bei der Frage, ob in der Praxis bzw. Klinik ein systematisches Wissensmanagement stattfindet, konstatierte ein großer Teil der jeweils Befragten Mängel. Dies ist möglicherweise durch die unscharfe Definition des Begriffs bedingt: Vermutlich werden viele wahrgenommenen Defizite unter „mangelnder Wissenstransfer“ subsummiert. Um die vielfältigen Schwierigkeiten abzubilden, die sich dahinter verbergen, wäre jedoch eine differenziertere Analyse notwendig.



6 Ausblick

Die Studie „Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit 2013“ zeichnet ein differenziertes Bild einzelner Aspekte bei niedergelassenen Ärzten und leitenden Klinikärzten. Gemäß unserer Intention, die gesundheitspolitische Diskussion anzuregen und mit aussagekräftigen Informationen anzureichern, konnten bei den niedergelassenen Ärzten im Bereich „Einkommen“ und „Marketing“ langfristige Trends bestätigt werden. Es wird in Zukunft darum gehen, detaillierter einzelne Praxistypen zu identifizieren, um Modelle aufzuzeigen, wie sich die genuin ärztliche Arbeit mit Patienten und ein langfristiger betriebswirtschaftlicher Erfolg verbinden lassen.

Bei der Thematik „*Ressource Mitarbeiter*“ zeigte sich, dass mehr als ein Viertel der niedergelassenen Ärzte ein betriebliches Gesundheitsmanagement noch immer für unnötig halten – trotz der inzwischen weithin bekannten Belastungen und Stressfaktoren, denen Angestellte in helfenden und pflegenden Berufen ausgesetzt sind. Es wäre denkbar, in einer der kommenden Studien genauer zu untersuchen, warum es zu dieser Einschätzung kommt und wo die Hürden für eine Einführung einer solchen Maßnahme liegen.

Untersuchenswert erscheint auch die Frage, warum jeder fünfte niedergelassene Arzt das Thema „Personal“ nicht mit der Intensität bearbeitet, die er als sinnvoll erachten würde. Vieles deutet darauf hin, dass neben allgemeinem Zeitmangel auch Wissensdefizite und die Zurückhaltung beim Einkauf externer Spezialisten eine wichtige Rolle spielen. Eine genauere Analyse der Gründe könnte dazu beitragen, spezielle Hilfsangebote zu entwickeln, die Praxen in diesem Bereich unterstützen.

Bei der Fragestellung, ob in ihrer Praxis bzw. Klinik ein systematischer Wissenstransfer stattfindet, klagten sowohl bei den Niedergelassenen als auch den Klinikärzten auffällig viele Befragte über Defizite und nicht optimal funktionierende Systeme. Vermutlich ist jedoch der Begriff „Wissenstransfer“ zu unscharf, so dass wahrscheinlich eine Vielzahl unterschiedlicher wahrgenommener Defizite unter dieser Kategorie subsummiert wird. Auch hier wäre es denkbar, das Thema in einer der kommenden Studien erneut aufzugreifen, um differenzierter zu analysieren, welche vielfältigen Schwierigkeiten sich dahinter verbergen. Die Ergebnisse könnten dann dazu beitragen, praxisorientierte Schulungsangebote zu entwickeln.



GGMA Gesellschaft für Gesundheitsmarktanalyse mbH
Parkallee 20, 20144 Hamburg
Tel. 040 / 39 80 46 90, Fax 040 / 39 80 46 91
info@ggma.de, www.ggma.de



Stiftung Gesundheit
Behringstraße 28 a, 22765 Hamburg
Tel: 040 / 80 90 87 - 0, Fax. 040 / 80 90 87 - 555
info@stiftung-gesundheit.de, www.stiftung-gesundheit.de