

Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit 2012

**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 2012

**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
und

Leibniz FH School of Business, Hannover

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
<i>2.1 Stichprobe, Datenerfassung und Aufbereitung</i>	<i>6</i>
<i>2.2 Beschreibung der Stichprobe und der Responder</i>	<i>8</i>
3 Ergebnisse – Teil 1: Niedergelassene	9
<i>3.1 Das Einkommen der niedergelassenen Ärzte</i>	<i>9</i>
<i>3.1.1 Ertragsquellen der Praxis</i>	<i>9</i>
<i>3.2 Praxis-Marketing</i>	<i>11</i>
<i>3.2.1 Wichtigkeit von Marketingmaßnahmen</i>	<i>11</i>
<i>3.2.2 Marketing-Budget</i>	<i>13</i>
<i>3.2.3 Veränderungen im Marketing-Budget 2013</i>	<i>15</i>
<i>3.2.4 Wichtigste Marketingmaßnahmen</i>	<i>16</i>
<i>3.2.5 Marketingziele</i>	<i>17</i>
<i>3.3 Praxis-Homepage</i>	<i>20</i>
4 Ergebnisse – Teil 2: Leitende Klinikärzte	24
<i>4.1 Besondere Leitungs-Verantwortung</i>	<i>25</i>
<i>4.1.1 Funktion in der Klinik</i>	<i>25</i>
<i>4.2 Bonifikationen für Chefärzte</i>	<i>28</i>
5 Zusammenfassung und Diskussion	33
6 Ausblick	36



1 Einführung

Die kommunikative Moderne hat de facto in vollem Umfang die allermeisten Arztpraxen erreicht. Für die diesjährige Untersuchung haben wir, wie schon in den Jahren zuvor, einen Schwerpunkt auf Praxismarketing, Praxis-Homepage und Social Media bei den niedergelassenen Ärzten, Zahnärzten und Psychologischen Psychotherapeuten gelegt, da zumindest das Praxismarketing, aber auch immer mehr die Praxis-Homepage inzwischen integraler Bestandteil einer Arztpraxis und funktional die Eröffnung der Patientenkommunikation sind. Es soll hier allerdings ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass ein (kleiner) Teil der niedergelassenen Ärzte aus nachvollziehbaren Gründen Formen der IT-gestützten Datenverarbeitung und modernen Kommunikation grundsätzlich ablehnt oder nicht implementiert. Diese Ärzte werden mit unserer Studie naturgemäß nicht erreicht, grundsätzlich alternative Formen der Patientenansprache und –kommunikation werden in der diesjährigen Studie nicht diskutiert, obwohl dies sicherlich bedenkens- und diskussionswürdig wäre.

Die Erfahrung aus der täglichen Arbeit der Stiftung Gesundheit zeigt zudem heute keine signifikanten Wahrnehmungs- und Nutzungsdifferenzen zwischen den verschiedenen Altersgruppen. Die „digital natives“, die mit der modernen IT- und Netzstruktur aufgewachsene Generation, die angeblich eine grundsätzliche andere Attitüde zur Nutzung des Internet, Kommunikation und Wahrung von Privatheit hat, ist (noch) nicht bei den niedergelassenen Ärzten angekommen. Hier wird sich in einigen Jahren zeigen, inwieweit dieses Postulat empirisch beleg- und belastbar sein wird.

Neben den regelmäßigen Erhebungen der Einschätzung der Bedeutung des Faktors Praxismarketing, der tatsächlichen Bereitstellung eines Budgets hierfür, der angestrebten Ziele und der wichtigsten Marketing-Instrumente wird in diesem Jahr zusätzlich auch nach der Kommunikation mit Hilfe von Social-Media-Portalen bzw. -Instrumenten gefragt.

Neu in der Erhebung 2012 ist, dass wir uns mit unserer Studie auch an die leitenden Klinikärzte gerichtet haben. Denn auch im Bereich der Klinikärzte gibt es seit langem Themen von großem Interesse – auch in den Medien. Und so haben wir uns erstmals mit einem eigenen Fragebogen auch an diese Ärzte, Manager und Funktionsträger gewandt, um die Meinung zu Themen wie ärztliche Gutachten und Bonifikationen für Chefärzte abzufragen.



Vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen und Fragen untersuchte die Stiftung Gesundheit in einer Online-Befragung die aktuelle Situation der niedergelassenen Ärzte im Jahr 2012. Es wurden die folgenden Themenkomplexe untersucht: (I) Über die Praxis und die Inhaberin/den Inhaber, (II) Die wirtschaftliche Lage (III) Praxis-Marketing, (IV) Praxis-Homepage, (V) Social Media. Die leitenden Klinikärzte wurden mit einem gesonderten Fragebogen angeschrieben, der folgende Themenkomplexe enthielt: (I) Über den Arzt, (II) Besondere Leitungsverantwortung, (III) Ärztliche Gutachten und (IV) Bonifikationen für Chefärzte.



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. Gleichermaßen 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. 25.362 niedergelassene Ärzte, Zahnärzte und Psychologische Psychotherapeuten (PP) sowie 6.806 leitende Klinikärzte wurden erfolgreich online angeschrieben und um Beantwortung des Fragebogens gebeten. Es wurden dabei ausdrücklich keinerlei Anreize zur Beantwortung ausgelobt und im Interesse des ungestörten Praxisbetriebs nicht telefonisch vor- oder nachgefasst. Unter der Annahme eines dreiprozentigen Rücklaufs wurden rund 760 bzw. bei den leitenden Klinikern 204 Antworten erwartet. Tatsächlich geantwortet haben 799 Ärzte, Zahnärzte und Psychologische Psychotherapeuten – eine Antwortquote von 3,4 Prozent – sowie 369 leitende Klinikärzte – eine Antwortquote von 5,4 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 Juli und August 2012.



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 der Niedergelassenen umfasste insgesamt fünf thematische Bereiche. Zwei der Bereiche wurden in *beiden* Online-Fragebögen abgefragt:

Der erste Bereich *(I) Über die Praxis und die Inhaberin/den Inhaber* enthält persönliche Angaben, wie Geschlecht, Jahr der Niederlassung, Frage nach Hausarzt oder Facharzt und welcher Fachgruppe der Befragte angehört.

Im zweiten Bereich geht es um die *(II) Wirtschaftliche Lage*. Wie viele Ärzte sind in der Praxis tätig, wie viele Mitarbeiter, wie hoch ist der Umsatz der Praxis, wie hoch das Bruttoeinkommen?

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

Fragebogen A: (III) Praxis-Marketing
Fragebogen B: (IV) Praxis-Homepage
 (V) Social Media

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

Die leitenden Klinikärzte erhielten alle den gleichen Fragebogen, mit insgesamt vier thematischen Bereichen:

- (I) Über den Arzt
- (II) Besondere Leitungs-Verantwortung
- (III) Ärztliche Gutachten
- (IV) Bonifikationen für Chefärzte



2.2 Beschreibung der Stichprobe und der Responder

Anhand der Strukturdatenbank der Stiftung Gesundheit ist es möglich, die Grundgesamtheit und 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 hier vorliegenden Auswertung wird nur ein Teil der Ergebnisse dargestellt. Der Schwerpunkt liegt dabei bei den Niedergelassenen auf dem Praxismarketing und der Praxis-Homepage, bei den leitenden Klinikärzten auf dem Thema Bonifikation.

In der unten folgenden **Auswertung** werden im **ersten Teil** nur 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.



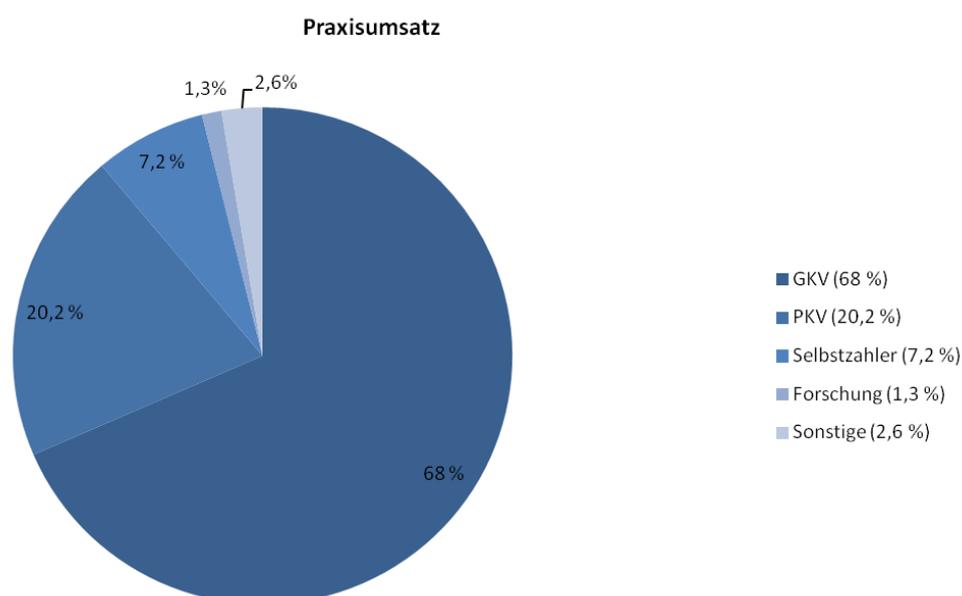
3 Ergebnisse – Teil 1: Niedergelassene

3.1 Das Einkommen der niedergelassenen Ärzte

3.1.1 Ertragsquellen der Praxis

Die Arztpraxen in Deutschland erzielen nach wie vor rund 90 Prozent ihres Umsatzes durch Leistungen der GKV und der PKV. Das Verhältnis zwischen diesen beiden Segmenten hat sich im Vergleich zum Vorjahr leicht zu Gunsten der PKV entwickelt: Der PKV-Umsatz liegt bei 20,2 Prozent (2011 19,2 Prozent) und damit weiterhin überproportional hoch – gemessen daran, dass nur 11,4 Prozent der Deutschen privat versichert sind. Allerdings sind hier auch die privaten Zusatzversicherungen, 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 68 Prozent (2011: 68,7 Prozent).

Abbildung 1: Woraus ergibt sich der Umsatz Ihrer Praxis? (n=769)



Über einen längeren Zeitraum gesehen ist eine leichte Steigerung der GKV-Umsätze zu beobachten: Vor sechs Jahren lag der Anteil bei lediglich 65 Prozent. Der PKV-Anteil hat sich in diesem Zeitraum kaum verändert. Zurückgegangen ist dagegen die Position „Forschung“. Der



Anteil der Selbstzahlerleistungen ist nach einem leichten Rückgang in den Vorjahren wieder angestiegen und beträgt nun 7,2 Prozent (2011: 6 Prozent, 2010: 6,1 Prozent).

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

Es gibt anekdotische Hinweise auf vermehrt oder zumindest systematischer betriebene Nischensuche und Nischenbildung auch unter niedergelassenen Ärzten, die mit bestimmten Arbeitszeitmodellen und Honorarquellen-Differenzierung ihre individuelle Präferenzen abbilden.

Wie im letzten Jahr bereits konstatiert, ist das System aber insgesamt weitgehend stabil.

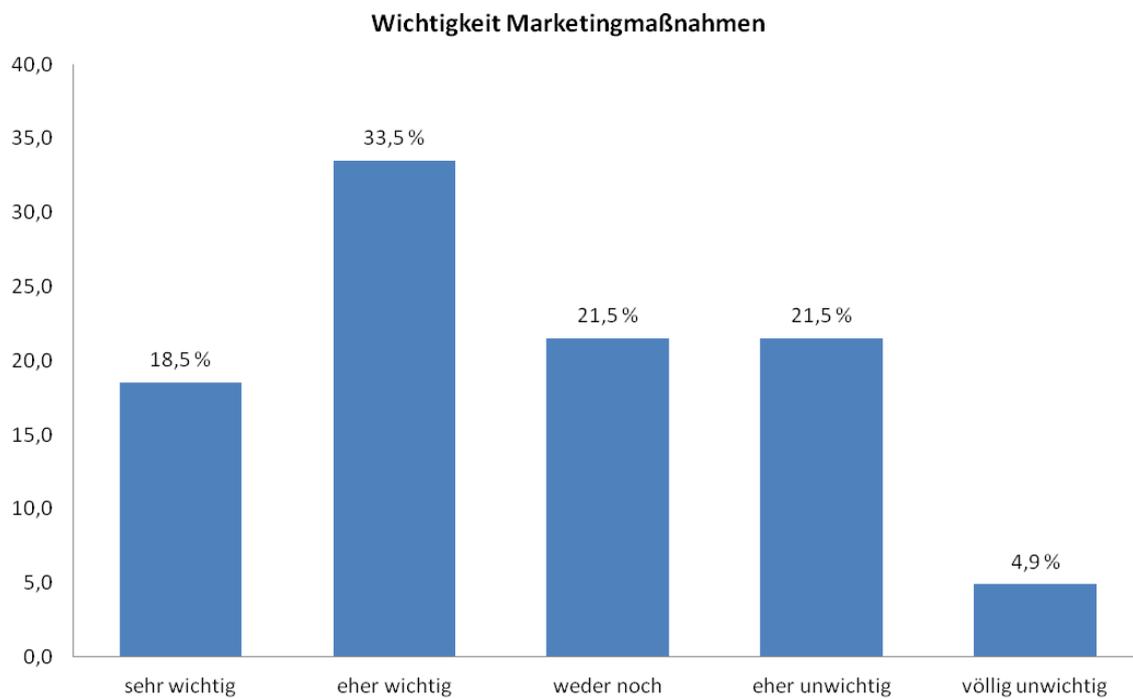


3.2 Praxis-Marketing

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=367)





Im Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil der Ärzte, die Praxis-Marketing grundsätzlich befürworten („sehr wichtig“ / „eher wichtig“), erneut gestiegen. Während die Anzahl der Unentschlossenen („weder noch“) konstant geblieben ist, gibt es in diesem Jahr, ähnlich wie in 2010, wieder weniger Gegner („eher unwichtig“ / „völlig unwichtig“). Besonders auffällig ist die Tatsache, dass die überzeugten Gegner („völlig unwichtig“) mit 4,9 Prozent deutlich weniger vertreten sind als noch im letzten Jahr (8,5 Prozent).

Der Anteil der Ärzte, die Marketing für „sehr wichtig“ halten, liegt in der diesjährigen Studie deutlich über dem Anteil der Ärzte, die ein Marketing-Budget für ihre Praxis festgelegt haben. In den Jahren zuvor, abgesehen 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 2012

	(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 %

Über die Jahre gesehen schwankt die Beurteilung der Wichtigkeit von Marketingmaßnahmen sehr stark, was sicherlich sowohl von makropolitischen Rahmenbedingungen, Landespolitik, 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

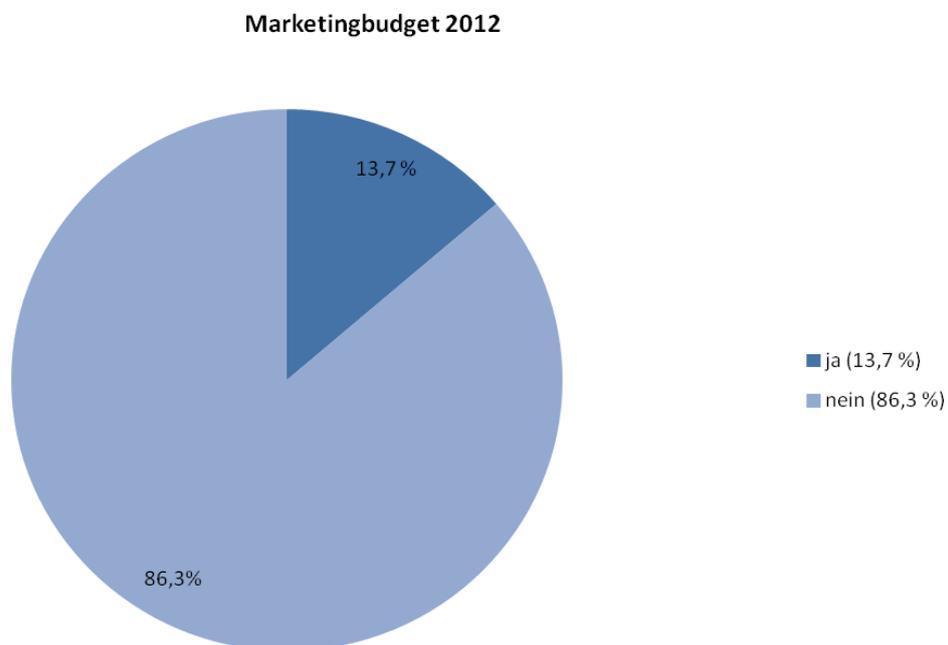


ersichtlich mit stark schwankenden Werten im Zeitverlauf. Hier lässt sich kein Trend identifizieren, eher ist die starke Schwankung auch ein Hinweis auf vielfache Unsicherheit und die „klassische“ Reaktion von Betrieben, als erstes beim Marketing zu sparen oder kurzfristig auch das Budget dort zu erhöhen – was aber, wie bekannt, eben nicht im Sinne eines nachhaltigen und strategisch geplanten Marketing ist.

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, 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.

Abbildung 3: Haben Sie ein Marketing-Budget für Ihre Praxis für 2012 festgelegt? (n=364)





In den vergangenen zwei Jahren scheint sich die Anzahl der Ärzte, die ein Marketing-Budget festgelegt hat, mit 13,7 Prozent (2011: 14 Prozent) wieder auf einen durchschnittlichen Wert eingependelt zu haben (siehe Abb. 3). Die Schwankungen der Werte über die Jahre deuten ebenfalls darauf hin, dass Marketing oftmals nicht langfristig und strategisch geplant wird, oder bestehende Planungen aufgrund kurzfristiger finanzieller Erwägungen geändert werden.

Weiterhin findet ein geplantes und budgetiertes Marketing nach wie vor nur in einer Minderheit von Arztpraxen statt. Aufgrund der Erfahrungen in den letzten Untersuchungen sind schnelle Veränderungen hier nicht zu erwarten, auch ist ein langfristiger Trend hin zu einer „marketing-driven“ Arztpraxis nicht anzunehmen (und wohl auch nicht zu wünschen).

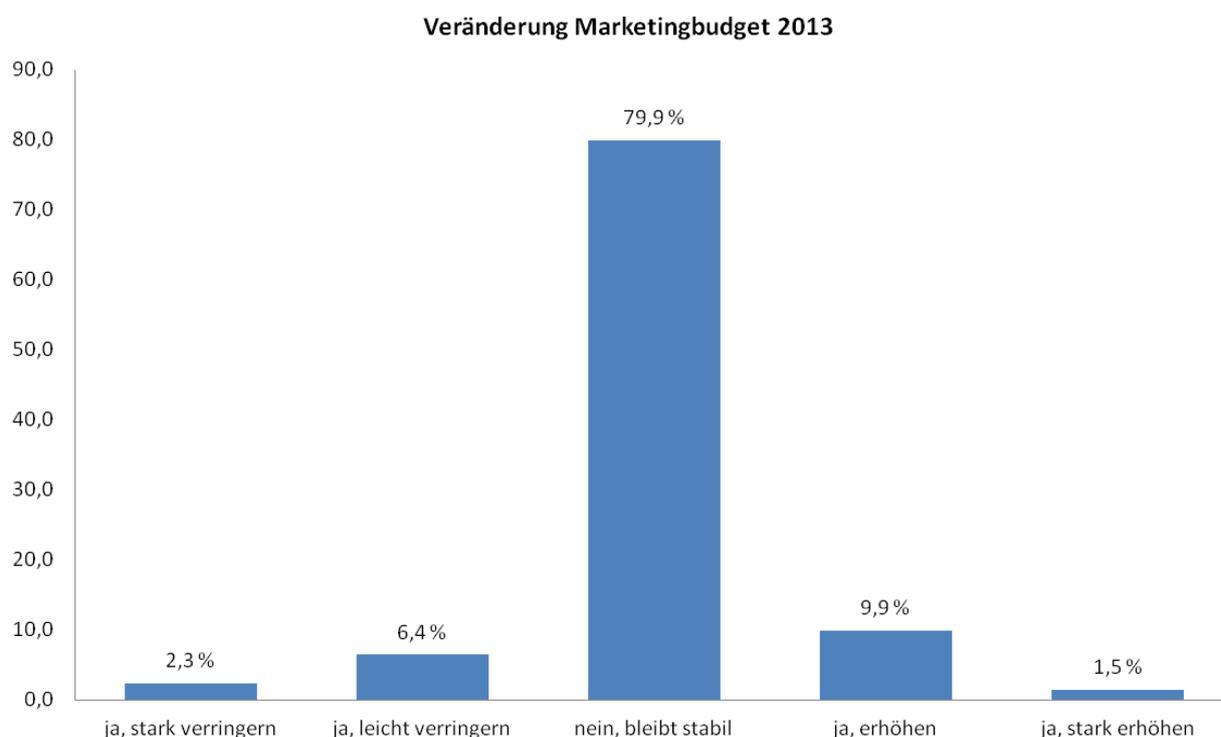
Nichtsdestoweniger wird ein balanciertes Marketing- bzw. Kommunikations-Budget, das den individuellen Ansprüchen des Praxisinhabers und seiner Patienten entspricht, in Zukunft ein wichtiger Baustein der rationalen Praxisführung sein. In Anlehnung an das Watzlawik'sche Diktum „*Man kann nicht nicht kommunizieren*“ wird man zukünftig wohl auch nicht mehr kein Marketing machen können. Auch konsequenter Verzicht auf jede Form von Information und Werbung ist ein Marketing-Statement. Jeder Praxisinhaber ist somit gut beraten, über die Stellung von Marketing in seiner Praxis nachzudenken.



3.2.3 Veränderungen im Marketing-Budget 2013

Im Vergleich zum Vorjahr hat sich der Anteil der niedergelassenen Ärzte, die im kommenden Jahr mehr Geld für Marketing ausgeben wollen, wieder verringert: Statt 14,9 Prozent planen nun nur noch 11,4 Prozent der Ärzte, mehr Geld in dieses Segment zu investieren. Im Gegensatz dazu kündigen 8,7 Prozent der Responder an, im kommenden Jahr weniger Geld für Marketing auszugeben. Im Vorjahr waren es 7,8 Prozent. Insgesamt zeichnet sich wieder eher ein negativer Trend beim Praxis-Marketing ab, der den konjunkturellen Rahmenbedingungen in etwa folgt.

Abbildung 4: Werden Sie Ihr Marketing-Budget 2013 voraussichtlich verändern? (n=343)



Die geplanten Erhöhungen der Investitionen aus dem Vorjahr schlagen sich nicht nieder in einer Erhöhung des Anteils der Praxen mit ausgewiesenem Marketing-Budget. Dies ist natürlich zum einen dadurch bedingt, dass wir kein Panel befragen, somit also nicht wiederkehrend die gleichen Praxisinhaber, sondern jährlich unterschiedliche Gruppen, die naturgemäß in zumindest gewissem Umfang andere Schwerpunkte setzen. Hinzu kommt vermutlich auch, dass in der zweiten Hälfte des Jahres 2011 Eurokrise, Labilität der Finanzmärkte und konjunktureller Abschwung das (wahrgenommene) wirtschaftliche Klima beeinflusst haben.



3.2.4 Wichtigste Marketingmaßnahmen

In welche Marketing-Maßnahmen wird nun investiert? An erster Stelle liegt nach wie vor die Internetpräsenz (Homepage, Teilnahme an Internet-Verzeichnissen) mit 70,7 Prozent (siehe Abb. 5). Sie setzt damit den schwankenden Kurs der Vorjahre auf einem hohen Niveau fort, und ist zum Vergleich des Vorjahres noch einmal um 6,1 Prozent gestiegen. 59,3 Prozent der Ärzte (und damit wieder 4,5 Prozentpunkte mehr als in 2011) zählen die eigenen Mitarbeiter zu den drei wichtigsten Marketingmaßnahmen der Praxis. Platz drei belegt überraschend die klassische Visitenkarte mit 44,8 Prozentpunkten, die damit den Punkt „Äußeres Erscheinungsbild der Praxis“ (43,5 Prozent) in diesem Jahr vom Podest verdrängt.

Abbildung 5: Welches sind für Sie die drei wichtigsten Marketingmaßnahmen für Ihre Praxis? (n=359, Mehrfachnennungen möglich)

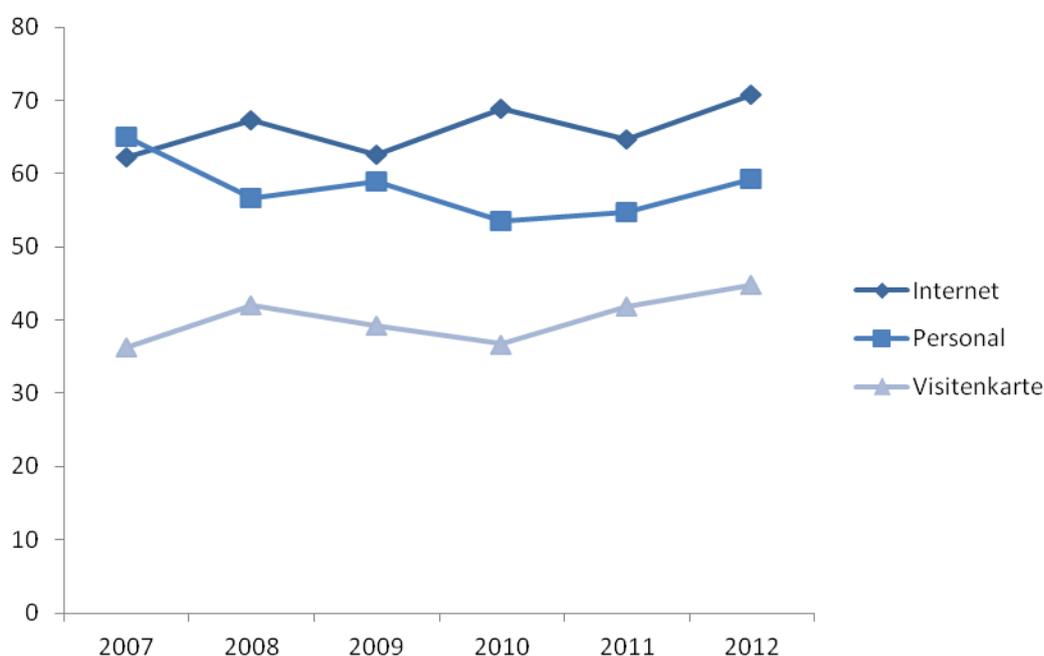


Eine Darstellung der Wichtigkeit dieser drei Kernmaßnahmen im Zeitverlauf (siehe Abb. 6) zeigt die klare Dominanz des Internets. Der klassischen Visitenkarte wurde in den vergangenen sechs Jahren grundsätzlich immer eine Bedeutung zugemessen, dennoch sahen die befragten Ärzte bislang das äußere Erscheinungsbild der Praxis als wichtigere Maßnahme an – wenn auch mit stetig fallender Tendenz. In diesem Jahr nun hat die Visitenkarte das äußere



Erscheinungsbild der Praxis in der Wichtigkeit abgelöst (2012: 43,5 Prozent). Die zugewiesene Relevanz des Praxis-Personals im Marketing hat wieder leicht zugenommen in diesem Jahr (2011: 54,8 Prozent). Stabil geblieben ist die Einschätzung der Bedeutung des Internets, das trotz des schwankenden Kurses seit 2008 durchgehend als wichtigster Faktor für das Marketing gewertet wird und in diesem Jahr noch einmal um rund sechs Prozent gestiegen ist.

Abbildung 6: Bedeutung der wichtigsten Marketingmaßnahmen im Zeitverlauf



3.2.5 Marketingziele

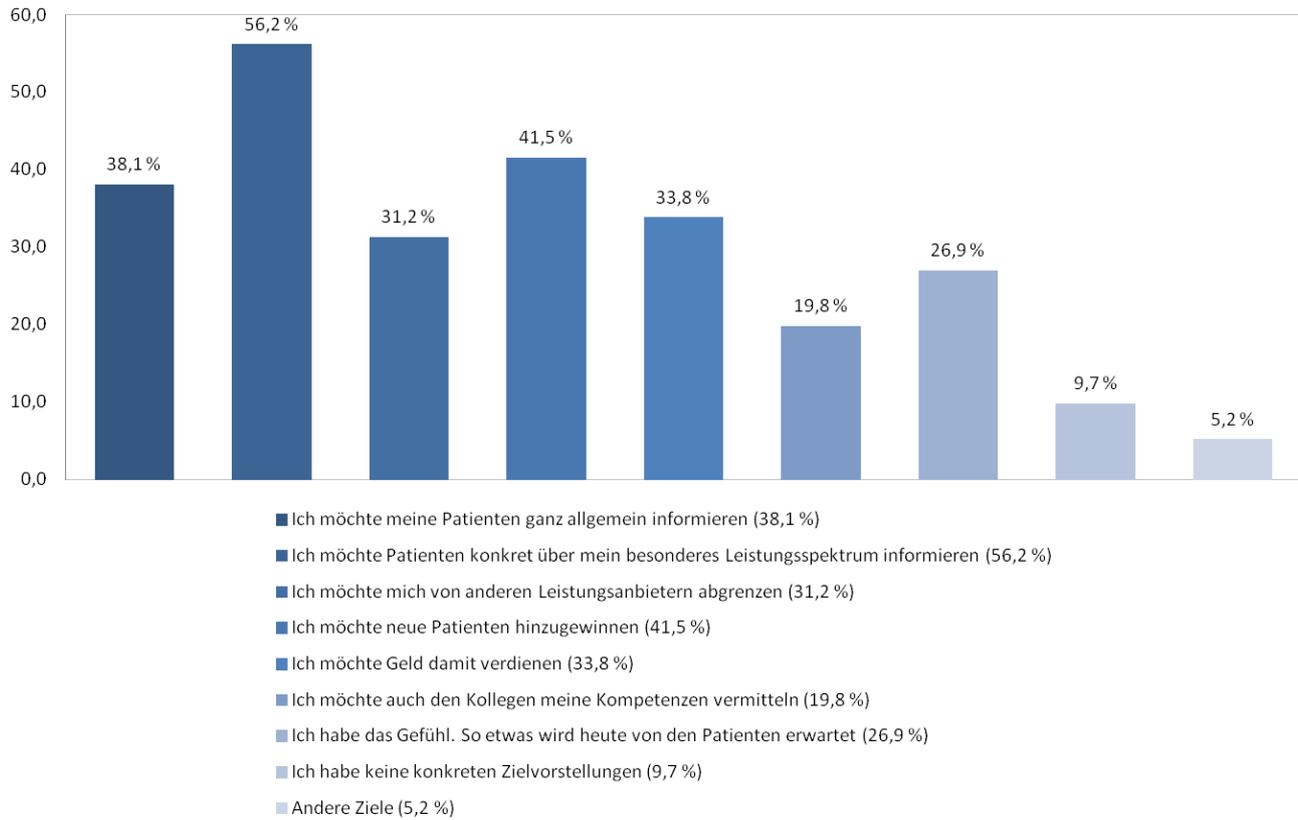
Im Vergleich mit den Ergebnissen aus 2011 ist festzustellen, dass die in 2011 am häufigsten genannten Ziele auch in 2012 die Favoriten der Ärzte sind und ihren Vorsprung noch ausbauen konnten: Ärzte möchten mit ihren Marketing-Maßnahmen ihre Patienten konkret über das eigene Leistungsspektrum informieren (56,2 Prozent der Responder, in 2011: 50,9 Prozent), neue Patienten gewinnen (41,5 Prozent, in 2011: 34,4 Prozent) sowie Patienten allgemein informieren (38,1 Prozent, in 2011: 33,6 Prozent).

Das Motiv „Geld verdienen“ ist prominent mit einem Drittel der Antwortenden vertreten.

Abbildung 7: Welche Ziele verfolgen Sie mit den Marketingmaßnahmen in Ihrer Praxis? (n=349, Mehrfachnennungen möglich)



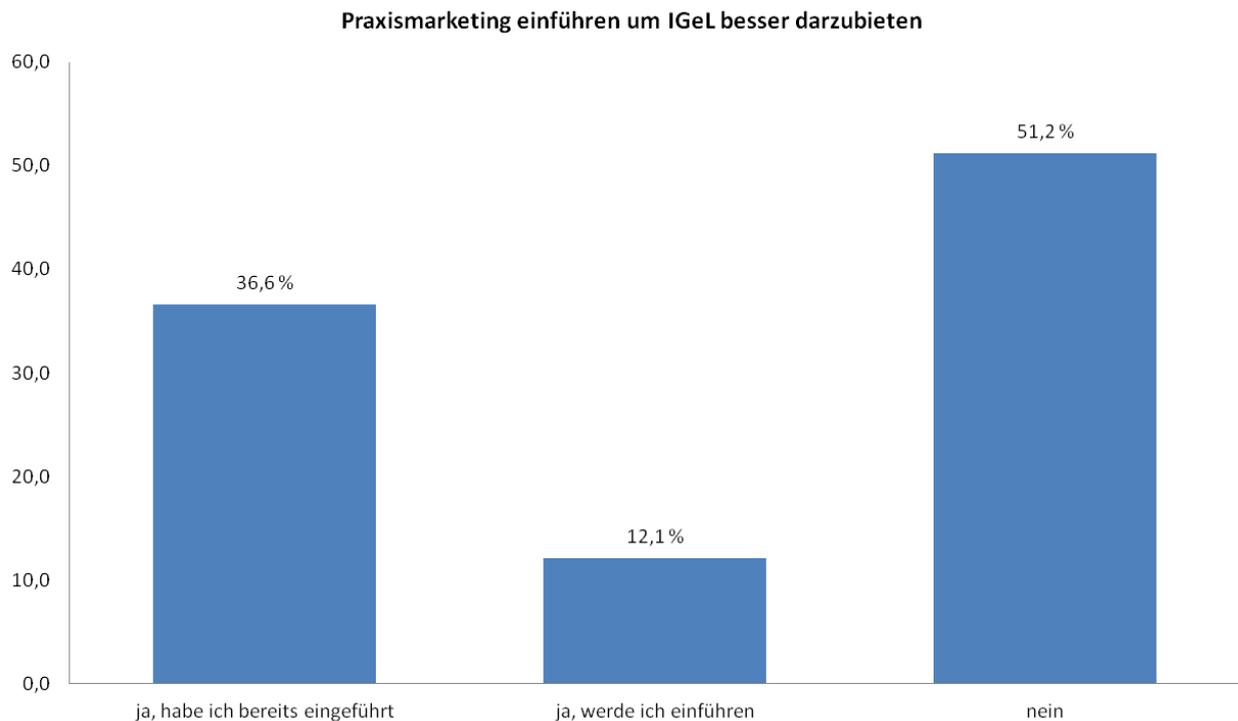
Welche Ziele verfolgen Sie mit den Marketingmaßnahmen in Ihrer Praxis?



Weiter stark zugenommen hat die Aussage, Praxis-Marketing werde von den Patienten heute wohl erwartet (26,9 Prozent der Nennungen, in 2011: 21,8 Prozent). Hier zeigt sich ein großes Potenzial für Unzufriedenheit, denn offenbar fühlen sich die entsprechenden Ärzte nicht von guten Gründen intrinsisch motiviert, sondern von außen gedrängt, in dieser Richtung aktiv zu werden. Auch hier stellt sich die qualitative Frage, ob diese Wahrnehmung der Ärzte die tatsächlichen Intentionen und Wünsche der Patienten reflektiert.



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=363)



Auf die Frage, ob die Ärzte schon einmal daran gedacht haben in der Praxis Marketing einzuführen, um privat zu zahlende, individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) bei Ihren Patienten besser darzubieten, antwortete etwas weniger als die Hälfte, dass sie bereits Maßnahmen aus diesem Grund eingeführt hat bzw. einführen wird. 51,2 Prozent der Ärzte planen keine Einführung von Marketingmaßnahmen, um IGeL besser darzubieten. Unklar ist hier jedoch die spezifische Motivation, die detailliertere Befragungen erfordern würde.

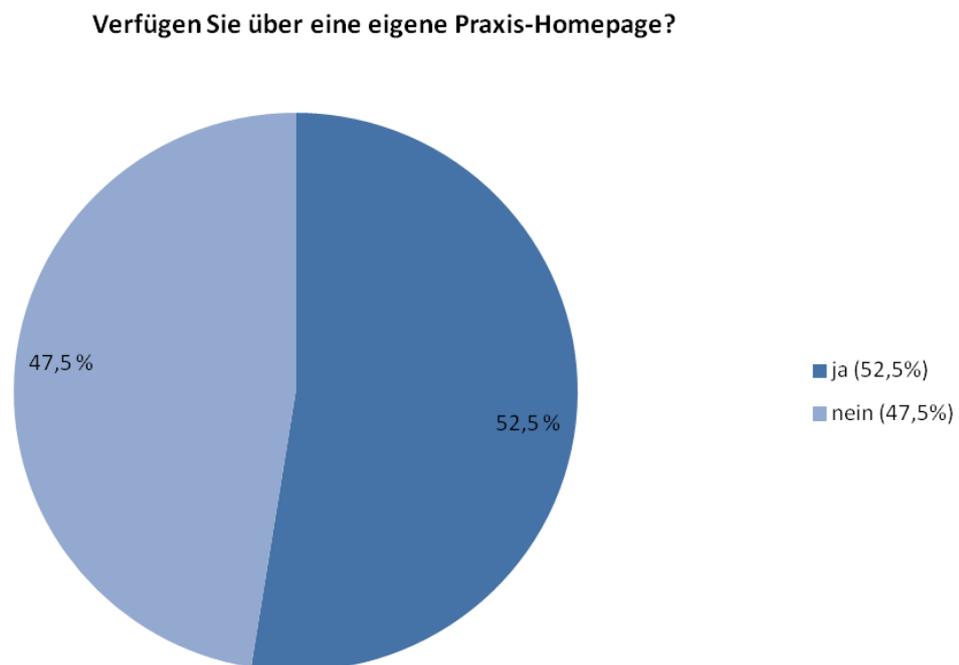


3.3 Praxis-Homepage

Eine eigene Homepage zu haben, ist heutzutage Usus – auch für Ärzte. Bereits in 2008 haben wir im Rahmen unsere Studie die Ärzte danach gefragt, ob sie eine Homepage besitzen. Damals antworteten 54 Prozent mit ja. Die gleiche Frage stellten wir nun in 2012 noch einmal, auch um zu vergleichen, wie sich die Landschaft in den vergangenen vier Jahren verändert hat.

Überraschenderweise haben in 2012 weniger Ärzte mit ja (52,5 Prozent) geantwortet als noch in 2008. Ein Grund dafür könnte sein, dass vor ein paar Jahren noch die sogenannten „Visitenkarten“, also eine Homepage mit dem Umfang lediglich einer Bildschirmseite, verbreitet waren. Diese Internet-Visitenkarten waren schon in 2008 eher veraltet, vermutlich gibt es diese in 2012 nur noch in ganz geringem Umfang.

Abbildung 9: Verfügen Sie über eine Praxis-Homepage? (n=396)

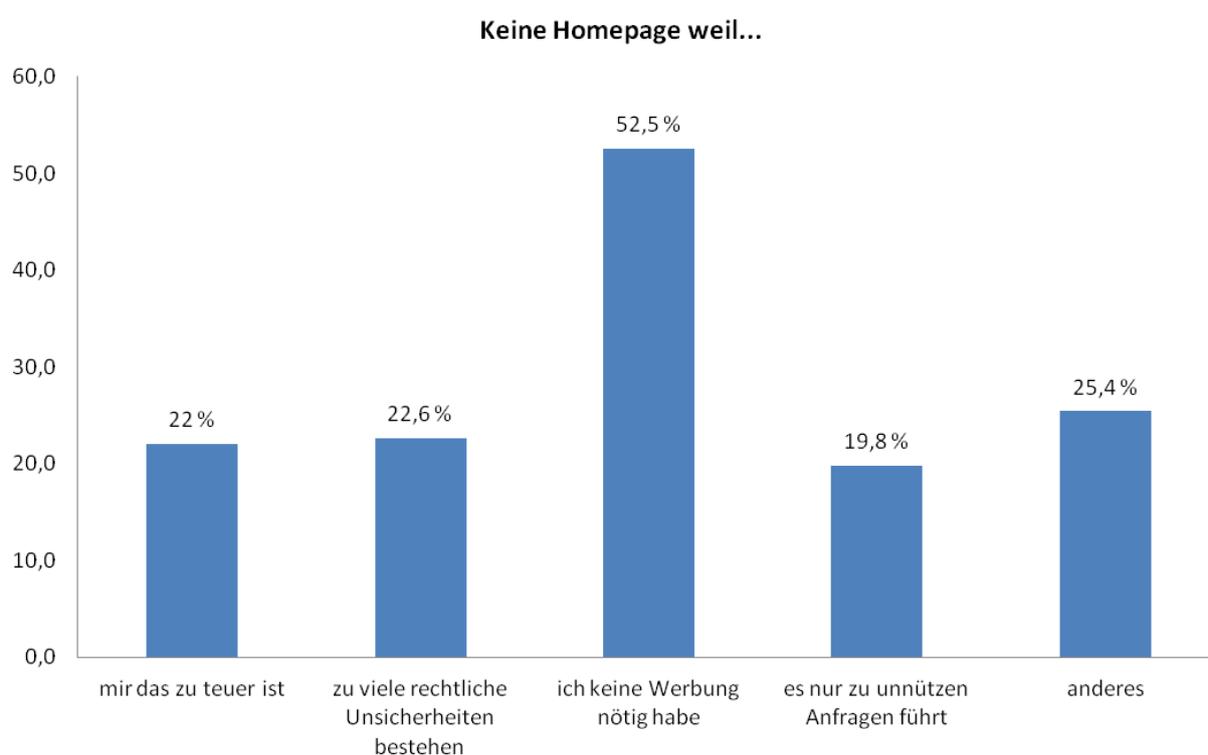


Auf die Frage, warum die Ärzte keine Homepage haben, antworteten über 50 Prozent der Befragten, dass sie keine Werbung nötig hätten. 25,4 Prozent der Responder geben keine bestimmten Gründe dafür an, warum sie keine Homepage haben. 22 Prozent sind der Meinung, dass die Erstellung und Pflege einer Praxis-Homepage zu teuer sei, und 19,8 Prozent sind der



Auffassung, dass eine Homepage nur zu unnützen Anfragen führen könne. Fast ein Viertel der Ärzte sieht zu viele rechtliche Unsicherheiten bei der Erstellung und Pflege einer eigenen Praxis-Homepage (22,6 Prozent). Dies zeigt, dass, die Ärzte sich durchaus 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 Heilmittelwerbegesetzes.

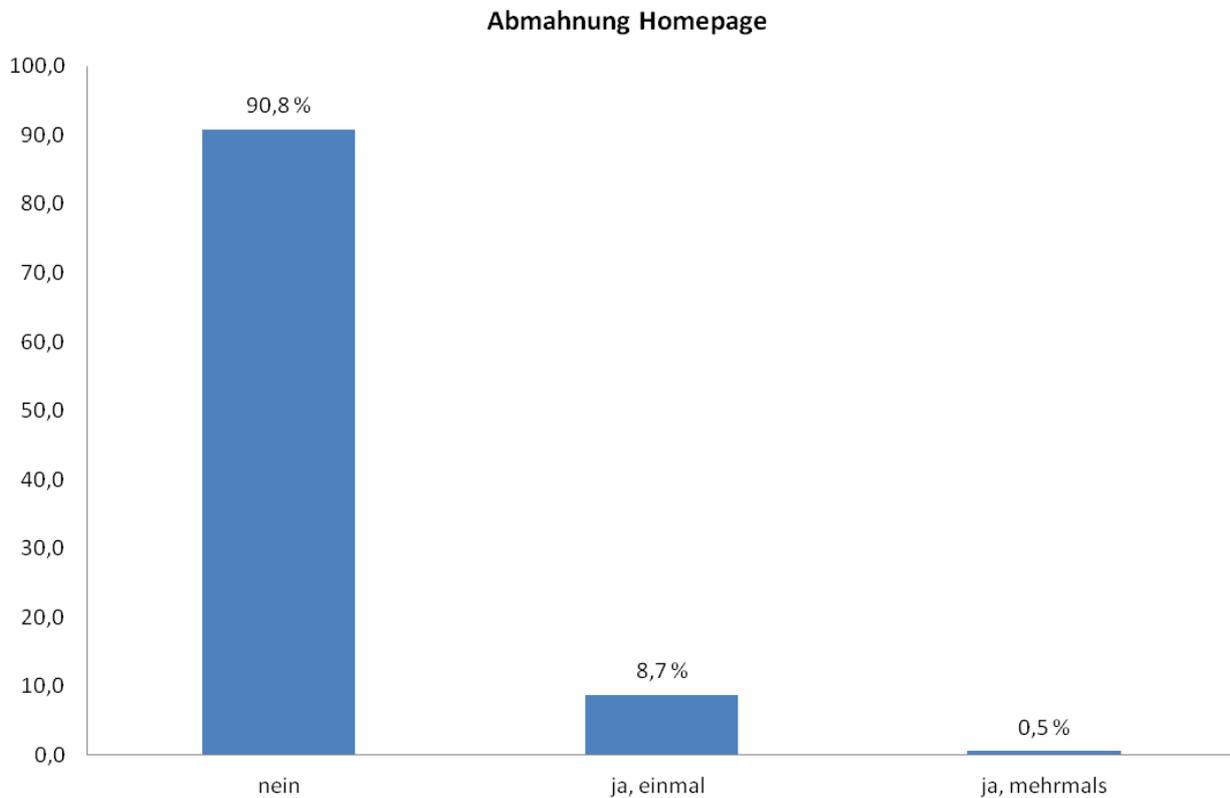
Abbildung 10: Aus welchen Gründen haben Sie keine Homepage? (n=177)



Fragt man nun allerdings die Ärzte, die eine Praxis-Homepage besitzen, ob sie in der Vergangenheit bereits eine Abmahnung wegen eines mutmaßlichen Rechtsverstoßes in der Darstellung der Homepage erhalten haben, so antworten über 90 Prozent mit nein. 8,7 Prozent der Befragten haben bereits einmal eine Abmahnung für ihre Homepage bekommen, 0,5 Prozent sogar mehrfach. In der Studie aus dem Jahr 2008 gaben 7,2 Prozent der Ärzte an bereits einmal eine Abmahnung erhalten zu haben, bei 0,2 Prozent wurde die Homepage mehrfach abgemahnt.



Abbildung 11: Haben Sie als Inhaber der Praxishomepage in der Vergangenheit schon mal eine Abmahnung wegen eines mutmaßlichen Rechtsverstoßes in der Darstellung der Homepage erhalten? (n=206)



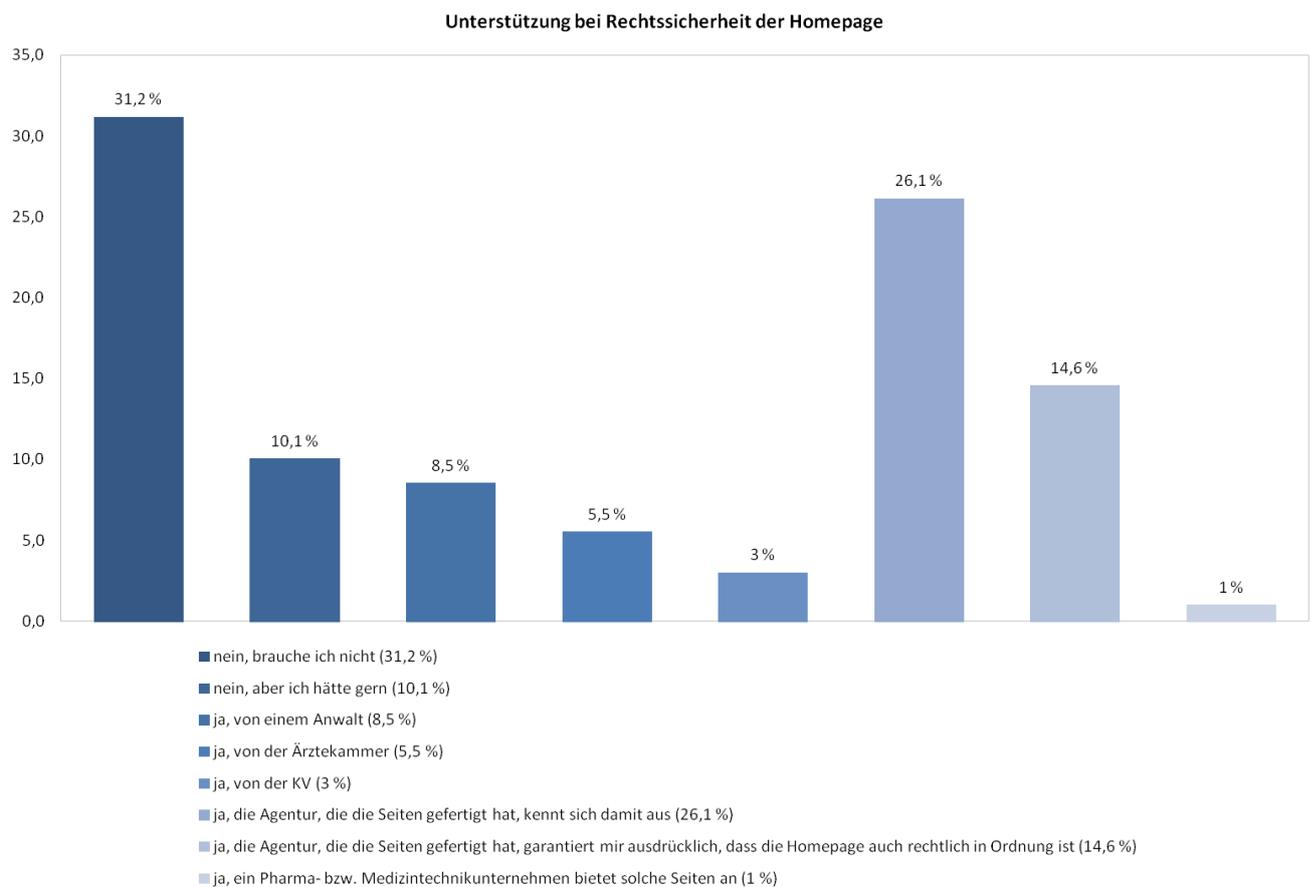
Neun von zehn Respondern haben also bislang keine rechtlichen Schwierigkeiten aufgrund ihrer Homepage gehabt. Da liegt es nahe zu fragen, ob die Ärzte bei der Erstellung der Homepage Unterstützung in Bezug auf die Rechtssicherheit erhalten haben. Über die Hälfte der Befragten gab an, solche Hilfe gehabt zu haben – sei es von einem Anwalt, der Ärztekammer oder von der Agentur, die die Seiten gefertigt hat. 31,2 Prozent antworteten, dass sie in Bezug auf die Rechtssicherheit ihrer Homepage keine Hilfe benötigen. Rund zehn Prozent würden sich allerdings Unterstützung in diesem Bereich wünschen.

Insgesamt überrascht jedoch die Stagnation in der Entwicklung einer eigenen Homepage: Die Zahl qualifizierter Anbieter ist hoch, die Kosten sind vergleichsweise niedrig und letztlich kann ein Verweis auf rechtliche Gründe vielfach auch als ein Ausdruck von Unwillen gegenüber dem Medium „Internet“ interpretiert werden. Es steht zu vermuten, dass im Detail Arztgruppen abgegrenzt werden können, die spezifische Einstellungen, Vorlieben und Ziele ha-



ben, die sich wiederum auf ihre Art der Nutzung des Internets auswirken. Hier wären wiederum qualitative Forschungsinstrumente notwendig, um mögliche Gruppen abzugrenzen und ggf. gezielt zu untersuchen.

Abbildung 12: Haben Sie mit Blick auf die Rechtssicherheit der Homepage Unterstützung erhalten? (n=199)





4 Ergebnisse – Teil 2: Leitende Klinikärzte

Jedes Krankenhaus ist eine Stätte der Heilung – und auch ein Wirtschaftsunternehmen. Auch wenn es „not-for-profit“ ist, der Träger also keine Gewinnerzielungsabsicht verfolgt, müssen grundsätzliche betriebswirtschaftliche Parameter erfüllt werden, um eine Insolvenz zu verhindern und dauerhafte Zuweisungen aus Steuermitteln von Ländern oder Kommunen zu vermeiden.

Der jeweilige leitende Krankenhausarzt hat dabei eine zentrale Funktion. Er ist für die Qualität der erbrachten medizinischen Leistungen verantwortlich, er muß Personal (mit) rekrutieren und managen. Er verantwortet Weiterbildung in Inhalt und Qualität. Er wirkt bei der Außendarstellung und beim Marketing mit. Er pflegt den Kontakt zu Einweisern, nachbehandelnden Einrichtungen und Kollegen in anderen Kliniken. Er ist er für das Ausbalancieren von Erträgen und Kosten in seinem Verantwortungsbereich zuständig. Die Einführung pauschalierter Entgelte (DRGs) hat zu potentiell problematischen Inzentivierungsstrukturen geführt, so beispielsweise dem „Rosinenpicken“ (d.h. nur „gute“, wirtschaftlich attraktive Patienten zu versorgen), dem „upcoding“ (also eine höhere DRG abzurechnen als angemessen) und der Mengenausweitung (mit profitablen DRGs verknüpfte Therapien vermehrt durchzuführen).

Die Diskussion um die Ökonomisierung in der Medizin hat zu einer überproportionalen Gewichtung dieses letzten Punktes geführt, die manchmal die anderen, zumindest ebenso wichtigen Aspekte einer Führungsposition im Krankenhaus vernachlässigen lässt.

Wir haben die folgenden Aspekte für unsere Untersuchung herausgegriffen: (i) Besondere Leitungs-Verantwortung und (ii) Vergütung / Bonifikationen.

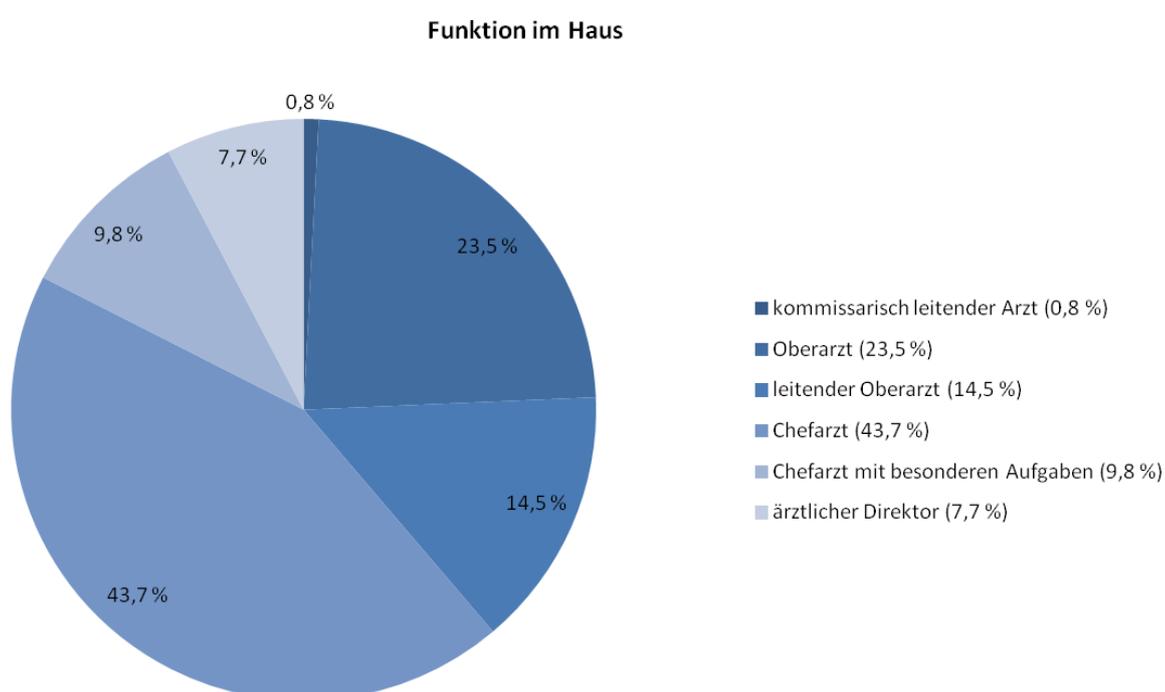


4.1 Besondere Leitungs-Verantwortung

Mehr als die Hälfte der befragten leitenden Klinikärzte ist als Chefarzt bzw. Chefarzt mit besonderen Aufgaben tätig (53,5 Prozent). 38 Prozent sind als Oberarzt bzw. leitender Oberarzt tätig, 7,7 Prozent als ärztlicher Direktor und 0,7 Prozent als kommissarisch leitender Arzt.

4.1.1 Funktion in der Klinik

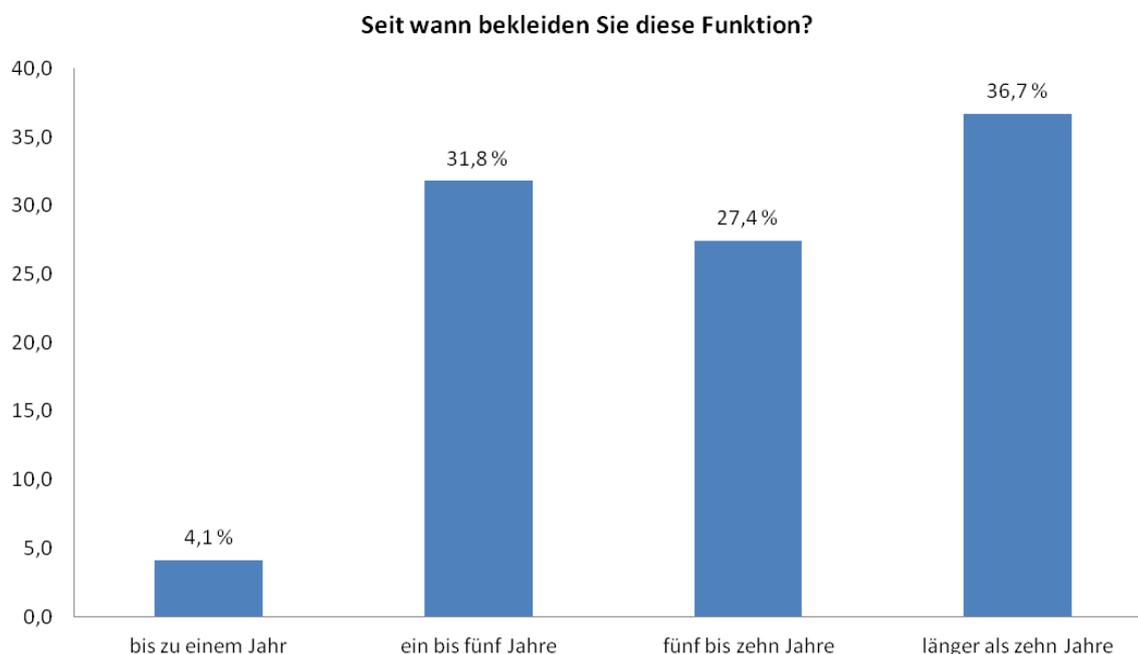
Abbildung 13: Welche Funktion haben Sie in der Klinik? (n=366)



Mehr als 60 Prozent der Responder ist bereits länger als fünf Jahre in der entsprechenden Position tätig, 36,7 Prozent davon sogar schon länger als zehn Jahre. 31,8 Prozent der Befragten sind zwischen einem und fünf Jahren in ihrer Funktion tätig, und 4,1 Prozent üben ihre Tätigkeit erst seit Kurzem aus.



Abbildung 14: Seit wann bekleiden Sie diese Funktion? (n=365)

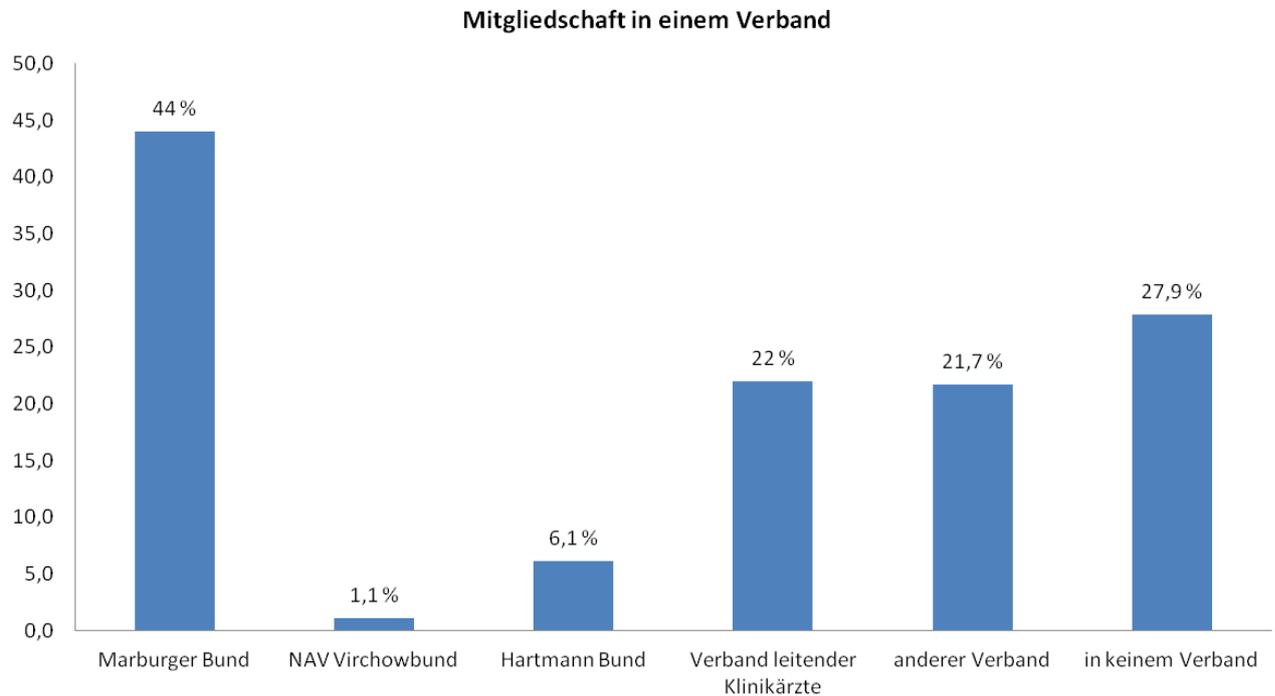


44 Prozent der leitenden Klinikärzte sind Mitglied beim Marburger Bund. Dies ist nicht verwunderlich, denn dieser ist traditionell *die* gesundheits- und berufspolitische Interessenvertretung der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte in Deutschland, und damit eine der ersten Anlaufstellen für Klinikärzte. 22 Prozent der Ärzte sind im Verband der Leitenden Krankenhausärzte engagiert, und 21,7 Prozent geben an, dass sie in einem anderen Verband Mitglied sind. 27,9 Prozent sind in keinem Verband Mitglied. Im Hartmannbund (6,1 Prozent) und NAV-Virchow-Bund (1,1 Prozent) sind nur wenige der Responder Mitglied. Dies mag daran liegen, dass diese Verbände eher den Bereich der niedergelassenen Ärzte abdecken und nicht speziell den Klinikärzten dienen.

Insgesamt ist eine recht hohe Durchdringung in den relevanten Berufsvereinigungen und Interessenvertretungen zu konstatieren. Denn hier (wie in allen Gewerkschaften und anderen Verbänden) ist immer das Problem des „öffentlichen Guts“ zu berücksichtigen, das Trittbrettfahrer-Verhalten attraktiv macht: „Die vom Marburger Bund ausgehandelten Verträge gelten sowieso auch für mich – ich muss mich dort also gar nicht engagieren.“



Abbildung 15: Sind Sie in einem dieser Verbände bzw. Interessenvertretungen Mitglied? (n=359, Mehrfachnennungen möglich)





4.2 Bonifikationen für Chefärzte

„Die Anbindung der Chefarztvergütung an vorrangig ökonomisch ausgerichtete Zielkriterien birgt Risiken für die Patientenversorgung und widerspricht dem ärztlichen Berufsethos. Wir wollen berufsrechtlich kritische Vorgaben in diesen Verträgen identifizieren und richten deshalb in der Bundesärztekammer in Kooperation mit dem Verband der leitenden Krankenhausärzte eine Kontaktstelle für die Überprüfung von Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen ein.“

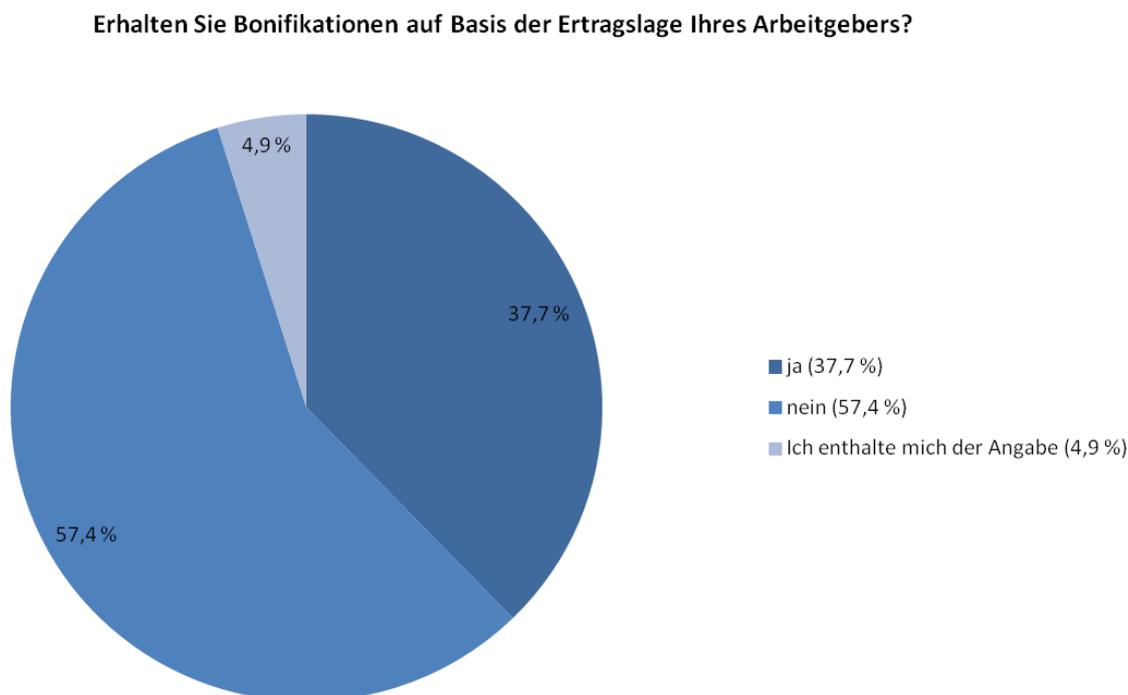
Diese Erklärung der Bundesärztekammer aus 2012 spiegelt die offiziell kommunizierte Haltung wesentlicher Gremien der Selbstverwaltung wieder.

Bereits 2002 hat die Bundesärztekammer in einer gemeinsamen Stellungnahme mit dem Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands und dem Marburger Bund variable Vergütungsbestandteile im Sinne von erfolgsabhängigen Boni-Zahlungen strikt abgelehnt. 2007 hat die Bundesärztekammer ein Thesenpapier zu "Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit - Umgang mit der Ökonomisierung des Gesundheitswesens - Hinweise und Erläuterungen" veröffentlicht, in dem Fragen zur Zulässigkeit finanzieller Anreize beantwortet werden (<http://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=55880>).

Nichtsdestotrotz ist der Anreiz für Krankenhausträger groß, auf die ärztliche Unabhängigkeit von medizinischen Entscheidungen einzuwirken und zumindest die Bedeutung eines ausgeglichen wirtschaftlichen Ergebnisses deutlich zu machen. Letztlich kann dieses Interesse an betriebswirtschaftlich optimierter Patientenversorgung auch nicht leichtfertig von der Hand gewiesen werden – ein insolventes Krankenhaus nützt allenfalls dem Insolvenzverwalter.



Abbildung 16: Enthalten Ihre Bezüge variable Gehaltsanteile, die sich nach der Ertragslage des Arbeitgebers richten? (n=350)



Auf die Frage, ob die leitenden Klinikärzte Bonifikationen auf Basis der Ertragslage ihres Arbeitgebers erhalten antworteten 37,7 Prozent mit ja, 57,4 Prozent mit nein und 4,9 Prozent enthielten sich der Angabe. Dies war für uns ein überraschendes Ergebnis, da wir bei dieser Fragestellung mit mehr Enthaltungen gerechnet haben. Offenbar wird die Stiftung Gesundheit als unabhängige Institution wahrgenommen, und delikate Fragen werden weitgehend ohne Ablehnung beantwortet. Das Ergebnis zeigt eindeutig, dass zwischen den oben zitierten Aussagen und Erklärungen sowie der Realität in der Versorgung ein Widerspruch besteht.

Betrachtet man das Ergebnis im Verhältnis zu den Jahren, die die Klinikärzte in ihrer jeweiligen leitenden Position tätig sind, so kann man eine leichte Tendenz bezüglich der Bonifikationszahlungen erkennen (siehe Tabelle 2).



Tabelle 2: Vergleich Bonifikation zu Dauer der leitenden Funktion in der Klinik

	Leitende Funktion länger als 10 Jahre	Leitende Funktion 5 bis 10 Jahre	Leitende Funktion 1 bis 5 Jahre	Leitende Funktion weniger als 1 Jahr
Bonifikation	34,7 %	36,8 %	42,0 %	40,0 %
keine Bonifikation	59,8 %	57,9 %	54,5 %	53,3 %
Enthaltung	5,5 %	5,3 %	3,6 %	6,7 %

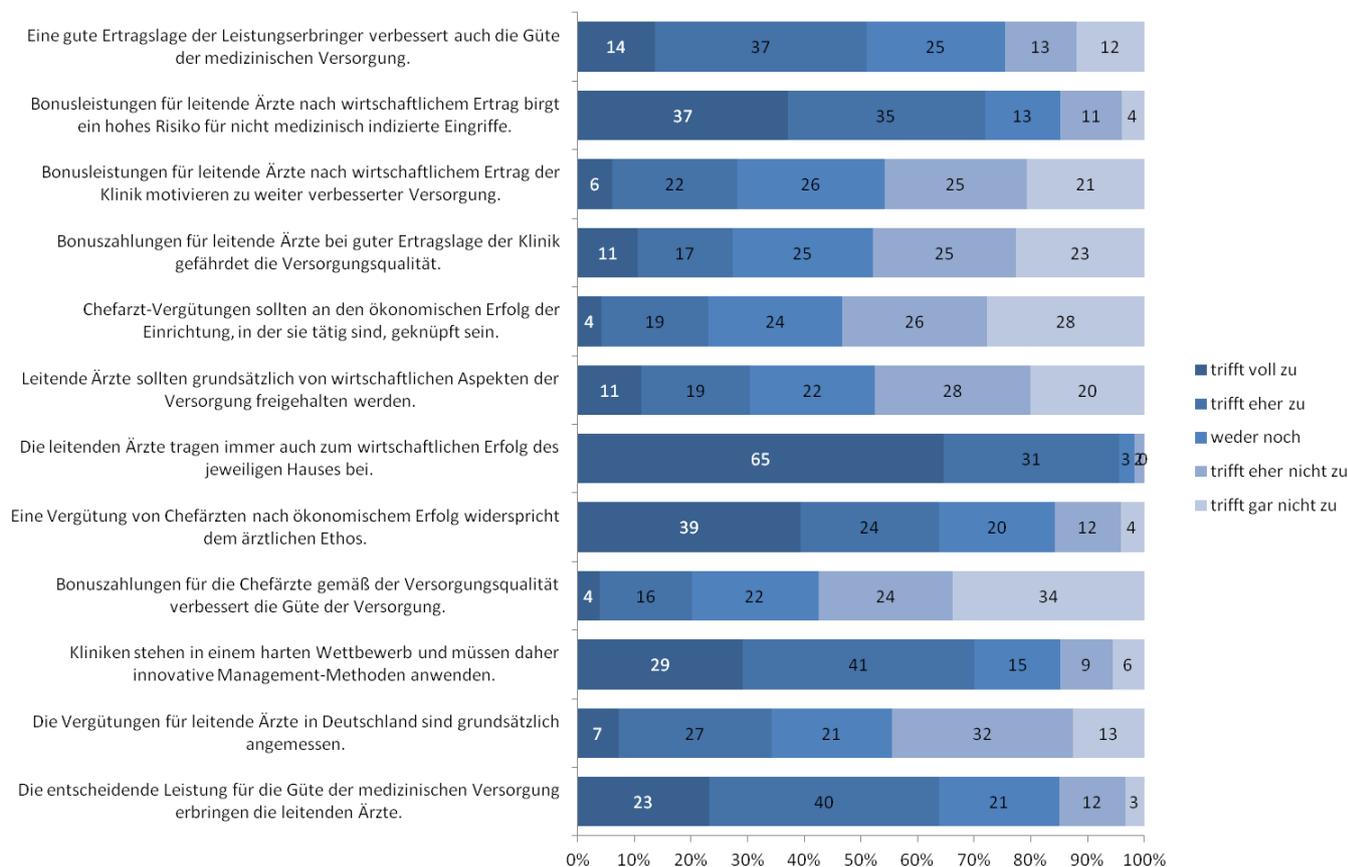
Bei den Klinikern, die zwischen fünf und zehn Jahren oder länger als zehn Jahre in leitender Position tätig sind, liegt der Anteil der Ärzte, die eine Bonifikation erhalten zwischen 36,8 und 34,7 Prozent. Die Kliniker, die zwischen einem und fünf Jahren in leitender Position tätig sind erhalten zu 42 Prozent Bonifikationen. 54,5 Prozent erhalten diese nicht und 3,6 Prozent wollten dazu keine Angaben machen. 40 Prozent der Klinikärzte, die ihre leitende Funktion erst seit weniger als einem Jahr ausüben erhalten bereits eine Bonifikation. 53,3 Prozent erhalten keine, und 6,7 Prozent enthalten sich der Angabe.

Hier ist eine Tendenz zu vermehrtem Einsatz von Boni in jüngerer Zeit zu konstatieren. Warum die neu in der Position befindlichen leitenden Ärzte einen etwas geringeren Anteil an Bonifikationszahlungen vermelden, ist nicht eindeutig. Es ist denkbar, dass die höhere Zahl an Enthaltungen (knapp 100% mehr als in der Gruppe „Leitende Funktion 1 bis 5 Jahre“) dies mit abdecken, da die neu installierten „Chefs“ sich Ihrer Position noch nicht ganz sicher sind. Es ist aber auch denkbar, dass die Krankenhausträger auf die öffentliche Debatte um Boni reagieren und dieses Instrument etwas vorsichtiger einsetzen.

Eine solche Diskrepanz zwischen offiziellen Verlautbarungen und gelebter Realität bedarf einer weitergehenden Aufklärung. Die rein numerische Darstellung zeigt einen hohen Klärungsbedarf; jetzt sind *qualitative* Untersuchungen notwendig, um besser zu verstehen, wie Kliniken das Instrument der Bonifikation einsetzen, wie leitende Ärztinnen und Ärzte dies empfinden und was es für ihre tägliche klinische Arbeit sowie die Versorgung der Patienten bedeutet.



Abbildung 17: Wie stehen Sie zu den folgenden Thesen zum Thema Bonifikationen für Chefärzte?
(n=358 – 361)



In einem ersten Schritt haben wir zu diesem Themenkomplex eine Reihe Thesen genannt und die Ärzte nach ihrer Meinung dazu gefragt. Die Antworten in diesem Bereich fielen sehr viel deutlicher aus als etwa bei dem Thema der ärztlichen Gutachten. Über 60 Prozent der Befragten sind der Meinung, dass die leitenden Ärzte die entscheidende Leistung für die Güte der medizinischen Versorgung erbringen, und auch, dass die leitenden Ärzte immer zum wirtschaftlichen Erfolg des jeweiligen Krankenhauses beitragen (96 Prozent antworten „trifft voll zu“ bzw. „trifft eher zu“). Die Vergütung der leitenden Ärzte wird sehr unterschiedlich betrachtet mit einer fast spiegelbildlichen Verteilung der Antwortoptionen: 51 Prozent der Responder stimmen der These eher zu bzw. voll zu, dass eine gute Ertragslage der Leistungserbringer auch die Güte der medizinischen Versorgung verbessert. Fast drei Viertel der Responder sehen aber auch eine Gefahr in den Bonusleistungen nach wirtschaftlichem Ertrag, nämlich ein erhöhtes Risiko für nicht medizinisch indizierte Eingriffe. 63 Prozent der leitenden Klinikärzte sind sogar der Meinung, eine Vergütung nach ökonomischem Erfolg wider-



spreche dem ärztlichen Ethos. Dennoch sind sich die Befragten bewusst darüber, dass Kliniken heutzutage in einem harten Wettbewerb stehen und daher auch innovative Management-Methoden anwenden müssen (70 Prozent sagen „trifft eher zu“ bzw. „trifft voll zu“).

Diese Reaktionen zu vorgelegten Antwortoptionen deuten darauf hin, dass das Thema „Bonifikationen“ vielschichtiger ist, als in den offiziellen Stellungnahmen deutlich wird. Wie so oft in der Gesundheitspolitik zeigt ein genaues Hinsehen eine Komplexität, die in der öffentlichen Diskussion nur in Teilen abgebildet ist. Unsere Ergebnisse unterstützen eine differenzierte wissenschaftliche Aufarbeitung und eine Auseinandersetzung jenseits so schlichter und immer noch vielfach verwendeter Phrasen wie „Ethik statt Monetik“. Ökonomische Effizienz kann, richtig eingesetzt, wertvolle Ressourcen schonen bzw. zu einem sinnvolleren Einsatz führen, und effizientes Arbeiten kann sich positiv auf Qualität, Personalmanagement und Ausbendarstellung auswirken. Hierbei die leitenden Ärzte *nicht* mit einzubinden wäre sicherlich nicht optimal. Entscheidend ist jedoch die genaue Ausgestaltung von Verantwortung und Vergütung.



5 Zusammenfassung und Diskussion

Diese Kurzfassung der siebten Studie zu „Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit“ hat vier spezielle Themenbereiche detaillierter betrachtet: Das Einkommen der niedergelassenen Ärzte, Zahnärzte und Psychologischen Psychotherapeuten, das Praxis-Marketing, die Praxis-Homepage und bei den leitenden Klinikärzten das Thema Bonifikation.

Einkommen

Die Umsätze der Arztpraxen in Deutschland stammen weiterhin zu fast 90 Prozent aus Leistungen der GKV und PKV, wobei der GKV-Anteil 68 Prozent ausmacht. Der PKV-Anteil liegt knapp über 20 Prozent und damit weiterhin überdurchschnittlich hoch angesichts der Tatsache, dass der Anteil der Privatversicherten in Deutschland weiterhin lediglich 11,4 Prozent beträgt. Der Anteil der durch Selbstzahlerleistungen erwirtschafteten Erträge ist im Vergleich zu 2011 um rund ein Prozent auf 7,2 Prozent gestiegen. Forschung spielt eine untergeordnete Rolle in der Einkommensgenerierung.

Die insgesamt nur marginalen Verschiebungen zeigen die Stabilität des Systems und die weiterhin große Bedeutung des GKV-Systems in der Finanzierung ärztlicher Praxen.

Marketing

Beim Marketing ist der Anteil der grundsätzlichen Befürworter im Vergleich zu 2011 wieder leicht gestiegen (2011 ca. 50 Prozent, 2012: 52 Prozent). Während die Anzahl der Gegner auf 26,4 Prozent gesunken ist (2011: 29,6 Prozent), ist die Zahl der Unentschlossenen gleich geblieben. Dennoch ist zu konstatieren, dass noch immer viele Ärzte ihre Praxis eher konservativ führen und eine systematische Kommerzialisierung ablehnen.

Für das kommende Jahr zeichnet sich beim Praxis-Marketing wieder ein leicht negativer Trend ab: Die Anzahl der Ärzte, die in 2013 auf diesem Sektor mehr Geld investieren wollen, hat sich verringert (2011: 14,9 Prozent / 2012: 11,4 Prozent). Dagegen kündigten mehr Responder an, im kommenden Jahr weniger Geld für Marketing auszugeben (2011: 7,8 Prozent / 2012: 8,7 Prozent).

Die wichtigste Marketing-Maßnahme bleibt weiterhin das Internet, gefolgt vom Personal der Praxis. Das traditionelle Element „Erscheinungsbild der Praxis“, das in den vergangenen Jah-



ren stets den dritten Platz belegte, wurde in diesem Jahr von einem anderen traditionellen Element, nämlich der klassischen Visitenkarte, verdrängt.

Praxis-Homepage

Eine eigene Homepage ist heutzutage Standard. Überraschenderweise haben in 2012 weniger Ärzte (52,5 Prozent) angegeben, eine Homepage zu haben als in 2008 (54 Prozent). Auf die Frage nach den Gründen antworteten über 50 Prozent der Befragten, dass sie keine Werbung nötig hätten, und fast ein Viertel der Ärzte sieht zu viele rechtliche Unsicherheiten bei der Erstellung und Pflege einer eigenen Praxis-Homepage (22,6 Prozent). Von den Ärzten, die sich mit einer Homepage präsentieren, haben jedoch mehr als 90 Prozent bislang keine Abmahnung erhalten. 8,7 Prozent der Befragten wurden einmal für ihre Homepage abgemahnt, 0,5 Prozent mehrfach.

Insgesamt überrascht die Stagnation in der Entwicklung einer eigenen Homepage: Die Zahl qualifizierter Anbieter ist hoch, die Kosten sind vergleichsweise niedrig und letztlich kann ein Verweis auf rechtliche Gründe vielfach auch als ein Ausdruck von Unwillen gegenüber dem Medium „Internet“ interpretiert werden. Es steht zu vermuten, dass im Detail Arztgruppen abgegrenzt werden können, die spezifische Einstellungen, Vorlieben und Ziele haben, die sich wiederum auf ihre Art der Nutzung des Internets auswirken. Hier wären wiederum qualitative Forschungsinstrumente notwendig, um mögliche Gruppen abzugrenzen und ggf. gezielt zu untersuchen.

Bonifikationen für leitende Klinikärzte

Bereits 2002 hat die Bundesärztekammer in einer gemeinsamen Stellungnahme mit dem Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands und dem Marburger Bund variable Vergütungsbestandteile im Sinne von erfolgsabhängigen Boni-Zahlungen strikt abgelehnt. 2007 hat die Bundesärztekammer ein Thesenpapier zu "Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit - Umgang mit der Ökonomisierung des Gesundheitswesens - Hinweise und Erläuterungen" veröffentlicht, in dem Fragen zur Zulässigkeit finanzieller Anreize beantwortet werden, und 2012 hat die Bundesärztekammer in einer Erklärung diese Haltung noch einmal bekräftigt.



Allerdings ist der Anreiz für Krankhasträger groß, die Patientenversorgung auch betriebswirtschaftlich zu optimieren und hierbei die leitenden Ärzte einzubinden.

Auf die Frage, ob die leitenden Klinikärzte Bonifikationen auf Basis der Ertragslage ihres Arbeitgebers erhalten antworteten 37,7 Prozent mit ja und 57,4 Prozent mit nein. Lediglich 4,9 Prozent enthielten sich der Angabe, was dafür spricht, dass die Stiftung Gesundheit tatsächlich als unabhängige Institution wahrgenommen wird, so dass auch delicate Fragen weitgehend ohne Ablehnung beantwortet werden. Die Ergebnisse der Befragung zeigen eindeutig einen Widerspruch zwischen den oben zitierten Aussagen und Erklärungen sowie der Realität in der Versorgung. Zudem ist eine Tendenz zu vermehrtem Einsatz von Boni bei jüngeren Verträgen zu konstatieren.

Die Reaktionen zu vorgelegten Antwortoptionen deuten darauf hin, dass das Thema „Bonifikationen“ vielschichtiger ist, als in den offiziellen Stellungnahmen deutlich wird. Unsere Ergebnisse unterstützen eine differenzierte wissenschaftliche Aufarbeitung und eine Auseinandersetzung jenseits eines einfachen Dualismus „Medizin“ versus „Ökonomie“. Effizientes Arbeiten kann sich positiv auf Qualität, Personalmanagement und Außendarstellung auswirken. Hierbei die leitenden Ärzte *nicht* mit einzubinden wäre sicherlich nicht optimal. Es bedarf jedoch einer differenzierten Ausgestaltung von Verantwortung und Vergütung.



6 Ausblick

Auch diese „Studie Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit 2012“ zeichnet ein differenziertes Bild der Ärzteschaft. Gemäß unserer Intention, die gesundheitspolitische Diskussion anzuregen und mit aussagekräftigen Informationen anzureichern, konnten im Bereich „Einkommen“, „Marketing“ und „Homepage“ langfristige Trends bestätigt werden.

Die wesentlichen Einkommensquellen bleiben für die ganz überwiegende Mehrzahl der Ärzte GKV und PKV, ein tendentieller Rückgang der GKV-Einnahmen lässt sich nicht konstatieren. Nur wenige Ärzte haben systematisch Alternativen zu einer Kassen-/Privatarzt-Praxis entwickelt. Innovative Einkommensquellen wie beispielsweise durch Forschung sind weiterhin nur minimal vertreten.

Im Bereich des Marketing bleibt die Ärzteschaft zurückhaltend. Nur ein begrenzter Prozentsatz nutzt dieses Instrument zur Optimierung der Praxis intensiv, und ein Großteil der Ärzte betreibt Marketing eher ambivalent – wissend, dass es ohne kaum geht, aber gleichzeitig dem Instrumentarium skeptisch gegenüberstehend. Die Homepage ist dabei ein gutes Beispiel: Im Vergleich zu 2008 ist die Prozentzahl der Homepage-Besitzer unter den Niedergelassenen bei knapp über 50 Prozent stabil geblieben, trotz fallender Preise für die Homepage-Erstellung bei hoher Qualität. Hier wären qualitative Studien notwendig, um die spezifische Motivation verschiedener Arztgruppen zu ergründen.

Neben dem Internet und dem Praxispersonal ist in diesem Jahr die klassische Visitenkarte eines der drei wichtigsten Instrumente des Praxismarketings.

Die sicherlich überraschendsten Ergebnisse der diesjährigen Studie finden sich im Bereich „Bonifikationen für leitende Klinikärzte“.

Im Gegensatz zu offiziellen Verlautbarungen von Organen der Selbstverwaltung, der Berufsverbände und der Interessenvertretungen geben knapp 40 Prozent der Antwortenden an, Bonifikationen auf Basis der Ertragslage ihres Arbeitgebers zu erhalten, wobei sich nur knapp 5 Prozent einer Antwort enthielten. Es zeichnet sich zudem eine (leichte) Tendenz zu vermehrtem Einsatz von Bonifikationen in jüngeren Verträgen ab.



Die Zustimmung oder Ablehnung zu mehreren in der Studie aufgestellten Thesen zeichnen ein vielschichtiges Bild der Bonifikationen, dass in der öffentlichen Diskussion nicht abgebildet wird. Sicherlich besteht hier ein hoher Bedarf, das mögliche Einsatzfeld von Bonifikationen jenseits pauschaler Ablehnung oder unkritischer Bejahung zu erkunden.

Effizientes Handeln ist moralisch gut – wenn denn die zu optimierenden Parameter klar definiert sind und dem Wohl von Patient, Allgemeinheit und Leistungserbringer dienen. Hier wird in der Zukunft eine intensive Diskussion notwendig sein, um die Managementtechniken anderer Bereiche adäquat auf die Medizin anzuwenden.



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