

Aus dem Fachbereich Neurochirurgie  
Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg/Saar

Analyse der Zuweiserstrukturen und Entwicklung  
eines kundenspezifischen Marketingkonzepts für die  
neurochirurgische Abteilung der BG-Unfallklinik  
Murnau

*Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin*

der Universität des Saarlandes  
2017

vorgelegt von: Stephan Reindl  
geb. am: 24.12.1978 in München



## Abkürzungsverzeichnis

GKV	-	gesetzlichen Krankenversicherung
DRG	-	Diagnosis Related Groups
EDV	-	elektronische Datenverarbeitung
KEF	-	kritischer Erfolgsfaktoren
%	-	Prozent
www	-	world wide web
z. B.	-	zum Beispiel
d. h.	-	das heißt
BGU	-	berufsgenossenschaftliche Unfallklinik
SGB	-	Sozialgesetzbuch
OPS	-	Operationen- und Prozedurenschlüssel
ICD	-	International Classification of Diseases
CMI	-	Case Mix Index
CW	-	Cost Weight
PCCL	-	Patient Clinical Complexity Level
ID	-	Identifikator
SCS	-	Spinal Cord Stimulation
DSS	-	dynamisches Stabilisierungssystem
u. v. m.	-	und vieles mehr
EVD	-	externe Ventrikeldrainage
LMU	-	Ludwig-Maximilians-Universität
TUM	-	Technische Universität München
inkl.	-	inklusive
sog.	-	sogenannte
HWS	-	Halswirbelsäule
BWS	-	Brustwirbelsäule
LWS	-	Lendenwirbelsäule
InEK	-	Institut für Entgeltsysteme im Krankenhaus
PC	-	Personal Computer
MVZ	-	Medizinisches Versorgungszentrum
EBM	-	Einheitlicher Bewertungsmaßstab

# Inhaltsverzeichnis

<b>1 Zusammenfassung</b> .....	<b>7</b>
<b>2 Einleitung</b> .....	<b>11</b>
2.1 Die Zuweiser als Schlüsselkunden des Krankenhauses.....	12
2.2 Krankenhaus-Marketing.....	13
2.3 Marktforschung.....	16
2.3.1 Kundenbefragung.....	19
2.3.2 Competitive Intelligence .....	29
2.4 Zielsetzung und Hypothesen .....	30
<b>3 Material und Methodik</b> .....	<b>33</b>
3.1 Qualitätsbericht.....	33
3.2 ABC-Analyse .....	34
3.3 Konkurrenzanalyse und Einzugsgebiet.....	37
3.4 Analyse der Einweiserzufriedenheit.....	38
3.4.1 Fragebogen.....	38
3.4.2 Teilstrukturiertes Interview .....	41
3.4.3 Organisation des Leitfadengesprächs .....	43
3.5 Auswertung.....	44
<b>4 Ergebnisse</b> .....	<b>45</b>
4.1 Kennzahlen der neurochirurgischen Abteilung BGU Murnau.....	45
4.1.1 Versorgungsspektrum der Neurochirurgie Murnau.....	46
4.1.2 Diagnosen nach ICD-10 und Prozeduren nach OPS .....	46
4.2 Zuweiseranalyse (ABC-Analyse).....	49
4.3 Markt- und Wettbewerbssondierung.....	52
4.3.1 Regionale und überregionale Konkurrenzanalyse.....	53
4.3.1.1 Vergleich nach Hauptdiagnosen (ICD-10).....	54
4.3.1.1.1 Vergleich der neurochirurgischen Hauptabteilungen.....	55
4.3.1.1.2 Vergleich der Wirbelsäulenabteilungen .....	60
4.3.1.2 Vergleich nach operativer Intervention (OPS-Code).....	62
4.3.1.2.1 Vergleich der neurochirurgischen Hauptabteilungen.....	63
4.3.1.2.2 Vergleich der Wirbelsäulenabteilungen .....	67
4.3.2 Einzugsgebiet und rechnerische Marktanteile .....	69
4.4 Fragebogen.....	77
4.4.1 Allgemeiner Teil .....	78

4.4.2	Spezielle Sprechstunden.....	84
4.4.3	Innovative Behandlungsmethoden .....	85
4.5	Interview und Inhaltsanalyse .....	86
<b>5</b>	<b>Diskussion.....</b>	<b>95</b>
5.1	Erörterung von Ergebnissen und Inhaltsanalyse .....	95
5.2	Gestaltung eines kundenspezifischen Marketingkonzepts .....	98
5.2.1	Kurz- und mittelfristig umsetzbare Maßnahmen .....	100
5.2.1.1	Ambulante Sprechstunde .....	101
5.2.1.2	Prästationäres Prozedere und Aufnahmemanagement.....	101
5.2.1.3	Entlassungsmanagement.....	102
5.2.1.4	Erreichbarkeit der Ärzte.....	104
5.2.1.5	Soziale Kompetenz .....	104
5.2.2	Mittel- und langfristig umsetzbare Maßnahmen .....	106
5.2.2.1	Mittelfristige Verbesserungsmöglichkeiten der Zuweiserkommunikation	106
5.2.2.2	Langfristige Verbesserungsmöglichkeiten der Zuweiserkommunikation	107
5.2.2.3	Veranstaltungen .....	108
5.2.2.4	Medizinisches Behandlungsspektrum .....	108
5.2.2.5	Management der ambulanten Untersuchungen .....	109
5.3	Marktanalyse .....	109
5.3.1	Vergleich der Wirbelsäuleneingriffe .....	110
5.3.2	Vergleich der speziellen neurochirurgischen Eingriffe .....	113
5.3.3	Interpretation des rechnerischen Marktanteils.....	114
5.4	Umsetzung des Marketingplans .....	118
5.4.1	Marketingmaßnahmen im Bereich Kommunikation .....	119
5.4.2	Marketingmaßnahmen im Bereich Sprechstunde und Kassenzulassung.....	121
5.4.2.1	Ambulante Sprechstundentermine .....	121
5.4.2.2	Medizinisches Versorgungszentrum.....	121
5.4.3	Marketingmaßnahmen im Bereich Schmerztherapie.....	123
5.5	Zukünftige Maßnahmen und weitere Marketingbereiche .....	124
5.5.1	Herausforderungen des Medizinisches Versorgungszentrums.....	124
5.5.2	Herausforderungen der neurochirurgischen Abteilung Murnau .....	124
5.5.2.1	Ungenutzte Marketingmaßnahmen zur Information und Kommunikation	125
5.5.2.2	Kontrolle der Marketingleistung.....	127
5.5.2.3	Der Patient als Kunde .....	127
5.6	Schlussfolgerung .....	129

<b>6 Anhang.....</b>	<b>130</b>
<b>7 Literaturverzeichnis.....</b>	<b>137</b>
<b>8 Danksagungen .....</b>	<b>145</b>

# 1 Zusammenfassung

Durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz, die Einführung eines vollständig pauschalierenden Entgeltsystems für den stationären Sektor (DRG - Diagnosis Related Groups) sowie durch frühere Gesetze und Rechtsverordnungen zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen sind die Rahmenbedingungen für die Leistungserbringung der Krankenhäuser verschoben worden. Um dauerhaft auf dem Markt neben der Konkurrenz bestehen zu können, ist ein geeignetes Marketingkonzept und ein aktives Zuweisermanagement sowie die Analyse der individuellen Stärken und Schwächen des eigenen Hauses aus Sicht der Zuweiser im Vergleich zu den lokalen Hauptbewerbern entscheidend, um eine strategische Positionierung am Markt festzulegen und diese auszubauen.

Um dies umzusetzen, wurde in vorliegender Arbeit eine ABC-Analyse der zuweisenden Ärzte erstellt und aus diesen die Hauptzuweiser in Bezug auf die Fallzahlen herausgestellt. Mit einer ausgewählten Stichprobe erfolgte eine Kundenbefragung mittels eines Fragebogens in Kombination mit einem teilstrukturierten Experten-Interview. Hieraus wurden kritische Erfolgsfaktoren der Zusammenarbeit definiert und im Rahmen einer Portfolioanalyse bewertet. Letztendlich wurde hieraus ein kundenspezifisches Marketingkonzept mit verstärkter Ausrichtung auf die Zuweiserbedürfnisse entwickelt. Weiter wurde eine Konkurrenzanalyse der Mitbewerber auf Grundlage der 10 häufigsten „Diagnosen nach ICD-10“ und „Prozeduren nach OPS“ entsprechend der Qualitätsberichte des Jahres 2010 durchgeführt und die rechnerischen Marktanteile bestimmt.

Bei der Auswertung des Fragebogens wurde im statistischen Durchschnitt aller Bewertungen die Zufriedenheit mit 3,26 und die Bedeutung mit 3,51 bewertet (3 = wichtig/zufrieden; 4 = sehr wichtig/sehr zufrieden). Die Standardabweichung als Maß für die Streuung beträgt für die Zufriedenheit 0,36 und für die Bedeutung 0,27. Somit besteht sowohl für die Zufriedenheit als auch für die Bedeutung eine hohe Übereinstimmung der Bewertungsangaben (Übereinstimmung: hoch  $\leq 0,5$ ; mittel  $\geq 0,5 < 1$ ; niedrig  $\geq 1$ ).

Die Interviews wurden mittels Inhaltsanalyse ausgewertet und ein kundenspezifisches Marketingkonzept mit kurz-, mittel- und langfristig umsetzbaren Handlungsmaßnahmen erarbeitet. Kurz- und mittelfristig fanden sich Maßnahmemöglichkeiten in den Bereichen

der ambulanten Sprechstunde, des prästationären Prozederes, des Aufnahme- wie auch Entlassungsmanagements, der Erreichbarkeit der Ärzte und der sozialen Kompetenz. Mittel- und langfristige Maßnahmen erstellte man für die Bereiche Zuweiserkommunikation, Veranstaltungen, medizinisches Behandlungsspektrum und Management der ambulanten Untersuchungen.

Die Marktanalyse zeigte eine regionale wie auch überregionale Marktführung im Vergleich der Wirbelsäuleneingriffe. Im Vergleich mit den speziellen Wirbelsäulenabteilungen werden jedoch über 65% der Patienten in anderen Krankenhäusern versorgt. Bei der Betrachtung des rechnerischen Marktanteils versorgt man ebenfalls über 50% aller Wirbelsäulenerkrankungen im regionalen Bereich. Größter Konkurrent ist hier das Krankenhaus Tutzing.

Im überregionalen Vergleich der spezifisch neurochirurgischen Eingriffe kann man lediglich bei der Anzahl der intrakraniellen Blutungen mit den übrigen Hauptabteilungen mithalten. Der größte Aufholbedarf besteht hier ganz eindeutig in der Behandlung tumoröser Erkrankungen.

Probleme ergaben sich bei der Vergleichbarkeit der OPS-Codierungen, da teils unterschiedliche Eingriffe unter dem gleichen Code zusammengefasst werden und so den Abteilungen ein unterschiedliches Codierverhalten unterstellt werden muss. Letztendlich kann bei dieser Art des Vergleichs nicht sicher zwischen der Versorgung traumatisch und degenerativ bedingter Erkrankungen oder auch zwischen Notfall- und elektiven Eingriffen unterschieden werden.

Bis Juli 2016 konnten bereits erste Marketingmaßnahmen in den Bereichen der Kommunikation, der ambulanten Sprechstunde sowie der ambulanten Versorgung von Schmerzpatienten umgesetzt werden. Noch zukunftsträchtiges Marketingpotential besteht in weiteren Kooperationsformen, dem Beschwerdemanagement, elektronischen Newslettern, der Homepage, Socialmedia-Plattformen, in Einweiserportalen, der Pressearbeit des Krankenhauses sowie einer direkten Patientenkommunikation und -bindung.

# Summary

Due to the health-modernisation-law, the implementation of a complete lump sum payment system for the inpatient sector (DRG - Diagnosis Related Groups) as well as to former laws and regulations concerning the further development of health care structures the general conditions for hospital performance have shifted. In order to survive on a market near to competitors, an appropriate marketing concept and active referrer management as well as an analysis of the individual strength and weakness of the own hospital from the referrer's point of view compared to the local main candidates is essential to define and develop a strategic position on the market.

As a first step an ABC-analysis of the referring physicians was done to define the main referrers according to the number of cases. With a selected sample a customer survey using a questionnaire combined with a semi-structured interview was done. Critical factors for success of collaboration were defined and evaluated in context of a portfolio analysis. Finally a customer-specific marketing with focus on the referrer's requirements was developed. Furthermore a competitor analysis based on the 10 most frequent „diagnoses to ICD-10“ and „procedures to OPS“ corresponding to the quality reports of 2010 was conducted and the calculative market share was determined.

According to the based evaluation the statistically mean of all ratings of satisfaction was 3,26 and of importance 3,51 (3 = important/satisfied; 4 = very important/absolute satisfied). The standard deviation as a measure for variation was 0,36 for satisfaction and 0,27 for importance. Both satisfaction and importance show a high conformity of ratings (conformity: high  $\leq 0,5$ ; medium  $\geq 0,5 < 1$ ; low  $\geq 1$ ).

The interviews were interpreted by content analysis and a customer-specific marketing with short-, medium- and long-term realizable action recommendations was developed. For short- and medium-term actions in ambulant consultation, pre-stationary procedures, admission and discharge management, reachability of doctors and interpersonal skills were found. Medium- and long-term actions were prepared in referrer communication, presentations, medical range of treatments and management of ambulant examinations.

By comparing spine surgery the market analysis points out a regional as supraregional market leadership. Nevertheless over 65% of the patients are treated in other hospitals with spine surgery departments. Looking at the calculated market share over 50% of all regional spine diseases are treated in the own department. The most important competitor is the Tutzing hospital.

Supraregional comparison of specific neurosurgical interventions shows that only the number of intracranial bleedings is similar to that of specialized neurosurgical departments. These departments also have much higher numbers of oncological patients.

There were some problems with the comparison of the OPS-encoding as different interventions are summarized under the same code and therefore a differing encoding behaviour of the departments has to be presumed. Finally with this kind of comparison it is not possible to distinguish between the treatment of traumatic and degenerative diseases or between emergency and elective procedures.

Until Juli 2016 first marketing measures were implemented in communication, ambulant consultations and ambulant care of chronic pain patients. Seminal market potential is seen in further forms of collaboration, complaint management, electronic newsletters, the homepage, social media platforms, referral portals, press relations of the hospital and a direct patient communication plus patient relationship.

## 2 Einleitung

Bereits durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vom 14. November 2003) sowie durch frühere Gesetze und Rechtsverordnungen zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen wie das GKV-Gesundheitsreformgesetz (2000), das Krankenhausfinanzierungsgesetz (2003) und die Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnungen (2004) sind die Rahmenbedingungen für die Leistungserbringung der Krankenhäuser verschoben worden. Seit Anfang des Jahres 2004 wurde letztendlich durch die Einführung eines vollständig pauschalierenden Entgeltsystems für den stationären Sektor (DRG - Diagnosis Related Groups) ganz bewusst auf einen zunehmenden Wettbewerb zur Kostenbegrenzung und Qualitätssicherung in der Gesundheitswirtschaft abgezielt. DRGs bilden Gruppen von Fällen ab, die hinsichtlich der Kosten, des Aufwandes und des Ressourcenverbrauchs homogen sein sollen. Für DRGs wird vom Kostenträger ein einmaliger Pauschalbetrag an das Krankenhaus gezahlt, der innerhalb einer definierten Liegedauer unabhängig von der Anzahl der tatsächlichen stationären Tage des Patienten ist.<sup>[33]</sup> Die Folgen daraus sind Verweildauerverkürzungen und ein Kapazitätsabbau im Krankenhaussektor durch Stärkung der ambulanten Behandlungen gegenüber der stationären Leistungserbringung.<sup>[38]</sup> Alle Marktteilnehmer versuchen unter diesen Bedingungen, ihren Patientenstrom zu sichern und auszubauen. Eine kostendeckende Vergütung sämtlicher medizinischer Fallgruppen innerhalb einer DRG kann nur funktionieren, wenn der Leistungsmix in den Kliniken auch vergleichbar ist. Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung können Patienten mit komplexen und behandlungsintensiven Erkrankungen mit dem Vorwand der medizinisch optimalen Versorgung in ein Krankenhaus der mittleren und der höchsten Versorgungsstufe verlegen, um zu deren Lasten ihr eigenes ökonomisches Risiko zu vermindern. Folglich konkurrieren diese Häuser um Patienten mit elektiven Eingriffen des einfachen bzw. mittleren Schwierigkeitsgrades. Um dauerhaft die Auslastung der eigenen Bettenkapazität gewährleisten und auf dem Markt neben der Konkurrenz bestehen oder sich sogar durch eine Ausnahmestellung differenzieren zu können, müssen sich Krankenhäuser um ein geeignetes Marketingkonzept bemühen.<sup>[43]</sup> Ein modernes Krankenhaus wird sich heute nicht mehr allein durch perfekte Leistungserbringung am Patienten, sondern vielmehr auch durch die strategische Lenkung der Patientenströme im Klinikvorfeld sowie beim

Schnittstellen-Management der Patientenübergabe zwischen ambulantem und stationärem Bereich auszeichnen müssen.<sup>[36]</sup> Um entsprechende Marketingmaßnahmen ergreifen zu können, bedarf es der ausführlichen Identifizierung der krankenhausindividuellen Stärken und Schwächen. Hierfür müssen die Krankenhäuser ihre Kosten kennen, ihre Leistungen definieren, die sie kostengünstig erbringen können, die Qualität dieser Leistungen messen, sich mit den Ergebnissen mit anderen Anbietern vergleichen (Benchmarking) und ihre „Produkte“ so vermarkten, dass die Interessenten im Gesundheitswesen diese „Produkte“ bei ihnen nicht nur im gewohnten Umfang nachfragen, sondern auch eine Leistungsausweitung in diesem Segment möglich erscheint.<sup>[14]</sup>

## **2.1 Die Zuweiser als Schlüsselkunden des Krankenhauses**

Neben dem Patienten als eigentlichem Kunden der Krankenhäuser sind als wesentliche erfolgsrelevante Gruppe die niedergelassenen Ärzte zu sehen. In ihrer Funktion als Berater beeinflussen sie in hohem Ausmaß, in welches Krankenhaus ihre Patienten zur elektiven Leistungserbringung sowie für planbare konservative Behandlungen eingewiesen werden.<sup>[14]</sup> Ihren Patienten fehlt das Wissen über die Angemessenheit, Qualität und Preisgerechtigkeit von komplexen Gesundheitsdienstleistungen und es fehlt in der Regel an ausreichender Transparenz und Vergleichbarkeit. Sie vertrauen ihren Hausärzten und geben deren Meinung aufgrund des mangelnden Fachwissens oft eine höhere Bedeutung als ihrer eigenen Präferenz. Studien zeigen, dass sich zwischen 70 und 80 Prozent aller Patienten aufgrund der eindeutigen Empfehlung des Haus- oder Facharztes für ein bestimmtes Krankenhaus entscheiden.<sup>[87]</sup> Die Zuweiser nehmen somit die Rolle eines „Gatekeepers“ ein, eines Türwächters, der bestimmt, wer Zugang zum Krankenhaus benötigt und welches Haus am ehesten geeignet scheint, seinen Patienten medizinisch kompetent und ökonomisch vertretbar zu behandeln.<sup>[50]</sup> Sie lenken in hohem Maße Patientenströme entweder in das Krankenhaus hinein oder an ihm vorbei. Somit können die Zuweiser die Art, den Umfang sowie die Struktur der Behandlung innerhalb ihres Handlungsspielraumes bestimmen.<sup>[1]</sup> In Folge ihrer Einweisungsentscheidung zur stationären Behandlung nehmen sie Einfluss auf die Finanzierung und somit auf den ökonomischen Erfolg eines Krankenhauses. Zu den zentralen Zielen eines Krankenhauses muss somit das Marketingziel „Kundenzufriedenheit“ gehören, um durch das Verhalten dieser bedeutenden Kundengruppe das langfristige Überleben einer Klinik sicherzustellen.<sup>[4]</sup>

Um unter Berücksichtigung der rechtlichen Restriktionen zufriedene Einweiser zu gewinnen, empfiehlt es sich, ein dialogorientiertes Marketingkonzept zu entwickeln.<sup>[13]</sup> Wichtige Handlungsmaßnahmen wie Werbung, Öffentlichkeitsarbeit, Public Relations, Kongresse und Multimedia-Kommunikation sind in der Kommunikationspolitik unumgebar. Einschränkungen bestehen hierbei vorwiegend durch das Heilmittelwerbegesetz, die Musterberufsordnung und durch das Gesetz gegen unlauteren Wettbewerb. In einem Gesundheitsmarkt, der durch steigende Konkurrenz, knappe Ressourcen, Deckelung sämtlicher sektoraler Budgets und zunehmende Durchlässigkeit bisher klar abgegrenzter Versorgungsstrukturen gekennzeichnet ist, können ökonomische Aspekte der Zusammenarbeit nicht unberücksichtigt bleiben. So empfehlen sich die Ärzte in der Praxis als Partner des Krankenhauses, die in einem nachfrageorientierten Gesundheitsmarkt um ihre Bedeutung als Einweiser wissen. Suffiziente Bemühungen und Maßnahmen des Krankenhauses werden jedoch als eine wichtige Voraussetzung für die dauerhafte Bindung der Zuweiser angesehen mit dem Ziel, letztendlich im Zentrum eines Beziehungsgeflechts aus zufriedenen Kunden zu stehen.

## **2.2 Krankenhaus-Marketing**

Marketing ist als Unternehmenskonzeption zu sehen, bei der im Interesse der Erreichung der Unternehmensziele alle betrieblichen Aktivitäten konsequent auf die gegenwärtigen und zukünftigen Erfordernisse der Märkte, in diesem Fall der Abnehmer (Kundenorientierung) ausgerichtet werden.<sup>[25]</sup> Im Zuge der wettbewerblichen Weiterentwicklung des Gesundheitswesens gewinnen Marketing-Aktivitäten auch für Unternehmen der Gesundheitswirtschaft und hier insbesondere die Krankenhäuser an Relevanz. Ein umfassendes Marketingkonzept beginnt zwar mit der Formulierung der Krankenhausphilosophie, welche sich an den ethischen und moralischen Wertvorstellungen des Krankenhausträgers orientiert, darüber hinaus hat das Krankenhaus jedoch auch eine soziale Verantwortung gegenüber seinen Mitarbeitern, den Patienten und der umliegenden Bevölkerung. Für diese soziale Pflicht muss die Existenz des Krankenhauses langfristig gesichert sein.<sup>[37]</sup> Neben der notwendigen, aber oft schon ausgereizten Kostenorientierung wird damit das strategische Klinikmarketing, das systematisch die lokalen Marktchancen und Erlöspotentiale sucht, zum unverzichtbaren Bestandteil modernen Klinikmarketings. Für eine zielorientierte Beeinflussung der

Patientenströme ist ein aktives und partnerschaftliches Zuweisermanagement sowie ein gutes Schnittstellenmanagement der Patientenübergabe zwischen stationärem und ambulantem Bereich entscheidend. Bei Krankenhaus-Dienstleistungen spielen soziales Handeln, eine hohe Unmittelbarkeit, die Konfrontation mit Emotionalität und Menschlichkeit sowie das gehäufte Vorkommen von Ausnahmesituationen eine besondere Rolle und erfordern deshalb höchste Professionalität.<sup>[36]</sup> Marketing als strategisches Element zur guten Positionierung am Markt muss auf Nachhaltigkeit angelegt sein und kann nur dann erfolgreich sein, wenn es in allen vertikalen und horizontalen Ebenen des Krankenhauses, in den Prozessen und nicht zuletzt in den Köpfen der Mitarbeiter implementiert ist.<sup>[82]</sup> Für die Erstellung eines Marketingkonzepts müssen aus Klinik-sicht zuerst die individuellen Stärken und Schwächen des eigenen Hauses aus Sicht der Zuweiser im Vergleich zu den lokalen Hauptbewerbern erkannt werden, um eine strategische Positionierung am Markt festlegen zu können.<sup>[10]</sup> Dies kann im Rahmen einer Zufriedenheitsanalyse erfolgen. Weiter müssen die eigenen Ziele festgelegt werden, die angesichts des aktuellen Ist-Soll-Zustands erreicht werden können. Die Marketingziele bestimmen dabei jene marktspezifischen Positionen, die mit dem Verfolgen von Marketingstrategien und dem Einsatz der Marketinginstrumente realisiert werden sollen.<sup>[42]</sup>

Zusammenfassend empfiehlt sich somit folgende Vorgehensweise:

- Durchführung einer systematischen Marktanalyse und Bestimmung der Marketingziele
- Definition der Marketingstrategien in Bezug auf die Zuweiser
- Entwicklung und Einsatz von Marketinginstrumenten

In Zusammenhang mit den Instrumenten des Marketing spricht man auch vom „5-Kräfte-Modell“ der Strategieberatung (Porters Five).<sup>[36]</sup>

1. *Angebot/Produkt (product)*

Die Möglichkeiten der Differenzierung des primären Leistungsangebots (medizinische-pflegerische Leistung) sind im Krankenhaus sehr begrenzt, weshalb man sich auf die sekundären Leistungen (z.B. Zusatz- oder Serviceleistungen außerhalb des Gesamtbudgets, Gastronomie, Besucherhotels, Rehabilitations- und Fitnesscenter) konzentrieren muss. Weiter kann durch Angebote in vor- und nachgelagerten Bereichen (Gesundheitserziehung, Präventionsmaßnahmen, Ausbau der ambulanten Versorgung und Nachbetreuung) eine positive Differenzierung gegenüber Mitbewerbern stattfinden.

2. *Preis (price)*

Die Preispolitik hat für das Zuweiser-Management nur eine geringe Relevanz, zumal für die Krankenhäuser in diesem Bereich aufgrund der rechtlichen Vorgaben ein sehr geringer Spielraum besteht. Möglichkeiten bestehen hier bei Wahlleistungen sowie unentgeltlichen Serviceleistungen (z.B. kostenloses Fernsehen, Tageszeitungen, Internetanschluss).

3. *Platzierung/Art der Kontaktaufnahme (placement)*

Die räumliche sowie zeitliche Erreichbarkeit ist Gegenstand der Distributionspolitik. Während für die Patienten die objektive Erreichbarkeit (Fußwege, Parkplätze, Gestaltung des Eingangsbereichs) eine relevante Rolle spielt, ist für den niedergelassenen Arzt die subjektive Erreichbarkeit (unkomplizierter Kontakt zu Fachkollegen, zeitnahe stationärer Aufnahmezeitpunkt) von großer Bedeutung.

4. *Öffentlichkeitsarbeit (promotion)*

Die Kommunikationspolitik stellt im Krankenhaussektor das Hauptaugenmerk der operativen Marketingplanung dar. In ihrem Rahmen werden Botschaften übermittelt, um die verschiedenen Zielgruppen der Kliniken zu einem bestimmten Verhalten zu stimulieren, welches das Erreichen der aufgestellten Unternehmensziele begünstigt.<sup>[92]</sup> Weiter wird zwischen interner und externer Öffentlichkeitsarbeit unterschieden. Die interne Ausrichtung bezieht sich auf die Mitarbeiter mit dem Ziel der Identifizierung und einer optimalen Zufriedenheit am Arbeitsplatz zur

Motivationssteigerung. Maßnahmen für die externe Zielgruppe der niedergelassenen Ärzte sind zum Beispiel Krankenhausbroschüren, Veröffentlichung der Geschäftsberichte oder eine eigene Homepage.

#### 5. *Persönliche Beziehung (personal relationship)*

Eines der wirkungsvollsten Instrumente ist der Aufbau einer durch Wertschätzung und gegenseitiges Vertrauen geprägten persönlichen Beziehung im Sinne einer Partnerschaftspflege. Die Bindung der Zuweiser erfolgt dabei einem Vertrauens-Entwicklungspfad, der mit ausreichender Information über zuweiserrelevante Sachverhalte beginnt und mit der Integration von zuweisenden Ärzten in den Klinikablauf mit wechselseitigen Einblicken in Struktur und Abläufe der Partner sein Maximum erreichen kann.

Mit dem Aufbau eines nachhaltigen Zuweisernetzwerkes werden verschiedene Ziele verfolgt. Hierzu zählen im Allgemeinen nachfrageorientierte Ziele wie der Aufbau eines positiven Images, die Bindung der Zuweiser an das eigene Krankenhaus und dadurch die Steigerung der Zuweiserintensität sowie letztendlich die Gewinnung neuer Zuweiser.

Grundsätzlich können hierfür vier Schlüsselstrategien unterschieden werden:

Während bei der Bindungsstrategie die Marketingmaßnahmen darauf ausgerichtet sind, die Kontinuität der Zuweisungen bereits bestehender Kontakte zu stabilisieren, soll bei der Expansionsstrategie das Zuweisernetz ausgebaut werden. Bei der Intensivierungsstrategie stehen die Vertiefung vorhandener Beziehungen und die Erhöhung der Zuweisungen pro niedergelassenem Arzt zum Ziel. Nur für wenige Krankenhäuser ist die Konzentrationsstrategie als zielführend anzusehen. Hier liegt der Fokus auf speziellen Kontakten, um Zuweisungen aus einer bestimmten Kundengruppe nach festgelegten Kriterien zu erhalten.<sup>[12]</sup>

## **2.3 Marktforschung**

Die Marktforschung ist ein Teilgebiet der Marketingforschung. Marktforschung ist die systematisch betriebene Erforschung eines konkreten Teilmarktes (Zusammentreffen von Angebot und Nachfrage) einschließlich der Erfassung der Bedürfnisse aller Beteiligten

unter Heranziehung vor allem externer Informationsquellen.<sup>[26]</sup> Man versteht hierunter die systematische Sammlung, Aufarbeitung, Analyse und Interpretation von Daten über Märkte und Marktbeeinflussungsmöglichkeiten zum Zweck der Informationsgewinnung für Marketingentscheidungen.<sup>[47]</sup> Die Marktforschung ist eines der wichtigsten Werkzeuge des Marketings. Sie liefert aber auch Entscheidungshilfen für andere Unternehmensbereiche wie Controlling, Vertrieb, Beschaffung, Personaleinsatz oder Business Intelligence. Als allgemeine Ziele der Marktforschung kann man das frühzeitige und rechtzeitige Erkennen von Trends, Chancen und Risiken auf den für das Unternehmen relevanten Märkten benennen, die Beschränkung des Risikos von Fehlentscheidungen und die Unterstützung der Willensbildung innerhalb des Unternehmens.<sup>[95]</sup> Bezogen auf den vorliegenden Dienstleistungssektor des Gesundheitswesens ist die systematische Abhandlung folgender Schritte von wesentlicher Bedeutung:<sup>[36]</sup>

- Analyse der Kundenzufriedenheit und deren Einflussfaktoren
- Marktanalyse und Bildung von Zielgruppen (ABC-Analyse)
- Definition der Kundenzufriedenheitsstandards als Teil der strategischen Unternehmensziele
- Einsatz von Instrumenten zur Erzeugung von Kundenzufriedenheit
- Ausrichtung der Ressourcen und des organisatorischen Rahmens auf die Steigerung der Kundenzufriedenheit

Ausgehend vom Erhebungsziel lässt sich der Bereich der Marktforschung in quantitative und qualitative Marktforschung unterteilen. Das Ziel der quantitativen Marktforschung besteht darin, numerische Werte über den Markt zu ermitteln. Bei der qualitativen Marktforschung werden zum Beispiel Motive für bestimmte Verhaltensweisen auf dem Markt herausgestellt sowie Erwartungen und Einstellungen ermittelt.

Bei einer Marktanalyse wird bezüglich der Datenerhebung zwischen Primärforschung und Sekundärforschung unterschieden. Im Rahmen der Primärforschung erfolgt die Datenerhebung durch Beobachtung und/oder Befragung (Interview, Expertenbefragung). Man gewinnt so die aktuellen Erkenntnisse aus der erstmaligen und direkten Untersuchung von Marktteilnehmern (Primäranalyse). Bei der Benutzung primärer Quellen stellt sich meistens die Frage nach einer geeigneten Stichprobe. Die sekundäre Marktforschung gewinnt ihre Erkenntnisse aus bereits erhobenen Daten

(Sekundäranalyse), welche sowohl aus betriebsinternen als auch betriebsexternen Quellen stammen können.<sup>[85]</sup> Die betriebsinternen Daten des folgend untersuchten Krankenhauses werden aus den Bereichen des medizinischen Controlling, der EDV-Abteilung und des medizinischen Archivs gewonnen. Betriebsexterne Daten können Angaben der Landes- und Bundesärztekammer, der Krankenkassen und anderer Unternehmen im Gesundheitswesen sein.

Marketing ist somit ein systemisches, zielorientiertes Vorgehen, bei dem auch wissenschaftliche Methoden eingesetzt werden. Die folgend durchgeführte Zuweiseranalyse mit Bestimmung kritischer Erfolgsfaktoren aus Kundensicht ist aber auch ein Baustein in der strategischen Diagnose des Change-Management-Prozesses.<sup>[58]</sup>

Die Bestimmung „kritischer Erfolgsfaktoren“ (KEF) ist ein wichtiges Instrument der strategischen Unternehmenssteuerung, um die Stärken bzw. Schwächen eines Unternehmens bzw. einer Wirtschaftseinheit zu identifizieren und daraus die notwendigen Schlüsse zu ziehen. Ein KEF definiert sich über die Frage: „Was macht unseren Betrieb aus Sicht unserer Kunden erfolgreich?“ - alles was dazu beiträgt, ist ein kritischer Erfolgsfaktor für das Unternehmen. In der Analyse wird in einem einrichtungsinternen Prozess gesammelt, was für die Zukunft der Einrichtung von Bedeutung ist.<sup>[58]</sup> Es werden externe KEF (Dienstleistungen und Produkte, Kunden, Marketing) und interne KEF (Personal, Technik, Organisation, Methoden und Verfahren, Finanzen) unterschieden. Hilfreich ist es, auf dem Wege der Herausarbeitung der für eine Einrichtung wichtigen KEF gleichartige Faktoren zusammenzufassen (sog. „Cluster“). Die Abbildung der Wichtigkeit und damit Bedeutung für das Unternehmen ergibt sich aus der subjektiven Bewertung der KEF bzw. der Cluster mit Hilfe von Meinungspunkten. Ein solches Ranking weist in Verbindung mit dem Grad der Kundenzufriedenheit den Weg zu einem Maßnahmenplan und gibt implizit Hinweise zu den Prioritäten bei dessen Umsetzung. Für eine umfassende Marktanalyse eines Krankenhauses ist die externe Sicht (externe KEF aus der Sicht der Kunden) ergänzt um die interne Sicht (interne KEF aus der Sicht der Einrichtung) unerlässlich.<sup>[54]</sup>

Mit den kritischen Erfolgsfaktoren, die nach Bedeutung/Wichtigkeit und nach dem Grad der Zufriedenheit bewertet werden, kann dann eine Portfolio-Analyse durchgeführt werden. Die Portfolio-Analyse ist ein Instrument der strategischen Unternehmensführung, das den Bedarf für die Produkte oder Dienstleistungen (= kritische Erfolgsfaktoren) eines

Unternehmens oder einer Wirtschaftseinheit in Beziehung setzt zu der Kompetenz, mit der diese Produkte/Dienstleistungen erbracht werden. Die Ergebnisse der Analyse, als Bedeutungs-Zufriedenheits-Matrix grafisch dargestellt, sind Grundlage für konkrete Handlungsstrategien, die vorhandene Ressourcen in solche Geschäftsfelder lenken, in denen die Marktaussichten günstig erscheinen (hoher Bedarf) und Wettbewerbsvorteile realisiert werden können (hohe Kompetenz).<sup>[95]</sup> Handlungsfelder, die entweder im Bedarf oder in der Kompetenz niedriger bewertet werden, können strategisch differenziert angegangen werden. Ausgehend von der Überlegung, dass für diese Felder der Matrix, in denen der Bedarf mit der Kompetenz kongruent verläuft, kein zwingender Handlungsbedarf angezeigt ist, können diese Felder noch in die beiden Handlungszonen der „Mittelfreisetzung“ (Abschöpfung oder Desinvestitionsstrategie) bzw. in die der Mittelbindung (Wachstums- oder Investitionsstrategie) unterteilt werden.<sup>[61]</sup>

### **2.3.1 Kundenbefragung**

In Bezug auf den Krankenhausbereich werden die Primärdaten vorwiegend mittels einer Kundenbefragung erhoben. Dies ist die systematische Erhebung und Auswertung der Meinung der „Kunden“ darüber, ob die Leistungen bedarfsgerecht, qualitativ gut und zeitgerecht sowie in Art und Weise angemessen erbracht werden. Der Begriff Kundenbefragung bezeichnet hierbei eine Methode der Gewinnung von Informationen über Zufriedenheit, Erwartungen und Gewohnheiten aktueller oder potentieller Kunden.<sup>[45]</sup> Die Kundenbefragung ist als Fachdisziplin in den Bereich der Marktforschung einzuordnen. Die Art und der Umfang der Befragung sind dabei auf das spezifische Untersuchungsziel ausgerichtet.<sup>[71]</sup> Die verschiedenen Kundengruppen sind hier die Patienten, Ärzte und auch Krankenkassen. Wie bereits geschildert ist das Hauptaugenmerk auf die Zielgruppe der niedergelassenen Ärzte zu legen.

Das Krankenhaus bekommt auf diese Weise Informationen über das Image des Krankenhauses bei den niedergelassenen Ärzten, über die Bekanntheit der einzelnen Leistungsangebote, über Stärken und Schwächen des Krankenhauses in der Wahrnehmung der Einweiser, über Anforderungen der niedergelassenen Ärzte an das Krankenhaus, über Informations- und Kooperationsinteresse sowie über das Einweisungsverhalten der Praxisärzte.<sup>[36]</sup> Die Kenntnis der Kunden und ihres (zukünftigen) Verhaltens gilt als die wichtigste Voraussetzung für die Effektivität (Zielerreichung) und

Effizienz (Kosten) aller strategischen und operativen Marketinginstrumente in einem Marketingplan.

Bei dem Begriff Zufriedenheit handelt es sich um eine emotionale, subjektive Reaktion des Menschen. Die „Zufriedenheit“ der Zuweiser entsteht durch den Vergleich von individuellen Erwartungen bei der Leistung als Anspruchsniveau mit den durch die Inanspruchnahme der Leistungen erlebten Erfahrungen. Die niedergelassenen Ärzte, die Patienten in eine Klinik einweisen, vergleichen kontinuierlich ihre subjektiven Erfahrungen (Ist-Größe), die sie bei der Zusammenarbeit mit der stationären Einrichtung und der Inanspruchnahme klinischer Leistungen gemacht haben, mit einem bestimmten, vorab definierten Erwartungswert als Vergleichsstandard (Soll-Größe).<sup>[20]</sup> Anhand dieses Vergleiches beurteilen sie die wahrgenommenen Leistungen. Als Folge dieser Übereinstimmungen zwischen den subjektiven Erwartungen und der tatsächlich erlebten Bedürfnisbefriedigung kann Zufriedenheit mit den Merkmalen des Krankenhauses entstehen<sup>[19]</sup>, wobei die Zufriedenheit die subjektiven Ansichten und Vorstellungen der Zuweiser widerspiegelt. Aus diesem Grund kann eine nach „objektiven“ Qualitätskriterien identische Leistung in Folge unterschiedlicher Wahrnehmungseffekte bei den Zuweisern durchaus mit einer differenzierten Ausprägung der Ist-Komponente in den Evaluierungsprozess eingehen.<sup>[41]</sup> „Nicht das objektive Angebot bestimmt das Verhalten der Konsumenten, sondern das subjektiv wahrgenommene Angebot.“<sup>[65]</sup>

Die Auswirkungen von Zufriedenheit und Unzufriedenheit sind vielfältig. Zufriedenheit führt zu Kundenloyalität und positiver Mund-zu-Mund Propaganda. Unzufriedenheit führt nicht immer zu einer Verhaltensreaktion. Falls doch, kommt es zu negativer Mund-zu-Mund Propaganda, Abwanderung oder Beschwerde.<sup>[56][70]</sup> Empfehlungen unter den Patienten sind oft wirkungsvoller als andere Werbemittel, da eine persönliche oder direkte Kommunikation eine höhere Einflussintensität auf die Wahrnehmung besitzt als andere Medien. Sie weist eine höhere Glaubhaftigkeit auf, da die unmittelbare Quelle der Information bekannt ist. Allerdings wird im Schnitt nur drei Personen mitgeteilt, wenn ein Patient mit einer Leistung zufrieden ist und im Gegensatz dazu neun bis elf Personen, wenn Unzufriedenheit vorliegt.<sup>[63]</sup> Es ist nicht ungewöhnlich, dass bei einer Zufriedenheitsanalyse 25% der Befragten angeben unzufrieden zu sein. Nur 5% beschweren sich direkt beim Zuständigen. Kunden, die unzufrieden sind und sich nicht äußern, vermuten, dass es sich nicht lohnt oder sie wissen nicht, an wen sie sich wenden sollen. Macht der Zuweiser jedoch diesen Schritt, um seine Unzufriedenheit zu äußern, ist es besonders wichtig, ihn schnell und kompetent zu beraten. Gelingt es, ihn zufrieden zu

stimmen, steigt die Rate einer Fortführung der Kooperation auf bis zu 95% und es besteht die Chance auf eine positive Mund-zu-Mund Propaganda. Auch aus kostenwirtschaftlicher Sicht lohnt es sich, einen Zuweiser zurück zu gewinnen, da eine Neuakquisition wesentlich kosten- und zeitintensiver ist.<sup>[55][69]</sup> Allgemeine empirische Untersuchungen kommen zu dem Ergebnis, dass es fünf- bis siebenmal teurer ist, einen neuen Kunden zu gewinnen als einen bestehenden Kunden zu halten.<sup>[16]</sup>

Eine Zufriedenheitsmessung wird aus verschiedenen Gründen durchgeführt. Sie dient als:<sup>[84]</sup>

- *Stärken- und Schwächenanalyse:*  
Durch diese Rückkopplung wird marktorientierte Unternehmensführung erst möglich. Stärken und Defizite werden sichtbar gemacht.
- *Frühwarnsystem:*  
Mängel werden früh erkannt und können behoben werden, bevor der Kunde negative Konsequenzen daraus zieht.
- *Wettbewerbsvergleich:*  
Dem Unternehmen wird es ermöglicht, eigene Leistungen mit anderen Wettbewerbern zu vergleichen. Ein Kunde wird die Leistung nur erneut in Anspruch nehmen, wenn das Unternehmen mindestens die gleiche Zufriedenheit erreicht wie Konkurrenten.
- *Controllinginstrument:*  
Bei wiederkehrenden Erhebungen kann das Unternehmen über einen längeren Zeitraum eingeleitete Maßnahmen vergleichen und optimieren.
- *Imageeffekt:*  
Eine Kundenzufriedenheitsmessung lässt den Kunden erkennen, dass das Unternehmen bemüht ist, sich an Leistungen und Bedürfnissen des Kunden zu orientieren.

Wer Kundenzufriedenheit aktiv gestalten will, hat sich Klarheit darüber zu verschaffen, welche Faktoren das Urteil der Zuweiser prägen, welcher Zufriedenheitsgrad bei ihnen vorliegt und welche Soll-Zufriedenheitswerte anzustreben sind<sup>[73]</sup>, denn nur gelebtes und organisatorisch verankertes Marketing kann die angestrebten Erfolge bringen.

Die Befragung ist ein klassisches Instrument der Wirtschaftswissenschaft, um das Meinungsbild einer bestimmten Population zu bestimmten Themen oder Produkten zu erhalten. Sie ist die häufigste Art der Datenerhebung in Marktforschung und Konsumentenpsychologie. So ist die Befragung für viele ein Synonym für Marktforschung und gilt als ihr wichtigstes Instrument. Sie dient dazu, systematisch Informationen über Einstellungen, Meinungen, Wissen und Verhaltensweisen von Menschen zu gewinnen.<sup>[32]</sup>

Bei einem Fragebogen ist hinsichtlich der Formulierung allgemein zu beachten, dass die Fragen einfach gestellt, neutral in ihrer Formulierung und präzise sind.

- Jede Frage muss für alle Befragten voll verständlich sein. Sie sollte kurz, grammatikalisch einfach und in unkomplizierter Alltagssprache gehalten sein.
- Der Fragebogen sollte keine Wertung ausdrücken.
- Jede Frage soll von der befragten Person einheitlich verstanden werden.

Nach der Art der Kommunikation mit den Befragten unterscheidet man persönliche, telefonische, schriftliche und Online-Befragungen. Jede hat ihre spezifischen Vor- und Nachteile.<sup>[5]</sup>

- ***Persönliche Befragung:***

Bei der persönlichen Befragung (Face-to-Face) trifft sich ein Interviewer mit dem zu Befragenden und spricht mit ihm.

*Vorteile:* Für die Befragung können Hilfsmittel eingesetzt werden. Dabei sind Interviewerbeobachtungen möglich (auf dem Fragebogen wird beispielsweise vermerkt, ob der Befragte engagiert oder desinteressiert wirkt), die ein unmittelbares Feedback liefern. Persönliche Interviews können relativ lang sein (Richtwert: 1-1,5 Stunden).

*Nachteile:* Persönliche Befragungen sind vergleichsweise teuer, weil Material verschickt und ein gegebenenfalls über einen großen Bereich verteiltes Netz von Interviewern betreut werden muss. Die Führung und Anleitung der Interviewer ist deshalb kompliziert und aufwändig. Die Zeit zwischen dem Verschicken der Fragebögen an die Interviewer und dem Rücklauf der Ergebnisse ist relativ lang.

- **Telefonische Befragung:**

*Vorteile:* Die telefonische Befragung ist ortsungebunden sowie relativ schnell und kostengünstig durchzuführen. Verglichen mit dem persönlichen Interview ist die Anonymität größer. Dadurch ist die Hemmschwelle für den Befragten bei heiklen Fragen möglicherweise geringer.

*Nachteile:* Geringere Antwortrate als bei persönlicher Befragung, das heißt, dass viele Angerufene sich weigern, die Fragen zu beantworten. Viele Hilfsmittel können nicht eingesetzt werden. Durch das Fehlen von Hilfsmitteln und die rein sprachliche Kommunikation, auch über komplizierte Skalen oder Einstufungen, kann das Interview vom Befragten leicht als monoton oder ermüdend empfunden werden. Die Interviews müssen deutlich kürzer sein als bei anderen Befragungsformen (Richtwert: 15-25 Minuten).

- **Postalische oder schriftliche Befragung:**

Schriftliche Befragungen finden meist mit einem standardisierten Fragebogen statt.

*Vorteile:* Postalische Befragungen sind verhältnismäßig kostengünstig, ermöglichen hohe Anonymität und eine einfache Verwaltung (keine Interviewer).

*Nachteile:* Postalische Befragungen haben eine geringe Rücklaufquote (ca. 5%). Auf Missverständnisse oder Beeinflussung durch dritte kann nicht eingegangen werden.

- **Online-Befragung (www):**

*Vorteile:* Online-Umfragen sind relativ kostengünstig. Computergestützte Benutzerführung vermeidet Interviewerfehler. Hilfsmittel wie Bildblätter, Listen usw. sind möglich. Einfache und schnelle Auswertung, kurze Feedback-Zeit.

*Nachteile:* Es muss sichergestellt werden, dass die Befragten an der Umfrage nicht mehrfach teilnehmen können. Mögliche Selbstselektion der Befragten, vor allem bei Umfragen auf Webseiten. Nur diejenigen Internetnutzer antworten, die dafür eine spezielle Motivation haben (vergleichbar mit der Problematik bei der postalischen Befragung). Unverlangte Umfrage-E-Mails können Nutzer verärgern. Der Forscher hat kaum Kontrolle über die Befragten (ähnlich wie bei postalischen Befragungen).

Die Auswahl der Befragungsform erfolgt unter anderem nach der Länge der Befragung, nach den Kosten, nach den notwendigen Stimuli (z.B. kann man Bilder persönlich und online gut zeigen) und nach der erforderlichen Schnelligkeit. Im vorliegenden Fall sollen die zuweisenden Ärzte, also eine ganz spezifische Gruppe, befragt werden, wofür sich die Form der Expertenbefragung anbietet.

Das Interview (persönliche Befragung) ist eine Sonderform der Befragungen. Ein Interview kann qualitativ und quantitativ durchgeführt werden.

Der Grad der Standardisierung kann sein:<sup>[74]</sup>

- **nicht-standardisierte** (auch: offene, qualitative, freie, non-direktive, narrative) Form. Die freieren Formen laufen ähnlich wie normale Gespräche ab, bei denen lediglich das Thema oder ein grober Leitfaden vorgegeben ist.
- **teilstandardisierte** (strukturierte) Befragungen
- **vollstandardisierte** (auch: quantitative, geschlossene, standardisierte) Form, bei der Reihenfolge, Wortlaut und mögliche Antworten von Fragen vorgegeben sind. In standardisierten Befragungen arbeitet man einen strikt vorgegebenen Fragenkatalog ab, der meist kategoriale (Ja/Nein) oder skalierte (1: "Stimme nicht zu", 5: "Stimme voll und ganz zu") Antworten verlangt, die später statistisch analysiert werden.

Das Interview kann als *einmalige* oder als *wiederholte* Befragung angelegt sein, um bestimmte Entwicklungen des Meinungsbildes nachvollziehen zu können.

Bei persönlichen Interviews ist häufig das Ziel, explorativ Informationen und Ideen zu gewinnen sowie Einblicke in einen neuen Themenbereich zu bekommen. Hier sollen Interviewer individuell auf den Interviewpartner reagieren, interessante Punkte weiterverfolgen und frei nachfragen. Meist werden dabei einige Fragen vorgegeben (z.B. als Leitfaden für das Gesamtinterview) und andere frei gelassen. Dies gelingt in der Form der teilstandardisierten Befragung. Wichtig ist neben dem Ablauf auch die korrekte Wiedergabe des Gesprächs. Dies kann durch Gedächtnisprotokolle, Notizen während des Interviews oder Tonbandaufzeichnungen erfolgen. Der Vorteil dieses Vorgehens, nämlich der hohe qualitative Erkenntnisgewinn durch die situativ-angepasste Steuerung des Gespräches wird mit entsprechenden Nachteilen erkauft.

Befragungen können grundsätzlich in zwei Frageformen durchgeführt werden: offene und geschlossene Fragen.

Offene Fragen erlauben dem Befragten, die Frage frei und in eigenen Worten zu beantworten. Sie haben explorativen Charakter und eignen sich somit besonders für qualitative Fragestellungen.

Bei geschlossenen Fragen werden verschiedene Antwortmöglichkeiten vorgegeben (z.B. "trifft zu" - "trifft nicht zu"), aus denen der Befragte auswählen muss. Sie erreichen dadurch eine größere Einheitlichkeit und Vergleichbarkeit der Antworten. Dadurch besteht jedoch auch die Gefahr, dass dem Befragten keine passenden Auswahlmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Die Überführung der Antworten in Zahlwerte für die spätere Datenauswertung ist bei geschlossenen Fragen allerdings meist deutlich einfacher als bei offenen Fragen. Geschlossene Fragen eignen sich daher vorzugsweise für quantitative Fragestellungen.

Ein Experteninterview sollte in jedem Fall auch offene Fragen beinhalten, da gut informierte Personen mit eigener Meinung offene Fragen vorziehen.<sup>[3]</sup>

Auch muss beachtet werden, dass die erhaltenen Antworten vielfältigen Einflussfaktoren unterliegen. Dies sollte in der Planung, Durchführung und Auswertung berücksichtigt werden. Relevante Einflussgrößen sind:

- Der äußere Rahmen der Befragung: Raum, Zeitrahmen, evtl. Ablenkungen
- Das Erleben der Befragungssituation: Erwartungen, Empfindungen, Ängste
- Die Formulierung der Fragen: Sind sie verständlich, werden sie vom Befragten so verstanden wie sie gemeint sind?
- Die Interpretation der Antworten: Entspricht sie dem, was der Befragte meint?
- Die Haltung des Interviewers: Inwieweit werden bewusst oder unbewusst Antworten beeinflusst?

Ziel einer Befragung muss es also sein, eine möglichst hohe Gemeinsamkeit in der Kommunikation zu erreichen, um die Gültigkeit einer Meinungsaussage zu erhöhen.<sup>[2]</sup>

Für die Auswertung eines teilstrukturierten Leitfadengesprächs mit offenen Fragen bietet sich die Methode der Inhaltsanalyse an. Gegenstand ist die Analyse der Inhalte von Kommunikation, die in Form von Texten wie etwa als verschriftlichte Interviews vorliegen. Ziel von Inhaltsanalysen ist es, die vorhandene Komplexität des Untersuchungsmaterials, also der Texte zu reduzieren.<sup>[49]</sup>

Unterschieden wird zudem zwischen der einfacheren quantitativen und der aufwendigeren qualitativen Inhaltsanalyse.

Als grobes und pauschalisiertes Unterscheidungskriterium kann vorab gelten, dass qualitative Inhaltsanalyse nicht oder höchstens teilweise auf auszählende Verfahren zurückgreift. Vielmehr versteht sich die qualitative Inhaltsanalyse als Auswertungsverfahren, das gerade nicht vorab festgelegte Hypothesen widerlegen oder bestätigen will, sondern den individuellen Fall in seiner vollen Authentizität ganzheitlich analysiert und abschließend Erkenntnisse formuliert.<sup>[66]</sup> Hier wird auf der Grundlage des Textes auf text-externe Merkmale (...) geschlossen. Dies wird dadurch erreicht, dass relevante Ordnungsstrukturen und Merkmale innerhalb des Textes durch die Bildung von Kategorien, Klassifikationen bzw. Typologien aufgedeckt und zueinander in Relation gesetzt werden. Die quantitativen Verfahren dienen zur Feststellung der Häufigkeiten bestimmter Textmerkmale. Daneben kann die Anzahl relevanter Merkmale der Texte gleichzeitig als Indikator für die Intensität einer Einstellung, Meinung oder Wertvorstellung

interpretiert werden.<sup>[72]</sup>

Beide Techniken bergen für sich gesehen Vor- und Nachteile. Quantitatives Vorgehen zersplittert die komplexe Wirklichkeit, bringt jedoch wissenschaftlich eindeutige Aussagen. Qualitatives Vorgehen beschreibt die Wirklichkeit besser, ist jedoch bisweilen schwer nachvollziehbar. Eine starre Abgrenzung zwischen quantitativen und qualitativen Verfahren gibt es jedoch nicht.

Das am häufigsten angewandte inhaltsanalytische Verfahren ist die Themenanalyse. Hierbei wird der Inhalt nach Kategorien beschrieben. Dieses Verfahren erfolgt in drei Schritten:

- Definieren von Kategorien
- Bestimmen
  - a) der Auswahleinheit, hier das Interview
  - b) der Analyseeinheit, hier Sätze und Wörter
- Kodierung der Analyseeinheiten, d.h. Zuordnung zu den Kategorien

Es erfolgt hiernach die Auszählung des Textes nach den Analyseeinheiten.

Zur Planung einer Kundenzufriedenheitsanalyse können 8 Schritte genannt werden.<sup>[90]</sup>

1. Definition der Zielgruppe und der Analyseziele
2. Festlegung der Befragungsmethode:
  - schriftlich, telefonisch, persönlich, online-Befragung
3. Entwurf der Fragebogenstruktur
  - Ja/Nein-Fragen, offene Fragen, Skalen mit verschiedenen Abstufungen von Eigenschaften (semantisches Differential).

Der Aufbau des Fragebogens sollte in Verbindung mit Skalen möglichst die zwei Beurteilungsdimensionen Wichtigkeit oder Bedeutung und Zufriedenheit ausweisen.
4. Festlegung der Befragungs-Projektparameter
  - Befragungszeitraum, Adressenbeschaffung, Zuteilung der Verantwortung für die Abwicklung, Vorbereitung der Auswertung
5. Durchführung eines Pre-Tests (Probebefragung einer kleinen Gruppe der Zielpersonen, um die Verständlichkeit der Fragen zu überprüfen und den Fragebogen zu optimieren)
6. Durchführung der Befragung
7. Auswertung der Befragungen
  - Absolute und relative Häufigkeiten der Merkmale und Kombinationen sowie aller sonstigen gängigen statistischen Kennziffern
  - Zusammenstellung und Gruppierung der Aussagen zu offenen Fragen
  - Aufbereitung der Skalenwerte über Summation und Durchschnittsbildung
  - Grafische Aufbereitung (z.B. Wichtigkeits-Zufriedenheits-Matrix)
8. Ableitung der Änderungen (Verstärkung des Positiven und Beseitigung des Negativen)

Aus empirischen Einweiserbefragungen ist bekannt, welche Kriterien für die Krankenhauswahl von besonderer Bedeutung sind:<sup>[8][29]</sup>

- medizinisch-fachliche Kompetenz der Ärzte
- schnelle Verfügbarkeit der Entlassungsbriefe
- gute Erreichbarkeit insbesondere der ärztlichen Ansprechpartner
- kooperatives und kollegiales Miteinander

Abgesehen davon haben die Zuweiser jedoch neben diesen generellen Auswahlkriterien auch jeweils ganz individuelle Erwartungen und Ansprüche an eine Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus, die entsprechend zu erkennen und unter Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeitskriterien abzudecken sind.<sup>[9]</sup> Indem Schwächen abgebaut und Stärken gehalten und nach Möglichkeit weiter ausgebaut werden, kann die Zufriedenheit der Kunden erhöht und langfristig gefestigt werden. Das Instrument der Einweiserbefragung als Marketingmethode selbst ist schon eine vertrauensbildende Maßnahme, denn das Krankenhaus dokumentiert damit seine Kundenorientierung und sein Interesse an der Zielgruppe.<sup>[46]</sup>

### **2.3.2 Competitive Intelligence**

Die Begriffe „Competitive Intelligence“ (wörtlich etwa „Konkurrenz-/Wettbewerbsforschung, -analyse, -beobachtung, -aufklärung“) und „Wettbewerbserkundung“ bezeichnen die systematische, andauernde und legale Sammlung und Auswertung von Informationen über Konkurrenzunternehmen, Wettbewerbsprodukte, Marktentwicklungen, Branchen, neue Patente, neue Technologien und Kundenerwartungen. Durch Competitive Intelligence können Unternehmen frühzeitig ihre Strategie und Wettbewerbsstrategie an die sich ändernden Wettbewerbsstrukturen anpassen und aufgrund von besseren Informationen Wettbewerbsvorteile im dynamischen Wettbewerbsmarkt erreichen. Competitive Intelligence nutzt auch die internen Daten eines Unternehmens, wie etwa Zahlen aus dem Jahresabschluss, die der breiten Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden. Es bedient sich jedoch überwiegend der unstrukturierten Daten aus dem Internet, oder anderer öffentlicher Informationsquellen.<sup>[24]</sup>

Als Bestandteil des Marketing dient die Konkurrenzanalyse dazu, möglichst umfassende Informationen über Mitbewerber und deren Produkte oder Dienstleistungen zu erlangen. Das Ziel der Konkurrenzanalyse besteht darin, die Informationen über tatsächliche und potentielle Mitbewerber und deren Produkte nach Stärken und Schwächen zu analysieren, um sich durch gezieltes Hervorheben eigener Stärken dauerhaft am Markt zu positionieren und sich Wettbewerbsvorteile zu verschaffen.

Dafür werden zunächst möglichst umfassend Informationen über die Mitbewerber zusammengetragen. Wichtige Fragen hierbei sind:

- Welche tatsächlichen bzw. potentiellen Konkurrenten gibt es?
- Welche Marktstellung haben die Mitbewerber?
- Wer ist der Marktführer?
- Was bieten diese Mitbewerber?
- Wo und wie bietet der Mitbewerber seine Produkte an?
- Welche Preise werden verlangt?
- Welche Bedürfnisse der Zielgruppen können wir besser befriedigen als die Konkurrenz?
- Welche Marketingmaßnahmen führen die Mitbewerber?
- Was machen sie besser?

Wenn genügend Informationen zusammengetragen wurden, folgt anschließend deren Auswertung, um die Stärken und Schwächen der Mitbewerber zu analysieren und Trends frühzeitig zu erkennen. Erst diese Analyse ermöglicht es, geeignete Wettbewerbsstrategien zu entwickeln, um ein persönliches Unterscheidungsmerkmal zur Konkurrenz herauszuarbeiten. Dieses Merkmal kann in der besseren Qualität des Produktes, der Preisgestaltung oder einem eventuell vorhanden Zusatznutzen bzw. einem besonderen Service liegen.<sup>[62]</sup>

## **2.4 Zielsetzung und Hypothesen**

Zusammenfassend verfolgt diese Arbeit mehrere Ziele, die schließlich alle auf die Verbesserung und nachhaltige Etablierung der Marktposition hinzielen. Aus der

Gesamtheit sollen diejenigen Zuweiser identifiziert werden, die mit ihren Patienten bedeutend zum wirtschaftlichen Erfolg der Abteilung beitragen. Die so nach „ökonomischer Wertigkeit“ identifizierten Einweiser werden als Schlüsselkunden in einem zweiten Schritt zu verschiedenen Aspekten ihrer Zusammenarbeit mit der neurochirurgischen Abteilung Murnau befragt und so die kritischen Erfolgsfaktoren herausgearbeitet. Mit Hilfe dieser ist es letztendlich möglich, auf die Bedürfnisse der Hauptkunden besser einzugehen und einen Maßnahmenkatalog für konkrete Verbesserungsprojekte zu erstellen.

So können im Speziellen drei Ziele genannt werden:

1. Es soll eine ABC-Analyse der zuweisenden Ärzte erstellt und aus diesen die Hauptzuweiser in Bezug auf die Fallzahlen herausgestellt werden. Dies erfolgt auf Basis der Daten des Medizinischen Controllings und des Medizinischen Archivs. Weiter soll eine Konkurrenzanalyse der umliegenden Mitbewerber auf Grundlage der öffentlich zugänglichen Daten durchgeführt werden.
2. Mit einer ausgewählten Stichprobe soll eine Kundenbefragung mittels eines Fragebogens in Kombination mit einem teilstrukturierten Experten-Interview erfolgen. Hieraus werden kritische Erfolgsfaktoren der Zusammenarbeit definiert und im Rahmen einer Portfolioanalyse bewertet.
3. Letztendlich soll durch Umsetzung der in Schritt zwei erarbeiteten Verbesserungsmöglichkeiten ein kundenspezifisches Marketing mit verstärkter Ausrichtung des medizinischen Angebots und der Leistungen auf die Zuweiserbedürfnisse entwickelt werden.

Strategische Marketingplanung ist die strategische Analyse und Prognose der externen und internen Unternehmensumwelt zur Erkennung und Planung der Erfolgspotenziale. Zur Erkennung solcher Erfolgsfaktoren sind die Ziele eins und zwei im Sinne einer Stärken-Schwächenanalyse und einer Potenzialanalyse zu sehen.

Das dritte Ziel fällt in die Kategorie des operativen Marketing. Hier werden taktische Entscheidungen getroffen, wobei die definierten Marketingstrategien umgesetzt und die formulierten Ziele erreicht werden sollen, um sowohl A- Einweiser nachhaltig an das eigene Krankenhaus zu binden sowie einen Teil wechselbereiter Ärzte aus dem Segment der B- und C-Einweiser in die nächst höhere Kategorie zu überführen und somit die Fallzahl und folglich die DRG-Erlöse zu steigern.<sup>[23]</sup>

Eine Hypothese wird als „unbewiesene Voraussetzung oder Unterstellung“ und als „noch unbewiesene Annahme als Hilfsmittel für wissenschaftliche Erkenntnisse“ gesehen.<sup>[93]</sup> Es gilt eine Hypothese als wahr (verifiziert) oder falsch (falsifiziert) darzustellen.<sup>[64]</sup>

Aus oben genannter Zielsetzung ergeben sich folgende Hypothesen:

- 1) Anhand der Daten aus dem Medizinischen Controlling und dem Medizinischen Archiv ist es möglich, eine ABC-Analyse der zuweisenden Ärzte der Fachabteilung Neurochirurgie der BG Unfallklinik Murnau zu erstellen.
- 2) Es ist möglich, anhand der öffentlich zugänglichen Daten eine Konkurrenzanalyse durchzuführen und die eigene Marktposition zu bestimmen.
- 3) Die durchgeführte Befragungsform ist ein geeignetes Mittel, die externe Kundenansicht zu erfassen und zu analysieren.
- 4) Aus den Ergebnissen der Analyse lassen sich die Stärken wie auch die Schwächen der Abteilung bezüglich der Zusammenarbeit mit den Zuweisern sowie der eigenen fachlichen Kompetenz ableiten.
- 5) Anhand der Ergebnisse ist es möglich, konkrete Verbesserungen im Rahmen eines kundenspezifischen Marketingkonzepts durchzuführen und somit das Leistungsangebot gezielter auf die Zuweiser auszurichten.

# 3 Material und Methodik

Für die neurochirurgische Hauptabteilung der berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik (BGU) Murnau werden im Folgenden Informationen über die eigenen Leistungen, die objektive sowie subjektive Marktpositionierung und zuletzt die möglichen Verbesserungspotentiale am vorliegenden Markt erarbeitet. Hierbei soll entsprechend der drei Elemente der Marktforschung als Grundlage für die Erstellung eines Marketingkonzepts das Nachfragerverhalten erfasst, die Nachfragerwünsche identifiziert sowie eine Marktsegmentierung durchgeführt werden.

Die Analyse des Nachfragerverhaltens erfolgt anhand der Daten aus dem Medizinischen-Archiv, dem Finanz-Controlling und dem Medizinischen-Controlling (sekundäre Daten). Die Nachfragerwünsche werden mit Hilfe eines Fragebogens sowie eines teilstrukturierten Interviews interpretiert (primäre Daten). Die Marktsegmentierung erfolgt mittels Identifikation der Hauptkonkurrenten sowie des eigenen Marktanteils am errechneten Einzugsgebiet.

## 3.1 Qualitätsbericht

Um die Abteilung Neurochirurgie in Murnau mit den umliegenden, konkurrierenden Krankenhäusern in Vergleich setzen zu können, müssen einheitliche Daten erhoben werden, welche unabhängig von der Fachrichtung wie auch der Größe der Abteilung sind. Weiter müssen die Daten für eine Veröffentlichung geeignet sein.

Seit dem Jahr 2005 sind alle nach §108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser gesetzlich verpflichtet, im Zweijahresrhythmus strukturierte Qualitätsberichte<sup>[77]</sup> zu veröffentlichen. Die Berichte sollen der Information von Patienten und Versicherten dienen sowie den einweisenden und im Anschluss an die Krankenhausbehandlung weiter betreuenden Ärzten und den Krankenkassen eine Orientierungshilfe bieten. Ein Qualitätsbericht besteht aus einem Basisteil und einem Systemteil. Unter Abschnitt B des Basisteils werden allgemeine Struktur- und Leistungsdaten der Fachabteilungen aufgezählt. Für Krankenhäuser eröffnet sich hierdurch die Möglichkeit, ihre Leistungen und Qualität darzustellen. Der Qualitätsbericht dient somit der Information und Transparenz auf dem Gebiet der Krankenhausbehandlung und kann zugleich für Krankenhäuser als ein

Wettbewerbsinstrument genutzt werden.

Neben den Versorgungsschwerpunkten, welche die Krankenhäuser eigens auswählen, werden zudem verschiedene Leistungsdaten erhoben. Von diesen lassen sich für eine unabhängige Vergleichbarkeit der Abteilungen wie auch einzelner Bereiche davon am geeignetsten die „stationäre Fallzahl der Abteilung“, die 10 häufigsten „Diagnosen nach ICD-10 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision)“, die 10 am häufigsten durchgeführten „Prozeduren nach OPS (Operationen- und Prozedurenschlüssel)“ sowie der „ärztliche Personalschlüssel“ verwenden.

### **3.2 ABC-Analyse**

Mit Hilfe der Daten aus dem Medizinischen-Archiv wurde eine ABC-Analyse für die Einweiser der Jahre 2009 und 2010 erstellt. Diese teilt die Einweiser nach absteigender Bedeutung in die Klassen A, B und C auf und gibt im vorliegenden Fall an, welche Ärzte am stärksten am Patientenumsatz der Abteilung beteiligt waren (A) und welche am wenigsten (C). Hierfür wurden sowohl die Einweisungen, die zu einer stationären Aufnahme führten, wie auch die rein ambulanten Untersuchungen nach Einweisung durch einen niedergelassenen Arzt verwendet. Anschließend wurde eine Rangliste der Ärzte nach dem jeweiligen Anteil der Fallzahlen erstellt.

Von den stationär abgerechneten Fällen wurden zudem die Diagnosen (ICD-10) und die durchgeführten Prozeduren (OPS) erfasst. So konnten die Haupteinweiser identifiziert und nach bestimmten Kenngrößen analysiert werden.

Der Case Mix Index (Fallschwere-Index, CMI) beschreibt die durchschnittliche Schwere der Patientenfälle bezogen auf den Gesamt-Ressourcenaufwand und stellt ein Maß für den relativen ökonomischen Ressourcenaufwand aller behandelten Krankenhausfälle dar. Der Case-Mix wird errechnet durch die Addition der in einem bestimmten Zeitraum abgerechneten Relativgewichte (cost weight, CW) der Patienten. Dividiert durch die Anzahl der Fälle ergibt er den Case-Mix-Index der Abteilung oder des Krankenhauses. Die DRG-Fallpauschale (Diagnosis Related Groups), welche man für die

Krankenhausbehandlung eines Patienten vergütet bekommt, stellt sich aus dem Relativgewicht (Bewertungsrelation) multipliziert mit dem Basisfallwert zusammen. Der Basisfallwert ist für jedes Bundesland einheitlich, sodass die Relativgewichte oder in der Summe der Anteil am Case-Mix eines Einweisers einen direkten Bezug zum daraus resultierenden Umsatz wiedergeben.<sup>[30]</sup>

Für die Grundgesamtheit wurde als Ein- bzw. Ausschlusskriterium festgelegt, dass bei ambulanten Fällen die Untersuchung und bei stationären Fällen die Entlassung ab dem 01.01.2009 und bis zum 31.12.2010 durchgeführt sein musste. Weiter galt für alle Fälle die Voraussetzung, mit einer gültigen DRG abgerechnet sowie dem § 301 SGB V - Abteilungsschlüssel 1700 (Neurochirurgie) zugeordnet worden zu sein.

Für den Vergleich mit den Fallzahlen anderer Häuser in der später aufgeführten Konkurrenzanalyse wurden lediglich die stationär behandelten neurochirurgischen Fälle eingeschlossen. Wenn sich die Patienten durchgehend in der neurochirurgischen Abteilung befanden, war die entsprechende Zuordnung eindeutig. Im Falle einer internen Verlegung aus einer anderen oder in eine andere Abteilung wurde der Patient von der Klinikabrechnung automatisch dem Abteilungsschlüssel zugerechnet, mit dem man ihn letztendlich entlassen hatte.

Die Leistungsdaten für die Einweiseranalyse werden in der BGU Murnau mit der Unternehmenssoftware SAP<sup>[48]</sup> erfasst und verwaltet. Die Daten wurden vom Medizinischen-Archiv der Klinik bereitgestellt. Weiter wurden uns vom Medizin-Controlling sowie dem Finanz-Controlling die Daten der zugehörigen DRG-Erlöse, des Case-Mix, Verweildauer, PCCL (Patientenbezogener Schweregrad - Patient Clinical Complexity Level) und Basisfallwert geliefert.

Die Daten wurden dem jeweiligen Jahr zugehörig in eine Excel-Datenbank importiert und anschließend für die Ermittlung der Grundgesamtheit zusammengeführt. Folgende Datenfelder wurden abgefragt:

- Hauptdiagnose nach ICD-10
- Name des einweisenden Arztes
- Praxisanschrift: Postleitzahl
- Praxisanschrift: Ort
- Arzt Identifikationsnummer (ID)
- Fallnummer
- Aufnahmeart/ Art der ambulanten Untersuchung
- Prozeduren nach OPS
- Case-Mix-Anteil

Weiter wurde für die ermittelten Einweiser die Fachrichtung recherchiert und das Vorliegen einer Praxisgemeinschaft überprüft. Für den Rang in der Hitliste wurden die Fallzahlen dieser Einweiser entsprechend zusammengefügt. Patienten, die als Notfall ohne Ein- oder Überweisungsschein aufgenommen oder aus anderen Krankenhäusern zuverlegt wurden, kamen nicht in die Auswertung. Patienten, welche sich mit Einweisungsschein in der Notaufnahme vorstellten und in der Folge einen stationären Aufnahmetermin erhielten, konnten mitgewertet werden. Hier kann sicher diskutiert werden, ob diese nicht als Elektivfälle sondern als Notfälle deklariert werden müssen. Die strukturellen Gegebenheiten der Abteilung bringen es jedoch mit sich, dass eine große Anzahl an Patienten aufgrund der bestehenden Wartezeiten für einen ambulanten Sprechstundentermin trotz dem Vorliegen eines elektiven Krankheitsbildes den schnelleren Weg über die Notfallambulanz wählen und folglich ein Ausschluss dieser Patienten unserer Ansicht nach eine entscheidende Verfälschung der Fallzahlen ergeben hätte. Die Einweiserdaten mussten nachbearbeitet und bereinigt werden, da in der Klinik angestellte Ärzte nach Erstkontakt teils als Einweiser vermerkt waren. Nicht zuordenbare Fälle wurden von der Auswertung ausgeschlossen.

### **3.3 Konkurrenzanalyse und Einzugsgebiet**

Trotz der schon aufgrund der Größe und Ausstattung scheinbaren Vormachtstellung in der Region ist es für die neurochirurgische Abteilung Murnau wichtig, sowohl die regionalen wie auch überregionalen Konkurrenten zu kennen (siehe Kapitel 2.4.3). Ist man vor wenigen Jahren noch alleiniger Anbieter eines bestimmten Versorgungsspektrums gewesen, zeigt sich zuletzt gerade im Bereich der degenerativen Wirbelsäulenerkrankungen ein deutlicher Anstieg fachabteilungsübergreifender Konkurrenten, welche durch progressives Marketing einen entscheidenden Einfluss auf die entsprechenden Fallzahlen der eigenen Abteilung bewirken können. Hier gilt es, beim stetigen Werben um die „Kunden“ nicht den richtigen Zeitpunkt zu verpassen und dadurch wichtige Einweiser womöglich auf Dauer zu verlieren.

In Bezug auf die fachspezifischen überregionalen Konkurrenten kämpft man hingegen als zeitlich gesehen jüngste Abteilung seit jeher um mehr Anerkennung und folglich auch einen größeren Marktanteil. Um dies effizient voranzutreiben, ist es unumgänglich, durch den Vergleich relevanter Kennzahlen die derzeitige eigene Position am Markt sowie das noch mögliche Potential einschätzen zu können.

Die hierfür zu erhebenden Daten wurden bereits im Kapitel 3.1 aufgezählt. Als Datenquelle dienen die strukturierten Quartalsberichte gemäß § 137 Abs. 3 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2010 der einzelnen Kliniken<sup>[78]</sup> sowie die Homepage der jeweiligen Kliniken.

Die Bestimmung des Einzugsgebiets soll annäherungsweise sowohl regional für die fachübergreifenden Eingriffe wie auch im erweiterten Umfeld für die hochspezifischen neurochirurgischen Erkrankungen und Therapien erfolgen. Es kann in typischer Art und Weise für das geografische Einzugsgebiet durch Ermittlung der Einwohnerzahlen aus den einzelnen Landkreisen errechnet werden, wobei dies stark von regionalen Gegebenheiten wie Verkehrsanbindung und Krankenhausedichte abhängig ist. Zum anderen kann die versorgte Einwohnerzahl rechnerisch bestimmt werden. Hierzu wird die Krankenhaushäufigkeit pro 1000 Einwohner für das Fachgebiet Neurochirurgie und für einzelne Erkrankungen und Operationen ermittelt. Aus den eigenen Fallzahlen kann nun die versorgte Einwohnerzahl berechnet werden und der Marktanteil im Einzugsgebiet annäherungsweise abgeschätzt werden. Als Datenquellen werden hierfür das Bayerische Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung<sup>[94]</sup> sowie das Statistische Bundesamt herangezogen<sup>[7]</sup>.

### **3.4 Analyse der Einweiserzufriedenheit**

Für die Analyse der Einweiserzufriedenheit müssen die Bedürfnisse und Wünsche der niedergelassenen Ärzte erkannt werden. Weiter muss erörtert werden, in welchem Ausmaß man diesen bisher entsprochen oder sie vernachlässigt hat. Nur so kann das Krankenhausmarketing entsprechend auf die Erwartungen dieser Zielgruppe ausgerichtet werden.

Im Kapitel 2.4.2 wurden die verschiedenen Möglichkeiten einer Einweiserbefragung aufgezählt. Aufgrund folgender Vorteile haben wir uns für ein persönliches Interview kombiniert mit einem Fragebogen entschieden:

- Das persönliche Aufsuchen des Einweisers drückt Wertschätzung aus und ist eine vertrauensbildende Maßnahme.
- Der so entstandene persönliche Kontakt bietet die Möglichkeit einer nachhaltigen Kontaktpflege.
- In der persönlichen Gesprächsatmosphäre können besonders kritische oder heikle Punkte besser angesprochen werden.
- Durch die Anwesenheit des Interviewers beim Bewerten der einzelnen Punkte des Fragebogens besteht die Möglichkeit, für den Interviewten erläuternde und differenzierende Kommentare zu den einzelnen Punkten zu geben.
- Offene Fragen werden mündlich viel ausführlicher beantwortet als schriftlich.
- Dem Interviewer bisher nicht bewusste Aspekte und Belange des Befragten können in diesem Setting am ehesten aufgedeckt werden.
- Der Fragebogenteil ermöglicht eine quantitative, grafisch gut darstellbare Auswertung mit der Möglichkeit für Querschnittsvergleiche.

#### **3.4.1 Fragebogen**

Um aussagekräftige Antworten zu erhalten, müssen die Fragen entsprechend der für die neurochirurgische Abteilung der BGU Murnau betreffenden KEF gewählt werden. In der gängigen Literatur zu Einweiserbefragungen werden charakteristische Problembereiche wiederholt aufgeführt. Von diesen wurden für die Abteilung relevante ausgewählt, individu-

ell angepasst und durch neue KEF ergänzt, um hieraus anschließend die Items des Fragebogens zu erstellen. Die KEF zu den wichtigsten Aspekten der Zusammenarbeit, welche getrennt nach Bedeutung und Zufriedenheit abgefragt wurden, sind:

- Erreichbarkeit der behandelnden Ärzte
- Freundlichkeit und Kompetenz des Sekretariats
- Freundlichkeit und Kompetenz der Nothilfe
- Kooperation mit der Ambulanz
- Öffnungszeiten der Ambulanz
- Wartezeit für ambulante Sprechstundentermine
- Prozedere im Rahmen von stationären Einweisungen
- Räumliche Nähe der Klinik zu Ihrer Praxis
- Räumliche Nähe zum Wohnort des Patienten
- Fachkompetenz der ärztlichen Versorgung
- Medizinisch-apparative Ausstattung
- Persönliche, soziale Kompetenz der Ärzte
- Qualität der Behandlungsergebnisse
- Qualität der Pflege
- Schnelligkeit des Arztbriefes
- Informationsgehalt des Arztbriefes
- Umfang des Arztbriefes
- Entlassungsmanagement und Empfehlungen zur Nachsorge

Zusätzlich wurden derzeit noch nicht angebotene spezielle Sprechstunden sowie innovative Behandlungsmethoden als „Produkte“ mit hohem Investitionspotential festgelegt und ebenfalls nach ihrer Bedeutung abgefragt.

## Spezielle Sprechstunden für:

- Onkologie/ Tumore
- Hypophyse
- Aneurysma/ Gefäßmalformationen
- Wirbelsäule
- Hydrocephalus
- Periphere Nerven

## Innovative Behandlungsmethoden:

- Bandscheibenprothetik
- Cerebrale Endosonographie
  - (eine nicht von außen durch die Haut, sondern von innen durchgeführte Ultraschalluntersuchung des Gehirns)
- Neurostimulation – SCS
  - (Neurostimulation, englisch: Spinal Cord Stimulation – SCS, ist eine minimal-invasive Therapieform für chronische Schmerzen. Der Hinterstrang des Rückenmarks wird mittels einer in den Epiduralraum eingebrachten Elektrode durch geringe elektrische Ströme stimuliert)
- Coiling
  - (Beim Coiling wird eine Platinspule, die üblicherweise zum Verschluss von Hirnarterienaneurysmen verwandt wird, mit einem Mikrokatheter endovaskulär bis zum Aneurysma vorgebracht und im Aneurysmaineren platziert)
- Dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule - DSS
  - (Dynamische Stabilisationsimplantate schränken die Beweglichkeit eines oder mehrerer Wirbelsegmente ein ohne diese zu versteifen)

So wurde ein zweiseitiger Fragebogen erstellt, in welchem die einzelnen Punkte der KEF von den Einweisern nach folgendem Schema bewertet wurden:

	<b>Bedeutung</b>	<b>Zufriedenheit</b>
1	unwichtig	unzufrieden
2	eher unwichtig	eher unzufrieden
3	wichtig	zufrieden
4	sehr wichtig	sehr zufrieden

Tabelle 1: Antwortmöglichkeiten des vorgegebenen Fragebogens mit Zuordnung eines entsprechenden Zahlenwertes.

Auf einen formellen Pre-Test wurde aufgrund der weitgehenden Übereinstimmung unseres Fragebogens mit den aus der Literatur bekannten Fragebögen verzichtet.

### **3.4.2 Teilstrukturiertes Interview**

Der zweite Teil der Zuweiserbefragung wurde in Form eines teilstrukturierten Interviews durchgeführt. Hierfür wurde ein weiterer Fragebogen mit 8 offenen Fragen vorgegeben. Diese sollten im Rahmen eines Leitfadengesprächs dem Befragten die Möglichkeit geben, sowohl seine persönliche Einschätzung, bestehende Mängel, Verbesserungsvorschläge als auch seine Zufriedenheit in Bezug auf die im Voraus erarbeiteten Kernthemen der Zusammenarbeit zwischen Praxisarzt und Klinik zu schildern. Weiter konnte auf von ihm als wesentliche positive oder verbesserungswürdige Themenbereiche eingestuft sowie emotionale Aspekte, welche man in dem Fragebogen möglicherweise nicht berücksichtigte, eingegangen werden. Die jeweiligen Antworten sowie ergänzende Kommentare wurden vom Interviewer festgehalten.

Folgende offene Fragen wurden gestellt:

- Welche Rückmeldung geben Ihre Patienten über unsere stationäre Behandlung? (Freundlichkeit Pflegepersonal/Ärzte, Zufriedenheit mit Informationen/Behandlung, Essen, Räumlichkeiten, sonstiger Service)
- Welches sind Ihre Kriterien, um bei stationärer Behandlungsbedürftigkeit eines Patienten das für ihn am besten geeignete Krankenhaus auszuwählen?
- Haben Sie Vorschläge oder Wünsche zur Verbesserung der Zusammenarbeit? (Fortbildungsangebote, Informationsbroschüre, Internetauftritt, ...)
- Hatten Sie in letzter Zeit Grund, über das Neurozentrum Murnau verärgert zu sein?
- Wäre Ihnen ein direkter, persönlicher Ansprechpartner in der Klinik wichtig? (Oder würden Sie einen direkten Kommunikationsweg anderer Art zur Klinik bevorzugen?)
- Könnten Sie sich vorstellen, Patienten mit jedmöglich neurochirurgischem Krankheitsbild an das Neurozentrum Murnau zu überweisen?
- Gibt es Ihrer Meinung nach medizinische Verfahren, die im Angebot des Neurozentrums Murnau unterrepräsentiert sind?
- Was sind Ihre hauptsächlichen Beweggründe, Patienten an das Neurozentrum Murnau zu überweisen? (z.B. Empfehlung eines Kollegen, eigene Erfahrungswerte, Wunsch des Patienten, ...)

Die in Klammern genannten Begriffe wurden den Ärzten angeboten, wenn sie von sich aus nichts nannten.

### 3.4.3 Organisation des Leitfadengesprächs

Initiales Ziel war es, anhand der ABC-Analyse der Jahre 2009 und 2010 die 30 Top-Einweiser herauszufiltern und diese anschließend zu interviewen. Die einzelnen Ärzte wurden jeweils telefonisch nach ihrer Teilnahmebereitschaft gefragt, wobei wir den geplanten Ablauf der Durchführung und das Ziel der Studie schilderten. Der vermutliche Zeitaufwand für Fragebogen und Interview wurde mit etwa 30 Minuten angegeben. Es wurde ein Termin in der jeweiligen Praxis vereinbart und im Anschluss ein kurzes Schreiben zugefaxt, in welchem der Termin nochmals bestätigt und der Zweck der Studie sowie die Rahmenbedingungen zum Ablauf erläutert wurden.

Einige Einweiser lehnten die Teilnahme ab, da sie in der Befragung einen zu erheblichen Zeitaufwand ohne ausreichenden eigenen Nutzen sahen. Die Befragung mancher Teilhaber einer Gemeinschaftspraxis fand hingegen so positiven Anklang und Interesse, dass ihre Kollegen darauf drängten, ebenfalls teilnehmen zu dürfen. So entschieden wir uns letztendlich eine gemischte Kohorte bestehend aus 10 A-Einweisern, 10 B-Einweisern und 10 C-Einweisern entsprechend der ABC-Analyse zu wählen. Als A-Einweiser wurden hier Ärzte bestimmt, die in beiden Jahren unter den Top-30 Einweisern waren. B-Einweiser waren in einem der beiden Jahre unter den Top-30 und C-Einweiser waren in keinem der beiden Jahre unter den Top-30 Einweisern. Die ausgewählten C-Einweiser waren sowohl freiwillige Teilnehmer, die von der Studie erfahren hatten und gerne mitmachen wollten, als auch per Zufall aus der ABC-Analyse gewählte Ärzte entsprechender Eingruppierung. Wir sahen hierin den Vorteil, neben dem Feedback der Haupteinweiser auch über die Probleme der kleineren Praxen sowie der möglicherweise eher unzufriedenen Praxisärzte Rückmeldung und vor allem innovative Verbesserungsvorschläge zu bekommen.

Sämtliche Ärzte legten die Termine außerhalb der regulären Sprechzeiten, sodass kein Zeitdruck durch wartende Patienten entstand. Nach einer erneuten kurzen Schilderung von Ablauf und Ziel der Studie füllte der jeweilige Einweiser den Fragebogen in Anwesenheit des Interviewers selbständig aus. Hierbei hatte er die Möglichkeit, sich unklare Fragen erklären zu lassen oder zusätzliche Kommentare zu einzelnen Punkten zu äußern. Im zweiten Teil sollte er die offenen Fragen beantworten, wobei er ebenfalls die Möglichkeit hatte, neue Themenfelder anzusprechen. Die Aussagen zu den offenen Fragen wie auch erläuternde Kommentare wurden handschriftlich notiert.

### 3.5 Auswertung

Die Auswertung des Fragebogens wird mit dem Programm „OpenOffice.org Calc 3“<sup>[68]</sup> durchgeführt. Es erfolgt eine deskriptive statistische Auswertung sowie eine graphische Darstellung der Daten. Berechnet werden Mittelwert, Minimum- und Maximum-Wert sowie die Standardabweichung als Maß für die Streuung der Werte n:

- Hohe Übereinstimmung = Standardabweichung  $< 0,5$
- Mittlere Übereinstimmung = Standardabweichung  $\geq 0,5 < 1$
- Niedrige Übereinstimmung = Standardabweichung  $\geq 1$

Die Gesprächsnotizen der Interviews werden nach der Methode der Themenanalyse (Kapitel 2.4.2) als Paraphrasen einzeln in eine Tabelle eingegeben. Jede Paraphrase gilt hierbei als Analyseeinheit und wird einem der oben genannten KEF zugeordnet. Anschließend werden die Paraphrasen mit dem zugeordneten KEF in Kategorien geclustert. Die ersten 8 Kategorien entsprechen den Fragenkomplexen des teilstrukturierten Interviews. Für Paraphrasen, welche sich keinem vordefinierten KEF zuordnen lassen, werden neue KEF sowie entsprechende neue Kategorien definiert und hinzugefügt.

# 4 Ergebnisse

Nachfolgend werden die erhobenen Daten von Analysen und Befragungen sowie deren Auswertung beschrieben.

## 4.1 Kennzahlen der neurochirurgischen Abteilung BGU Murnau

Die neurochirurgische Abteilung der BGU Murnau ist eine Hauptabteilung mit einer 24-Stunden Notfallambulanz sowie einer eigenen ambulanten Sprechstunde mit Chefarztermächtigung. Weiter ist sie Teil des Neurozentrums, welches zudem eine Akut-Neurologie sowie eine Neurorehabilitation unter jeweils eigenständiger Leitung aufweist. Neben drei bettenführenden Stationen ist eine fachspezifische Behandlung mit fest zugeordneten neurochirurgischen Ärzten auf zwei interdisziplinären Intensivstationen und einer Intermediate Care gewährleistet.

Fallzahl vollstationär	2313
Case Mix effektiv	4078,28
Case Mix-Index effektiv	1,88
Vollzeitstellen Ärzte/-innen	17
davon Fachärzte/-innen	8
Personalschlüssel	1 – 3 - 13
Gastärzte zusätzlich	1

Tabelle 2: Fallzahl, Case-Mix effektiv, Case Mix-Index effektiv und Vollzeitstellen für das Jahr 2010 (Personalschlüssel: Chef-Oberärzte-Assistenzärzte).

Der 24-Stunden-Bereitschaftsdienst wird täglich von einem Assistenzarzt besetzt, welcher das Klinikgelände während dieser Zeit nicht verlassen darf. Weiter steht diesem bei Notwendigkeit ein Facharzt im Hintergrunddienst zur Seite, welcher telefonisch erreichbar und innerhalb von 15 Minuten in der Klinik sein muss. Weiter übernimmt der Assistenzarzt

zudem die Vordergrundfunktion für die Akut-Neurologie, für die jeweils ein neurologischer Facharzt als Hintergrunddienst erreichbar ist und innerhalb von 45 Minuten vor Ort sein muss. Da 2 Assistenzärzte im Schichtbetrieb der Intensivstation sowie der Intermediate Care eingeteilt sind, wird der Vordergrunddienst auf 8 und der Hintergrunddienst auf 7 Ärzte aufgeteilt.

#### **4.1.1 Versorgungsspektrum der Neurochirurgie Murnau**

Die Abteilung deckt das gesamte Spektrum der Neurochirurgie mit Ausnahme der Stereotaxie und der Epilepsiechirurgie ab.

- Chirurgie von degenerativen und traumatischen Wirbelsäulenschäden
  - Bandscheibenvorfall
  - Wirbelsäulenverletzungen
  - Verengung des Wirbelkanals
  - zervikale Myelopathie
  - Spondylolisthese – Wirbelgleiten
  - Spondylodiszitis – Entzündungen
  - Osteoporose
- Chirurgische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen
- Tumorchirurgie am Zentral- sowie am peripheren Nervensystem (Neuroonkologie) inklusive Neuroendoskopie
- Chirurgie von Hirngefäßmissbildungen (Aneurysmen, Angiome)
- Behandlung von Hirnfehlbildungen (Hydrocephalus, Chiari-Malformation u.v.m.)
- Chirurgie der peripheren Nerven
- Behandlung chronischer Schmerzen (Rückenschmerzen, Extremitätenschmerzen, Gesichtsschmerzen u.v.m.)
- Neuromodulation und Implantation von Pumpensystemen bei Schmerzen und Bewegungsstörungen (funktionelle Neurochirurgie)

#### **4.1.2 Diagnosen nach ICD-10 und Prozeduren nach OPS**

Um eine entsprechende Vergleichbarkeit mit den konkurrierenden Kliniken zu wahren,

wurden bei der Erhebung der Diagnosen und Prozeduren nicht nur die Fälle mit vorangegangener Einweisung, sondern alle behandelten Fälle laut Qualitätsbericht 2010 der neurochirurgischen Abteilung berücksichtigt.

Betrachtet man das Spektrum der Abteilung bezüglich der im Jahr 2010 abgerechneten Hauptdiagnosen (ICD-10) der Fachabteilung, zeigen sich als die 10 häufigsten Erkrankungsbilder:

<b>Rang</b>	<b>Umgangssprachlich Bezeichnung</b>	<b>ICD-10 Ziffer</b>	<b>Fallzahl</b>
1	sonstiger Bandscheibenschaden	M51	478
2	Rückenschmerzen	M54	400
3	sonstige Spondylopathien	M48	334
4	Verletzung des Schädelinneren	S06	116
5	Bandscheibenschaden im Halsbereich	M50	89
6	sonstige Krankheiten der Wirbelsäule bzw. des Rückens	M53	58
7	sonstige Blutung innerhalb des Schädels nichttraumatisch	I62	51
8	Schlaganfall durch Blutung innerhalb des Gehirns	I61	47
9	Wasserkopf	G91	45
10	Knochenbruch bei normaler Belastung aufgrund einer Verminderung der Knochendichte - Osteoporose	M80	36
<b>Summe</b>			1654

Tabelle 3: Die 10 häufigsten behandelten Erkrankungen gemäß ICD-10 in der Neurochirurgie Murnau laut Qualitätsbericht 2010.

Die Summe der Top-10 Hauptdiagnosen ergibt insgesamt 71,5% der Gesamtzahl der abgerechneten Erkrankungen.

Die Top-10 Liste der OPS-Codierungen des Qualitätsberichtes weist bei der Aufzählung

der operativen Eingriffe unter anderem auch Codierungen für die Computertomographie, die Magnetresonanztomographie oder die Verwendung optischer Vergrößerungen (Mikroskop) auf. Diese Codes werden folglich in der Gesamtstatistik der Abteilung erfasst, sind aber für den Vergleich mit den Fallzahlen anderer Krankenhäuser nicht von Interesse. Die Hitliste musste deshalb hinsichtlich der rein operativen Prozeduren überarbeitet werden. Die 10 häufigsten Eingriffe der Abteilung sind in Tabelle 4 aufgeführt:

<b>Rang</b>	<b>Umgangssprachliche Bezeichnung</b>	<b>OPS-Ziffer</b>	<b>Fallzahl</b>
1	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	5-032	1503
2	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe	5-831	669
3	Andere Operationen an der Wirbelsäule	5-839	522
4	Osteosynthese und Knochenersatz an der Wirbelsäule	5-835	370
5	Schädeleröffnung über die Kalotte	5-010	318
6	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe an der Wirbelsäule	5-832	259
7	Zugang zum kraniozervikalen Übergang und zur Halswirbelsäule	5-030	197
8	Spondylodese	5-836	159
9	Inzision von Gehirn und Hirnhäuten	5-013	145
10	andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarksstrukturen	5-039	134

Tabelle 4: Die 10 häufigsten operativen Eingriffe gemäß OPS-Codierung in der Neurochirurgie Murnau laut Qualitätsbericht 2010.

Die genannten Operationen korrelieren mit den Zahlen der Diagnosen, wobei die Verschlüsselungscodes auf lediglich 4 Stellen meist keine genauere Differenzierung der Prozedur zulassen. Aussagekräftig in Hinsicht auf eine Vergleichbarkeit mit Konkurrenzkrankenhäusern sind danach die OPS-Ziffer 5-032 (Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis), 5-831 (Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe) und 5-030 (Zugang zum kraniozervikalen Übergang

und zur Halswirbelsäule) als Richtgröße für Eingriffe an der Wirbelsäule sowie 5-010 (Schädeleröffnung über die Kalotte) und 5-013 (Inzision von Gehirn und Hirnhäuten) als Richtgröße für Eingriffe am Kopf. Eine genauere Unterteilung in diesen Bereichen mit Gegenüberstellung bestimmter Verfahren fällt aufgrund der oft unspezifischen Zuteilung meist schwer.

Die Codierung 5-022 (Inzision am Liquorsystem), die beispielsweise bei der Anlage einer externen Ventrikeldrainage (EVD) verschlüsselt wird, kommt mit 86 Fällen an 11. Stelle, die Codierung 5-023 (Anlegen eines Liquorshuntes) steht mit 34 Fällen an 26. Stelle und die Codierung 5-015 (Exzision und Destruktion von erkranktem intrakraniellm Gewebe), welche den Tumoroperationen entsprechen, ist mit 33 Fällen gar erst an 27. Stelle zu finden.

Ambulante Operationen wie Spaltung eines Karpaltunnels oder Nervendenervationen werden in so einer geringen Stückzahl durchgeführt, dass sie finanziell nicht relevant sind.

## **4.2 Zuweiseranalyse (ABC-Analyse)**

Ausgewertet wurden alle Patienten, welche sich mit einer Ein- oder Überweisung in den Jahren 2009 und 2010 in der Abteilung vorstellten. Die überwiegende Mehrheit der einweisenden Ärzte waren Allgemeinmediziner gefolgt von Fachärzten der inneren Medizin. Die übrigen Fachrichtungen zeigten sich mit einer nur sehr geringen Anzahl vertreten (insgesamt < 9%), wobei zu bemerken ist, dass noch im Jahr 2009 die mit Abstand meisten Einweisungen von einer in der Region ansässigen neurochirurgischen Facharztpraxis kamen. Dies änderte sich jedoch im Jahr 2010, nachdem benannter Praxisarzt in ein Belegarztverbündnis im ortsansässigen Heimatkrankenhaus eintrat und in Folge die Zuweisungen in unsere Abteilung entsprechend geringer ausfielen.

Im Jahr 2009 wurden insgesamt 2275 Patienten von 757 verschiedenen Ärzten in die neurochirurgische Abteilung ein- oder überwiesen, im Jahr 2010 waren es 2281 Patienten von ebenfalls 757 Ärzten. Diese Zahlen unterscheiden sich geringfügig von den Angaben im Qualitätsbericht, da wir für die Analyse nicht die ursprünglichen Archivdaten, sondern ausschließlich die bereinigten Patientendaten verwendeten. Für den Vergleich mit den Konkurrenzkrankenhäusern werden jedoch die offiziellen Daten des Qualitätsberichts herangezogen.

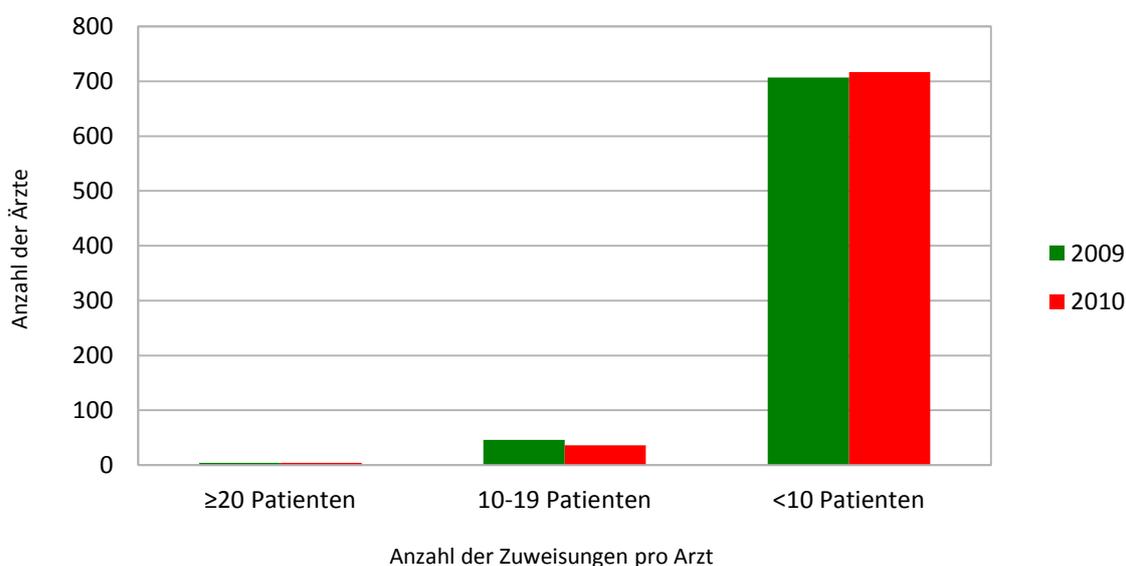


Diagramm 1: Anzahl der Ärzte mit 20 und mehr Zuweisungen, mit 10-19 Zuweisungen sowie mit 9 und weniger Zuweisungen pro Jahr für die Jahre 2009 und 2010.

Es erfolgte eine Einteilung nach A-, B- und C-Einweisern gemäß der Anzahl der Zuweisungen im jeweiligen Jahr. A-Einweiser schickten 20 Patienten oder mehr in unsere Abteilung, B-Einweiser zwischen 10 und 19 Patienten und C-Einweiser ließen bei uns weniger als 10 Patienten pro Jahr weiter abklären oder behandeln.

Der Anteil an A-, B- und C-Einweisern lässt sich im Diagramm 1 darstellen.

Hier wird die geringe Anzahl an A-Einweisern (2009 und 2010 jeweils 4 Ärzte) augenscheinlich. Zu den B-Einweisern werden 2009 insgesamt 46 Ärzte gezählt, 2010 nur noch 36. Den größten Anteil bilden die C-Einweiser mit 707 Ärzten im Jahr 2009 und 717 Ärzten im Jahr 2010.

Obwohl der Anteil an A- und B-Einweisern sehr gering ist, waren im Jahr 2009 36 Ärzte und im Jahr 2010 42 Ärzte für 25% aller Einweisungen verantwortlich. Die Hälfte aller Einweisungen kamen im Jahr 2009 von 108 Ärzten und im Jahr 2010 von 127 Ärzten. 284 Ärzte waren 2009 für 75% aller Zuweisungen verantwortlich, im Jahr 2010 waren es 299 Ärzte.

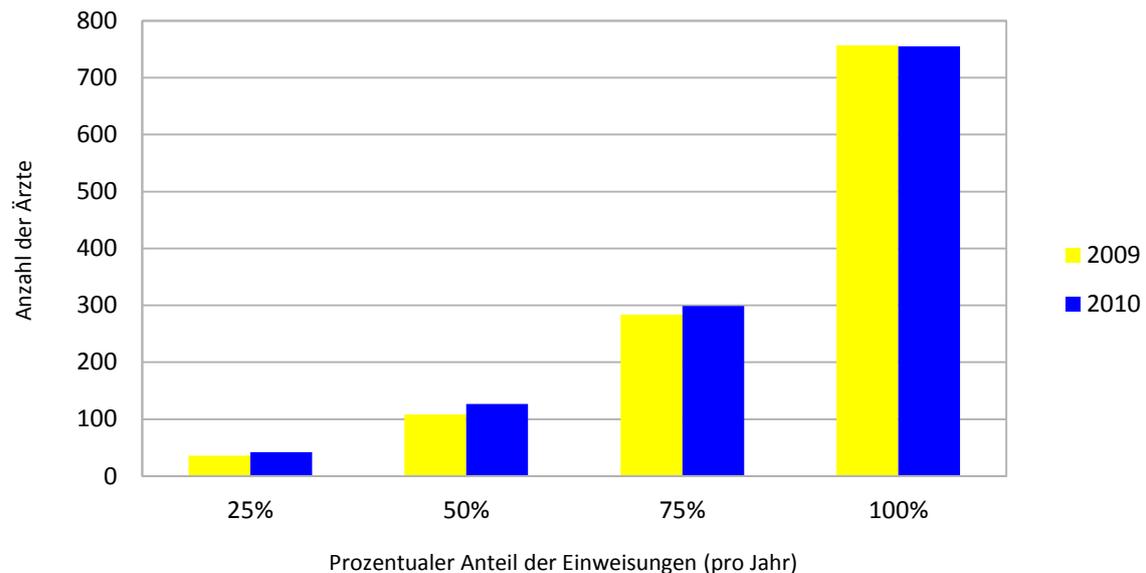


Diagramm 2: Anzahl der Ärzte die für 25%, 50%, 75% und 100% der Patienteneinweisungen in den Jahren 2009 und 2010 verantwortlich waren.

Dies verdeutlicht, wie sehr die Abteilung in der momentanen Situation von einer relativ geringen Anzahl an Ärzten abhängig ist und welchen besonderen Stellenwert entsprechende Kundenbindungsstrategien einnehmen sollten (25% der Einweisungen durch ca. 1/20 aller Ärzte und 50% der Einweisungen durch ca. 1/6 aller Ärzte). Auf der anderen Seite zeigt sich aus Sicht des Zuweisermarketing jedoch auch ein enormes Potential an nahegelegenen Arztpraxen, die durch entsprechende Maßnahmen zu B- oder sogar A-Einweisern gesteigert werden können.

Im Kapitel 3.2 wurden bereits weitere Kennwerte wie DRG-Erlöse, Case-Mix, Verweildauer und PCCL (Patientenbezogener Schweregrad - Patient Clinical Complexity Level) aufgezählt und theoretische Vergleichsmöglichkeiten erwähnt. Diese Daten wurden zwar

erhoben, jedoch zeigten sich hierbei nach genauerer Analyse keine sinnvollen praktischen Ansätze bezüglich einer wirtschaftlichen Wertigkeit noch Vergleichbarkeit der einzelnen Zuweiser. Es ist sicher möglich, die einzelnen Ärzte entsprechend ihrem Case-Mix Anteil gegenüberzustellen. Wirtschaftlich gesehen sind Patienten mit hohem Relativgewicht aber nicht einem hohen Verdienst für die Abteilung gleichzusetzen. Die Höhe des DRG-Erlöses müsste jeweils mit den individuellen Kosten gegengerechnet werden, was durch den gesteigerten Aufwand und die Verweildauer bei entsprechender Fallschwere trotz einem hohem Case-Mix Nennwert auch einen wirtschaftlichen Verlust der Abteilung bedeuten kann. So könnten Zuweiser, welche überwiegend Patienten mit komplikationsarmen Krankheiten und folglich kurzer Liegedauer schicken, trotz des niedrigen Case-Mix Anteils ökonomisch gesehen mehr Gewinn bringen als Zuweiser mit einem sehr hohen Case-Mix Anteil.

Eine Vergleichbarkeit gegenüber den Konkurrenzkliniken und -abteilungen ist alleine aufgrund der fehlenden Werte nicht gegeben, da diese in den jeweiligen Qualitätsberichten nicht aufgeführt sind.

### ***4.3 Markt- und Wettbewerbssondierung***

Im Folgenden werden eine regionale Konkurrenzanalyse, die Berechnung des Einzugsgebiets und die Berechnung von Diagnose- und Operationshäufigkeiten in Relation zum berechneten Einzugsgebiet durchgeführt. So kann die neurochirurgische Abteilung der BGU Murnau mit ihren direkten Wettbewerbern in Bezug auf wichtige Kennzahlen in Vergleich gesetzt und das zahlenmäßige Marktpotential für bestimmte Eingriffe abgeschätzt werden.

### 4.3.1 Regionale und überregionale Konkurrenzanalyse

Die direkten Konkurrenten wurden anhand der Daten ihrer jeweiligen gesetzlich geforderten Qualitätsberichte vom Jahr 2010 (Abteilungsschlüssel, ICD-10 und OPS Fallzahlen) sowie der räumlichen Nähe bestimmt. Hierbei wurden vornehmlich die nächstgelegenen neurochirurgischen Hauptabteilungen als Konkurrenten im Bereich spezifischer neurochirurgischer Krankheitsbilder gewertet. Da bei diesen Kliniken ein relativ ähnliches Patientenklientel wie auch Behandlungsspektrum vorliegt und die Qualitätsberichte keine Angaben über Gesamt-Case Mix und Case Mix-Index angeben, wird die Fallzahl der jährlich vollstationär behandelten Patienten als Vergleichsgröße des ökonomischen Umsatzes gewertet. In Korrelation mit der Zahl der angestellten Ärzte als relevanter Kostenfaktor kann man hier zudem die Effizienz der Abteilungen gegenüberstellen.

<b>Name der Klinik</b>	<b>Fallzahl vollstationär</b>	<b>Anzahl Ärzte (insgesamt – davon Fachärzte)</b>
Neurochirurgie der BG Unfallklinik Murnau	2313	17 – 8
Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität, München (MRI)	2651	28 – 7
Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität, München (LMU)	2385	25 – 12
Städtisches Klinikum Bogenhausen, München	1818	21,6 – 9,8
Klinikum Augsburg	1471	15,7 – 9,8
Schön Klinik, Vogtareuth	1159	13,3 – 7
Städtisches Klinikum Schwabing, München	676	9,5 – 5,7

Tabelle 5: Neurochirurgische Hauptabteilungen im Umkreis von 90km im Jahr 2010 mit vollstationärer Fallzahl und Angabe des Ärzteschlüssels ohne Belegärzte.

Zudem sind für die neurochirurgische Abteilung Murnau aber auch neurochirurgische, orthopädische und unfallchirurgische Fachabteilungen mit spezieller Wirbelsäulenchirurgie oder integrierter Belegabteilung im regionalen Umfeld als Konkurrenten zu betrachten, da diese ebenfalls einen großen Bereich der degenerativen Wirbelsäulenerkrankungen behandeln.

	<b>Name der Klinik</b>	<b>Abteilungsart</b>
1	Klinikum Penzberg	gemischte Belegabteilung (inkl. Neurochirurgie)
2	Asklepios Stadtklinik Bad Tölz	Hauptabteilung Orthopädie
3	Benedictus Krankenhaus Tutzing	Hauptabteilung Wirbelsäulenchirurgie
4	Kreiskrankenhaus Schongau	Hauptabteilung Neurochirurgie
5	Klinikum Starnberg	Hauptabteilung Orthopädie
6	Kreisklinik Wolfratshausen	Belegabteilung Orthopädie
7	Krankenhaus Agatharied	Belegabteilung Neurochirurgie
8	Klinikum Kempten	Belegabteilung Neurochirurgie

Tabelle 6: Krankenhäuser mit Wirbelsäulen Haupt- oder Belegabteilungen im Umkreis von 60km im Jahr 2010.

Hier wurde gegenüber den neurochirurgischen Hauptabteilungen auf die Angabe der vollstationären Fallzahl sowie des Ärzteschlüssels verzichtet. Sowohl die Wirbelsäulen- wie auch die Belegabteilungen werden statistisch stets zu einer chirurgischen oder orthopädischen Hauptabteilung gezählt und stellen somit nur einen Teil der in den Qualitätsberichten genannten Zahlenwerte dar.

#### **4.3.1.1 Vergleich nach Hauptdiagnosen (ICD-10)**

Einen genaueren Vergleich lässt die Betrachtung der einzelnen Diagnosen sowie der durchgeführten Operationen zu. Die Zahlenwerte hierfür können ebenfalls aus den Qualitätsberichten entnommen werden. Während von der eigenen Abteilung die Anzahl aller Patientenerkrankungen und Operationen vorliegen, sind den Qualitätsberichten der

übrigen Kliniken meist nur die 10 häufigsten Diagnosen und Eingriffe zu entnehmen. So kann man immerhin einen aussagekräftigen Überblick über die Schwerpunkte der jeweiligen Klinik bekommen. Auch können einzelne Krankheitsbilder gezielt gegenübergestellt werden. ICD-10 Diagnosen wie beispielsweise osteoporotischer Knochenbruch (M80) oder Rückenschmerzen (M54) spielen im Vergleich der neurochirurgischen Hauptabteilungen nur eine untergeordnete Rolle und wurden deshalb nicht mit aufgeführt, obwohl sie unter den Top-10 der eigenen Klinik angegeben werden.

#### **4.3.1.1.1 Vergleich der neurochirurgischen Hauptabteilungen**

Betrachtet man nun die am häufigsten aufgeführten Krankheiten gemäß ICD-10 Verschlüsselung der Hauptdiagnosen, so zeigt sich im Vergleich der Hauptabteilungen folgendes Bild:

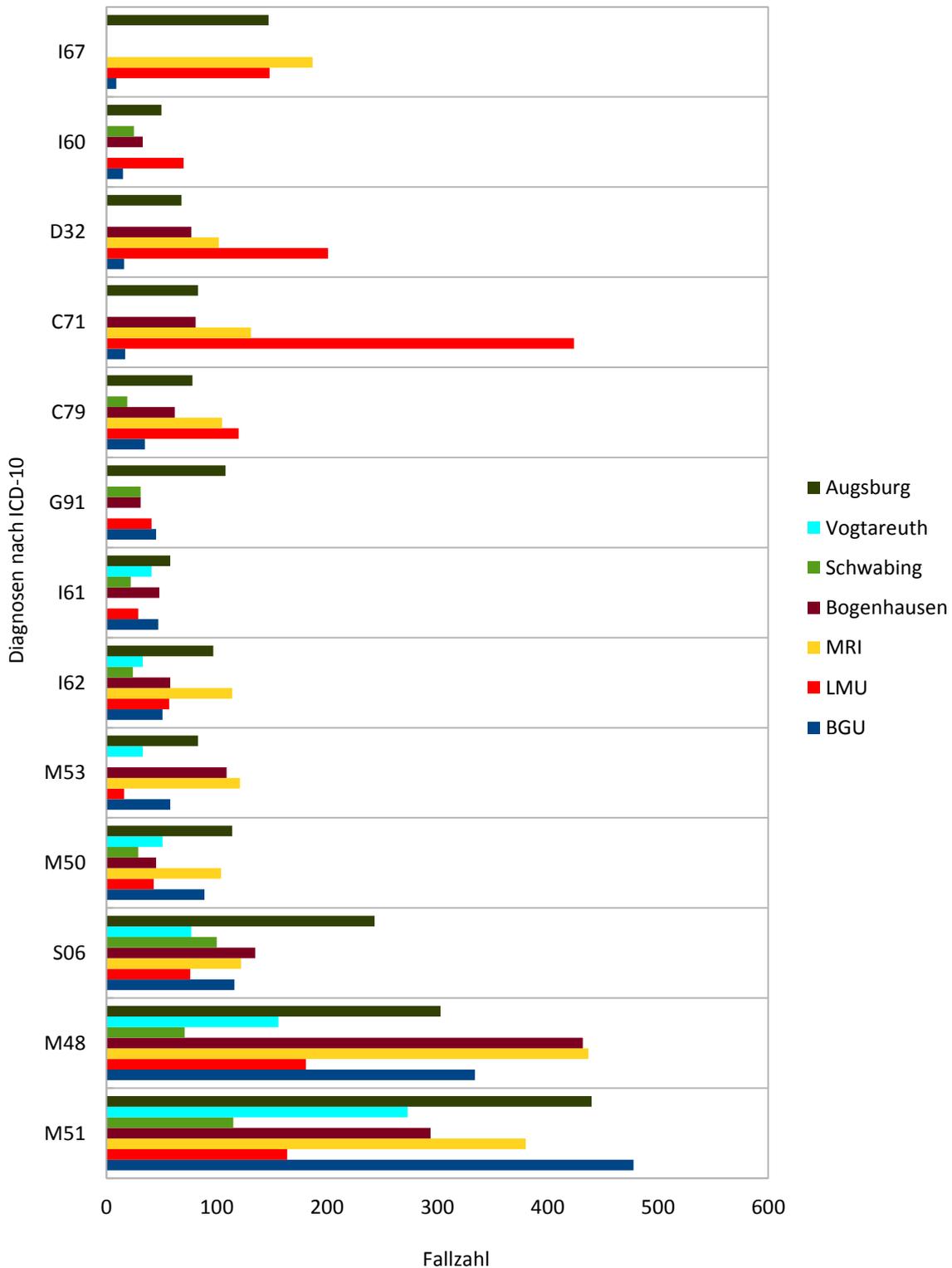


Diagramm 3: Fallzahlen der im Jahr 2010 behandelten Erkrankungen nach Angaben der Qualitätsberichte gemäß dreistelliger ICD-10 Verschlüsselung:

M48: Sonstige Spondylopathien  
M50: Zervikale Bandscheibenschäden  
M51: Sonstige Bandscheibenschäden

- M53: Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert
- I60: Subarachnoidalblutung
- I61: Intrazerebrale Blutung
- I62: Sonstige nichttraumatische intrakranielle Blutung
- I67: Sonstige zerebrovaskuläre Krankheiten
- S06: Intrakranielle Verletzung
- G91: Hydrozephalus
- C71: Bösartige Neubildung des Gehirns
- C79: Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Gehirnhäute, Teilen des Nervensystems, der Knochen und des Knochenmarks
- D32: Gutartige Neubildung der Meningen

Die mit Abstand am häufigsten behandelten Erkrankungen der Neurochirurgie Murnau zeigen sich im Bereich der Wirbelsäulenerkrankungen. Diese stellen insgesamt 72% der aufgeführten Diagnosen dar. Es wurden im Jahr 2010 insgesamt 478 Patienten mit lumbalem oder thorakalem Bandscheibenvorfall (M51) sowie 334 Patienten mit einer Spondylopathie (M48), unter denen auch die Spinalkanalstenosierungen verschlüsselt werden, behandelt. Konkurrieren kann hiermit nur das Klinikum rechts der Isar (TUM), das Klinikum München Bogenhausen und das Klinikum Augsburg.

In den übrigen Bereichen der Wirbelsäulenerkrankungen wie zervikale Bandscheibenvorfälle (M50) und sonstige Krankheiten der Wirbelsäule (M53) zeigt sich eine ähnliche Verteilung. Auch das Klinikum Vogtareuth hat hier große Patientenzahlen, wobei es sich insgesamt nach den genannten Hauptabteilungen erst an fünfter Stelle einreihet.

Als drittmeiste Patientenzahl (116) werden die intrakraniellen Verletzungen in Folge eines Schädelhirntraumas (S06) inklusive der traumatischen Gehirnblutungen angegeben. Hier liegt die eigene Abteilung jedoch hinter der TUM, München Bogenhausen und Augsburg nur an vierter Stelle. Auch die übrigen neurochirurgischen Kliniken folgen mit geringem Abstand, sodass sich die Verteilung insgesamt sehr ausgeglichen darstellt.

Betrachtet man die nichttraumatischen epiduralen, subduralen und intrazerebralen Blutungen (I61 und I62), so halten sich auch hier die einzelnen Kliniken in etwa die Waage. Eindrücklich ist jedoch die Verteilung der zerebrovaskulären Krankheiten (I67) und der oftmals mit ihr einhergehenden nichttraumatischen Subarachnoidalblutung (I60). Hier besteht eine eindruckliche Dominanz der beiden Münchner Universitätskliniken sowie des Klinikums Augsburg.

Selbiges Bild bietet der Vergleich der Tumoren an Gehirn, Rückenmark und Wirbelkörpern (C71, C79 und D32). Auch hier zeigt sich eine Vormachtstellung der Universitätskliniken

aus München, wobei sich neben dem Klinikum Augsburg auch noch das Klinikum München Bogenhausen mit ähnlichen Patientenzahlen in die Gruppe einreicht. Zuletzt sind noch die Hydrozephalus-Erkrankungen (G91) zu nennen. Das Klinikum Augsburg hat hier bereits mehr als doppelt so viele Patienten wie die Klinik Murnau behandelt. Das Klinikum Großhadern, München Bogenhausen und München Schwabing folgen mit geringem Abstand. Von den restlichen Kliniken liegen hierfür keine Falldaten vor. So gut sich auf diese Weise auch eine Vergleichbarkeit des Patienten- und damit Krankheitsspektrums herstellen lässt, muss doch auch auf die Fehlerquelle hingewiesen werden, dass eine stimmige und einheitliche Verschlüsselung der einzelnen Krankheiten in den Kliniken nicht überprüft werden kann. So fällt beispielsweise auf, dass das Universitätsklinikum München rechts der Isar zwar die meisten Patienten mit zerebrovaskulären Krankheiten aufweist (I67), jedoch das meist vergesellschaftete Krankheitsbild nichttraumatische Subarachnoidalblutung (I60) keine Erwähnung in den Top-10 Angaben findet. Es ist zumindest anzumerken, dass hier zwischen einer geringen Anzahl an behandelten Krankheitsfällen und einer sich von den anderen Vergleichshäusern unterscheidenden Verschlüsselung desselben Patientenguts nicht unterschieden werden kann.

Folgendes Diagramm soll die Relationen der behandelten Erkrankungen in der neurochirurgischen Abteilung Murnau zueinander aufzeigen:

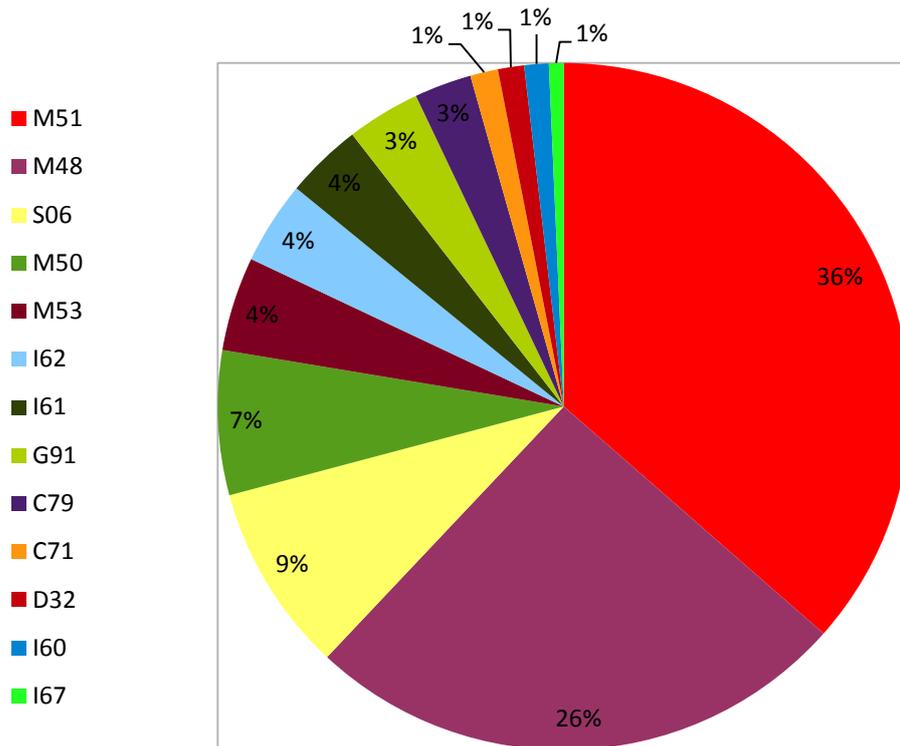


Diagramm 4: Prozentualer Anteil der im Jahr 2010 behandelten Erkrankungen nach ICD-10 der neurochirurgischen Abteilung Murnau:

- M48: Sonstige Spondylopathien
- M50: Zervikale Bandscheibenschäden
- M51: Sonstige Bandscheibenschäden
- M53: Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert
- I60: Subarachnoidalblutung
- I61: Intrazerebrale Blutung
- I62: Sonstige nichttraumatische intrakranielle Blutung
- I67: Sonstige zerebrovaskuläre Krankheiten
- S06: Intrakranielle Verletzung
- G91: Hydrozephalus
- C71: Bösartige Neubildung des Gehirns
- C79: Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Gehirnhäute, Teilen des Nervensystems, der Knochen und des Knochenmarks
- D32: Gutartige Neubildung der Meningen

### 4.3.1.1.2 Vergleich der Wirbelsäulenabteilungen

Im Vergleich mit den Belegabteilungen sowie Kliniken mit eigener Wirbelsäulenchirurgie ist nur die Betrachtung der elektiv versorgbaren Erkrankungsbilder von Interesse. Da manche jedoch auch im Rahmen der akuten Traumaversorgung Patienten mit leichten Schädelhirntraumen zugewiesen bekommen, wurde diese Hauptdiagnose in den Vergleich einbezogen.

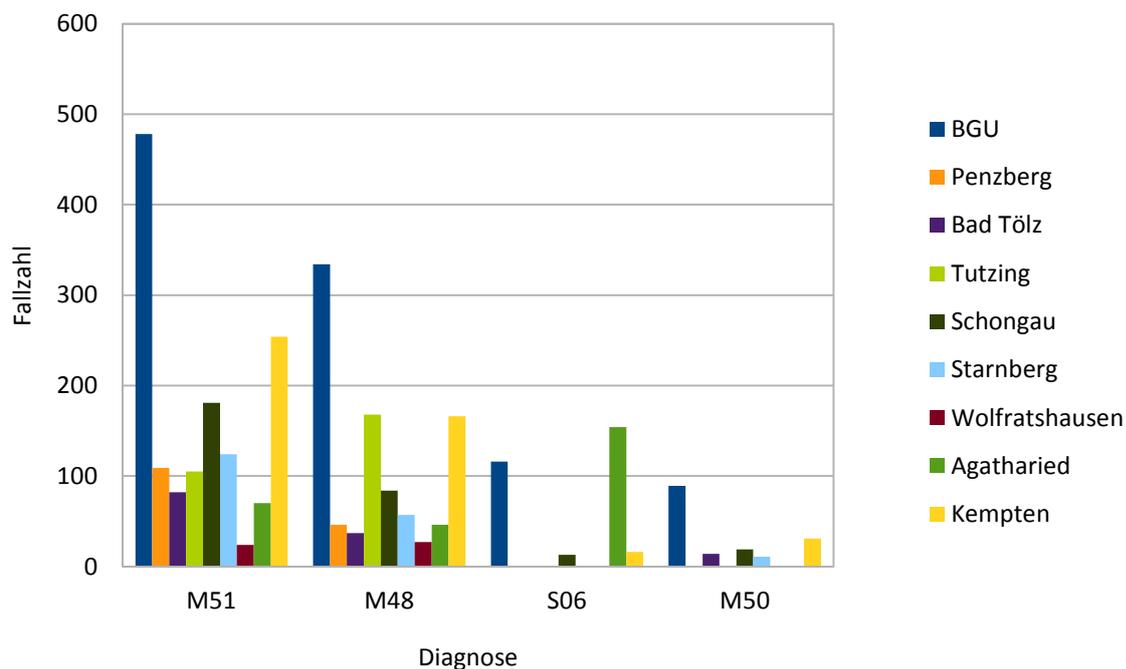
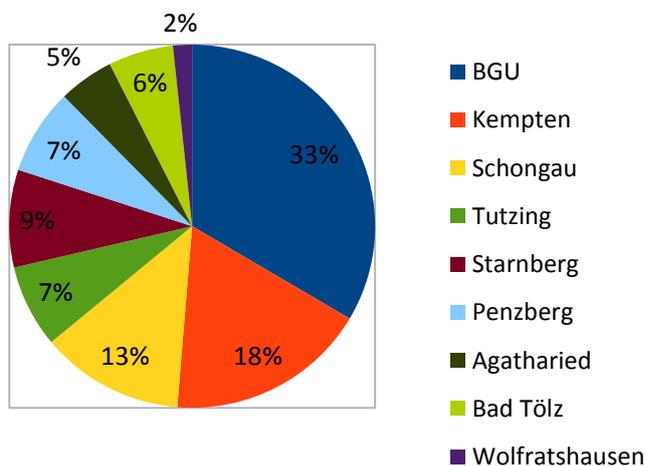


Diagramm 5: Fallzahlen der im Jahr 2010 behandelten Erkrankungen gemäß dreistelliger ICD-10 Verschlüsselung:

- M48: Sonstige Spondylopathien
- M50: Zervikale Bandscheibenschäden
- M51: Sonstige Bandscheibenschäden
- S06: Intrakranielle Verletzung

Die neurochirurgische Abteilung Murnau nimmt zwar sehr eindrücklich im Bereich der Wirbelsäulenerkrankungen eine unangefochtene Vormachtstellung ein, jedoch behandelten die Kliniken Kempten, Schongau und Tutzing zusammen mehr als ein Drittel der zu versorgenden Bandscheibenerkrankungen (M51) wie auch der Spondylopathien (M48). Insgesamt wurden sogar 67% aller Patienten mit Bandscheibenvorfall und 65,4% aller Patienten mit Spondylopathien nicht in der eigenen Abteilung versorgt. Somit wurden drei von fünf Patienten mit einer elektiven Wirbelsäulenerkrankung einem Konkurrenzkrankenhaus zugewiesen und könnten potentiell durch Marketingmaßnahmen und einem verbesserten Zuweiserverhältnis zur Steigerung des eigenen Marktanteils gewonnen werden.

**M51 - Bandscheibenvorfall (lumbal/thorakal)**



**M48 - sonstige Spondylopathie**

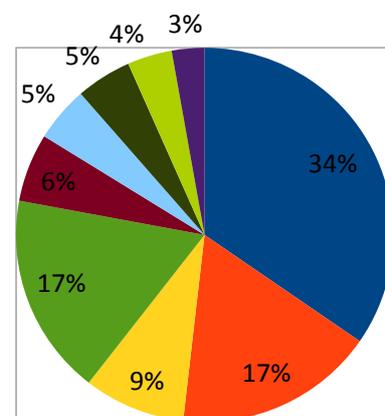


Diagramm 6: Prozentuale Verteilung der im Jahr 2010 behandelten Patienten mit einem lumbalen oder thorakalen Bandscheibenvorfall sowie einer Spondylopathie bezogen auf die direkten Konkurrenzkrankenhäuser im Umkreis von 60km.

Zervikale Bandscheibenvorfälle (M50) werden kaum von den Konkurrenten im näheren Umfeld behandelt.

Patienten mit intrakraniellen Verletzungen (S06) sind lediglich in den Berichten der Krankenhäuser von Agatharied und wenn auch mit 16 und 13 nur relativ wenigen Patienten von Kempten und Schongau angegeben. Da diese jedoch nicht die klinischen Voraussetzungen für intrakranielle Eingriffe vorweisen, ist davon auszugehen, dass die Zahlen ausschließlich auf Schädelhirntraumen Grad I zurückzuführen sind, die zur weiteren konservativen Überwachung aufgenommen wurden. In diesem Sinne sind sie

nicht als direkte Konkurrenten der eigenen Abteilung zu werten. Von Interesse wäre jedoch, mit welcher größeren neurochirurgischen Hauptabteilung diese Kliniken vernetzt sind, ob feste Kooperationsvereinbarungen bestehen und ob sie möglicherweise als neue Partner für eine Kooperation gewonnen werden können.

#### **4.3.1.2 Vergleich nach operativer Intervention (OPS-Code)**

Der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) ist die amtliche Klassifikation zum Verschlüsseln von Operationen, Prozeduren und allgemeinen medizinischen Maßnahmen im stationären Bereich und beim ambulanten Operieren. Es werden zwar die 10 häufigsten OPS-Codierungen der Abteilungen im Qualitätsbericht aufgelistet, jedoch sind diese oftmals nur richtungsweisend (zum Beispiel die Codierung des operativen Zugangs) oder überhaupt nicht aussagekräftig (zum Beispiel die Codierung der radiologischen Diagnostik oder der operativen Hilfsmittel). Beschränkt man sich jedoch auf einzelne, repräsentative OPS-Codierungen, kann auch hier ein schlüssiger Vergleich der operativen Schwerpunkte zwischen den Kliniken gezogen werden. Wie auch bei den Hauptdiagnosen werden die neurochirurgischen Hauptabteilungen separat von den Abteilungen mit Wirbelsäulenchirurgie und den Belegabteilungen betrachtet.

### 4.3.1.2.1 Vergleich der neurochirurgischen Hauptabteilungen

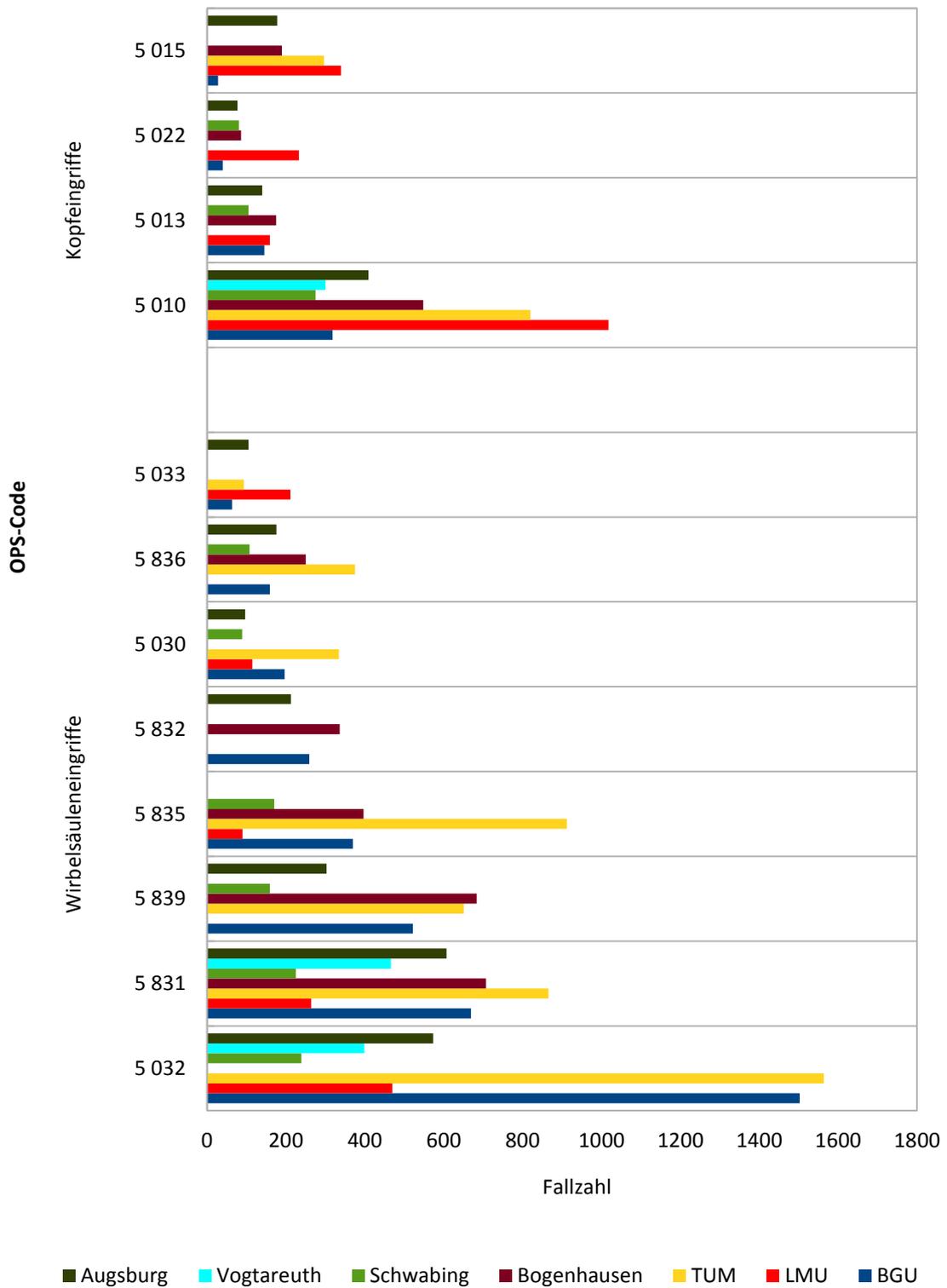


Diagramm 7: Fallzahlen der im Jahr 2010 durchgeführten operativen Eingriffe nach Angaben der Qualitätsberichte gemäß vierstelliger OPS-Codierung:

5-030:	Zugang zum kraniozervikalen Übergang und zur Halswirbelsäule
5-032:	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis
5-835:	Osteosynthese und Knochenersatz an der Wirbelsäule
5-831:	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe
5-836:	Spondylodese
5-839:	Andere Operationen an der Wirbelsäule (Bandscheibenprothese, knöcherner Dekompression, Kyphoplastie, Revisionseingriff, Metallentfernungen)
5-033:	Inzision des Spinalkanals
5-832:	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule
5-010:	Schädeleröffnung über die Kalotte
5-013:	Inzision von Gehirn und Hirnhäuten
5-015:	Exzision und Destruktion von erkranktem intrakraniellm Gewebe
5-022:	Inzision am Liquorsystem

Als repräsentative OPS-Codierungen für intrakranielle Eingriffe wurden die Nummern 5-010, 5-013, 5-015 sowie 5-022 ausgewählt (siehe Diagramm 7).

Der erste Code 5-010 (Schädeleröffnung über die Kalotte) ist hierbei relativ unspezifisch und wird für mehrere unterschiedliche intrakranielle Eingriffe als Zugang verwendet. Mit seiner Hilfe kann sicher nur ein Überblick zur Unterscheidung der Schwerpunkte Kopf- oder Wirbelsäuleneingriffe gegeben werden. Jedoch ist bereits hier die zahlenmäßig deutliche Abhebung der beiden Universitätskliniken LMU und TUM richtungsweisend. Auch das Klinikum München Bogenhausen weist noch über 200 Kopfeingriffe mehr als die Neurochirurgie Murnau auf, gefolgt vom Klinikum Augsburg. An fünfter Stelle hat die eigene Abteilung nur wenige Eingriffe mehr als die dicht folgenden Abteilungen von Vogtareuth und München Schwabing. Die Verteilung der Eingriffe mit Eröffnung der Gehirnhaut oder gar mit Inzision des Gehirns (5-013), welche überwiegend auf die operative Versorgung eines Subduralhämatoms, eines intrazerebralen Hämatoms oder einer Abszessbildung des Gehirns zurückzuführen sind, zeigt sich ausgeglichen. Ebenso stellt sich die Verteilung der Codierung 5-022 (Inzision am Liquorsystem) dar. Sie wird hauptsächlich bei der Anlage einer externen Drainage oder eines Reservoirs verwendet. Während sich bei letzterer einzig das Klinikum LMU zahlenmäßig abhebt, sind für das

Klinikum Rechts der Isar wie auch Vogtareuth keine Angaben für diese Eingriffe in der Top-10 Liste verzeichnet. Die oben bereits erwähnte Überlegenheit der Münchner Universitätskliniken bei der Zugangscodierung für Kopfeingriffe (5-010) wird bei der Betrachtung des Codes 5-015 (Exzision und Destruktion von erkranktem intrakraniellen Gewebe) verständlich. Dieser wird in der Mehrheit der Fälle für die Entfernung von gutartigen wie auch bösartigen Gehirntumoren verwendet. Die Reihenfolge der ersten fünf Kliniken bei der Häufigkeitsverteilung ist bei eben genanntem Code unverändert zur Codierung 5-010, jedoch ist der Abstand der eigenen Abteilung zu den vorderen noch ausgeprägter. Bei den Kliniken Vogtareuth und München Schwabing werden keine Angaben zu diesen Eingriffen gemacht.

Rückschlüsse zur Versorgung von Gefäßpathologien, einer Hydrozephaluserkrankung oder der Behandlung ganz bestimmter tumoröser Veränderungen können aus den vorliegenden Daten nicht gezogen werden. Dennoch ergibt sich als Schlussfolgerung die Behandlung der Gehirntumore mit dem größten Potential neue Patienten zu akquirieren.

Mehr Vergleichsmöglichkeiten bieten sich bei der Betrachtung der Wirbelsäuleneingriffe. Einen allgemeinen Überblick verschafft die Betrachtung der OPS-Codes für die Zugänge der Wirbelsäulenoperationen. Diese sind 5-030 für den Zugang zum kraniozervikalen Übergang und zur Halswirbelsäule (HWS) und 5-032 für den Zugang zur Lendenwirbelsäule (LWS), zum Os sacrum und zum Os coccygis. Selbstverständlich kann hier noch keine Aussage über Art und Größe des Eingriffs abgeleitet werden, jedoch heben sich bereits die eigene Abteilung sowie die TUM deutlich vom Rest ab. Der Zugang zur HWS war nur noch bei der LMU, München Schwabing und Augsburg mit ähnlichen Zahlenangaben in der Top-10 Liste vertreten. Der Zugang zur Lendenwirbelsäule war bei allen Hauptabteilungen ausgenommen dem Klinikum Bogenhausen unter den häufigsten 10 Codierungen. Doch auch hier sind bei den zwei oben genannten Abteilungen mehr als doppelt so viele Eingriffe genannt wie beim Drittplatzierten.

Genauere Unterschiede kann man nun anhand der OPS-Codierung des Interventionsverfahrens sehen. Bei allen neurochirurgischen Hauptabteilungen finden sich Angaben zum Code 5-831 (Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe). Das Klinikum Bogenhausen hat hier etwa die gleiche Anzahl an Eingriffen wie die eigene Abteilung. Die meisten Eingriffe weist die TUM auf. Die Kliniken Augsburg und Vogtareuth folgen auf den Plätzen vier und fünf.

Die Codierung 5-835 (Osteosynthese und Knochenersatz an der Wirbelsäule) beschreibt

die direkte Fusion zweier Wirbelkörper mittels der Verwendung von Knocheninterponaten oder Knochenersatzmaterial, wie es für die Fusionseingriffe an Hals- und Lendenwirbelsäule typisch ist. Somit erklärt sich entsprechend der Eingriffszahlen der Wirbelsäulenzugänge auch hier die Vormachtstellung der Kliniken BGU und TUM. Das Klinikum Bogenhausen gibt zwar etwa ebenso viele Eingriffe an wie die eigene Abteilung, die Anzahl der Zugänge zur HWS und LWS wurde in der Top-10 Liste jedoch nicht erwähnt. Das Klinikum Augsburg fehlt hingegen in dieser Aufzählung komplett, obwohl 97 Zugänge zur HWS verschlüsselt wurden.

Bei der Codierung der Wirbelsäulenspondylodese (5-836, Wirbelkörperverblockung), was die Versteifung von zwei oder mehr Wirbelkörpern an Hals-, Brust- und/oder Lendenwirbelsäule mit einem Stab-Schrauben-System oder einer Platte beschreibt, zeigt sich das Klinikum TUM führend, gefolgt vom Klinikum Bogenhausen. Die Abteilung Murnau liegt mit den Kliniken Augsburg und Schwabing etwas dahinter. Von den Kliniken LMU und Vogtareuth gab es keine Angaben.

Unter die OPS-Codierung 5-839 (andere Operationen an der Wirbelsäule) fällt zum einen ein heterogenes Feld von Behandlungen wie die Implantation von Bandscheibenprothesen oder interspinösen Spreizern, die Kypho- und Vertebroplastie, Revisionseingriffe an der Wirbelsäule oder Materialentfernungen. Zum anderen zählt hierunter aber auch die knöcherne Dekompression des Spinalkanals, welche in vielen neurochirurgischen Abteilungen einen der häufigsten Wirbelsäuleneingriffe darstellt. Hier führt erstmalig Bogenhausen die Liste an, gefolgt von der TUM und der Neurochirurgie Murnau an dritter Stelle. Mit einigem Abstand folgen Augsburg und Schwabing, für die Kliniken LMU und Vogtareuth gibt es keine Angaben.

Die Dekompression wird jedoch teils auch unter der OPS-Codierung 5-033 (Inzision des Spinalkanals) verschlüsselt, für welche die häufigsten Angaben von der LMU stammen. Allerdings wird hierunter auch die Entleerung und Drainage einer epiduralen spinalen Blutung oder eines Empyems codiert. Mit etwa der Hälfte der Anzahl werden die Abteilungen Augsburg, TUM und zuletzt die eigene aufgezählt. Die restlichen Kliniken machten hierzu keine Angabe.

Bei nur drei Kliniken wird unter den meisten 10 Prozeduren die Codierung 5-832 genannt (Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule).

Bogenhausen, Murnau und Augsburg melden hier jeweils über 100 Fälle, sodass erwogen werden muss, ob die hierunter fallenden Eingriffe wie Arthrektomie, Spondylophytenentfernung, Laminektomie oder Korporektomie von den anderen Kliniken möglicherweise durch eine andere Codierung verschlüsselt wurden.

### 4.3.1.2.2 Vergleich der Wirbelsäulenabteilungen

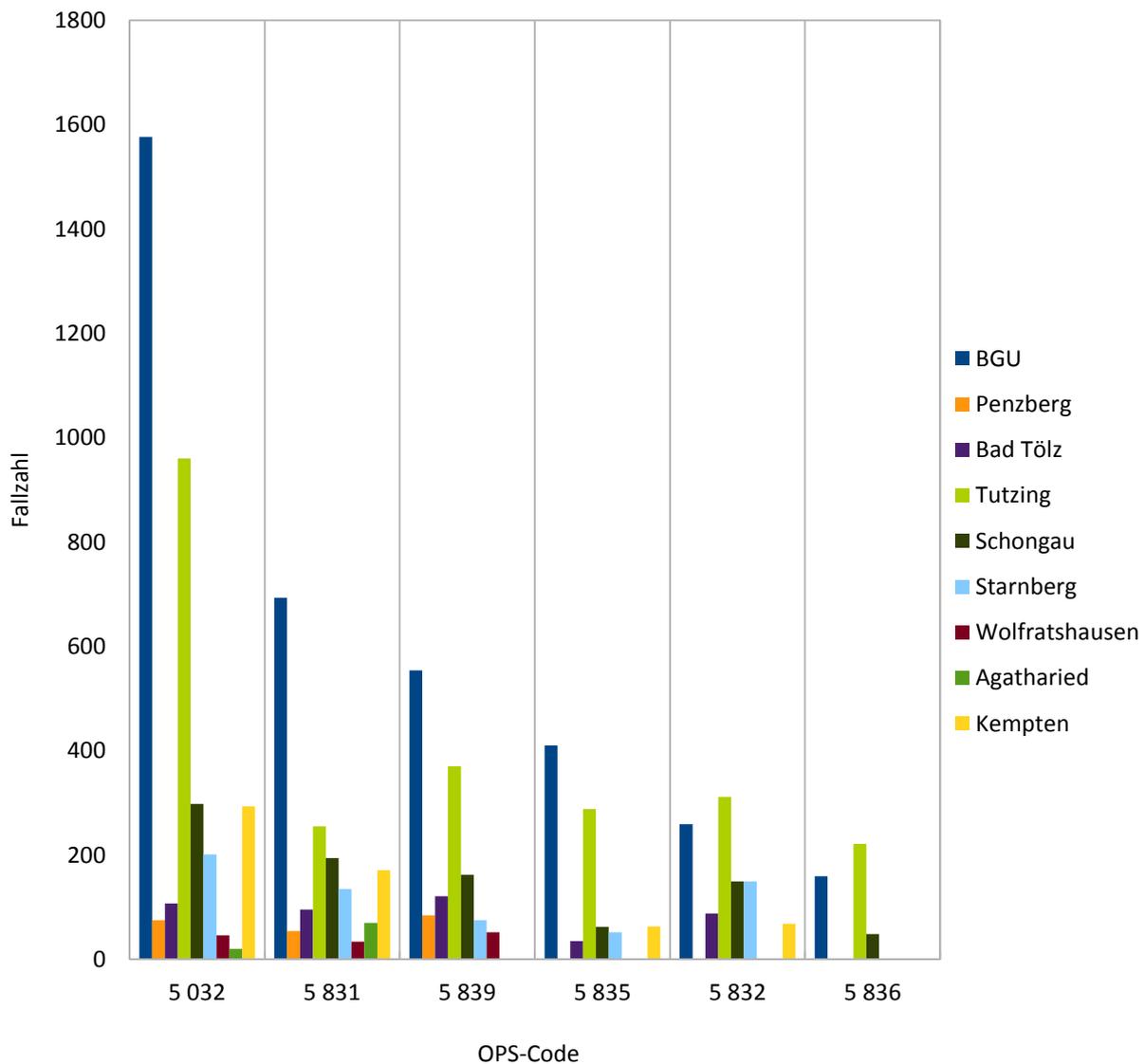


Diagramm 8: Fallzahlen der im Jahr 2010 durchgeführten operativen Eingriffe nach Angaben der Qualitätsberichte gemäß vierstelliger OPS-Codierung:

5-032: Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis

5-831: Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe

5-832: Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule

5-835: Osteosynthese und Knochenersatz an der Wirbelsäule

5-836: Spondylodese

5-839: Andere Operationen an der Wirbelsäule

Im Vergleich mit den wirbelsäulenspezifischen Abteilungen kann man sich auf die Betrachtung der Eingriffe an der lumbalen Wirbelsäule beschränken, da die Anzahl für HWS-Zugänge zu gering vertreten ist. Betrachtet man also die Codierung 5-032 (Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis), zeigt sich zwar die eigene Abteilung mit einem großen Abstand an der Spitze liegend, jedoch folgt das Krankenhaus Tutzing mit über der Hälfte der eigenen Eingriffe und hat damit noch 662 Eingriffe mehr als das drittplatzierte Krankenhaus Schongau und das die annähernd gleiche Anzahl aufweisende Krankenhaus Kempten. An fünfter Stelle ist noch das Klinikum Starnberg zu nennen, bevor sich mit einem weiteren Abstand die übrigen Kliniken einreihen.

Beim genaueren Vergleich der Interventionsprozeduren ist als erstes die Codierung 5-831 zu nennen, welche die Entfernung von erkranktem Bandscheibengewebe beschreibt. Auch hier nennt Murnau deutlich mehr als doppelt so viele Eingriffe wie die übrigen Kliniken. Die Reihenfolge ist entsprechend der eben genannten Zugriffscodierung, wobei das Klinikum Starnberg als fünfter 120 Eingriffe weniger als das Krankenhaus Tutzing aufzuweisen hat. Bei der Codierung 5-832 (Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule) gibt Tutzing mit 311 Eingriffen 52 mehr an als die BGU. Mit gleicher Patientenzahl folgen Schongau und Starnberg. Das Klinikum Bad Tölz liegt hier vor Kempten. Von den übrigen Kliniken gab es keine Angaben.

Osteosynthese und Knochenersatz an der Wirbelsäule wird mit 5-835 codiert. Lediglich Murnau (410) und Tutzing (288) haben hier vergleichbare Fallzahlen. Die übrigen Kliniken hatten hier 62 und weniger Patienten versorgt, Wolfratshausen und Agatharied nennen keine Zahlen.

Der Code 5-836 (Spondylodesen) ist lediglich bei drei Kliniken im Qualitätsbericht genannt. Hier ist der zweite Bereich, bei dem Tutzing mit 221 Eingriffen mehr als Murnau (159) nennt. Schongau folgt mit 48 Patienten.

Zuletzt ist die relativ unspezifische Codierung 5-839 (andere Operationen an der Wirbelsäule) zu nennen. Hier hebt sich Murnau nochmals deutlich von den übrigen Kliniken ab. Tutzing liegt mit etwa zwei Dritteln der Eingriffe an nächster Stelle, die restlichen Kliniken folgen mit jeweils weniger als einem Drittel. Für Agatharied und Kempten gibt es hier keine Angaben.

### **4.3.2 Einzugsgebiet und rechnerische Marktanteile**

Um entsprechende Marketingstrategien entwickeln zu können, ist es für jedes Unternehmen wichtig, die Größe des potentiellen Absatzmarktes seiner Produkte sowie seinen eigenen Marktanteil als eine Kenngröße der Unternehmensentwicklung zu kennen.

Wie im Methodenteil (siehe Kapitel 2.3) beschrieben, wird das geografische Einzugsgebiet, die Zahl der Einwohner und anschließend der rechnerische Marktanteil aus der Fallzahl multipliziert mit der ermittelten stationären Krankenhaushäufigkeit für das Jahres 2010 bestimmt.

Um die regionalen Patientenstrukturen darzustellen, wurde stellvertretend der Ort der Zuweiserpraxis aus der ABC-Analyse ausgewertet. Dieser wurde nach zugehöriger Postleitzahl zugeordnet. Obwohl die Postleitzahlen nicht exakt den Landkreisen entsprechen, geben sie dennoch eine annäherungsweise Aussage über das Einzugsgebiet der Klinik (siehe Abbildung 1 und 2).



Abbildung 1: Landkreise und kreisfreie Städte in Bayern.

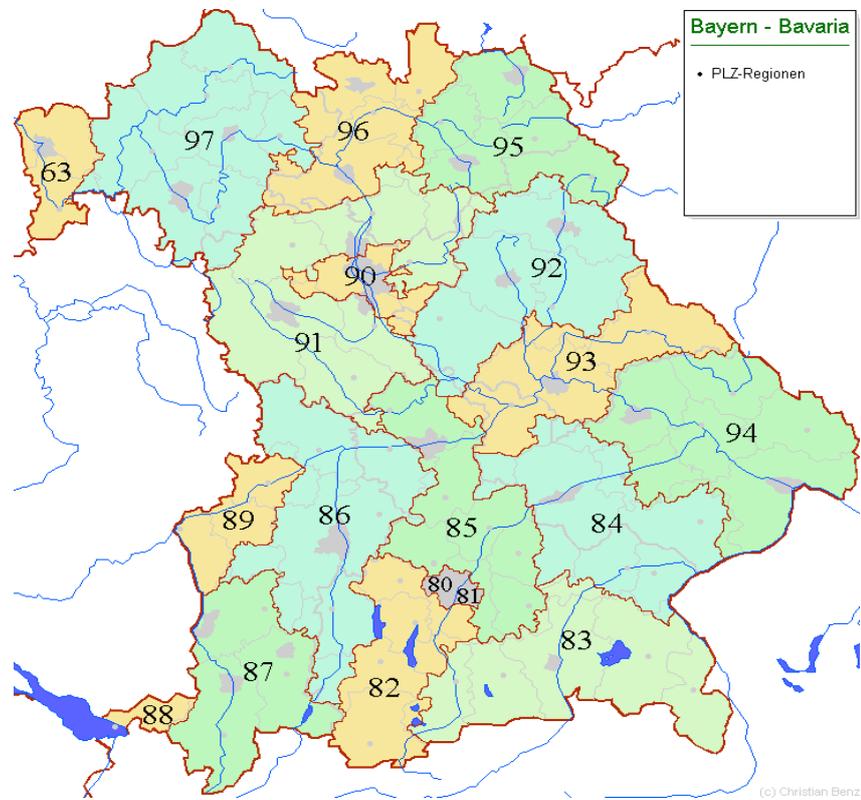


Abbildung 2: Postleitzahlen-Regionen in Bayern.

Das Postleitzahlengebiet 82 schließt unter anderen die Landkreise Garmisch-Partenkirchen, Starnberg sowie Teile der Landkreise Weilheim-Schongau, Bad Tölz-Wolfratshausen und das südwestliche Umland von München ein. Das Postleitzahlengebiet 83 beinhaltet unter anderem die Landkreise Miesbach und den restlichen Teil von Bad Tölz-Wolfratshausen. Ein großer Bereich des Landkreises Weilheim-Schongau wie auch der nördlichste Anteil vom Ostallgäu fallen in das Postleitzahlengebiet 86. Das restliche Ostallgäu gehört zum Postleitzahlengebiet 87. Somit kamen bereits 90% aller Patienten aus dem regionalen Einzugsgebiet im Umkreis von etwa 50km. Der überregionale Anteil zeigt sich mit 10% relativ gering (siehe Tabelle 7).

<b>Postleitzahlen</b>	<b>Fallzahl</b>	<b>Anteil</b>	<b>kum. Anteil</b>
82...	1274	56 %	56 %
86...	337	15 %	71 %
83...	243	11 %	81 %
87...	189	8 %	90 %
80-81...	64	3 %	93 %
84-85...	48	2 %	95 %
sonstige	120	5 %	100 %

Tabelle 7: Regionale Verteilung der Fallzahl sowie der einzelnen und kumulierten prozentualen Anteile im Jahr 2010 entsprechend dem Ort der Zuweiserpraxis.

Anhand dieser Daten können nun die zugehörigen Einwohnerzahlen recherchiert und addiert werden. Da die Bereiche der degenerativen Wirbelsäulenerkrankungen fachdisziplinübergreifend behandelt und die Konkurrenz im nahen Umfeld somit deutlich größer ist, haben wir für Erkrankungen wie beispielsweise 'Bandscheibenvorfall' oder 'Spinalkanalstenose' einen engeren geographischen Umkreis im Abstand von etwa 60 Kilometern zur Berechnung des Einzugsgebiets verwendet. Die Wirbelsäulen- und Belegabteilungen, welche Sequestrektomien, Dekompressionen oder auch kurzstreckige Spondylodesen durchführen, sind regional deutlich dichter angesiedelt als neurochirurgische Hauptabteilungen, die spezifische neurochirurgische Krankheitsbilder versorgen können. Für letztere wurde folglich ein Einzugsgebiet ausgewählt, welches alle nächstgelegenen neurochirurgischen Hauptabteilungen mit einschließt. Die

Einwohnerzahlen der Landkreise in den Randbereichen der Einzugsgebiete wurden entsprechend ihrer Entfernung anteilmäßig berechnet.

<b>Landkreise (Hauptabteilungen Neurochirurgie)</b>	<b>Einwohner</b>
Garmisch-Partenkirchen	86336
Weilheim-Schongau	130922
Bad Tölz-Wolfratshausen	121801
Miesbach	95641
Starnberg	130283
Landsberg am Lech	114626
Münchner Umland (50%)	161508
Ostallgäu + Kaufbeuren	175724
<i>Summe</i>	<i>1016841</i>

<b>Landkreise (Wirbelsäulenabteilungen)</b>	<b>Einwohner</b>
Garmisch-Partenkirchen	86336
Weilheim-Schongau	130922
Bad Tölz-Wolfratshausen	121801
Starnberg (50%)	65142
Landsberg am Lech (50%)	57313
Miesbach (50%)	47820
Ostallgäu + Kaufbeuren (25%)	43931
<i>Summe</i>	<i>553265</i>

Tabelle 8: Bevölkerungszahlen der jeweiligen Landkreise des Einzugsgebiets zum 31.12.2010.<sup>[35]</sup>

Für die neurochirurgische Abteilung Murnau ergibt sich eine annäherungsweise errechnete Einwohnerzahl des Einzugsgebiets von 553265 bezogen auf die konkurrierenden Wirbelsäulenabteilungen und 1016841 bezogen auf die neurochirurgischen

Hauptabteilungen. Wie bereits zuvor erläutert, errechnet man den Marktanteil anhand der aus dem Qualitätsbericht entnommenen Fallzahlen und der stationären Krankenhaushäufigkeiten der jeweiligen Krankheitsbilder und Operationen pro 1000 Einwohner. Die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland im Jahr 2010 betrug 81751600<sup>[7]</sup>, woraus sich eine allgemeine Krankenhaushäufigkeit für die Fachabteilung Neurochirurgie von 2,94 auf 1000 Einwohner ergibt. Als Quelle hierfür dienen die Daten des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH). Die Berechnungen der von den Krankenhäusern übermittelten stationären Fälle mit Fachabteilung, ICD-Diagnose und OPS-Prozedur stehen im Internet zum Download zur Verfügung.<sup>[6]</sup>

Aus der Fallzahl der Abteilung im Jahr 2010 (2313) und der dazugehörigen Krankenhaushäufigkeit 2,94 für die Fachabteilung Neurochirurgie ergibt sich nun die rechnerisch versorgte Anzahl von 786735 Einwohnern. Dies entspricht bezogen auf das zuvor geographisch berechnete Einzugsgebiet für neurochirurgische Hauptabteilungen (1016841 Einwohner) einem Marktanteil von 77%. Das bedeutet, dass fast jeder vierte Patient des Einzugsgebiets mit einer neurochirurgischen Erkrankung in einem anderen Krankenhaus behandelt wurde.

Richtet man sein Augenmerk auf einzelne Erkrankungen (Hauptdiagnosen nach ICD-10), ergeben sich folgende errechnete Marktanteile bezogen auf die Wirbelsäulenabteilungen:

ICD-10	Name	Fallzahl	Krankenhaushäufigkeit	Marktanteil
M48	Sonstige Spondylopathien	334	1,1	55%
M50	Bandscheibenschaden im Halsbereich	89	0,3	54%
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	478	1,9	45%
S06	Verletzung des Schädellinneren	116	2,9	7%

Tabelle 9: Marktanteil bezogen auf die errechnete Einwohnerzahl im Vergleich zu den Wirbelsäulenkonkurrenzabteilungen entsprechend der Hauptdiagnosen.

Im Vergleich zu den neurochirurgischen Hauptabteilungen ergeben sich folgende Marktanteile:

ICD-10	Name	Fallzahl	Krankenhaushäufigkeit	Marktanteil
I62	Sonstige nichttraumatische Blutung innerhalb des Schädels	51	0,11	46%
G91	Wasserkopf	45	0,13	34%
M48	Sonstige Spondylopathien	363	1,1	32%
M50	Bandscheibenschaden im Halsbereich	86	0,3	28%
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	492	1,9	25%
M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	52	0,26	20%
D32	Gutartige Neubildung der Meningen	16	0,11	14%
I60	Subarachnoidalblutung	15	0,14	11%
I61	Intrazerebrale Blutung	47	0,42	11%
C71	Bösartige Neubildung des Gehirns	17	0,29	6%
C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	37	0,61	6%
S06	Verletzung des Schädelinneren	116	2,9	4%
I67	Sonstige zerebrovaskuläre Krankheiten	9	0,31	3%

Tabelle 10: Marktanteil bezogen auf die errechnete Einwohnerzahl im Vergleich zu den neurochirurgischen Hauptabteilungen entsprechend der Hauptdiagnosen.

Entsprechend hierzu lassen sich folgende Marktanteile gemäß der durchgeführten Eingriffe (Prozeduren nach OPS) im Vergleich zu den Wirbelsäulenkonkurrenzabteilungen errechnen:

<b>OPS</b>	<b>Name</b>	<b>Fallzahl</b>	<b>Krankenhaushäufigkeit</b>	<b>Marktanteil</b>
5-032	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	1577	3,12	91%
5-030	Zugang zum kraniozervikalen Übergang und zur Halswirbelsäule	197	0,46	77%
5-831	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe	669	2,0	60%
5-835	Osteosynthese und Knochenersatz an der Wirbelsäule	410	1,26	59%
5-839	Andere Operationen an der Wirbelsäule	554	1,77	57%
5-832	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule	259	1,16	40%
5-836	Spondylodese	159	0,79	36%

Tabelle 11: Marktanteil bezogen auf die errechnete Einwohnerzahl im Vergleich zu den Wirbelsäulenkonkurrenzabteilungen entsprechend der durchgeführten Eingriffe.

Im Vergleich zu den neurochirurgischen Hauptabteilungen ergeben sich folgende Marktanteile:

OPS	Name	Fallzahl	Krankenhausthäufigkeit	Marktanteil
5-010	Schädeleröffnung über die Kalotte	318	0,78	40%
5-013	Inzision von Gehirn und Hirnhäuten	145	0,24	59%
5-015	Exzision und Destruktion von erkranktem intrakraniellm Gewebe	33	0,24	14%
5-022	Inzision am Liquorsystem	86	0,16	53%

Tabelle 12: Marktanteil bezogen auf die errechnete Einwohnerzahl im Vergleich zu den neurochirurgischen Hauptabteilungen entsprechend der durchgeführten Eingriffe.

Diese Ergebnisse können zur Einordnung der eigenen Abteilung sowie zur Erkennung der noch möglichen oder sogar notwendigen Bereiche genutzt werden, in deren Entwicklung man in Zukunft sinnvollerweise investieren sollte und über welche mehr Kommunikation mit den zuweisenden Ärzten erfolgen muss.

#### **4.4 Fragebogen**

Die vorliegenden Daten stammen aus der Befragung von insgesamt 30 Ärzten. Hierbei befanden sich 16 in einer Praxisgemeinschaft oder Gemeinschaftspraxis, der Rest in einer Einzelpraxis. Mit zwei Ärzten konnte aufgrund ihres Zeitmangels kein persönliches Interview durchgeführt werden. Dennoch waren diese bereit, den zugesandten Fragebogen auszufüllen und zurückzuschicken. Die Antworten aus den Fragebögen wurden in eine Tabelle übertragen und die Mittelwerte der Faktoren „Bedeutung“ und „Zufriedenheit“ für jeden Punkt gebildet. Die Items für „spezielle Sprechstunden“ und „innovative Behandlungsmethoden“ wurden getrennt bearbeitet.

#### 4.4.1 Allgemeiner Teil

Die Auswertung der untersuchten kritischen Erfolgsfaktoren ist in Diagramm 9 nach abnehmender Bedeutung und in Diagramm 10 nach abnehmender Zufriedenheit dargestellt. Die Angaben 1 – 4 entsprechen den im Fragebogen möglichen Antworten „nicht zufrieden“ bis „sehr zufrieden“.

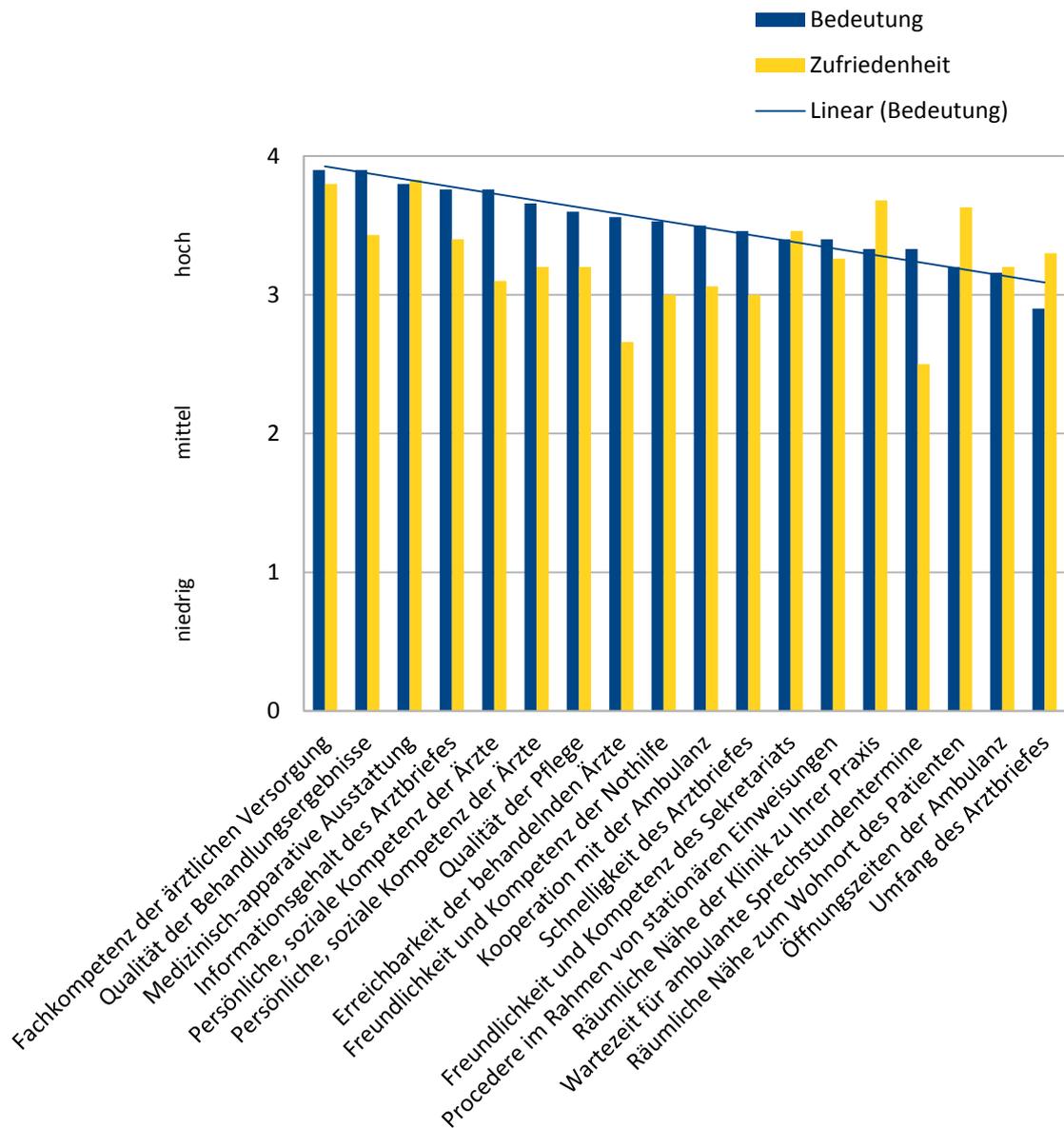


Diagramm 9: Bewertung der kritischen Erfolgsfaktoren nach Bedeutung und Zufriedenheit entsprechend abnehmender Bedeutung.

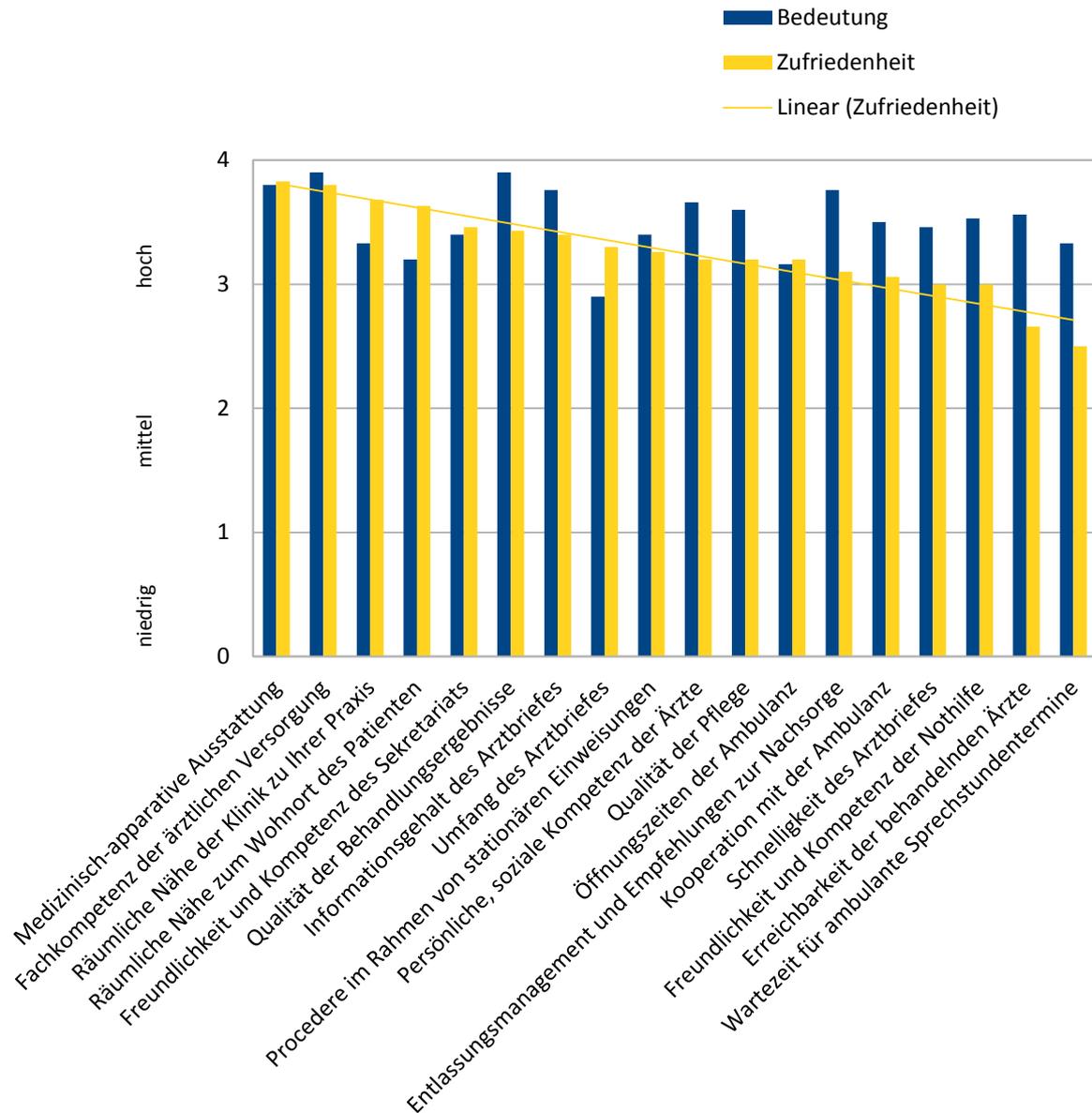


Diagramm 10: Bewertung der kritischen Erfolgsfaktoren nach Bedeutung und Zufriedenheit entsprechend abnehmender Zufriedenheit.

In Diagramm 10 zeigen sich die durchschnittlichen Bewertungsziffern allesamt in der oberen Hälfte des Bewertungsbereichs, was eine im Allgemeinen sehr hohe Zuweiserzufriedenheit ausdrückt. Die durchschnittliche Bewertungsspanne reicht von sehr zufrieden (3,83) bis zu einer mittleren Zufriedenheit (2,5). Im Vergleich zum insgesamt sehr hohen Bewertungslevel bezüglich Bedeutung der einzelnen Items (3,9 bis 2,9) zeigt sich jedoch ein etwas stärkerer Abfall der Trendlinie. Im statistischen Durchschnitt aller Bewertungen wurde die Zufriedenheit mit 3,26 und die Bedeutung mit 3,51 bewertet. Die Standardabweichung als Maß für die Streuung beträgt für die Zufriedenheit 0,36 und für die Bedeutung 0,27. Gemäß den in Kapitel 2.5 festgelegten Auswertungsvorgaben besteht somit sowohl für die Zufriedenheit als auch für die Bedeutung eine hohe Übereinstimmung der Bewertungsangaben.

	Zufriedenheit	Bedeutung
Maximum-Wert	3,83	3,9
Minimum-Wert	2,5	2,9
Mittelwert	3,26	3,51
Varianz	0,13	0,07
Standardabweichung	0,36	0,27

Tabelle 13: Wichtige statistische Daten der Fragebogenauswertung.

In der Portfolio-Analyse werden anhand der Bedeutungs-Zufriedenheits-Matrix die Bereiche, in welchen Handlungsbedarf besteht, noch eindrücklicher ersichtlich. Hier können die Kernstärken sowie die Kernschwächen aufgezeigt werden (siehe auch Kapitel 1.4). Für unsere Arbeit haben wir die Darstellung in einer 9-Felder-Tafel gewählt, da hier gegenüber der 4-Felder-Tafel die Bereiche noch deutlicher zum Vorschein treten.

<b>Bedeutung</b>	hoch	<i>Kernschwäche</i>		<i>Kernstärke</i>
	mittel			
	niedrig	<i>Nullschwäche</i>		<i>Nullstärke</i>
		niedrig	mittel	hoch
		<b>Zufriedenheit</b>		

Diagramm 11: Allgemeine Bedeutungs-Zufriedenheits-Matrix in einer 9-Felder-Tafel.

In den Feldern links oben finden sich die kritischen Erfolgsfaktoren, in die zur weiteren Verbesserung der Abteilung und vor allem zum Ausbau der eigenen Marktposition investiert werden muss. Im Feld rechts unten finden sich die Bereiche, in welche man nicht investieren sollte oder sogar Ressourcen eingespart werden können. Die Bereiche dazwischen müssen individuell beurteilt und gehandhabt werden.

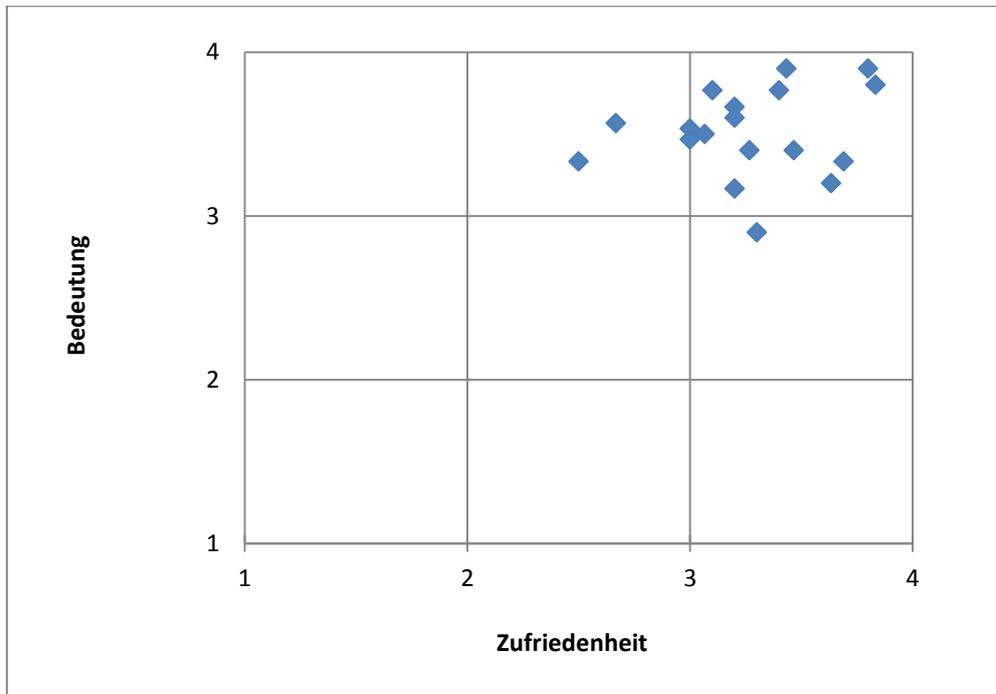


Diagramm 12: Bedeutungs-Zufriedenheits-Matrix entsprechend der Auswertung des Fragebogens.

In der Portfolio-Analyse der neurochirurgischen Abteilung Murnau zeigen sich vier Bereiche mit nur mittlerer Zufriedenheit, welchen jedoch eine hohe Bedeutung zugewiesen wurde:

<b>KEF</b>	<b>Zufriedenheit</b>	<b>Bedeutung</b>
Wartezeit für ambulante Sprechstundentermine	2,5	3,33
Erreichbarkeit der behandelnden Ärzte	2,66	3,56
Freundlichkeit und Kompetenz der Nothilfe	3	3,53
Schnelligkeit des Arztbriefes	3	3,46

Tabelle 14: Bereiche mit nur mittlerer Zufriedenheit, jedoch hoher Bedeutung.

Auch wenn diese Themen entsprechend der Matrix nicht in das Feld „Kernschwächen“ fallen, so stellen sie dennoch die Bereiche dar, die sich vom übrigen, sehr harmonischen Zufriedenheitsniveau abgrenzen und in denen somit am meisten Handlungsbedarf besteht.

Eine überdurchschnittliche Zufriedenheit (>3,5) zeigt sich in den Punkten „Medizinisch-apparative Ausstattung“ und „Fachkompetenz der ärztlichen Versorgung“, welche sich auch unter den drei am höchst bewerteten Items bezüglich ihrer Bedeutung befinden (3,8 und 3,9). Weiter erhielten auch die beiden Punkte, die sich auf die nicht beeinflussbare geographische Lage beziehen, die „räumliche Nähe der Klinik zur Praxis sowie zum Wohnort des Patienten“ eine überdurchschnittliche Zufriedenheitsbewertung. Allerdings wurde diesen Punkten auch eine der fünf geringsten Bedeutungen zugesprochen (3,33 und 3,2).

## 4.4.2 Spezielle Sprechstunden

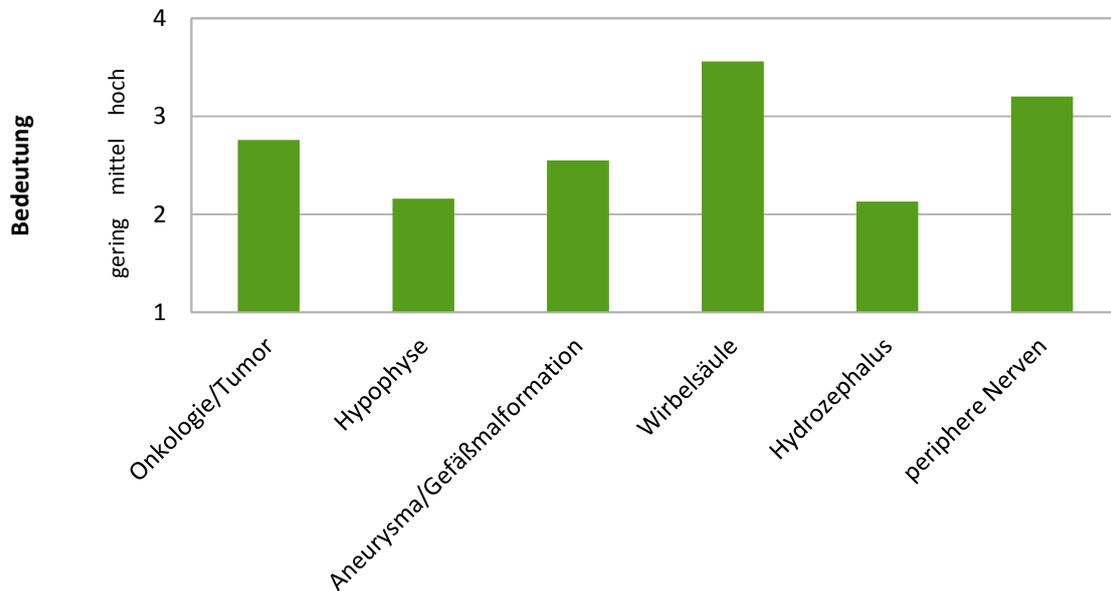


Diagramm 13: Bewertung der „Bedeutung“ für das Angebot möglicher spezieller Sprechstunden.

Da die neurochirurgische Abteilung Murnau keine ambulante Sprechstunde im eigentlichen Sinn betreibt und ambulante Abklärungen nur im Rahmen einer prästationären Einweisung durchgeführt werden können, spielt die Betreuung von Patienten mit speziellem Krankheitsbild eine besondere Rolle. Diesbezüglich interessiert neben der Zufriedenheit mit Öffnungszeiten, Terminvergabe und Wartezeiten auch der Bedarf an einem Angebot weiterer spezieller Sprechstunden, um den einweisenden Ärzten eine kompetente Anlaufstelle mit direktem Ansprechpartner für ihre Patienten zu bieten. Neben der allgemeinen Sprechstunde werden bereits die im Fragebogen erwähnten speziellen Sprechstunden für Wirbelsäule und Onkologie/Tumor angeboten. Diesen sowie möglichen weiteren speziellen Sprechstunden werden von den befragten Einweisern folgende Bedeutung zugeordnet:

Es zeigt sich die Wichtigkeit einer Sprechstunde für Wirbelsäulenerkrankungen. Entsprechend den Kommentaren der befragten Zuweiser wurde den Sprechstunden für die Themengebieten Hypophyse und Hydrozephalus meist aufgrund der geringen

Patientenzahl mit derartigem Erkrankungsbild nur eine Bedeutung im mittleren Bereich zugesprochen.

#### **4.4.3 Innovative Behandlungsmethoden**

Behandlungsmethoden, insbesondere operative Interventionen, stellen das eigentliche Produkt einer operativ tätigen Abteilung dar. Durch neuartige und moderne Behandlungen kann das Interesse von Patienten und Ärzten geweckt und somit neue Kunden gewonnen werden. Stellt sich jedoch der Behandlungserfolg dieser Methoden im Verlauf als mangelhaft heraus, können andererseits der Ruf der Abteilung wie auch das Verhältnis zu seinen Stammeinweisern schnell erheblichen Schaden davontragen. Somit ist es ratsam, sich im Vorfeld über die Akzeptanz für die Einführung bestimmter neuer Behandlungsmethoden zu erkundigen oder zumindest diese zu kommunizieren.

In Diagramm 13 sehen Sie die Bewertung der von uns im Fragebogen aufgezählten geplanten, erst seit relativ kurzer Zeit angebotenen oder noch nicht ausreichend bekannten Behandlungsmethoden:

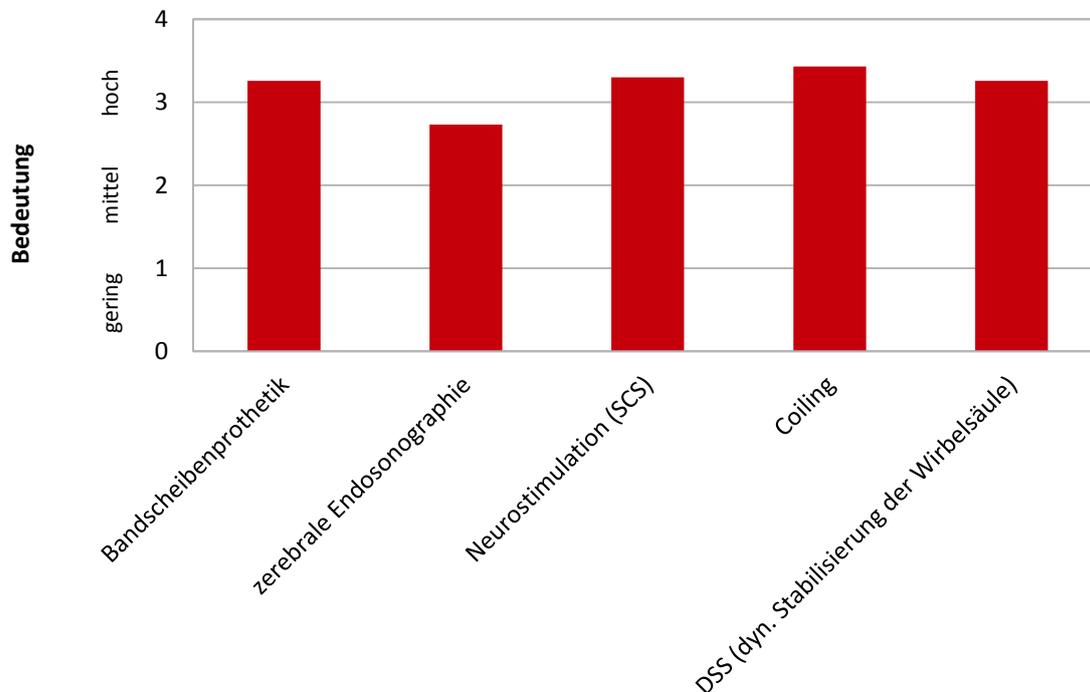


Diagramm 14: Bewertung der „Bedeutung“ für das Angebot möglicher innovativer Behandlungsmethoden.

Hier zeigt sich durchweg die Einschätzung einer überdurchschnittlichen Bedeutung moderner und innovativer Behandlungen. Lediglich die zerebrale Endosonographie zeigt sich geringfügig schlechter bewertet, wobei auch sie insgesamt noch im mittleren Bewertungsbereich liegt.

#### **4.5 Interview und Inhaltsanalyse**

Analog zum Fragebogen wurden wie im Kapitel 3.4.3 beschrieben 28 Interviews durchgeführt. Zwei Einweisern sendeten wir die vorgegebenen Fragen zu, welche sie anschließend schriftlich beantworteten. Die Antworten wurden vom Interviewer notiert und

im Weiteren in Form von Paraphrasen tabellarisch aufgeführt. Entsprechend der Zielsetzung der 8 offenen Fragen im Interview wurden KEF und Kategorien gebildet und diesen anschließend die Paraphrasen zugeteilt.

Die individuellen Antworten der Befragten ließen sich jedoch oft nur schwer einer dieser vorgegebenen Kategorien zuordnen. In Konsequenz entschieden wir uns, die KEF und Kategorien anzupassen sowie neue zu ergänzen.

Tabelle 15 zeigt die Kategorien, in welche die KEF entsprechend ihrem Kontext zusammengeführt wurden. Die Nummern 1-7 zeigen die aus dem Fragebogen direkt abgeleiteten Kategorien, die Nummern 8-11 wurden in Ergänzung neu gebildet.

<b>Kat.- Nummer</b>	<b>Kategorie aus Fragebogen</b>	<b>Kat.- Nummer</b>	<b>Neue Kategorie</b>
1	Kommunikation mit der Abteilung	8	Empfehlung fremder Fachärzte
2	Ambulanz	9	Bewertungskriterien Krankenhaus
3	räumliche Nähe	10	Beweggrund der Zusammenarbeit
4	Rückmeldung der Patienten	11	Vorschläge der Zuweiser zur Verbesserung der Zusammenarbeit
5	Erfahrungen des Praxisarztes		
6	Nothilfe		
7	Arztbrief/ Entlassungsmanagement		

Tabelle 15: Vorgegebene und neu gebildete Kategorien der Inhaltsanalyse.

Die Häufigkeitsverteilung der KEF in den Kategorien ist in Tabelle 16 aufgeführt:

<b>Kategorie Text</b>	<b>Anzahl KEF</b>
1) Kommunikation mit der Abteilung	62
2) Ambulanz	7
3) räumliche Nähe	0
4) Rückmeldung der Patienten	45
5) Erfahrungen des Praxisarztes	62
6) Nothilfe	0
7) Arztbrief/Entlassungsmanagement	11
8) Empfehlung fachfremder Fachärzte	22
9) Bewertungskriterien Krankenhaus	54
10) Beweggrund der Zusammenarbeit	54
11) Vorschläge der Zuweiser zur Verbesserung der Zusammenarbeit	28
<i>Gesamt</i>	<i>345</i>

Tabelle 16: Anzahl der Paraphrasen in Form von KEF mit jeweiliger Zuteilung zu einer entsprechenden Kategorie.

Bei diesem Vorgehen kann natürlich ein subjektiver Spielraum der qualitativen Bewertung des Auswertenden bemängelt werden. Das Ziel ist in diesem Fall jedoch, eine Darstellung der Sicht des externen Arztes bezüglich der Stärken und Schwächen der eigenen Abteilung zu erhalten. Hierfür zeigt sich die quantitative Inhaltsanalyse mit vorgegebenem Bewertungsschema vollends ausreichend. Zudem ist es auf diese Weise möglich, Verbesserungsvorschläge direkt von der betroffenen Person zu erhalten.

Die Interviews wurden ohne Ausnahme vom gleichen Assistenzarzt der neurochirurgischen Abteilung Murnau durchgeführt. Dies brachte folgende Vorteile mit sich:

- Die Interviews konnten auf einer gleichwertigen Kommunikationsebene durchgeführt werden. Abläufe, Fachbegriffe und Operationsverfahren waren gleichermaßen bekannt und konnten im Bedarfsfall noch im Detail durch den Interviewer erklärt werden.
- Da der Interviewer kein externer Dritter, sondern eine direkte Kontaktperson der besprochenen Abteilung war, lag eine gute Grundstimmung während des Interviews sowie eine insgesamt positive Akzeptanz gegenüber der Befragung vor.
- Der Ablauf der Interviews und die Dokumentation der Aussagen zeigten eine große Homogenität auf, was bei der späteren Auswertung eine gute Vergleichbarkeit bewirkte.
- Die Motivation des Interviewers, die Kritik der befragten Ärzte aufzugreifen und die Vorschläge im Weiteren umzusetzen, war sehr hoch, da sie direkt den eigenen Arbeitsplatz betrafen.

Die zuvor im Anschreiben angekündigte Befragungsdauer von 30 Minuten stellte sich in allen 28 Interviews als zu knapp bemessen heraus. Die Interviews wurden wochentags in den jeweiligen Praxen im Anschluss an die Sprechstunde der befragten Ärzte oder in deren Mittagspause durchgeführt, sodass alle Gespräche ohne terminlichen Druck zu Ende geführt werden konnten. Die durchschnittliche Befragungsdauer lag zwischen einer und eineinhalb Stunden, was sich jedoch in keinem Fall negativ auf die durchwegs offene und wertschätzende Gesprächsatmosphäre auswirkte.

Die Inhaltsanalyse der oben aufgeführten Kategorien wird folgend dargestellt:

### **Kategorie 1: Kommunikation mit der Abteilung**

- Bezüglich der Erreichbarkeit der Ärzte sowie der Kontaktaufnahme mit der Klinik gab es 31 Aussagen.
  - Eine permanente Erreichbarkeit eines Assistenzarztes über das für 24 Stunden besetzte Dienstarzttelefon sowie die Möglichkeit, sich über das Sekretariat mit einem entsprechenden Arzt verbinden zu lassen, ist eine derzeit bereits gut funktionierende und ausreichende Methode (19x).
  - Es sollte zumindest tagsüber ein Facharzt oder besser noch ein Oberarzt über eine direkte Durchwahl für spezielle Fragen erreichbar sein (9x).
  - Der behandelnde Stationsarzt sollte patientenbezogen besser erreichbar sein (3x).

Vier Einweiser äußerten Kritik bezüglich der Praxis-Klinik-Kommunikation. Drei Einweisern davon war die Nummer des Dienstarzttelefons bisher nicht bekannt, ein Einweiser wünschte sich für die Zukunft im Allgemeinen kürzere Kommunikationswege für Fragen, aber auch Mitteilungen über Patientenbesonderheiten von Seiten der Klinik an den Hausarzt.

- Zur Frage, welches Medium dem Einweiser am effektivsten wie auch angenehmsten erscheine, um allgemeine Informationen oder abteilungsspezifische Neuigkeiten mitzuteilen, äußerten sich 27 Ärzte. Aufgrund der vielfältigen Schilderungen mussten diese jedoch teils auf mehrere KEF aufgeteilt werden, sodass letztendlich 38 Aussagen zustande kamen.
  - Praxisnahe Fortbildungen über neue medizinische Themen sowie fachspezifische Inhalte wurde von den meisten Ärzten aufgrund der größeren Persönlichkeit zwischen den Beteiligten als bester Weg angesehen (17x).
  - Bei vielen Einweisern sind Informationsbroschüren in Form eines Flyers beliebt, da auf diese Weise Neuigkeiten oder wichtige Informationen knapp zusammengefasst mitgeteilt werden und es nur wenig der sehr kostbaren Zeit in einer Praxis in Anspruch nimmt (13x).
  - Nur 3 Zuweiser wünschten sich eine bessere Internetdarstellung der Abteilung,

wohingegen 5 Ärzte betonten, höchstens Basisthemen auf der Homepage nachzusehen, oder das Internet gar vollständig ablehnten.

## **Kategorie 2: Ambulanz**

Zu dieser Kategorie gab es 7 Aussagen.

- In 5 Fällen beklagten die Zuweiser, dass eine ambulante Untersuchung aufgrund der fehlenden Kassenzulassung der Abteilung nur mit der Ausstellung eines Einweisungsscheins möglich ist. Auch sind ambulant durchgeführte diagnostische Untersuchungen nur mit zuvor eingeholter Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse durchführbar.
- 2 Einweiser beklagten bei der Terminvergabe für die ambulante Sprechstunde zu lange Wartezeiten für die Patienten und stellten den Wunsch auf mehr kurzfristige Terminmöglichkeiten.

## **Kategorie 3: Räumliche Nähe**

Dieser Kategorie konnten keine Aussagen der Interviews zugeteilt werden.

## **Kategorie 4: Rückmeldung des Patienten**

Hier gab es insgesamt 45 Äußerungen.

- In 28 Fällen berichteten die Einweiser über eine von Seiten des Patienten vorherrschende Zufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung, den Behandlungsergebnissen, den Räumlichkeiten sowie dem Essen.
- Insgesamt 17 mal beklagten Einweiser negative Rückmeldungen der Patienten. Diese betrafen vorwiegend den Mangel an persönlichem Kontakt und Zuwendung der Ärzte für die Patienten in Form von zu knappen Aufklärungen über geplante oder stattgefundene operative Eingriffe und zu wenig Erläuterungen der durchgeführten Diagnostik (11x). Die restlichen Klagen betrafen die Wartezeit für einen stationären Aufnahmetermin, den Therapieerfolg, die Qualität der Pflege, die Räumlichkeiten, das Essen sowie das Entlassungsmanagement (6x).

## **Kategorie 5: Erfahrung des Praxisarztes**

In dieser Kategorie wurden insgesamt am meisten Bemerkungen gemacht. Die Einweiser schilderten 62 positive wie negative Aspekte ihrer persönlichen Erfahrungen.

- In 48 Fällen wurde die Fachkompetenz sowie die Behandlungsqualität der Abteilung und ihrer Ärzte gelobt. Diese Praxisärzte gaben an, jedes neurochirurgische Krankheitsbild primär in die Neurochirurgie der BGU Murnau zu schicken, wobei jedoch hier wiederholt betont wurde, dass man auf eine ehrliche Selbsteinschätzung des Behandlungsspektrums inbegriffen der Weiterverlegung einzelner Krankheitsfälle in höher spezialisierte Zentren sehr großen Wert lege.
- Die 14 negativen Bemerkungen betrafen in 5 Fällen einen vom Zuweiser empfundenen Mangel der Abteilung an Erfahrung und Kompetenz in der Tumor- und Gefäßchirurgie, weshalb von diesen die Patienten mit entsprechendem Krankheitsbild lieber in eine universitäre Einrichtung eingewiesen wurden. 8 mal empfanden die Zuweiser das Spektrum der neurochirurgischen Abteilung als nicht ausreichend. So wurden die unzureichenden Möglichkeiten im Bereich der konservativen Therapie, der ambulanten Schmerztherapie, der Psychosomatik und Psychologie sowie größerer Wirbelsäuleneingriffe genannt. Ein Einweiser beklagte sich über zu wenig Information über Einweisungsmodalitäten und die allgemeine Ambulanz.

## **Kategorie 6: Nothilfe**

Auch hierzu gab es in den Interviews keine Aussage, die der Kategorie entsprach.

## **Kategorie 7: Arztbrief und Entlassungsmanagement**

Es gab 11 Zuweiser, die zu dieser Kategorie Aussagen machten.

- 6 Einweiser wünschten sich die Einführung eines Kurzarztbriefs, um die wichtigsten Informationen schneller mitgeteilt zu bekommen, insbesondere bei Entlassung vor einem Wochenende.
- 5 Einweiser beklagten sich über zu wenig Informationsgehalt in den Abschlussberichten. Hier wurden speziell Empfehlungen zur Anschlusstherapie bei

Tumorerkrankungen, Angaben für die ambulante Krankengymnastik sowie für die allgemeine ärztliche Weiterbehandlung genannt.

### **Kategorie 8: Empfehlung fachfremder Fachärzte**

Hier wurden 22 Aussagen gemacht.

- Für 15 Zuweiser spielten fachärztliche Empfehlungen von beispielsweise Neurologen oder Orthopäden keine Rolle für die Entscheidung, in welches Krankenhaus man einen Patienten einweise.
- Ein entscheidender Einfluss für die Wahl des besten Behandlungsortes wurde eben genannten Fachärzten in 7 Fällen zugesprochen.

### **Kategorien 9: Bewertungskriterien Krankenhaus**

Der Kategorie, nach welchen Bewertungskriterien die Einweiser das geeignetste Krankenhaus für ihre Patienten wählen, wurden 54 Äußerungen zugeteilt.

- Am häufigsten nannten die Einweiser Qualitäten wie die Kompetenz der Ärzte, das medizinische Angebot sowie eine gute Kommunikation mit den Einweisern wie auch den Patienten (30x).
- Der „gute Ruf“ eines Krankenhauses sowie eine zufriedene Rückmeldung von bereits behandelten Patienten wurde 7 mal als Beweggrund genannt.
- Die Nähe zum Wohnort des Patienten war in 17 Fällen ein Entscheidungskriterium.

### **Kategorie 10: Beweggründe für die Zusammenarbeit mit der Neurochirurgie Murnau**

Auch hier gab es 54 Aussagen, warum die jeweiligen Zuweiser aktuell mit der Neurochirurgie Murnau zusammenarbeiten.

- Als Hauptgrund wurden gute persönliche Erfahrungen des Zuweisers mit der Fachkompetenz der Ärzte wie auch den Behandlungsergebnissen genannt, seltener auch persönliche Kontakte und Empfehlungen von niedergelassenen Kollegen (26x).
- 7 mal war der ausdrückliche Patientenwunsch der Beweggrund für die

Zusammenarbeit.

- Aufgrund der Nähe der Klinik zur Arztpraxis bevorzugten 11 Zuweiser die Murnauer Abteilung gegenüber anderen Kliniken.

### **Kategorie 11: Vorschläge der Einweiser zur Verbesserung der Zusammenarbeit**

In dieser Kategorie konnten die Zuweiser Anmerkungen zu allgemeinen Kritikpunkten oder Verbesserungsmöglichkeiten geben. Auch Themen, die bisher möglicherweise nicht bedacht wurden, sollten hier angesprochen werden. Insgesamt 28 Angaben wurden notiert.

- Die große Mehrheit bezog sich auf die Kommunikation zwischen Klinikärzten und Zuweisern. So wünschten sich die meisten Praxisärzte einen persönlicheren Umgang, bei dem Informationen über komplizierte Patienten, Benachrichtigungen bei notfallmäßigen Aufnahmen oder Weiterverlegungen wie auch eine bessere Einbindung in die Therapieplanung stattfindet (24x).
- Die restlichen Vorschläge galten der Einbindung und Weiterbildung in der Schmerztherapie, einer besseren Aufklärung sowie Absprache über kassenärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten in der Abteilung, dem Wunsch nach statistischen Zahlenangaben zur besseren Vergleichbarkeit sowie einem besseren Aufnahmemanagement, wobei präoperative Untersuchungen nach Absprache möglichst durch den Hausarzt durchgeführt werden sollten (4x).

# 5 Diskussion

Nach erfolgter strategischer Analyse und Planung soll im Folgenden auf die hieraus ableitbaren Maßnahmen, die im Verlauf bereits erfolgten Umsetzungen dieser Maßnahmen sowie auf das noch ungenutzte Potential des Marketings eingegangen werden.

## 5.1 *Erörterung von Ergebnissen und Inhaltsanalyse*

Vergleicht man nun die Aussagen der Interviews mit den Ergebnissen der Fragebogen, in dem man die KEF gegenüberstellt, so lässt sich in manchen Bereichen eine gewisse Diskrepanz erkennen. Dies liegt sicher daran, dass im persönlichen Gespräch problematisch behaftete Themen von den Zuweisern deutlich klarer und kritischer angesprochen und gleichzeitig konkrete Wünsche zu Veränderungen formuliert werden können.

Die KEF, welche die ambulante Sprechstunde betreffen, wurden im Fragebogen bei relativ hoher Bedeutung überwiegend mit einer ebenfalls hohen Zufriedenheit beurteilt. Lediglich die Bewertung des KEF „Wartezeit für ambulante Sprechstundentermine“ spiegelt Unzufriedenheit wieder. Dies korreliert mit der Inhaltsanalyse. Es wurde lediglich von einem Einweiser eine zu lange Wartezeit für die Patienten beklagt und mehr kurzfristige Terminvergaben gefordert. Die insgesamt sehr wenigen Aussagen zu diesem Thema sind als Zufriedenheit mit den derzeitigen Bedingungen in Bezug auf Freundlichkeit, Kompetenz, Kooperation und Öffnungszeiten der Ambulanz, der Nothilfe und des Sekretariats zu werten.

Die Beschwerden beziehen sich hier auf die umständlichen bürokratischen Anforderungen der Klinik. So müssen für ambulante Untersuchungen zur Abklärung der weiteren Therapiemaßnahmen stationäre Einweisungsscheine ausgestellt werden. Weiter bedarf es für diagnostische Untersuchungen, die in diesem Rahm meist notwendig sind, einer zuvor einzuholenden Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse. Dies ist bedingt durch die fehlende Kassenzulassung der Abteilung für den ambulanten Bereich. Somit sind ambulante Untersuchungen im eigentlichen Sinn nur im Rahmen einer anschließenden stationären Behandlung als vorstationäre Abklärung vorgesehen. Um eine

überdurchschnittlich hohe Zahl ausgestellter Einweisungsscheine und eine darauf möglicherweise folgende Rechtfertigungsschuld vor der Kassenärztlichen Vereinigung zu vermeiden, behelfen sich viele Einweiser damit, ihre Patienten mit einer Überweisung statt einer Einweisung in die Nothilfe-Ambulanz der Klinik zu schicken und seine Beschwerden als Notfall zu deklarieren. Die Patienten müssen so am Tag der Untersuchung zwar deutlich längere Wartezeiten in Kauf nehmen, werden im Gegenzug dafür aber auch einige Tage früher neurochirurgisch beurteilt. Weiter können so notwendige diagnostische Untersuchungen wie Röntgen, Computer- oder sogar Magnetresonanztomographie je nach Indikationsstellung unmittelbar als Notfalluntersuchung durchgeführt werden, was ihnen eine weitere Wartezeit beim niedergelassenen Radiologen erspart.

Dieses Vorgehen bringt jedoch auch Nachteile mit sich. Wichtigster Punkt für den Patienten selbst ist wohl die Qualität der Untersuchung. Da die ambulante Sprechstunde von Fach- und Oberärzten sowie dem Chefarzt selbst durchgeführt wird, die Nothilfe-Ambulanz jedoch nur mit einem Assistenzarzt in Weiterbildung besetzt ist, wird hier bereits das erste Problem augenscheinlich. Der jeweilige Assistenzarzt zieht zwar einen Fach- oder Oberarzt für die Indikationsstellung und Empfehlung der Weiterbehandlung zu Rate, doch erfolgt die klinische Befunderhebung neben der geringeren Erfahrung des Erstuntersuchers auch unter einem deutlich höheren Zeitdruck. Die Versorgung der Patienten mit Notfallindikation inklusive dem Schockraummanagement steht gegenüber der Behandlung der elektiven Patienten bei jedem Arzt im Vordergrund. Im Umkehrschluss kommt als negativer Effekt zu tragen, dass sich durch die zusätzlichen Patienten für diejenigen mit akuter Beschwerdeproblematik die Wartezeit bis zu ihrer Untersuchung sowie für die nötige Diagnostik erheblich verlängern kann.

Weiter wurde trotz überwiegend zufriedenen Bewertungen beim Fragebogen in den Interviews beklagt, dass im Falle einer geplanten stationären Aufnahme keine Rücksprache erfolge. Zudem seien präoperativ benötigte Untersuchungswerte wie Elektrokardiographie, Blutanalyse oder Röntgenthoraxuntersuchung für den Hausarzt wichtige Befunde, die auch von ihm erhoben und abgerechnet werden könnten. Auf diese Weise würde der stationäre Aufenthalt verkürzt, was hinsichtlich der Verweildauer auch der Abteilung zu Gute komme.

Die im Fragebogen guten Bewertungen der Bereiche Entlassungsmanagement, Empfehlungen zur Weiterbehandlung und Arztbriefe spiegeln sich ebenfalls nicht in der Inhaltsanalyse wieder. Einige Einweiser beklagen sich über eine zu geringe

Informationsweiterleitung nach Entlassung und wünschen genauere Angaben in den Abschlussberichten bezüglich Art und Intensität der Krankengymnastik sowie dem Weiterbehandlungsprozedere bei komplexen Krankheitsbildern oder sogar eine telefonische Rückmeldung. Wiederholt wurde der Wunsch geäußert, den Patienten zumindest einen Kurzarztbrief bei Entlassung auszuhändigen, da diese des öfteren nach einer stationären Behandlung vor Eintreffen des Abschlussberichtes bei ihrem Hausarzt vorstellig werden und entsprechende Rezepte benötigen.

Ein ebenfalls für die Zuweiser sehr wichtiges Thema ist die Erreichbarkeit der Klinikärzte. Sowohl an der Häufigkeit der Kommentare im Interview sowie der hohen Bewertungen im Fragebogen zeigt sich, welche große Bedeutung dieser Bereich für die teilnehmenden Ärzte hat. Hier zeigte sich jedoch ein gegenläufiger Trend zu den eben angesprochenen Punkten. Obwohl sich hier in der Auswertung des Fragebogens die zweitschlechteste Bewertung der Zufriedenheit abzeichnete, sprachen sich in der Inhaltsanalyse etwa zwei Drittel der Interviewten mit den derzeit üblichen Kommunikationsmöglichkeiten zufrieden aus. Die übrigen erhofften sich von einer direkten Durchwahl zu einem Fach- oder Oberarzt eine sofortige Beantwortung fachspezifischer Fragen oder auch von einer besseren Erreichbarkeit des vorbehandelnden Stationsarztes eine rasche patientenbezogene Problemklärung ohne weitere Rückfragen oder sonstige Zeitverzögerung.

Bemerkenswert ist auf alle Fälle, dass einigen Zuweisern die seit langem bestehende Durchwahlnummer des diensthabenden Neurochirurgen gar nicht bekannt war. Dies zeugt von der unzureichenden Darstellung der Abteilung bei den Hausärzten und der Notwendigkeit einer umfassenden Informationsweiterleitung über die vorhandenen Strukturen. Obwohl diese sich angesichts der Inhaltsanalyse nicht grundsätzlich als falsch erweisen, sollten dennoch Optimierungsmöglichkeiten überdacht werden, um den Zeitaufwand für die Zuweiser noch weiter zu verringern.

Dem KEF „persönliche, soziale Kompetenz der Ärzte“ wurden die mit Abstand meisten negativen Bemerkungen der Interviews zugeordnet, obwohl sich auch hier im Fragebogen eine überwiegend zufriedene Haltung der Einweiser darstellte. Im anschließenden Gespräch verdeutlichte sich jedoch der Unmut über die mangelnde Einbindung der Hausärzte in die Therapieplanung ihrer Patienten und den ausbleibenden Informationsfluss. An dieser Stelle wurden zudem negative Rückmeldungen der Patienten genannt. Diese beklagten sich oftmals darüber, zu wenig Erläuterungen der

Untersuchungsergebnisse, der geplanten Eingriffe oder durchgeführten Operationen erhalten zu haben. Es ist allgemein bekannt, dass die Zeit eines Stationsarztes knapp bemessen ist und ausgiebige Patientengespräche für ihn meist Überstunden zur Folge haben. Dennoch ist eine entsprechende Wertschätzung sowohl der Hausärzte als auch der Patienten mit Ziel der daraus resultierenden Kundenzufriedenheit von enormer Wichtigkeit. Neben den direkten Zuweisungen nehmen die Außendarstellung und die mündliche Weiterempfehlung in der Bevölkerung mit den größten Stellenwert für eine Abteilung ein.

Die größte Übereinstimmung von Fragebogen und Inhaltsanalyse fand sich zweifellos in der Zufriedenheit über die fachliche Kompetenz des gesamten Personals, die Behandlungsergebnisse und die apparative Ausstattung der Klinik. Dies spiegelt sich auch in der allgemeinen Zufriedenheit der Patienten sowie der meisten Zuweiser wider. Die geographisch günstige Lage der Klinik wurde ebenfalls von allen befragten Ärzten schätzend erwähnt, da die nächste vergleichbare neurochirurgische Abteilung erst in München, Augsburg oder Vogtareuth zu finden ist.

Mit dem sehr umfassenden medizinischen Spektrum der Klinik im Bereich der Neurochirurgie erklärte sich die große Mehrheit der befragten Zuweiser vollkommen zufrieden. Allerdings zeigte sich in der Inhaltsanalyse, dass einige Ärzte im Bereich der konservativen Therapie auch negative Erfahrungen gemacht haben und hier der Wunsch nach Verbesserung besteht. Gerade in der Schmerztherapie, bei der viele niedergelassenen Ärzte ein diffiziles Patientengut betreuen, wäre eine bessere ambulante Betreuung sowie eine bessere psychologische und psychosomatische Abklärung und Anbindung erwünscht (siehe auch Kapitel 5.4.3). Bei unklaren neurologischen Krankheitsbildern sehen einige Einweiser zudem die ambulanten sowie stationären Abklärungsmöglichkeiten unterrepräsentiert.

## **5.2 Gestaltung eines kundenspezifischen Marketingkonzepts**

Da sich das Interesse an einem systematischen Einweisermanagement erst in den letzten Jahren entwickelte, gibt es hierfür bisher keine allgemein anerkannte Definition. Wie bereits aufgeführt, liegt die Sinnhaftigkeit eines gezielten Krankenhaus-Marketing nicht darin, lediglich an der ein oder anderen Stelle punktuelle Änderungen vorzunehmen. Es ist

vielmehr eine markt- und zuweiserorientierte Ausrichtung der Klinikführung, die hauptsächlich auf die Einweiserakquisition und -bindung ausgerichtet ist.<sup>[75]</sup>

Neben der Akquisition sollte sie auch die Bindung und Rückgewinnung wertstiftender Einweiser und damit die Erreichung eines stabilen Zuweiservolumens zum Ziel haben. Es müssen in allen Ebenen Maßnahmen ergriffen und die maßgeblichen Mitarbeiter in die Planung und Umsetzung mit eingebunden werden. Bereits in Kapitel 1 wurden diesbezüglich die Bereiche Medizinisches Controlling, Medizinisches Archiv und die klinische Abteilung aufgeführt. Weiter betrifft dies sicherlich auch die Geschäftsführung, das Qualitätsmanagement, die Pflege und das restliche Personal. Zuallererst steht also vor dem externen das betriebsinterne Marketing im Sinne einer Motivation des Personals, da lediglich auf der Ebene der Geschäftsführung beschlossene Marketingmaßnahmen durch unfreundliche Mitarbeiter oder eine fehlende Umsetzung unglaubwürdig sind. Mitarbeiter als interne Kunden zu interpretieren, unterstreicht den positiven Zusammenhang, den die Mitarbeiterzufriedenheit mit der Zufriedenheit der Kunden hat. Nimmt man Mittel der Personalentwicklung und Mitarbeiterkommunikation zur Hilfe, um eine hohe Mitarbeiterzufriedenheit zu erzeugen, so kann auch die Personalpolitik einen erheblichen Anteil zur Kundenzufriedenheit beitragen.<sup>[18]</sup>

Als erster Schritt sollten dem Chef und den Oberärzten die konkreten Kritikpunkte wie auch die Vorschläge der Einweiser vermittelt werden. Hieraus müssen entsprechende Maßnahmen auf Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualitätsebene abgeleitet und anschließend nach Wichtigkeit und Umsetzbarkeit geordnet werden, um den Fokus des Einweisermanagements speziell auf profitable Einweiserbeziehungen zu legen.

In der Analyse der Fragebogen sowie der Zuweiserinterviews stellten wir verschiedene Bereiche fest, in welchen Veränderungen und Verbesserungen zu einer Erhöhung der Zufriedenheit sowohl der Praxisärzte wie auch der Patienten führen können. Hierbei ist zudem zu unterscheiden, durch welche Aktivitäten bereits kurzfristig eine Verbesserung erreicht werden kann und welche sich erst mittel- oder langfristig auf die Zusammenarbeit auswirken.

Bei folgenden Themengebieten wurde in der Portfolio-Analyse oder den Interviews eine Handlungsbedürftigkeit von den Einweisern erkannt:

- strukturelle Qualität:
  - Wartezeiten und Vergabe kurzfristiger Termine der ambulanten Sprechstunde
  - Notwendigkeit von Einweisungen oder Kostenübernahmeerklärungen bei ambulanten Untersuchungen und Therapien
  - Mangel an Fortbildungsangeboten für Einweiser
  - Mangel an ambulanten Therapieoptionen in der Schmerztherapie
  
- Prozessqualität:
  - Kommunikations- und Informationsabläufe bezüglich dem Einweiser
  - Kommunikations- und Informationsabläufe bezüglich dem Patienten
  - Aufnahmeprozedere und Durchführung präoperativer Untersuchungen
  - Therapieempfehlung für die Weiterbehandlung
  
- Ergebnisqualität:
  - Informationsgehalt und Dauer des Entlassungsberichts
  - Etablierung eines Kurzarztbriefs
  - Empfehlung zur postoperativen onkologischen Therapie

Im Folgenden soll skizziert werden, welche konkreten Maßnahmen und welcher Handlungsbedarf sich aus den Ergebnissen der Analyse ableiten lässt.

### **5.2.1 Kurz- und mittelfristig umsetzbare Maßnahmen**

Durch ein rasches Handeln beim Verbesserungskonzept des Einweisungsprozesses, beim kooperativen und fairen Umgang zwischen Einweisern und Krankenhausärzten und beim Informationsfluss kann nicht nur die Zufriedenheit der Praxisärzte gesteigert, sondern auch die Wettbewerbsposition der eigenen Abteilung entscheidend verbessert werden.

### **5.2.1.1     *Ambulante Sprechstunde***

Ein organisatorisch relativ einfach zu lösendes Problem sollte die Unzufriedenheit mit den Sprechstundenwartezeiten sein. Es werden zwar kaum Beschwerden über Qualität oder Höflichkeit bei Terminen einer Routineuntersuchung genannt, jedoch besteht der Wunsch nach mehr kurzfristigen Terminen. Die Wartezeiten für Patienten, welche zwar noch nicht als Notfall zu werten sind, für die aber aufgrund eines dringlichen Problems ein rascher Untersuchungstermin nötig ist, sind vielen Ärzten zu lang. Um zu vermeiden, dass diese elektiven Patienten über die Notfallambulanz umgeleitet werden und somit aufgrund der deutlich erhöhten Arbeitsbelastung des Nothilfearztes für die eigentlichen Notfallpatienten sowohl die Wartezeit erhöht als auch folglich die Qualität der Behandlung eventuell verringert wird, wäre es sinnvoll, eine gewisse Anzahl der Sprechstundentermine für eine kurzfristige Vergabe zu reservieren oder bei erhöhter Nachfrage einen zusätzlichen Arzt für die Abarbeitung der Sprechstunde abzustellen (siehe auch Kapitel 5.4.2.1). So könnte die Flexibilität des Krankenhauses mit unkomplizierten, schnellen Aufnahmeterminen auch einen enormen Mehrgewinn für die niedergelassenen Ärzte darstellen siehe.

Zudem besteht bei anhaltender Unzufriedenheit die Gefahr, dass die Zuweiser ihre Patienten einem direkten Konkurrenten zur zeitnahen Beurteilung vorstellen. Zeigt sich dieser für die Bedürfnisse des Niedergelassenen flexibler, verliert man möglicherweise nicht nur einen Patienten, sondern sogar einen Arzt als Kunden.

### **5.2.1.2     *Prästationäres Prozedere und Aufnahmemanagement***

Die Verbesserungsvorschläge für den prästationären Ablauf vor einer geplanten Patientenaufnahme beziehen sich auf zwei verschiedene Bereiche.

Zum einen besteht hier der Wunsch auf eine bessere Informationsweiterleitung wie auch auf persönliche Rücksprache bei speziellen Einzelfällen. Viele Patienten wurden bereits über Monate oder sogar Jahre konservativ vorbehandelt, bevor sie aufgrund einer akuten Verschlechterung oder zur Einholung einer fachärztlichen Zweitmeinung in die Sprechstunde der Abteilung eingewiesen werden. Bei einer elektiven Operationsindikation ist die Kenntnis des Hausarztes über die sozialen Hintergründe des Patienten oft ein wichtiges Kriterium über die Entscheidung einer Fortführung der konservativen Vorgehensweise oder doch des Schritts zur Operation. Zudem drückt dies auch eine

gewisse Wertschätzung des Zuweisers sowie seiner vorangegangenen Therapie aus.

Der zweite Bereich betrifft die Prozessqualität. Die meisten Untersuchungswerte des Patienten sind für den zuweisenden Arzt von großem Wert. Zudem könnte der Einweiser im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung die prästationäre Abklärung im Auftrag des Krankenhauses durchführen. Hierbei fallen die erbrachten Leistungen nicht unter die vertragsärztliche Versorgung, sondern werden nach § 115 a Abs. 1 SGB V direkt durch das Krankenhaus vergütet. Die Krankenhäuser können dies wiederum über die Krankenkassen abrechnen.<sup>[51]</sup>

Für die eigene Abteilung hätte dies einerseits einen wirtschaftlichen Vorteil. Bei einer angemessenen Vergütung der Untersuchungen könnte durch eine Optimierung der ambulanten Vorbereitung des Patienten präoperativ mindestens ein stationärer Tag eingespart werden. Noch wichtiger erscheint jedoch sogar, die Niedergelassenen auf diesem Weg in das Leistungsgeschehen der eigenen Klinik einbinden und von der Qualität des Hauses überzeugen zu können. Selbstverständlich müsste hierfür eine klar strukturierte Vorgabe über Vorgehensweise und Ansprüche für die Praxisärzte erstellt werden, um keinen Qualitätsverlust im Gesamtablauf zu erleiden und unnötigen Doppeluntersuchungen vorzubeugen. Dies könnte zum Beispiel in Form einer „Aufnahmemappe“ oder „Einweiserbroschüre“ erfolgen, in welcher die Definition der einweisungsrelevanten Unterlagen und die Hinterlegungen des organisatorischen Ablaufs im ambulanten Bereich zu finden sind. Diese dienen nicht nur den Erwartungen der Niedergelassenen, sondern erleichtern auch den Klinikmitarbeitern die Arbeit, da Details der Aufnahme nicht stets wieder erläutert werden müssen. Weiter sollte sie schriftliche Patienteninformationen für das stationäre Aufnahmeverfahren enthalten. Das Ziel aller Bemühungen muss ein kollegiales Partnerschaftsprogramm zwischen der Klinik und den niedergelassenen Ärzten sein mit dem Ergebnis eines reibungslosen Aufnahmeverlaufs gemeinsamer Patienten. Allerdings ist auch im Rahmen der Einbindung der Niedergelassenen in die Leistungserbringung die Einhaltung der rechtlichen Vorgaben zwingend zu beachten. Das Krankenhaus muss den Einweiser ausdrücklich beauftragen, erst dann darf der Vertragsarzt tätig werden.<sup>[86]</sup>

### **5.2.1.3 Entlassungsmanagement**

Obwohl sicherlich die Qualität der Behandlung und die Zeit für den Patienten im klinischen

Alltag im Vordergrund stehen sollte, sind ärztliche Berichte für das anschließende Prozedere nach dem Klinikaufenthalt von erheblicher Bedeutung. Auch wenn es möglicherweise Überstunden für den Stationsarzt bedeutet, sollte es das Ziel sein, jedem Patienten einen „vorläufigen“ Arztbrief mitzugeben. Ohne Ausnahme sollte am Entlassungstag zumindest die Übergabe eines Kurzarztbriefs mit den wichtigsten Informationen und Empfehlungen erfolgen. Nur so kann eine nahtlose Weiterbehandlung gewährleistet werden. Muss sich der Patient anstelle eines handfesten Dokuments lediglich mit einer mündlichen Empfehlung bei seinem Hausarzt vorstellen, ist dies nachvollziehbar sowohl für ihn als auch für den Zuweiser, der durch anschließendes telefonisches Erfragen der entscheidenden Befunde einen unnötigen zeitraubenden Mehraufwand hat, eine unbefriedigende Situation. Hierzu sollten Formulare mit PC-gestützten Textbausteinen entsprechend der Standardoperationen an Stelle von handgeschriebenen Kurzarztbriefen erstellt werden. Bis auf Ausnahmen sollte jedoch bereits am Entlassungstag ein ausführlicher „vorläufiger“ Entlassungsbericht fertig sein, der nach Korrektur durch den Ober- und Chefarzt im Anschluß auf dem Postweg nochmals zugeschickt wird (siehe auch Kapitel 5.4.1). Wie den Befragungen zu entnehmen ist, müssen hier vor allem bei den Therapieempfehlungen komplexer Krankheitsbilder Verbesserungen vorgenommen werden. Notwendige Kontrolluntersuchungen, weitere fachärztliche Abklärungen oder die Anbindung an ein spezialisiertes Zentrum sowie genaue Angaben über die erlaubte oder notwendige Krankengymnastik müssen hierbei detailliert und teils individuell für den Patienten angepasst angegeben werden. Der Arztbrief gehört oftmals zum einzigen Kontaktpunkt zwischen dem Niedergelassenen und der Klinik, weshalb besonders diesem eine zentrale Bedeutung als einem der wichtigsten Kontaktmittel beizumessen ist. Gerade bei der Schnittstelle „Entlassung“ findet eine Verantwortungsübergabe vom stationären an den ambulanten Bereich statt. Um die Behandlungskontinuität und damit die Zufriedenheit der Einweiser sicherzustellen, bedarf es einer detaillierten Dokumentation und Kommunikation der wichtigen Gegebenheiten. Zudem gelten Arztbriefe als die „Visitenkarte“ einer Klinik. Die Ärzte schließen aus der Qualität eines Arztbriefs auf die medizinisch-fachliche Kompetenz der Krankenhausärzte.<sup>[81]</sup>

Ähnlich wie im Rahmen der prästationären Abklärung könnten zudem nachstationäre Leistungen vom Einweiser erbracht und vom Krankenhaus vergütet werden, falls im Entlassbrief ein entsprechender Auftrag adressiert ist. Die regelmäßige Überprüfung dieser Maßnahmen zum Beispiel durch den stationsbetreuenden Oberarzt ist hierbei unerlässlich. Der Arztbrief ist eine vertrauensbildende Maßnahme, deren Stellenwert nicht

hoch genug eingeschätzt werden kann. Die Zufriedenstellung der Einweiser zählt als Schlüsselfaktor für die Erzielung der Einweiserbindung, die in der Wiederinanspruchnahme der Krankenhausleistung bzw. in der Weiterempfehlung dieser resultiert.<sup>[15]</sup>

#### **5.2.1.4 Erreichbarkeit der Ärzte**

Bei der Kontaktaufnahme von Niedergelassenen mit Klinikärzten sollte darauf geachtet werden, dass es klar definierte Ansprechpartner gibt und dass ersichtlich ist, wann diese erreichbar sind. Gerade im Rahmen einer ersten Kontaktaufnahme sollte dabei auf ein kooperatives und freundliches Miteinander geachtet werden.<sup>[80]</sup>

Die aktuelle Besetzung des Dienstarzttelefons durch einen Assistenzarzt, auf welchem 24 Stunden am Tag Erreichbarkeit besteht, stellt grundsätzlich eine bei den meisten Ärzten zufriedenstellende Variante dar, die folglich nicht komplett geändert werden muss. Wichtig ist vielmehr, diese allgemein gut funktionierende Kommunikationsmöglichkeit der großen Masse der niedergelassenen Ärzte mitzuteilen. Dies wäre zum Einen durch einen hervorgehobenen Hinweis auf der Klinikhomepage möglich. Da sich jedoch im Fragebogen die meisten Ärzte gegen die Nutzung des Internets als Arzt-Klinik-Kommunikationsmittel ausgesprochen haben, ist es wohl deutlich effektiver, die Durchwahl des Diensttelefons sowie der Chefsekretärin in Form eines kurzen Informationsflyers möglicherweise zusammen mit weiteren aktuellen Neuerungen der Abteilung zu verschicken. Zudem ist es in Erwägung zu ziehen, zu den regulären Arbeitszeiten eine weitere Telefonnummer als permanente Durchwahl zu einem Oberarzt zu etablieren, welcher fachspezifische Fragen schnell und ohne langes Nachfragen in entsprechender Qualität beantworten kann (siehe auch Kapitel 5.4.1). Da dies aus terminlichen Gründen schlecht von einem einzigen Arzt übernommen werden kann, könnte beispielsweise der jeweils in der Sprechstunde tätige Oberarzt dieses Telefon besetzen.

#### **5.2.1.5 Soziale Kompetenz**

Die ungenügende Kommunikation von Arzt zu Arzt stellt in der neurochirurgischen Abteilung Murnau ganz eindeutig ein Schwerpunktthema dar.

Den Unmut der einweisenden Ärzte über zu wenig Einbindung und Rückmeldung sollte

man unbedingt ernst nehmen und strategische Verbesserungsmaßnahmen ergreifen. Mit der Einweisung des Patienten erhält die Abteilung einen Zielauftrag. Die Erweiterung dieses Auftrags, die nicht kommunizierte Aufnahme in die stationäre Behandlung oder eine obligate weitere Anbindung an die Klinik sollte dringlichst vermieden oder zumindest zuvor mit dem Zuweiser abgesprochen werden, um nicht den Eindruck zu erwecken, man lenke Patientenströme am Einweiser vorbei. Weiter sollten die Einweiser in besonderen Fällen wie zum Beispiel einer Entlassung gegen ärztlichen Rat, einer Eingriffskomplikation oder bei Erstdiagnose und weiterer Anbindung von Tumorpatienten durch Ärzte der mittleren Führungsebene direkt und zeitnah informiert werden (siehe auch Kapitel 5.4.1). Hierfür sollten klare Regeln für alle behandelnden Ärzte erstellt und diese auch transparent nach außen kommuniziert werden. Aufnahmen über die Nothilfe als Selbsteinweiser oder medizinische Notfälle sollten automatisch an die betreuende Praxis gemeldet werden. Während mangelnder Informationsfluss oft als zu geringe Wertschätzung interpretiert wird, kann durch solche Telefonate eine hohe Kundenzufriedenheit und somit eine noch stärkere Anbindung erreicht werden. Der Umgang mit dem Thema Zuweiserkommunikation ist so individuell wie jeder einzelne Mensch, der sich damit befasst. Sie ist häufig historisch gewachsen und findet maßgeblich zwischen den Chefärzten und den einweisenden Ärzten statt.<sup>[88]</sup>

Fast genauso wichtig ist die Kommunikation mit den Patienten. Für sie ist das persönlich entwickelte Vertrauen zu den Ärzten eines der entscheidendsten Kriterien.<sup>[39]</sup> Die Interaktion und Kommunikation des Patienten mit den Ärzten sowie ausreichend Zeit für die Aufklärung zur Behandlung und zum Vorgehen sind wichtige Faktoren, die das Vertrauensverhältnis stärken.<sup>[11]</sup> Zahlreiche Studien belegen, dass die intensive Kommunikation zwischen Arzt und Patient für den Heilerfolg entscheidend sein kann und somit die Prognose eindeutig verbessert. Denn Patienten, die ihr Behandlungskonzept verstehen und sich selbst verstanden fühlen, arbeiten aktiv und denken positiver.<sup>[59]</sup>

Gezielte Patientengespräche über Untersuchungsergebnisse, die geplante Therapie sowie den Behandlungserfolg können hier anstelle von ritualisierten langwierigen Stationsvisiten zeitsparend und effektiv die Zufriedenheit der Behandelten erhöhen und ihr Vertrauen in die Abteilung stärken. Dies sollte zudem den Informationsbedürfnissen der Patienten entsprechen. Denn Patienten wollen von Ärzten behandelt werden, die sich Zeit für sie nehmen und bei Fragen und Sorgen ansprechbar sind. Welche Informationen Patienten brauchen, um genügend Vertrauen entwickeln zu können, kann je nach individueller

Vorliebe und Krankheitsschwere unterschiedlich ausfallen. Weiter handelt es sich bei einem Krankenhausaufenthalt um ein kritisches Erlebnis, bei dem auch die emotionale Situation der Patienten berücksichtigt werden muss. Neben der Wirkung des Gesprächs auf Diagnose und Therapie dient dies nicht zuletzt als ein nicht zu unterschätzendes Marketinginstrument. Die Außendarstellung durch den Patienten beim Hausarzt wie auch in der Öffentlichkeit ist ein wichtiger Werbefaktor. So halten manche die Mund-zu-Mund-Propaganda immer noch für das effektivste Marketing. Bei allen anderen Marketingmaßnahmen ginge es nur darum, vor, während und nach dem Krankenhausaufenthalt diese Mund-zu-Mund-Propaganda positiv zu beeinflussen.<sup>[53]</sup>

## **5.2.2 Mittel- und langfristig umsetzbare Maßnahmen**

Die Maßnahmen zur Verbesserung der Kommunikation wie telefonische Rückmeldungen, eine gute Erreichbarkeit oder auch die Etablierung von Kurzarztbriefen gehören zu den Änderungen, die relativ zeitnah umsetzbar sind. Darüber hinaus müssen sicherlich auch Kommunikationsstrategien für die Einweiser entwickelt werden, die mittel- und langfristig zu einer Optimierung der aktuell beklagten Situation führen. Neben der Kommunikation, die überwiegend in den Bereich der Prozessqualität fällt, beziehen sich die meisten Ansätze der langfristigen Verbesserungsoptionen auf den Bereich der Strukturqualität.

### **5.2.2.1 *Mittelfristige Verbesserungsmöglichkeiten der Zuweiserkommunikation***

Eine gut geplante und strukturierte Umsetzung ist bei der Einführung zusätzlicher Kommunikationswege wie einer Hotline, einer extra Emailadresse oder definierten Kommunikationswegen bei spezifischen Fragen dringend notwendig, da diese Bereiche die Schnittstelle zwischen Praxis und Klinik darstellen (siehe auch Kapitel 5.4.1). Bei der Lösung dieses Problems müssen die Interessen und die Sichtweise der Einweiser zwingend berücksichtigt werden, da eine mangelnde Umsetzbarkeit oder gestörte Handlungsabläufe gerade im Praxisalltag der Haupteinweiser zu einer enormen Mehrbelastung führen und dementsprechenden Unmut über die gebundenen Ressourcen verursachen kann.

Eine Gestaltung im gemeinsamen Dialog mit den Schlüsselkunden sowie regelmäßiges kollegiales Rückfragen und Anpassungen sind aufgrund sich ständig ändernder Rahmenbedingungen empfehlenswert. Mit den Einweisern muss ein Solidargefühl geschaffen werden. Neuerungen können über Flyer, Empfehlungsschreiben oder quartalsmäßige Mailingaktionen weitergeleitet werden. Eine bessere Resonanz ist sicherlich bei regelmäßigen Treffen mit den Praxisärzten im Anschluss an Fortbildungen oder beispielsweise im informellen Rahmen in Form eines Ärzte-Stammtisches gegeben.<sup>[89]</sup> Auch ist ein direkter Kontakt zwischen der Klinik und ihren Hauptzuweisern ein wirkungsvoller Weg zur Steigerung der Zuweiserfrequenz.

### **5.2.2.2     *Langfristige Verbesserungsmöglichkeiten der Zuweiserkommunikation***

Um Einweiser nachhaltig zu binden und von der eigenen Abteilung als erste Anlaufstelle zu überzeugen, reicht nicht alleine die günstige geographische Lage. Es muss vor allen anderen Dingen die Qualität der Behandlung stimmen. Unzufriedene Patienten werden nicht nur schlecht über die Klinik reden, sondern auch den Hausarzt in ihren Unmut mit einbeziehen, der doch für sie den besten Ort zur Behandlung ihres Leidens finden sollte. Ist der Einweiser jedoch einmal von der guten Qualität der stationären Therapie überzeugt, wird er auch weiterhin seinen Patienten mit gutem Gewissen die Abteilung empfehlen. Neben einer guten Kommunikation mit den Praxisärzten, um eventuelle Missstände frühzeitig erkennen und Gegenmaßnahmen ergreifen zu können, ist die Einbeziehung derselben bei der Planung und Etablierung neuer Therapiemaßnahmen sowie der künftigen medizinischen Ausrichtung sehr wichtig. Hier ist es wichtig, die Meinungsbildner unter den Niedergelassenen mit einzubinden. Ansonsten wird man Gefahr laufen, am Bedarf der Haupteinweiser, die ja auch die Hauptabnehmer der neuen „Produkte“ sein sollen, vorbei zu planen. Eine Fehlinvestition von teuren Geräten und Instrumenten sowie die Missstimmung über nicht überzeugende neue Operations- und Behandlungsmethoden kann so vermieden und ein Maßnahmenplan für die langfristigen Interessen von Ärzten und Klinik unter Einbeziehung der externen Sichtweisen erstellt werden. Auch kann man Einweisern die Teilnahme an Studien anbieten, um ihnen ein stärkeres Gefühl der Integrität und Wertschätzung zu vermitteln.

### **5.2.2.3      *Veranstaltungen***

In den meisten Regionen gibt es Treffen der niedergelassenen Ärzte in Form eines Ärzte-Stammtisches oder ähnlichem. So hat sich auch im Umkreis der eigenen Abteilung der durch den kassenärztlichen Verband Bayern anerkannte Qualitätszirkel-Oberland als Instrument der Qualitätssicherung und -entwicklung etabliert, bei dem sich niedergelassene Ärzte einmal im Monat treffen, um beispielsweise selbstgewählte Probleme und Schwachstellen aus dem Arbeitsbereich zu analysieren, Problemlösungen und Guidelines zu erarbeiten, Schnittstellen zu anderen Leistungserbringern zu definieren und Standards zu etablieren.

Eine mögliche Marketingvariante wäre es, den Ärzten kostenlose Räumlichkeiten und Bewirtung zu diesen Treffen anzubieten. Dies drückt zum einen die Wertschätzung der Zusammenarbeit aus, bietet aber auch die Gelegenheit, sich fachlich einzubringen, die eigene Bekanntheit bei den Einweisern zu steigern und gleichzeitig mit ihnen in den Dialog zu treten. Rückmeldungen können so direkt erhalten, Fragen der Einweiser beantwortet und Informationen weitergeleitet werden. Zudem kann das Verständnis für beide Seiten auf diese Weise verbessert werden.

Weiter kann durch das Angebot von Fortbildungen, in welchen man praxisrelevante Aspekte mit der nötigen Theorie beispielsweise durch das Einbinden von Patienten für die Einweiser interessant und hilfreich präsentiert, die Anbindung der Praxisärzte verstärkt werden (siehe auch Kapitel 5.4.1). Hierbei sollten vorwiegend A- und B-Einweiser persönlich eingeladen werden. Diese könnten zudem mit ihrem fachlichen Wissen über die weitere Betreuung der Patienten in die Beiträge eingebunden werden, um zusammen Strategien zur diagnostischen und therapeutischen Patientenversorgung zu erarbeiten.

### **5.2.2.4      *Medizinisches Behandlungsspektrum***

Gerade in der Schmerztherapie, bei der Patienten einen hohen Leidensdruck haben, in hoher Frequenz ihren Hausarzt aufsuchen und nicht selten der Mitbetreuung einer psychologischen und psychosomatischen Begleitkomponente bedürfen, ist natürlich der Wunsch der Einweiser nach der Klinik als unterstützende Anlaufstelle bei exazerbierten Beschwerden groß. Dieses Problem dürfte jedoch nicht so leicht zu lösen sein, da das Gesundheitswesen den Trend verfolgt, möglichst viele Krankheitsbilder im ambulanten Bereich zu therapieren, um teure Krankenhausaufenthalte zu vermeiden. Eine ambulante

Anlaufstelle neben der bereits etablierten Schmerzsprechstunde, in welcher auch Medikamente umgestellt, Gespräche über die aktuelle Situation geführt und entsprechende Rezepte verordnet werden können, wird erst mit dem Erhalt eines Kassensitzes für die Abteilung realisierbar sein. Auch kleinere ambulante Operationen wie zum Beispiel das Veröden von Nerven stehen mittlerweile nicht mehr im Versorgungsplan der Krankenhäuser und bedürfen als Sonderregelung einer Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse.

### **5.2.2.5      *Management der ambulanten Untersuchungen***

Durch die fehlende kassenärztliche Zulassung im ambulanten Bereich entsteht ein Problem, dessen Lösung sicherlich eine komplexere Herausforderung darstellt. Die Unzufriedenheit der Praxisärzte aufgrund der notwendigen Einweisungs- anstelle der Überweisungsscheine ist der Abteilung bekannt. Jedoch war das Bemühen um einen kassenärztlichen Sitz für die Abteilung bisher ohne Erfolg. Auch wenn eine Sondergenehmigung für die Untersuchungen von fachärztlich überwiesenen Patienten für den Chefarzt vorliegt, betrifft dies wie in der Auswertung nachgewiesen nur einen sehr geringen Teil des Patientenguts und führt deswegen kaum zu einer Entlastung der Gesamtsituation. Da hierfür kaum alternative Lösungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, muss man sich weiterhin mit Nachdruck um einen Kassensitz bemühen, um langfristig eine Verbesserung für Praxisarzt und Patient sowie eine Entlastung der eigenen Nothilfeambulanz zu erreichen. Ähnliches Problem liegt in der radiologischen Abteilung vor. Auch hier ist der fehlende kassenärztliche Sitz der Grund, warum die notwendige Diagnostik für Sprechstundenpatienten ohne Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse von der eigenen Abteilung nicht abgerechnet werden kann und somit den eigenen Verdienst verringert. Eine langfristige Lösung wird sich wohl auch hier nur über anhaltende Bemühungen um eine Zulassung der kassenärztlichen Vereinigung erreichen lassen (siehe auch Kapitel 5.4.2.2).

## **5.3      *Marktanalyse***

Wie am Leistungsspektrum der Abteilung bereits zu sehen ist, finden die überwiegenden Eingriffe und Behandlungen an Patienten mit Wirbelsäulenpathologien statt. So stammen

die häufigsten drei Hauptdiagnosen nach ICD-10 sowie die vier häufigsten operativen Eingriffe nach OPS aus diesem Bereich. Überhaupt sind unter den 10 häufigsten Eingriffen insgesamt nur zwei, welche sich auf Operationen am Kopf beziehen. Nun mussten die Tabellen der OPS-Codierungen wie berichtet bei allen Kliniken aufgrund teilweise nicht aussagekräftiger Angaben überarbeitet werden. Letztendlich lässt sich daraus jedoch eindeutig der Schwerpunkt der eigenen Abteilung, nämlich die operative Versorgung degenerativer sowie traumatischer Wirbelsäulenleiden, nachweisen.

### **5.3.1 Vergleich der Wirbelsäuleneingriffe**

Im Vergleich der Hauptdiagnosen führt man auch überregional im Bereich der Wirbelsäulenkrankheiten etwa gleichauf mit dem Universitätsklinikum München Rechts der Isar und vor dem Klinikum Augsburg sowie dem Städtischen Klinikum München Bogenhausen das statistische Feld an. Man kann davon ausgehen, dass zudem eine gute Vergleichbarkeit mit sehr ähnlich aufgebauten Fällen vorliegt, da es sich ausschließlich um reine neurochirurgische Abteilungen handelt. Eine weitere Verbesserung des Marktanteils gegenüber diesen Kliniken wäre angesichts der bereits existierenden Vormachtstellung sowie aufgrund des abgelegenen Einzugsgebiets bis auf einzelne Spezialfälle nur mit enormem Aufwand durchführbar. Wichtig ist hier sicher die Stabilisierung der derzeitigen Marktposition, das Hauptaugenmerk sollte jedoch auf den regionalen Konkurrenzkrankenhäusern liegen.

Wie sich in der Analyse darstellen ließ, haben die Wirbelsäulenabteilungen der Krankenhäuser Kempten, Schongau und Tutzing zusammen bereits über ein Drittel des regionalen Marktanteils. Da diese Abteilungen im Vergleich zur eigenen jünger sind, ist davon auszugehen, dass sie sich durch intensive Bemühungen um die niedergelassenen Ärzte nicht nur mit einer guten Etablierung zufriedengeben werden, sondern vielmehr auch versuchen, ihr Einzugsgebiet weiter auszubreiten. Auch die übrigen der 9 identifizierten Wirbelsäulenabteilungen im regionalen Umfeld werden zwangsläufig den Kontakt zu den Hausärzten suchen müssen, um sich angesichts der starken Konkurrenz auf dem Markt halten zu können. Gerade hier darf man sich nicht darauf ausruhen, eine scheinbar übermächtige Position am Markt zu haben. Um nicht mehr als 65% der potentiellen Patienten an die anderen Krankenhäuser zu verlieren, sondern im Gegensatz dazu mehr Marktanteile zu gewinnen, muss unbedingt auf die Belange der einweisenden Ärzte im

Rahmen des Marketings eingegangen werden. Bei der derzeitigen Auswahl an Alternativen, die die Hausärzte zur Verfügung haben, kann alleine schon ein Eindruck von „Hohnäsigkeit“ und Eigenorientierung auch für eine Klinik mit großem Zuweiserstamm drastische wirtschaftliche Folgen haben.

Bei der Betrachtung der operativen Eingriffe im Jahr 2010 fällt im Vergleich mit den Wirbelsäuleneingriffen der neurochirurgischen Hauptabteilungen auf, dass nur das Klinikum München Rechts der Isar eine größere Eingriffszahl der lumbalen Zugangswege aufweist als die eigene Abteilung. Auch bei den Zugängen zur Halswirbelsäule heben diese beiden Kliniken sich deutlich ab, wenn auch nicht ganz so ausgeprägt. Im Vergleich der Interventionsverfahren zeigen sich jedoch das Klinikum Augsburg und das Klinikum Bogenhausen ebenfalls als ebenbürtige Mitstreiter, im Vergleich der lumbalen Bandscheibenoperationen (5-831) sogar auch das Klinikum Vogtareuth. Auffällig beim Klinikum Bogenhausen erscheint, dass weder für die operativen Zugänge zur LWS noch zur HWS Angaben vorliegen, die Zahlen der jeweiligen Wirbelsäuleninterventionen jedoch fast allesamt die der eigenen Abteilung übertreffen. Das Klinikum Augsburg weist lediglich im Bereich der Spondylodesen (5-836) und der intraspinalen Eingriffe (5-033) geringfügig mehr Eingriffe auf als die eigene Abteilung. Bei letzterem setzt sich alleinig nochmals das Klinikum Großhadern von den übrigen Kliniken ab. Da in Großhadern insgesamt vergleichsweise wenig Wirbelsäulenoperationen stattfinden, sind die eben genannten Eingriffe wohl am ehesten auf die Versorgung intraspinaler Blutungen oder Tumore zurückzuführen. Der Code 5-832 (Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule) findet neben der eigenen Abteilung nur bei zwei weiteren Kliniken einen Platz unter den häufigsten 10 Codierungen. Erstaunlicherweise fehlt er beim Klinikum Rechts der Isar gänzlich, obwohl es bei nahezu allen Eingriffen die höchste Anzahl angibt. Da diese Verschlüsselung sehr häufig mit Dekompressionsoperationen verschiedenster Art vergesellschaftet ist, muss auch hier angenommen werden, dass diese Besonderheit auf ein unterschiedliches Verschlüsselungsverhalten zurückzuführen ist. Wohl am schwierigsten lässt sich die Mengenverteilung bezüglich dem Code 5-839 beurteilen, da hiermit eine relativ große Anzahl unterschiedlicher Eingriffe verschlüsselt wird. Neben einer schlichten Metallentfernung werden die Versorgung mit einer Bandscheibenprothese, die knöcherne Dekompression, Rekonstruktionsoperationen bei Deformitäten sowie die Implantation künstlicher Materialien hierunter verschlüsselt. Dies macht es kaum möglich, Rückschlüsse bezüglich der operativen Gewichtung einer bestimmten Klinik zu ziehen. Nun ist zwar die Vergleichbarkeit primär nur für statistische Zwecke von großem Wert,

jedoch muss unbedingt kontrolliert werden, ob eine fehlerhafte OPS-Codierung möglicherweise auch eine unterschiedliche Vergütung der eigenen Eingriffe zum Negativen nach sich zieht.

Im Vergleich mit den Wirbelsäulenabteilungen bestätigen die Zahlen der LWS-Zugänge den beschriebenen Trend der ICD-10 Diagnosen. Das Krankenhaus Tutzing ist als größter Konkurrent im regionalen Umfeld anzusehen, gefolgt von den Krankenhäusern Schongau, Kempten und dem Klinikum Starnberg. Bei der Codierung 5-832 (Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule) weist das Krankenhaus Tutzing sogar mehr Eingriffe auf als die eigene Abteilung. Diesbezüglich wurde zwar bereits im Vergleich mit den neurochirurgischen Hauptabteilungen auf das heterogene Codierungsverhalten der Kliniken hingewiesen, doch gerade im Vergleich mit dem regionalen Hauptkonkurrenten muss eruiert werden, ob hier möglicherweise eine falsche Zuordnung der Eingriffe in der eigenen Abteilung vorliegt oder ob man wirklich bereits einen derart großen Marktanteil abgegeben hat. Auch bei dem Code 5-836 (Spondylodese), die ansonsten nur noch im Krankenhaus Schongau unter den Top 10 Eingriffen genannt wird, hat das Klinikum Tutzing die eigene Abteilung überholt. Bei „Osteosynthese und Knochenersatz an der Wirbelsäule“ (5-835), meist im Zuge der Versorgung der Halswirbelsäule oder des interkorporalen Knochenersatz an der Lendenwirbelsäule verwendet, sowie bei „anderen Operationen an der Wirbelsäule“ (5-839) ist das Krankenhaus Tutzing zwar der einzige ernstzunehmende Konkurrent, aber weist als solcher bereits bei erstem Punkt knapp dreiviertel und bei letzterem zwei Drittel der eigenen Patientenzahl auf. Es bleibt allerdings die Frage offen, ob es sich hierbei um Eingriffe an degenerativen oder traumatischen Erkrankungen der Wirbelsäule handelt. Zusammenfassend stellt sich somit das Krankenhaus Tutzing auch in der Gesamtheit der Eingriffe als größter Konkurrent im regionalen Bereich dar. Doch auch die weiteren Wirbelsäulenabteilungen sind in ihrer Summe als wirtschaftliche Konkurrenz ernstzunehmen. Über die Identifizierung der lokalen Konkurrenten hinaus lassen sich jedoch leider keine differenzierteren Aussagen treffen, die eine gezieltere Ausrichtung der Marketingstrategien auf ein bestimmtes Behandlungsfeld der Wirbelsäulenerkrankungen erlauben.

### 5.3.2 Vergleich der speziellen neurochirurgischen Eingriffe

Zu betrachten sind hier die großen Hauptabteilungen im weiteren Umfeld von Murnau wie unter 4.3.1 aufgezählt.

Im Vergleich der intrakraniellen Eingriffe zeigt die Zugriffscodierung 5-010 (Schädeleröffnung über die Kalotte) bereits einen richtungsweisenden Trend. Klare Marktführer sind hier die Universitätskliniken aus München. Auch Bogenhausen und Augsburg führten mehr Eingriffe durch als die eigene Abteilung, während Vogtareuth und Schwabing nur unwesentlich weniger Eingriffe aufweisen. Bei der genaueren Analyse zeigt sich, soweit es aus den angegebenen Zahlen abzuleiten ist, dass die eigene Abteilung lediglich bei der Versorgung von traumatischen oder nichttraumatischen intrakraniellen Blutungen (5-013) mit den übrigen Abteilungen auf Augenhöhe steht. Auch bei der Inzision am Liquorsystem (5-022), welche häufig bei traumatischen Verletzungen mit Folge einer Hirnschwellung, jedoch auch bei vaskulären oder seltener bei tumorösen Veränderungen durchgeführt werden muss, kann mit den übrigen Abteilungen mit zirka der Hälfte der Eingriffszahl konkurriert werden. Hierbei ist jedoch zu erwähnen, dass vom Klinikum Rechts der Isar keine Angaben zu diesen beiden Punkten vorliegen. In Anbetracht der hohen Anzahl an Zugriffscodierungen für den Schädel ist dies entweder auf einen Codierungsfehler zurückzuführen oder es birgt die Folgerung, dass eine hohe Anzahl eines anderen Kopfeingriffs durchgeführt wurde, ohne sich jedoch aus welchen Gründen auch immer in der Statistik widerzuspiegeln.

Der Code 5-015, welcher unter den Top-10 Eingriffen repräsentativ für Tumoroperationen am Gehirn ausgewählt wurde, zeigt noch deutlicher als die Zugriffscodierungen, in welchem Bereich der größte Aufholbedarf der eigenen Abteilung liegt. Wie auch Schwabing und Vogtareuth ist man weit entfernt von den hohen Versorgungszahlen der vier übrigen neurochirurgischen Abteilungen.

Viel mehr noch als die vereinzelt Angaben der Zuweiser, in der neurochirurgischen Abteilung Murnau noch keine ausreichende Erfahrung und Qualität der speziellen nichttraumatischen Kopfchirurgie zu sehen, spiegelt sich diese Meinung also auch in den Versorgungszahlen wieder. Hier liegt ein enormes Potential neue Marktanteile zu gewinnen. Da die Grunderkrankungen jedoch sehr speziell und oftmals komplex sind, haben die Einweiser meist wenig eigenes Wissen über die weitere Versorgung und müssen sich auf Empfehlungen und Rückmeldungen verlassen, um für ihren Patienten den besten Ort der Versorgung zu wählen. Nur durch eine flächendeckende aussagekräftige Informationsweiterleitung über die Möglichkeiten und die vorhandene

Qualität der eigenen Abteilung kann ein Umdenken erreicht werden. Dies muss selbstverständlich im Anschluss auch mit entsprechenden Behandlungsergebnissen nachhaltig gesichert werden.

### **5.3.3 Interpretation des rechnerischen Marktanteils**

Betrachtet man die Marktanteile anhand der rechnerisch zu versorgenden Bevölkerung im Einzugsgebiets, muss ebenfalls zwischen den Krankheiten bezüglich der Versorgung von reinen Wirbelsäulenleiden und den spezifisch neurochirurgischen Erkrankungen, die in der Regel das Zentralnervensystem des Kopfes und des Rückens betreffen, unterschieden werden. Wie in Kapitel 4.3.2 aufgezeigt, muss hierbei eine unterschiedliche Bevölkerungszahl zur Berechnung zugrunde gelegt werden.

Im Vergleich zu den konkurrierenden regionalen Wirbelsäulenabteilungen zeigt sich sowohl anhand der drei zum Vergleich herangezogenen ICD-10 Diagnosen als auch der ausgewählten OPS-Codierungen die herausragende eigene Marktposition. Entsprechend der Diagnosehäufigkeit wird circa die Hälfte aller dieser Patienten im Einzugsgebiet versorgt. Bezogen auf die operativen Eingriffe sind es sogar annähernd zwei Drittel aller Bandscheibenvorfälle, fast ebenso viele Osteosynthesen der Wirbelsäule, zwei Fünftel aller spinalen Dekompressionen und immerhin mehr als ein Drittel aller Spondylodesen.

Dies erscheint auf den ersten Blick eine zufriedenstellende Bilanz zu sein. Doch wie in Kapitel 5.2.1 beschrieben wurde, hat das Klinikum Schongau bereits einen ernst zu nehmenden Marktanteil erobert und das Klinikum Tutzing sich im Bereich der Spondylodesen sogar schon abgesetzt. Gerade diese Operationen erzielen trotz der insgesamt geringen Fallzahl eine sehr hohe Vergütung durch die Krankenkassen. Die medizinischen Anforderungen inklusive einer entsprechenden Vor- und Nachbehandlung sind auch von kleineren Krankenhäusern zu gewährleisten. Allerdings zeigen sich hier Probleme der direkten Vergleichbarkeit auf. Betrachtet man beispielsweise die vom Krankenhaus Tutzing angegebene Anzahl behandelter Bandscheibenschäden und Spondylopathien entsprechend der den ICD-10 Codes, stehen den insgesamt 273 Fällen erstaunliche 960 operative Zugänge zur Lendenwirbelsäule entgegen. Dies lässt sich auch nicht durch die laut Qualitätsbericht 58 behandelten traumatischen Lendenwirbelsäulenverletzungen erklären, welche an der ICD-10 Verschlüsselung S32 zu

erkennen sind. Diese Verletzungen werden im eigenen Krankenhaus größtenteils von der unfallchirurgischen Abteilung versorgt und erscheinen deshalb nicht im statistischen Vergleich. Anhand der OPS-Codierungen lassen sich zudem traumatische von degenerativen Versorgungsmöglichkeiten nicht unterscheiden. Selbst wenn man die 145 Patienten, die mit der ICD-10 Diagnose „Rückenschmerzen“ angegeben sind, dazuzählt, kommt man lediglich auf 476 Personen. Betrachtet man die Top-10 Liste der operativen Eingriffe vom Krankenhaus Tutzing, könnte die Erklärung in den lokalen Infiltrationen an der LWS zu finden sein. Mit 614 stellt die OPS-Ziffer 8-158 „Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in ein Gelenk mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen“ den zweithäufigsten Eingriff der chirurgischen Abteilung dar und der OPS-Code 8-910 „Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spaltraum im Wirbelkanal“ steht mit 385 an vierter Stelle.

Nichtsdestotrotz kann geschlussfolgert werden, dass in diesem hart umkämpften Bereich ein zielgerichtetes Marketing bei den Einweisern durch eine relativ geringe Patientenzahl einen sehr beachtlichen wirtschaftlichen Mehrgewinn bewirken kann.

Einen weiteren interessanten Aspekt bietet die Betrachtung der leichten Schädelhirntraumen (S06). Hier fällt die hohe Anzahl behandelter Fälle des Krankenhaus Agatharied auf. Bis auf das Klinikum Augsburg können mit dieser Fallzahl nicht einmal die neurochirurgischen Hauptabteilungen mithalten. Zum einen muss auch hier geklärt werden, ob die angegebene Anzahl einen validen Wert darstellt oder ob eine fehlerhafte Verschlüsselung zu dieser Fallzahl geführt haben könnte. Sollte es sich jedoch bewahrheiten, muss man sich dringend um eine Kooperation mit dem circa 50 Kilometer entfernten Krankenhaus bemühen, da intrakranielle Versorgungsmöglichkeiten in dessen Versorgungsauftrag nicht enthalten sind.

Komplexer stellt es sich im Vergleich der neurochirurgischen Hauptabteilungen dar. Es ist zum einen weitaus schwieriger, bei der Vielzahl an Diagnosen und Eingriffen sowie der teilweise deutlichen Spezialisierung der einzelnen Abteilungen auf bestimmte Krankheitsbilder aussagekräftige Verschlüsselungscodes für einen Vergleich auszuwählen. Zum anderen muss man hier auch streng zwischen den behandelten Notfällen und den elektiven Fällen unterscheiden. Während erstere in der Regel ohne größere Einflussmöglichkeit vom nächstgelegenen Krankenhaus mit ausreichendem Spektrum versorgt werden müssen, können Patienten ohne Notfallindikationen das Krankenhaus für die weitere Behandlung frei wählen, wobei sie für die vermeintlich beste Qualität auch weitere Entfernungen auf sich nehmen.

So sind traumatische intrakranielle Verletzungen (S06), akute intrazerebrale Blutungen (I61) und subarachnoidale Blutungen (I60), durch die meist auch die zerebrovaskulären Krankheiten (I67) auffällig werden, sicherlich nicht vom Einweiserverhalten der niedergelassenen Ärzte abhängig. Die geringen Marktanteile (3 - 11%) scheinen somit auch durch das für diese Notfälle folglich zu groß gewählte Einzugsgebiet bedingt zu sein. Will man dennoch auch hier in Zukunft höhere Fallzahlen erreichen, kann dies nur über eine bessere Vernetzung und Kooperation mit den kleineren umliegenden Krankenhäusern erreicht werden. Sie sind oftmals die unfreiwilligen Erstversorger und haben nach durchgeführter Notfalldiagnostik die Entscheidungsgewalt über die weitere Verlegung zum Fachzentrum ihrer Wahl.

Betrachtet man die nichttraumatischen intrakraniellen Blutungen (I62), die teils auch durch eine sehr langsam zunehmende Symptomatik des Patienten auffällig werden, zeigt sich der Marktanteil schon deutlich höher (46%).

Dies könnte dadurch begründet sein, dass das entsprechende Patientenklientel häufig ein hohes Alter sowie zahlreiche Komorbiditäten aufweist, was zu langen Liegezeiten und entsprechenden Einbußen des finanziellen Gewinns führen kann. Der Konkurrenzkampf ist in diesem Bereich dementsprechend geringer ausgeprägt. In Anbetracht dessen sowie des bereits sehr groß gewählten Einzugsgebiets scheint es eher unwahrscheinlich, durch Marketingmaßnahmen überregional noch wesentlich mehr Zuweisungen bewirken zu können. Bezogen auf das regionale Einzugsgebiet, wie es im Vergleich der Wirbelsäulenerkrankungen verwendet wurde, wäre der Marktanteil sogar 84%.

Der Hydrozephalus (G91) erscheint hingegen als Erkrankung, dessen Marktanteil (34%) durchaus mittels besserer Aufklärung der Einweiser und guter Darstellung der Behandlungsmöglichkeiten im eigenen Haus gesteigert werden kann. Rechnerisch wird nur einer von drei Patienten in der eigenen Abteilung behandelt. Vor allem Augsburg zeigt sich hier mit Abstand zu den anderen Abteilungen als Hauptversorger. Es müssen somit besonders die Hausärzte und Neurologen im Osten des Einzugsgebiets angesprochen werden, um eingefahrene Zuweisungsbahnen zu erkennen und zu ändern.

Den geringsten Marktanteil bei den spezifisch neurochirurgischen Erkrankungen hat man nachweislich bei den Hirntumoren. Während man bei den gutartigen Tumoren (D32) noch nahezu ein Sechstel des Marktanteils erreicht, kommt man bei bösartigen hirneigenen (C71) oder metastatischen Tumoren (C79) des Zentralnervensystems jeweils nur auf 6%. Auch in der Befragung zeigte sich in diesem Bereich mancher Zuweiser noch nicht

ausreichend von der Erfahrung und Qualität der Behandlung überzeugt. Gerade die metastatischen Tumorerkrankungen haben neben den Wirbelsäulenerkrankungen jedoch eine ausgesprochen große Krankenhaushäufigkeit der betrachteten neurochirurgischen Erkrankungen. Hier zeigt sich letztendlich der Bereich mit dem größten und nötigsten Verbesserungspotential. Patienten mit diesen Erkrankungen sind in aller Regel bereit, das nächst gelegene Krankenhaus zu übergehen, wenn sie sich im Gegenzug hierfür am Ort der besten Versorgungsmöglichkeiten wähnen. Es wurden bereits erste Schritte ergriffen. Die Abteilung ist Mitglied des 2008 gegründeten, zertifizierten Onkologischen Zentrums Oberland unter der Leitung der onkologischen Abteilung Garmisch-Partenkirchen. Neben den anderen Abteilungen des Klinikums Garmisch-Partenkirchen sind weitere externe Mitglieder die Hochdosistherapie des Klinikums Schwabing, der Hospizverein Werdenfels, die Praxis für internistische Therapie in Weilheim, die Praxis für Strahlentherapie und Radioonkologie in Weilheim und das Rehabilitationszentrum Prien am Chiemsee. Unter anderem werden hier wöchentliche interdisziplinäre Fallbesprechungen organisiert. Doch auch mit den Onkologen, Internisten und Neurologen im Westen und vor allem im Osten von Murnau muss der Kontakt dringend intensiviert werden, um sie von der Qualität und den eigenen Möglichkeiten zu überzeugen.

Entsprechend der beschriebenen Verteilung der Diagnosen zeigt sich auch die Codierungshäufigkeit für die operative Entfernung der Hirntumore (5-015). Mit 14% hat man sogar noch etwas mehr Marktanteile als entsprechend den Diagnosen zu erwarten. Auch bei den „Inzisionen von Gehirn und Hirnhäuten“ (5-013), bei denen es sich hauptsächlich um die Behandlung subduraler und intrazerebraler Blutungen sowie die Tumore handelt, liegt man mit 59% geringfügig höher als bei den entsprechenden Diagnosen.

Auffällig erscheint jedoch der Marktanteil der restlichen zwei zu bewertenden Codierungen. Die Schädelöffnung als relativ unspezifische Zugangscodierung scheint mit 40% wie auch die Codierung für die Anlage einer externen Ventrikeldrainage zur Akutversorgung eines erhöhten Hirndrucks mit 53% relativ hoch. Trotz des hohen Anteils (46%) an nichttraumatischen intrakraniellen Blutungen (I62) ist der rechnerische Marktanteile für die sonstigen Kopferkrankungen mit 3-14% doch eher gering.

Die guten Marktanteile bezüglich der Eingriffe könnten darauf zurückzuführen sein, dass ein Großteil von in den Diagnosen nicht erfassten Schädelhirnverletzungen aufgrund einer führenden weiteren Verletzung oder Krankheit einer anderen Hauptdiagnose zugeteilt wurde.

Die Münchner Abteilungen sowie Augsburg haben dennoch deutlich mehr Eingriffe. Von der Abteilung München Rechts der Isar wurden trotz der umfassenden Versorgung von Notfällen und Gefäßpathologien überhaupt keine Eingriffszahlen für die „Inzisionen von Gehirn und Hirnhäuten“ oder die Anlage externer Ventrikeldrainagen angegeben. Auch hier muss die Frage gestellt werden, ob ein unterschiedliches Codierungsverhalten, die unterschiedliche Größe des Einzugsgebiets oder lediglich ein anderer Versorgungsschwerpunkt zu Grunde liegt. Weiter besteht auch hier ähnlich wie bei den oben bereits erwähnten Wirbelsäuleneingriffen die Problematik, dass anhand der OPS-Codierungen kaum zwischen der Versorgung traumatisch und nichttraumatisch bedingter Erkrankungen oder zwischen Notfall- und elektiven Eingriffen unterschieden werden kann, um spezifischer die Bereiche mit möglichem Marktpotential beleuchten zu können.

#### **5.4 Umsetzung des Marketingplans**

In der vorliegenden Arbeit wurden unabhängige Teilbereiche des medizinischen Controllings mit Elementen des strategischen sowie operativen Marketing zusammengeführt und kombiniert.

Die Hauptzuweiser wurden anhand einer ABC-Analyse auf der Basis der Fallzahlen identifiziert. So wurde die Abhängigkeit der eigenen Abteilung von einer geringen Anzahl an Schlüsselkunden aufgezeigt, bei jedoch einer insgesamt sehr großen Fülle an niedergelassenen Ärzten im Einzugsgebiet. Ein Wegfall einer dieser Top-Zuweiser könnte derzeit also zu deutlich spürbaren Einbußen der Patientenzahl und somit des wirtschaftlichen Erlös führen. Andererseits verdeutlicht dies auch ein erhebliches Potential, mit entsprechenden Marketingmaßnahmen die Zahl der Zuweisungen steigern und somit eine geringere Abhängigkeit gegenüber den einzelnen Praxen erreichen zu können. Es zeigte sich weiter eine überraschend geringe Abhängigkeit von den niedergelassenen regionalen Fachärzten. Diese nehmen weder durch ihre direkten Einweisungen noch durch Empfehlungen an den Hausarzt erheblichen Einfluss auf die weitere Anbindung eines Patienten. Angesichts der hohen Spezialisierung der Fachrichtung Neurochirurgie sowie der Filterfunktion von Orthopäden und Neurologen ist es dennoch empfehlenswert, auch hier die wenigen Missstände der direkten Zusammenarbeit, welche im Rahmen der Interviews sichtbar wurden, zu beseitigen und die zukünftige Kooperation besser zu fördern.

Während die Neurochirurgie Murnau noch vor wenigen Jahren im regionalen Bereich ein nahezu konkurrenzloses Fachzentrum für Wirbelsäulen- und Kopfeingriffe war, zeigt sich mittlerweile eine deutliche Zunahme von Wirbelsäulenabteilungen in den umliegenden Kliniken. Zudem ist mit der Eröffnung einer neurochirurgischen Hauptabteilung im Klinikum Kempten ein großer Konkurrent hinzugekommen, welcher das komplette Spektrum bedient und im östlichen Einzugsgebiet für spürbare Einbußen der Zuweisungen sorgt. Besonders im Hinblick auf diese Entwicklungen sind Marketingmaßnahmen zur Optimierung des eigenen Zuweiserstroms unverzichtbar. Auch angesichts der Größe der eigenen Klinik als Schwerpunktkrankenhaus sollte die Etablierung eines Marketings als Teil eines Unternehmensführungskonzepts im Gesamtbetrieb angeregt werden.

Die anhand der teilstrukturierten Zuweiserbefragung erhobenen Ergebnisse wurden in die Themenbereiche strukturelle Qualität, Fachkompetenz der ärztlichen Versorgung sowie Prozess- und Ergebnisqualität gegliedert, um anschließend die einzelnen Bereiche differenziert nach Handlungsbedürftigkeit zu untersuchen.

In der Zuweiserbefragung wurden die Bedeutung sowie die Zufriedenheit zu den einzelnen Themen sowohl von A-Einweisern wie auch von B- und C-Einweisern abgefragt, um anhand dieser gemischten Gruppen eine repräsentative Meinung bezüglich der aktuellen Verhältnisse der Zusammenarbeit zu erhalten. Folgend sind die bereits umgesetzten Marketingmaßnahmen entsprechend der analysierten Themengebiete (siehe Kapitel 5.2) zum Zeitpunkt Juli 2016 aufgeführt.

#### **5.4.1 Marketingmaßnahmen im Bereich Kommunikation**

„An sich ist Marketing nur ein Kommunizieren von dem, was man verkaufen will.“<sup>[17]</sup> Welche große Bedeutung der Kommunikation auf Arzt-Arzt-Ebene zugeschrieben wird, zeigt sich darin, dass die entsprechenden Themen „Information des Arztbriefes“, „Entlassungsmanagement und Empfehlung zur Nachsorge“ sowie „Persönliche, soziale Kompetenz der Ärzte“ im oberen Drittel der Bewertungsskala liegen. Im Gegensatz hierzu erreichen diese Themen nur eine mittlere Bewertung bezüglich der Zufriedenheit. Auch in den Interviews wurde wiederholt ein zu geringer Informationsfluss und ein mangelndes persönliches Kommunikationsverhalten der einzelnen Ärzte wie auch des Chefarztes

bemängelt.

Um schnellstmöglich im genannten Bereich des Entlassungsmanagements tätig zu werden, erfolgte innerabteilig eine Dienstanweisung, welche vorgab, keinen Patienten mehr ohne ein formelles Abschlussdokument aus der stationären Behandlung zu entlassen. Um diese Anweisung auch umsetzen zu können, wurde durch die Mitarbeiter das Formular eines Kurzarztbriefs entworfen und durch die EDV-Abteilung dem Computerarbeitsprogramm zugefügt. Primäres Ziel ist jedoch auch weiterhin die Mitgabe eines fertigen Abschlussberichts (siehe auch Kapitel 5.2.1.3). Die Kontrollpflicht der Umsetzung wurde dem jeweiligen Oberarzt der Station übergeben. Auch wurden die Mitarbeiter schriftlich dazu angehalten, vermehrt den telefonischen Kontakt zu den Hausärzten zu suchen (siehe auch Kapitel 5.2.1.5). Da dies jedoch spezielle Einzelfälle betrifft, ist hierbei eine kontinuierliche Kontrolle der Umsetzung kaum möglich.

Um die Möglichkeiten eines kurzfristigen Informationsaustausches noch weiter zu verbessern, wurde ergänzend zur bisher bestehenden Telefonnummer des Dienstarztes ein zusätzliches Telefon etabliert, welches zu Werkzeiten eine direkte Verbindung zum Chefarzt der Abteilung herstellt. Zudem wurde eine Emailadresse speziell für Einweiser eingerichtet, welche ebenfalls täglich vom Chefarzt kontrolliert wird. Diese neuen Kommunikationswege wurden in Form eines Flyers (siehe Anhang 1 und 2) an die Haupteinweiser sowie auf der Homepage der Abteilung für alle weiteren Ärzte kommuniziert (siehe auch Kapitel 5.2.1.4 sowie 5.2.2.1).

Zur besseren Integration der niedergelassenen Ärzte sowie zur Förderung des Informationsflusses wurden zweimal pro Jahr Fortbildungsveranstaltungen im eigenen Haus organisiert. Die Themenbereiche zeichneten zum einen die Vielfältigkeit des Behandlungsspektrums der Abteilung ab, beleuchteten aber auch die speziellen neurochirurgischen Krankheitsbilder, die sich in der Analyse mit unterrepräsentierten Marktanteilen dargestellt hatten. Die Einladungen wurden an alle erfassten Einweiser versendet und zur Steigerung des Interesses Gastvortragende und Firmenvertreter eingeladen (siehe Anhang 3, 4 und 5). Auch wurden in unregelmäßigen Abständen Newsletter versandt, in welchen man in knapper Form aktuelle Neuerungen oder geplante Vorhaben mitteilte (siehe auch Kapitel 5.2.2.1 sowie 5.2.2.3).

## **5.4.2 Marketingmaßnahmen im Bereich Sprechstunde und Kassenzulassung**

Die Unzufriedenheit mit der derzeitigen Situation im Bereich der ambulanten Sprechstunde zeichnete sich sowohl im Fragebogen wie auch in den darauffolgenden Interviews ab. Die entsprechenden Themengebiete fanden allesamt den Platz im hintersten Drittel der Zufriedenheitsskala. Wie bereits dargestellt, wurde zum einen ein fehlendes Angebot an kurzfristigen Terminen wie auch die Problematik der fehlenden Kassenzulassung für den ambulanten Bereich bemängelt. Dies führt zu starkem Unmut über die notwendigen Einweisungs- anstelle von Überweisungsscheinen und resultiert oftmals in der Vermittlung von Patienten mit elektivem Krankheitsbild in die Nothilfeabteilung der Klinik, wenn nicht sogar in die Sprechstunde einer Konkurrenzabteilung.

### **5.4.2.1 *Ambulante Sprechstundentermine***

Als Resultat dieser Erkenntnis wurde als erster kurzfristig umsetzbare Verbesserungsansatz ein bestimmtes Kontingent von Sprechstundenterminen festgelegt, die nach Rücksprache mit dem überweisenden Arzt frühestens 72 Stunden vorher vergeben werden dürfen. Pro Tag wurden für dieses Kontingent 2 Patienten eingeplant. Da auch diese Änderung Zeit braucht, um bei den niedergelassenen Ärzten bekannt zu werden und diese ihre angewöhnten Verhaltensweisen anpassen, können die neu gestalteten Reservetermine der Sprechstunde bei freier Kapazität auch mit entsprechenden elektiven Patienten der Nothilfe aufgefüllt werden. Somit konnte eine unverzügliche Entlastung der eigenen Nothilfeambulanz durch eine entsprechende Vorselektierung hinsichtlich des Erkrankungsschweregrades erreicht und zugleich eine flexiblere Vergabe von Sprechstundenterminen an die Zuweiser gewährleistet werden (siehe auch Kapitel 5.2.1.1).

### **5.4.2.2 *Medizinisches Versorgungszentrum***

Als langfristige Verbesserungsmöglichkeit ist es der Klinik durch entsprechende Bemühungen gelungen, einen neurochirurgischen Kassensitz zu erwerben und diesen seit

Januar 2016 in Form eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) mit dem eigenen Krankenhaus als Trägerschaft zu integrieren (siehe auch Kapitel 5.2.2.5). Die Betreuung findet durch Oberärzte der Abteilung statt, welche als Vertragsärzte im MVZ angestellt, jedoch auch durch entsprechende Teilanstellungen mit der eigenen Abteilung verbunden sind. Auf diese Weise wurde eine Grundfläche geschaffen, auf deren Ebene gleich für mehrere Probleme Lösungsansätze angeboten werden konnten.

Zum einen erreichte man im Hinblick auf die ambulante Sprechstunde nicht nur durch die schon erfolgte Vorselektierung der Patienten eine qualitative, sondern nun auch über eine Erhöhung der angebotenen Sprechstundentermine eine quantitative Verbesserung der beklagten Situation. Gleichzeitig wurde den niedergelassenen Ärzten, die sich über die Notwendigkeit eines Einweisungsscheins beklagt hatten, eine Möglichkeit geschaffen, ihre Patienten auch mit einem Überweisungsschein oder sogar ohne jeglichen Schein allein mittels telefonischer Anmeldung vorzustellen. Dies überwindet maßgeblich die formellen Hindernisse einer Zusammenarbeit und beseitigt die Reglementierungsängste der Niedergelassenen.

Zuletzt erhielt man mit dem erworbenen Kassensitz auch die Legitimation für zahlreiche ambulante Therapiemöglichkeiten, für welche die Patienten zuvor meist selber aufkommen mussten. „Will das Krankenhaus als Einrichtung in die ambulante Versorgung einsteigen, bleibt lediglich der Weg über die Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums.“<sup>[36]</sup> So können nun invasive Maßnahmen, die ohne oder lediglich in lokaler Betäubung durchgeführt werden und keinen stationären Aufenthalt rechtfertigen, nach dem EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) - Katalog<sup>[31]</sup> als ambulante kassenärztliche Leistungen abgerechnet werden.

Bei all diesen positiven Errungenschaften darf jedoch nicht außer Acht gelassen werden, dass ein neu gegründetes MVZ insbesondere mit einem Krankenhaus als Trägerschaft auch gewisse Gefahren birgt, welche sich auf die angestrebte Zusammenarbeit mit den Einweisern negativ auswirken können.

Allen Neuerungen und innovativen Ideen in Bezug auf das Aufbrechen „alteingesessener Strukturen“ steht ein großes Risiko entgegen. Einem „Wilderer“ in fremdem Gebiet, wie ein Krankenhaus, das durch die Gründung eines MVZ in den ambulanten Markt eintritt, wird in den meisten Fällen nicht freundschaftlich begegnet. Sowohl konkurrierende Kliniken wie auch niedergelassene Praxen, mit welchen diesbezüglich nicht der direkte Kontakt

gesucht wurde, werden in nicht unerheblichem Maße einen Konkurrenzdruck aufbauen.<sup>[36]</sup> In Beispielfällen zeigte sich sogar, dass bereits das Bekanntwerden einer Überlegung zur MVZ-Gründung zu sinkenden Einweisungsvolumina führen kann.<sup>[76]</sup>

Deswegen sollte unbedingt eine konsequente Kommunikationspolitik verfolgt, wenn möglich der Fokus auf Nischen-Indikationen gelegt und auf eine aktive Beteiligung von einweisenden Ärzten am Leistungsangebot, z. B. durch klar definierte Behandlungspfade, gesetzt werden.<sup>[67]</sup>

Krankenhausgetragene MVZ sollten darüber hinaus eine gemeinsame, mit den Niedergelassenen übergeordnete Kooperationsstrategie verfolgen. Nur so können kontinuierliche Patientenströme bzw. ein geeignetes Entlassmanagement und damit der Erfolg eines MVZ gewährleistet werden.<sup>[22]</sup>

### **5.4.3 Marketingmaßnahmen im Bereich Schmerztherapie**

Um den Forderungen der niedergelassenen Ärzten und auch der Patienten nachzukommen, wurde die systematische Aufstellung und Organisation der neurochirurgischen Schmerztherapie überarbeitet. So wurde eine eigene Sprechstunde für Patienten mit chronischem Schmerzsyndrom etabliert, um die Indikation für eine Neuromodulation zu evaluieren. Als weitere Marketingmaßnahme wurde zudem ein Flyer (siehe Anhang 6) mit der Darstellung der behandelten Schmerzsyndrome, der Schmerztherapeuten sowie deren Sprechzeiten inklusive der Telefonnummer zur Terminvereinbarung entworfen und an die Praxen versendet. Weiter erfolgten seither ein- bis zweimal pro Jahr öffentliche Informationsveranstaltungen für Patienten wie Ärzte zum Thema chronisches Schmerzsyndrom (siehe auch Kapitel 5.1).

Auch erfolgte die Strukturierung einer Unterabteilung für Schmerzmedizin durch die anästhesiologische Abteilung. Die Bemühungen, für die bei ihnen bereits vorhandene Schmerzambulanz eine Kassenzulassung zu erhalten, blieben bisher jedoch noch ohne Erfolg. Im ambulanten Bereich können daher nur berufsgenossenschaftliche und privat versicherte Patienten behandelt werden.

## **5.5 Zukünftige Maßnahmen und weitere Marketingbereiche**

Neben den bereits umgesetzten Marketingmaßnahmen gibt es selbstverständlich noch mehrere strategische wie auch operative Ansätze, die durch analytische und experimentelle Art und Weise zu einer weiteren Zuweiserzufriedenheit und besseren Konnektion mit den niedergelassenen Ärzten führen können.

### **5.5.1 Herausforderungen des Medizinisches Versorgungszentrums**

Ein MVZ alleine ist sicherlich nicht ausreichend, um eine substantielle Zuweisung für ein Krankenhaus attraktiv zu gestalten. Aber es kann als Anfang dienen, um sich mit den niedergelassenen Praxen der Region eng zu verzahnen, indem eine verbindliche Zuweiserstruktur entsteht.<sup>[36]</sup>

Um diese Zuweiserstruktur wie auch die Akzeptanz der niedergelassenen Ärzte noch weiter zu fördern und voranzutreiben, bieten sich neben dem MVZ noch weitere Kooperations- und Vernetzungsmöglichkeiten an. Kooperationsformen wie die Integrierte Versorgung, das ambulante Operieren, die Erbringung vor- und nachstationärer Leistungen oder sogar eine Integration bestimmter Ärzte in das Medizinische Versorgungszentrum sollten für einzelne Schlüsselkunden überdacht und abgewogen werden.

Weiter sollte man die Bemühungen um einen radiologischen Kassensitz nicht abreißen lassen. Sowohl die Infrastruktur wie auch das Gesamtkonzept des gegründeten MVZ würden sich hervorragend zur Integration eines solchen Sitzes anbieten. Die bisherigen Versuche scheiterten jedoch stets an Gegeninitiativen von niedergelassenen Ärzten, die hierin eine zu große Konkurrenz für ihre eigene Praxis sahen.

### **5.5.2 Herausforderungen der neurochirurgischen Abteilung Murnau**

Der Abteilung stehen trotz der bisher erfolgten Marketingmaßnahmen noch zahlreiche Möglichkeiten offen, im Bereich Kommunikation und Marketing visionäre wie auch bewährte Neuerungen zu unternehmen, um den wirtschaftlichen Erfolg nachhaltig positiv zu beeinflussen.

### **5.5.2.1     *Ungenutzte Marketingmaßnahmen zur Information und Kommunikation***

Neben den unter Kapitel 5.2.2 aufgeführten Strategien der Zuweiserkommunikation gibt es noch weitere Optionen, auf die niedergelassenen Ärzte einzugehen, ihr Interesse zu wecken und ihnen Informationen zu vermitteln.

Für jede Abteilung ist die Etablierung eines aktiven Beschwerdemanagements von hoher Bedeutung. Eine systematische Untersuchung mitunter erfolgloser Kundenbeziehungen dient nicht nur der Weiterentwicklung des Kundenbeziehungsmanagements, sondern ebenso der Identifizierung von Frühwarnindikatoren, die abwanderungswillige Kunden anzeigen.<sup>[44]</sup>

Dabei gibt das Beschwerdemanagement nicht nur Hinweise auf Verbesserungspotentiale, sondern dient ebenso einer positiven Außenwirkung.

Für die Übermittlung relevanter Neuigkeiten aus dem Krankenhaus könnten regelmäßige „Newsletter“ genutzt werden, deren Versand alternativ auch per E-Mail denkbar ist. Inhalte können neben Klinikneuigkeiten ebenso interessante Patientenfälle, die Vorstellung neuer medizinischer Geräte oder Hinweise auf Studien sein. Der Vorteil elektronischer Newsletter liegt vor allem in der günstigen Kosten-Nutzen-Relation und guten Streusicherheit. Allerdings sind auch hier die rechtlichen Restriktionen zu beachten, weshalb eine Einwilligungserklärung des Empfängers erforderlich ist.<sup>[27]</sup>

Die Klinik-Homepage spielte bisher in unserer Abteilung auch aufgrund entsprechender Einweiserrückmeldungen eine untergeordnete Rolle. Angesichts der steigenden Verbreitung von Informations- und Kommunikationstechnologien sollte der vermehrte Einsatz von Online-Systemen dennoch nicht ganz in den Hintergrund geraten. Die Homepage kann neben allgemeinen Informationen auch aktuelle Veranstaltungen oder Pressemitteilungen enthalten. Dies sollte übersichtlich gestaltet sein und über ein gutes Navigationssystem verfügen. Auch die Möglichkeit, weiterführende umfangreiche Informationen downzuloaden oder z. B. eine Einweiserbroschüre anzufordern, sollte gegeben sein.<sup>[91]</sup>

Hierzu kommt neuerdings auch die Nutzung von Socialmedia-Plattformen (z.B. Facebook,

Twitter und Youtube). Vorteile dieser Art der Kommunikationspolitik als Kundenbindungsinstrument sind neben einer leichten Handhabung auch die preisgünstige Interaktionsmöglichkeit eines direkten Kundendialoges.<sup>[21]</sup> Denkbar wäre hier der Einsatz eines Internetbeauftragten aus der eigenen Abteilung, welcher sein klinisches Fachwissen bei der Umsetzung auf eine Onlineplattform einbringen kann.

Weitere Möglichkeiten zur unterstützenden Zusammenarbeit zwischen Kliniken und Niedergelassenen bieten Kommunikationsplattformen, die dafür sorgen, dass dem Niedergelassenen mitunter bereits während des stationären Aufenthaltes des Patienten zeitnah aktuelle Befunde und Informationen zukommen und somit die Nachbehandlung des Patienten in adäquater Weise erfolgen kann.<sup>[83]</sup>

Bei sogenannten Einweiserportalen handelt es sich um umfassende elektronische Serviceplattformen, auf der Niedergelassene wie auch die im Krankenhaus tätigen Ärzte direkt auf Informationen und Dokumente bestimmter Patienten zugreifen, Terminierungen durchführen sowie allgemeine Abläufe des Krankenhauses eingesehen werden können. Weiter bieten sie die Möglichkeit zur schnellen Kontaktaufnahme zwischen Einweiser und Krankenhaus, wodurch sich ein erhebliches Potential zur Verbesserung eines effizienten Aufnahmemanagements ergibt. Bisher nutzen nur rund zehn Prozent der deutschen Akutkliniken ein solches Zuweiserportal, um die Kommunikation an den bekannten Schnittstellen und damit einhergehenden Problemen zu verbessern.

Informationsveranstaltungen wie Fort- und Weiterbildungen können ebenso der Akquisition neuer Einweiser dienen. Die Organisation kann auch gemeinsam mit niedergelassenen Ärzten erfolgen. Neben Veranstaltungen für die Ärzte sind auch Fortbildungen für das Praxispersonal denkbar.

Relevante Informationen für Einweiser können zuletzt auch über die Pressearbeit der Klinik zur Verfügung gestellt werden. Dies bezieht sich in der Regel auf das regionale Umfeld. In der Verwaltungsabteilung der BGU Murnau wurde bereits eine eigene Stelle für „Öffentlichkeitsarbeit“ geschaffen, deren Aufgabe es nun sein muss, die Belange der eigenen Abteilung entsprechend zu präsentieren.

Wie bereits an anderer Stelle verdeutlicht, ist das Einweisermanagement nur ein Teilgebiet der umfassenden strategischen und operativen Managementaufgaben der Krankenhausführung. Auch die Patienten und Mitarbeiter sind einzubeziehen, denn

unzufriedene Patienten und überlastete oder unmotivierte Mitarbeiter verhindern die nachhaltige Zukunftssicherung für das Krankenhaus.<sup>[36]</sup>

Grundsätzlich sind die Formen der unpersönlichen Kommunikation meist zwar nicht geeignet, um letztlich direkt ein neues Einweiserverhalten zu erreichen, dennoch sind diese, insbesondere dann, wenn die Nicht-Einweisung aufgrund von Informationsdefiziten besteht, essentiell wichtig, um sachliche Informationen an die Niedergelassenen weiterzugeben und Aufmerksamkeit für das eigenen Haus zu erzielen.<sup>[79]</sup>

### **5.5.2.2 Kontrolle der Marketingleistung**

Da der Marketingeinsatz als eine langfristige Investition gesehen wird, bei der Ressourcen eingesetzt werden, gilt es zu kontrollieren, ob die gesetzten Ziele erreicht und damit der Ressourceneinsatz begründet ist.<sup>[52]</sup>

Durch eine frühzeitige Informationsbereitstellung im Rahmen eines Einweisercontrollings können Krankenhäuser gut auf Veränderungen agieren. Durch das Medizincontrolling sollten in einer monats- oder jahresweisen Kontrollphase entscheidende Größen wie Fallzahl, Case-Mix und Erlösdaten als Kontrolle gegenübergestellt werden. Auch Marktattraktivitätsanalysen, bei denen das bisherige Volumen und das mögliche Marktwachstumsvolumen bestimmt werden, können im Zuge des Einweisercontrollings zur Beurteilung des Erfolgs herangezogen werden.<sup>[57]</sup>

Weiter bestehen diesbezüglich unterschiedliche Möglichkeiten eines Kundenbewertungsverfahrens wie die Kundendeckungsbeitragsrechnung oder Kunden-Scoringmodelle.

### **5.5.2.3 Der Patient als Kunde**

Seit geraumer Zeit besteht die Forderung einer zunehmenden Orientierung an den Interessen des Patienten und damit verbunden eine Stärkung der Partizipation, Integration und Information der Patienten. Die Stellung der Patienten im Gesundheitssystem hat sich deutlich gewandelt. Sie agieren nun als aktive Partner und Kunden mit mehr Verantwortungsübernahme und Mitbestimmung.<sup>[28]</sup>

Dies ist nicht zuletzt die Folge eines Fortschritts der Informationstechnologie sowie des fortschreitenden gesellschaftlichen Wertewandels, infolgedessen nicht nur der Stellenwert

von Gesundheit deutlich steigt und die Anspruchshaltung an die medizinische Versorgung wächst, sondern auch einer zunehmenden Neuorientierung im Gesundheitswesen geschuldet. Der Leitgedanke des mündigen Patienten ist in dem seit Anfang 2013 in Kraft getretenen Patientenrechtegesetz, das die Stärkung der Rechte und Einflussmöglichkeiten von Patienten als Anliegen hat und Patientinnen und Behandelnden auf Augenhöhe bringen soll, manifestiert.<sup>[40]</sup>

Seitens des Gesetzesgebers werden mit dem Patientenrechtegesetz das Ziel einer Stärkung der Patientenrechte z.B. bei Behandlungsfehlern sowie ein gleichberechtigtes Miteinander der Patienten mit den Behandelnden verfolgt.<sup>[60]</sup>

Das Ziel eines mündigen Patienten soll damit auch sein, diesen durch die Bereitstellung der notwendigen Informationen in die Lage zu versetzen, an der Entscheidungsfindung für einen stationären Leistungserbringer bei planbaren Operationen teilzuhaben oder dies gleichberechtigt im Sinne einer partizipativen Entscheidungsfindung zu tun.

Es stellt sich somit die Frage, ob der Fokus der Krankenhäuser weiterhin intensiv auf die niedergelassenen Ärzte gerichtet werden soll. Der Patient wird aufgrund einer zunehmenden Patientensouveränität als Kunde stark an Bedeutung gewinnen, was eine neue Herausforderung im Klinikmanagement darstellt.

Neben der indirekten Akquisition von Patienten über die niedergelassenen Ärzte eröffnen sich für die Krankenhäuser zukünftig aufgrund steigender Patientensouveränität und dem Wandel von einem Patienten hin zu einem aktiven Kunden auch Möglichkeiten der direkten Patientenkommunikation und -bindung.<sup>[34]</sup>

Hierdurch kann die alleinige Abhängigkeit von den niedergelassenen Einweisern zumindest teilweise proaktiv verschoben werden. Wie viele der Patienten letztendlich souverän und aufgeklärt sind, um eine eigene autonome Entscheidung für eine stationäre Einrichtung treffen zu können, ist nicht eindeutig bezifferbar. Nichtsdestotrotz gibt es einen nicht zu vernachlässigenden Patientenanteil, dem die Möglichkeit und die Zeit gegeben ist, eine Wahlentscheidung aufgrund von gesammelten Informationen zu treffen oder zumindest zu beeinflussen. Folglich sollten sowohl ein Einweiser- als auch ein Patientenbeziehungsmanagement fester Bestandteil des Klinikalltags werden.

## **5.6 Schlussfolgerung**

Unter Kapitel 2.5 wurden die drei wesentlichen Ziele der vorliegenden Arbeit genannt. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass durch die Auswertung der internen Daten, der erstellten ABC-Analyse, der Ergebnisse des kombinierten Einsatzes von Fragebogen und Experteninterview sowie der daraus abgeleiteten Portfolioanalyse der kritischen Erfolgsfaktoren ein kundenspezifisches Marketingkonzept zur Verbesserung des Leistungsangebotes der Fachabteilung Neurochirurgie der BG-Unfallklinik Murnau erarbeitet werden konnte. Zudem war es möglich, anhand der öffentlichen Daten eine Konkurrenzanalyse mit Bestimmung der eigenen Marktposition durchzuführen.

Die im Einleitungsteil der Arbeit formulierten Hypothesen konnten somit alle bestätigt und die Ziele erreicht werden. Zudem wurden die bis zum Abschluss dieser Arbeit bereits umgesetzten Marketingmaßnahmen dargestellt und ein Ausblick auf zukünftige Handlungsfelder gegeben.

# 6 Anlagenverzeichnis

**Wichtige Telefonnummern**  
 Sekretärin Christa (PD Dr. Martin Strowitzki)  
 Telefon: 08841-482851  
 Telefax: 08841-482854  
 E-Mail: neurochirurgie@bgu-murnau.de

**Ambulanzen und Sprechstunden**

- Privatambulanz  
 PD Dr. Martin Strowitzki  
 Mittwoch 09.00 bis 12.00 Uhr  
 13.00 bis 16.00 Uhr
- Allgemeine und Mittelstufenambulanz  
 Montag bis Donnerstag 09.00 bis 12.00 Uhr  
 13.00 bis 16.00 Uhr
- Spezialsprechstunden
  - Tumorsprechstunde  
 Dienstag 09.00 bis 12.00 Uhr  
 und nach Vereinbarung
  - Hypophysensprechstunde  
 (PD Dr. Martin Strowitzki)  
 Mittwoch 13.00 bis 16.00 Uhr
  - BG-Sprechstunde  
 Donnerstag 13.00 bis 16.00 Uhr  
 und nach Vereinbarung
  - Schmerzsprechstunde  
 Mittwoch 10.00 bis 12.00 Uhr  
 und nach Vereinbarung
  - Periphere Nerven  
 nach Vereinbarung

Vorteilhafteste Terminvereinbarung ist erforderlich unter 08841-482851-53. Die Ambulanzen stehen allen Patienten der BG/DBGU, der gesetzlichen und der privaten Krankenkassen offen. Die genauen Zuweisungsmodalitäten werden bei der Anmeldung mitgeteilt bzw. sind Ihnen zuweisenden Arzt bekannt.

Im Notfall ist eine Vorstellung in der Neurochirurgischen Klinik jederzeit über die Nothilfe der BG Unfallklinik möglich, in der während der Dienstzeiten ein/e Arztin/Arzt der Neurochirurgischen Klinik für Sie da ist. Außerhalb der Dienstzeiten ist der neurochirurgische Dienst im Haus über die zentrale Rufnummer 08841-480 für Sie erreichbar.

Besuchen Sie uns auch im Internet unter [www.bgu-murnau.de](http://www.bgu-murnau.de)



**So erreichen Sie uns:**

Anfahrt mit dem PKW:

- Über die Bundesstraße 7 in Richtung Garmisch-Partenkirchen,
- Über die Autobahn A95, Murnchen in Richtung Garmisch-Partenkirchen
- Ausfahrt: Murnau / Kochel

Anfahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln:

- Sündliche Bahnverbindungen von Murnchen nach Innsbruck, Mittelwäld, vom Innsbruck ca. 5 Minuten Fahrt zur Klinik.



**Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Murnau**  
 Pfaff-Klimtscher-Strasse 8  
 82418 Murnau

Telefon: +49 (0) 8841 48-2851  
 Telefax: +49 (0) 8841 48-2854  
 E-Mail: [neurochirurgie@bgu-murnau.de](mailto:neurochirurgie@bgu-murnau.de)  
 Web: [www.bgu-murnau.de](http://www.bgu-murnau.de)





**Berufsgenossenschaftliche  
 Unfallklinik Murnau**

**Berufsgenossenschaftliche  
 Unfallklinik Murnau**  
 Klinik für Neurochirurgie  
 Informationen für Patienten

Anlage 1: Informations-Flyer „Klinik für Neurochirurgie“, Seite 1.

## Liebe Patientin, lieber Patient!

Hierfür willkommen in der Klinik für Neurochirurgie der BG Unfallklinik Murnau! Diese Informationsbrochure soll Sie mit der Struktur, dem Aufgabengebiet und dem Leistungsspektrum unserer Klinik vertraut machen. Im ambulanten Bereich werden jährlich ca. 7.000 Patienten versorgt mit allen neurochirurgisch zu behandelnden Krankheitsbildern, Spezialambulanz z.B. für Wirbelsäulenkrankungen, Hypophysen- und Tumorerkrankungen werden angeboten. Selbstverständlich können sich Patienten aller Versicherungsarten an uns wenden, also neben den benötigten gesetzlich versicherten Patienten auch alle Patienten der gesetzlichen und privaten Krankenkassen. Gleiches gilt für den stationären Bereich, in dem jährlich ca. 1.800 Patienten versorgt werden. Die Neurochirurgische Klinik verfügt über 46 Betten: 24 Intensiv- und Intensivpflege-Care-Betten, eine große Zahl von Intensiv- und Intensivpflege-Care-Betten. Mit der Abteilung für Akutneurologie und der Abteilung für Neurorehabilitation bildet sie das Neurozentrum der BG Unfallklinik, das unter der Gesamtleitung des Chefarztes der Neurochirurgie steht. Neben der führenden Position bei der Versorgung unfallverletzter Patienten ist die Klinik größter regionaler Anbieter in der Behandlung aller degenerativen Wirbelsäulenerkrankungen und Tumorerkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems mit einem herausragenden Ruf und langjähriger Erfahrung. Sie ist Mitglied des Onkologischen Zentrums Oberland, das von der DGOH zertifiziert ist. Sie versichert, dass stets Sie persönlich im Mittelpunkt unseres Handelns stehen, damit wir Ihnen jederzeit die modernste und beste Behandlung Ihres Krankheitsbildes zukommen lassen können. Nach der „Weissen Liste“ empfehlen uns 96% der Patienten weiter, ein absolutes Spitzenwert und geläufige Verpflichtung für uns!



PD Dr. Martin Strowitzki  
Chefarzt der Klinik für Neurochirurgie  
Leiter des Neurozentrums

## Aufgabengebiete und Leistungsspektrum

Zu unseren Aufgabengebieten gehört das komplette Spektrum der Neurochirurgie mit Ausnahme der Epilepsiebehandlung. Neben der Versorgung unfallverletzter Patienten bieten wir die Abklärung und operative Behandlung von Erkrankungen des peripheren und des zentralen Nervensystems sowie aller degenerativen Wirbelsäulen- und Bandscheibenkrankungen, z.B.:

- Behandlung von Hirn-, Rückenmark- und Wirbelsäulenverletzungen
  - Behandlung von degenerativen Wirbelsäulenkrankungen
    - Bandscheibenverfall
    - Verengungen des Wirbelkanals
    - Instabilitäten der Wirbelsäule
    - Facettengelenksthromosen u. v.m.
  - Behandlung von Hirnhistopathologien
  - Behandlung von Hirntumoren
  - Behandlung von Tumoren der Hirnanhangsdrüse
  - Behandlung von Hirnhistopathologien (Hydrozephalus, Chiasm-Adenomen u. v.m.)
  - Behandlung von Tumoren des Rückenmarks
  - Behandlung von peripheren Nerven (Ergussyndrom, Verletzungen, Tumore)
  - Behandlung chronischer Schmerzen (Rückenschmerzen, Extremitätenschmerzen, Gesichtsschmerzen u. v.m.)
- Zur Erfüllung dieser Aufgaben kommen alle modernen Operationsverfahren zur Anwendung. Die Klinik verfügt über zwei modernste, ausgestattete Operationsäle mit deckenmontierten Operationsmikroskopen, Navigationsystemen, einem High-End Ultraschallsystem zur Bildgebung während der Operation, Ultraschall-Gewebszerstörern, Neuronavigationssystemen zur intraoperativen Überwachung der Hirnfunktion u. v.m.

## Zum Leistungsspektrum gehören u.a.:

- mikrochirurgische Bandscheibenoperationen über minimal invasive Zugänge
  - mikrochirurgische Dekompressionen bei Wirbelkanalverengungen
  - Implantation von Bandscheibenprothesen an der Halswirbelsäule
  - stabilisierende Operationen an der Wirbelsäule
  - mikrochirurgische Entfernung auch komplexer Tumore des Hirns (Fluoreszenz- und navigationsgestützt)
  - mikrochirurgische Entfernung auch komplexer Tumore des Rückenmarks, der Wirbelsäule und des peripheren Nervensystems
  - mikrochirurgische Ausschaltung von Hirngefäßmissbildungen (Aneurysmen, Angiome, Kavernome)
  - Transasale Operationen an der Hirnanhangsdrüse
  - Rahnmanose navigationsgeführte Hirnbiossien
  - Endoskopische Eingriffe am Hirn
  - Implantation von Hirnwasserableitenden Systemen (Ventile)
  - Implantation von Rückenmarksnahen Elektroden- und Pumpensystemen zur Schmerz- und Spastikbehandlung
  - Alle Eingriffe an den peripheren Nerven (Dekompressionen, Nervenreparatur, Rekonstruktionen)
- Neue Operationsverfahren werden sorgfältig untersucht und analysiert, bevor sie in unser Leistungsspektrum eingeführt werden. So ist stets eine Versorgung auf aktuellsten und höchstem technischen Niveau gewährleistet ohne kurzfristigen „Modestromungen“ zu verfallen. Gleiches gilt selbstverständlich für die Stellung der Operationsindikation!

**Wichtige Telefonnummern**

Sekretariat Chefarzt PD Dr. Martin Strewitzki  
 Telefon: 08841 482851  
 Telefax: 08841 482854  
 E-Mail: [neurochirurgie@bgu-murnau.de](mailto:neurochirurgie@bgu-murnau.de)

Besuchen Sie uns auch im Internet unter  
[www.bgu-murnau.de](http://www.bgu-murnau.de)



**Praktische Hinweise an der Klinik:**



**So erreichen Sie uns:**

Anfahrt mit dem PKW:

- Über die Bundesstraße 2 in Richtung Samisch-Partenkirchen
- Über die Autobahn A92
- München in Richtung Samisch-Partenkirchen
- Ausfahrt Murnau / Kochel

Anfahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln:

- Stündliche Bahnverbindungen von München nach Innsbruck, Mittenwald, vom Talstand ca. 5 Minuten Fahrt zur Klinik



**Beurteilungsklinik Murnau**  
 Prof.-Klentscher-Straße 8  
 82418 Murnau

Telefon: +49 (0) 8841 48-2851  
 Telefax: +49 (0) 8841 48-2854  
 E-Mail: [neurochirurgie@bgu-murnau.de](mailto:neurochirurgie@bgu-murnau.de)  
 Web: [www.bgu-murnau.de](http://www.bgu-murnau.de)





**BGU Murnau**  
 Beurteilungsklinik Murnau  
 Unfallklinik Murnau

**Klinik für Neurochirurgie**  
**Fortbildungsveranstaltung**  
**Neuroonkologie**  
**Mittwoch, 17.09.2014**  
**18 Uhr**

Anlage 3: Informations-Flyer „Fortbildungsveranstaltung Neuroonkologie“, Seite 1.

## Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen!

Ihr darf Sie zur 3. Fortbildungsveranstaltung 2014 der Neurochirurgischen Abteilung der BG Unfallklinik Murnau einladen. Nach dem Themen Vorschusschmerz und Wundschmerz steht diesmal die Neuroonkologie im Mittelpunkt.

Herr PD Dr. Ketter aus der Klinik für Neurochirurgie des Universitätsklinikums des Saarlandes wird berichten über neue Erkenntnisse zur Entstehung und Behandlung von Gliomen. Herr Ketter vertritt seit vielen Jahren klinisch und experimentell den Schwerpunkt Neuroonkologie der Universitätsklinik und ist Autor zahlreicher Veröffentlichungen zur Thematik. Zusätzlich wird der neueste Stand zum Problemfeld: Handynutzung und Entstehung von Gliomen aufgezeigt, ein Thema, das unveränderte hohe Aktualität besitzt.

Ich bin sicher, dass wir wieder einen informativen und hoffentlich auch diskussionsreichen Abend haben werden!

Mit besten kollegialen Grüßen

*Ulrich Schwitzki*

PD Dr. Martin Strowitzki  
Chefarzt der Klinik für Neurochirurgie  
Leiter des Neuzentrums



## Fortbildungsveranstaltung 2014-02

Neurochirurgische Abteilung der BG Unfallklinik Murnau  
**Mittwoch 17.02.2014, 18 Uhr**

### Thema: „Neuroonkologie“

- Neues aus Forschung und Behandlung  
intraarterieller Gliome

PD Dr. Ralf Ketter

Klinik für Neurochirurgie, Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg, Saar

- Handynutzung und Hirntumore

PD Dr. Martin Strowitzki

Chefarzt der Abteilung für Neurochirurgie,  
BG Unfallklinik Murnau



## Veranstaltungsort:

Hospital der BG Unfallklinik Murnau,  
Ebene 1 (Ausschließung)



Veranstaltungsende ca. 19:30 Uhr

Die Veranstaltung ist bei der Bayerischen Landesärztkammer angemeldet.  
Bitte vergessen Sie nicht Ihren Fortbildungsausweis mit Barcode oder einen Barcodeaufkleber.





**Klinik für Neurochirurgie**  
**Chefarzt PD Dr. Martin Strowitzki**

Eine Beratung ist für Patienten aller Krankenkassen und der gesetzlichen Unfallversicherungen über unsere Sprechstunde möglich.

**B. Robert**  
 Montag und Dienstag 13:00 bis 16:00 Uhr

**Dr. K. Wolf**  
 Mittwoch 10:00 bis 13:00 Uhr

Terminvereinbarung unter:  
 08841- 48 2853



**Björn Robert**  
 war einer der ersten Ärzte, die in Deutschland Neurostimulationssysteme und Schmerzpumpen implantierten. Er verfügt über fast 40 Jahre Erfahrung mit Neuromodulation.



**Dr. Katharina Wolf**  
 erlernte die Verfahren der Neuromodulation in der Unfallklinik Murnau und an anderen führenden Zentren. Sie bildet inzwischen international Ärzte in diesen Verfahren aus und hat neue innovative Systeme als eine der ersten in Deutschland implantiert.

**So erreichen Sie uns:**

**Mit dem Auto**

- Über die Bundesstraße 2 in Richtung Garmisch-Partenkirchen.
- Über die Autobahn A95, München in Richtung Garmisch-Partenkirchen
- Ausfahrt: Murnau / Kochel

**Mit der Bahn**

- Stündliche Verbindungen von München nach Innsbruck, Mittenwald
- vom Taxistand ca. 5 Minuten Fahrt zur Klinik



Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik MurnauBerufsgenossenschaftliche

**Unfallklinik Murnau**

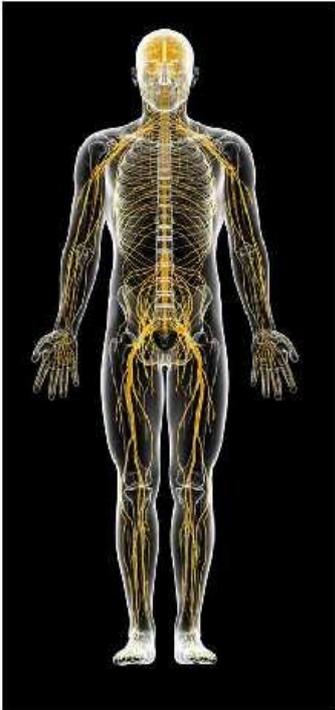
Neurochirurgische  
Schmerztherapie

Stand: 10/2013

Prof.-Küntscher-Straße 8  
82418 Murnau

Telefon: +49 (0) 8841 48-2851  
Telefax: +49 (0) 8841 48-2845

Anlage 6: Informations-Flyer „Schmerztherapie“, Seite 1.



Das Nervensystem des Menschen

Die Abteilung für Neurochirurgie der Unfallklinik Murnau ist eines der in Deutschland und international führenden Zentren im Bereich Neuromodulation.



Neuromodulation heißt, am Reizleitungssystem (Nervensystem) chirurgisch einzugreifen, wenn eine ursächliche Behandlung chronischer Schmerzen nicht möglich ist und alle konservativen Möglichkeiten ausgeschöpft sind.

Wir bieten wirksame Verfahren an bei chronischen Rückenschmerzen, nach Nervenverletzungen, bei CRPS (Morbus Sudeck), chronischen Kopfschmerzen, Schmerzen bei Durchblutungsstörungen und anderen chronischen Schmerzen.



Nervenstimulations-system im Röntgenbild

An erster Stelle steht die Anamnese (Abfragen der Krankheitsgeschichte) und klinische Untersuchung, anschließend wenn notwendig apparative Untersuchungen zur Klärung der Ursache der Schmerzen.

So können etwa Rückenschmerzen von verschiedenen Strukturen ausgehen, unter anderem von Nerven, Bandscheiben, Wirbelgelenken, Wirbeln oder Muskeln. Im Rahmen der neurochirurgischen Schmerztherapie bieten wir diagnostische und therapeutische lokale Betäubungen (Infiltrationen) und Nervenverödung mit Hitze oder Kälte (Thermo- oder Kryodeneration) an.

Für chronische Nervenschmerzen, CRPS, Rückenschmerzen, Kopfschmerzen, Schmerzen bei Durchblutungsstörungen u.a. bieten wir mit der Nerven-, Ganglion- bzw. Rückenmarkstimulation ein Therapieverfahren an, das nebenwirkungsfrei Schmerzen wesentlich reduzieren kann. Für diese Therapieform ist unsere Abteilung ein internationales Ausbildungszentrum.

Abhängig vom Krankheitsbild arbeiten wir mit Rückenmarkstimulation, peripherer Nervenstimulation, Nervenfeldstimulation, Hinterwurzelganglionstimulation und Hochfrequenzstimulation.

Die Implantation von Schmerzpumpen (konstante Flussrate oder elektronisch steuerbar) ist eine weitere in unserer Abteilung angebotene Möglichkeit, die Lebensqualität von Patienten mit chronischen Schmerzen zu verbessern. Auch für dieses Verfahren haben wir internationalen Expertenstatus.

Bei der Auswahl der geeigneten Methode steht ein interdisziplinäres Team mit Neurologen, Psychologen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Anästhesisten, Reha Medizinern, Sozialdienst und Neurochirurgen zur Verfügung.



Rückenmarkstimulations-system

# 7 Literaturverzeichnis

- 1: Adam H (1983) Ambulante ärztliche Leistungen und Arztdichte. In: Hübl L (ed) Beiträge zur angewandten Wirtschaftsforschung. Duncker und Humblot, Berlin, 11
- 2: Atteslander P (2003) Methoden der empirischen Sozialforschung. de Gruyter, 10. Auflage, Berlin: 155
- 3: Atteslander P (2003) Methoden der empirischen Sozialforschung. de Gruyter, 10. Auflage, Berlin: 183
- 4: Becker J (2002) Das Marketingkonzept. München
- 5: Befragung. In: Wikipedia, Die freie Enzyklopädie. Bearbeitungsstand: 22. November 2015, 13:15 UTC. URL: <https://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Befragung&oldid=148284234>
- 6: Begleitforschung gem. § 17b Abs. 8 KHG. In: InEK - Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. Bearbeitungsstand: 12. März 2016, 15:00 UTC. URL: [http://www.g-drg.de/cms/Begleitforschung\\_gem.\\_17b\\_Abs.\\_8\\_KHG](http://www.g-drg.de/cms/Begleitforschung_gem._17b_Abs._8_KHG)
- 7: Bevölkerungsstand am 31.12.2010 auf Grundlage früherer Zählungen. In: Destatis - Statistisches Bundesamt. Bearbeitungsstand: 08. März 2016, 11:10 UTC. URL: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/GeschlechtStaatsangehoerigkeit.html>
- 8: Bienert M (2004) Marktorientierung und Strategiefindung. Ein Leitfaden für Gesundheitsunternehmen zur erfolgreichen Positionierung im Wettbewerb. Ecomed Verlagsgesellschaft, Landsberg/Lech: 123f
- 9: Bienert M (2009) Betriebswirtschaftslehre für leitende Ärzte. Duncker und Humblot, Berlin: 120f
- 10: Bienert ML, Bienert A, Saßen S (2009) Zuweisermarketing von Kliniken: ein Win-Win-Modell? Zeitschrift für Allgemeinmedizin 85. Jg., 9: 364-368
- 11: Bleses H (2004) Patientenorientierung als Qualitätsmerkmal. Dissertation. Berlin, Humboldt-Universität zu Berlin, Medizinische Fakultät - Universitätsklinikum Charité: 92
- 12: Bode S, Peters A, Peinl C (2011) Netzwerke zur Belegungssicherung gestalten. Zuweiser, Empfehler, Multiplikatoren. ConZepte 3: 18
- 13: Braun GE (1994) Sich nach außen darstellen – Informationswerbung des Krankenhauses. Krankenhaus Umschau 8: 618 – 622

- 14: Braun GE (1997) Schlüsselkunden-Management und ABC-Analyse. f&w (Führen und Wirtschaften im Krankenhaus) 5: 398-404
- 15: Braun GE, Nissen J (2005) Die Bedeutung der Einweiserzufriedenheit für Krankenhäuser und ihre erfolgreiche Messung. Thieme Verlag KG, Stuttgart, 10: 379
- 16: Braun GE, Nissen J (2005) Die Bedeutung der Einweiserzufriedenheit für Krankenhäuser und ihre erfolgreiche Messung. Thieme Verlag KG, Stuttgart, 10: 384
- 17: Breidenich H, Rennhak C (2015) Effizientes Marketing für Ärzte - Best Practice und Erfolgsfaktoren für Arztpraxen, Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen. Kohlhammer Verlag, Stuttgart: 102
- 18: Breidenich H, Rennhak C (2015) Effizientes Marketing für Ärzte - Best Practice und Erfolgsfaktoren für Arztpraxen, Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen. Kohlhammer Verlag, Stuttgart: 140
- 19: Bruhn M (1985) Marketing und Konsumentenzufriedenheit. WISU 5: 300-307
- 20: Bruhn M (2006) Qualitätsmanagement für Dienstleistungen, Grundlagen - Konzepte - Methoden. Springer-Verlag, 6. Auflage, Kapitel 2.5, Heidelberg: 156
- 21: Bruhn M (2012) Kundenorientierung. Bausteine für ein exzellentes Customer-Relationship-Management (CRM). dtv Verlagsgesellschaft, 4. Auflage: 119
- 22: Burchartz C (2009) Finanzierung innovativer Versorgungsformen im Gesundheitswesen – ein Überblick aus der Sicht eines Finanzdienstleisters. In: Braun GE Innovative Versorgungsformen im Gesundheitswesen. Konzepte und Praxisbeispiele erfolgreicher Finanzierung und Vergütung. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln:
- 23: Calero L, Zähres K (2004) Zuweiseranalyse und Entwicklung eines Zuweisermarketing. Masterarbeit zur Erlangung des Grades Master of Science in Hospital Administration. Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen, Köln: 41
- 24: Competitive Intelligence. In: Wikipedia, Die freie Enzyklopädie. Bearbeitungsstand: 09. Juli 2015, 13:54 UTC. URL:  
[https://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Competitive\\_Intelligence&oldid=143878494](https://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Competitive_Intelligence&oldid=143878494)
- 25: Definition Marketing. In: wissen.de GmbH (o.J.). Bearbeitungsstand: 5. März 2016, 10:00 UTC. URL: <http://www.wissen.de/lexikon/marketing>
- 26: Definition Marktforschung. In: Gabler Wirtschaftslexikon. Bearbeitungsstand: 05. März 2016, 10:30 UTC. URL:  
<http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/marktforschung.html>

- 27: Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (2009) Werbung durch das Krankenhaus. Gesetzliche Grundlagen, Rechtsprechung und Hinweise zur Durchführung. Düsseldorf, 2. Auflage
- 28: Dierks M-L, Siebeneick S, Röseler S (2001) Patienten, Versicherte Kunden - eine neue Definition des Patienten? In: Dierks M-L (ed) Der autonome Patient im Mittelpunkt. Arbeitsbericht. Akad. für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg: 7
- 29: Dobbstein T (2007) Erreichbarkeit und schnelle Prozesse zeichnen gute Krankenhäuser aus (Befragung von 111 niedergelassenen Ärzten im Landkreis Ravensburg). In: f&w – Führen und Wirtschaften im Krankenhaus. Bibliomed Verlag, Melsungen, 1: 22
- 30: Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems nach § 17b KHG. In: InEK - Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. Bearbeitungsstand: 08. März 2016, 10:20 UTC. URL: [http://www.g-drg.de/cms/Rechtsgrundlagen/Grundsatzvereinbarungen\\_der\\_Selbstverwaltung/Einfuehrung\\_eines\\_pauschalierenden\\_Entgeltsystems\\_nach\\_17b\\_KHG/Einfuehrung\\_eines\\_pauschalierenden\\_Entgeltsystems\\_nach\\_17b\\_KHG/\(language\)/ger-DE](http://www.g-drg.de/cms/Rechtsgrundlagen/Grundsatzvereinbarungen_der_Selbstverwaltung/Einfuehrung_eines_pauschalierenden_Entgeltsystems_nach_17b_KHG/Einfuehrung_eines_pauschalierenden_Entgeltsystems_nach_17b_KHG/(language)/ger-DE)
- 31: Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). In: ArztWiki - Das Medizinlexikon. Bearbeitungsstand: 15. Juni 2013, 22:48 UTC. URL: <http://www.arztwiki.de/wiki/EBM#Links>
- 32: Erhebungsverfahren der Marktforschung: Die Befragung. In: Wirtschaftspsychologische Gesellschaft (WPGS). Bearbeitungsstand: 05. März 2016, 11:00 UTC. URL: <http://www.wpgs.de/content/view/361/336/>
- 33: Fahlenbrach C, Köhler N, Halim A, Schlottmann N (2004) Anpassung der Deutschen Kodierrichtlinien für 2005. Das Krankenhaus 11: 892-899
- 34: Fleige G, Philipp MP (2011) Patientensouveränität als Chance – neue Handlungsspielräume für Krankenhäuser. In: Fischer A, Sibbel R (eds) Der Patient als Kunde und Konsument. Wie viel Patientensouveränität ist möglich. Gabler Verlag, Wiesbaden: 105f
- 35: Fortschreibung des Bevölkerungsstandes - Gemeinden Bayerns (einschl. gemeindefreie Gebiete). In: GENESIS-Online Datenbank. Bearbeitungsstand: 12. März 2016, 14:00 UTC. URL: <https://www.statistikdaten.bayern.de/genesis/online/data?operation=ergebnistabelleUmfang&levelindex=2&levelid=1457788039102&downloadname=12411-001>

- 36: Franz M, Saßen S (2007) Zuweisermarketing mit sektorübergreifender Kommunikation. Ein Kompendium zur gezielten Einflussnahme auf Patientenströme und transsektorale Versorgungsqualität (Gesundheitswesen in der Praxis). Economica Verlag, Heidelberg
- 37: Fuchs W (2003) Management der Business-to-Business-Kommunikation. Gabler Verlag, Wiebaden: 38-39
- 38: Fuchs WP (2002) Warum Krankenhaus-Marketing? In: Hermanns PM, Hanisch L (eds) Krankenhaus-Marketing im stationären und ambulanten Bereich. Köln: 37-52
- 39: Geraedts M, Auras S, Hermeling P, De Cruppé W (2010) Abschlussbericht zum Forschungsauftrag zur Verbesserung der gesetzlichen Qualitätsberichte auf der Basis einer Krankenhaus-, Patienten- und Einweiserbefragung. Institut für Gesundheitssystemforschung der Universität Witten/Herdecke: 26
- 40: Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten. In: Wikipedia - Die freie Enzyklopädie. Bearbeitungsstand: 9. Februar 2017, 17:11 UTC. URL: [https://de.wikipedia.org/wiki/Gesetz\\_zur\\_Verbesserung\\_der\\_Rechte\\_von\\_Patientinnen\\_und\\_Patienten#Weblinks](https://de.wikipedia.org/wiki/Gesetz_zur_Verbesserung_der_Rechte_von_Patientinnen_und_Patienten#Weblinks)
- 41: Giering A (2000) Der Zusammenhang zwischen Kundenzufriedenheit und Kundenloyalität. Deutscher Universitäts-Verlag, Wiesbaden: 9
- 42: Haubrock M, Schär W (2003) Wettbewerb als Motor der Integration? Schattauer Verlag, Stuttgart: 295-296
- 43: Helmig B (1997) Patientenzufriedenheit messen und managen. f&w (Führen und Wirtschaften im Krankenhaus) 2: 112-120
- 44: Helmig B, Graf A (2010) Kundenmanagement in Krankenhäusern. In: Busse R, Schreyögg J, Tiemann O (eds) Management im Gesundheitswesen. Springer-Verlag, 2. Auflage: 174
- 45: Hermanns P, Kunz A (2003) Marketing im Krankenhaus. In: Hermanns P, Hanisch L (eds) Krankenhaus-Marketing im stationären und ambulanten Bereich – Das Krankenhaus als Dienstleistungsunternehmen. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln
- 46: Hildebrand R (2001) Das bessere Krankenhaus. Luchterhand, Neuwied
- 47: Homburg C, Krohmer H (2009) Marketingmanagement: Strategie – Instrumente – Umsetzung – Unternehmensführung. Gabler Verlag, 3. Auflage, Kapitel 6.1: 240
- 48: Impressum. In: SAP Deutschland SE & Co. KG. Bearbeitungsstand: 08. März 2016, 10:35 UTC. URL: <https://www.sap.com/germany/about/legal/impressum.html>
- 49: Inhaltsanalyse. In: Wikipedia, Die freie Enzyklopädie. Bearbeitungsstand: 08. September 2015, 14:39 UTC. URL: <https://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Inhaltsanalyse&oldid=145845616>

- 50: Jacobs K, Schröder WF (2003) Wettbewerb als Motor der Integration? In: Arnold M, Klauber J, Schellschmidt H (eds) Krankenhaus-Report. Schattauer Verlag, Stuttgart: 103-112
- 51: Jansen C (2012) Überwindung der Sektorgrenzen. Dauerbaustelle des Gesetzgebers. Deutsches Ärzteblatt, Vol. 109: C1160 - C1162
- 52: Janßen U, Schmidt E-M (2007) Die Keimzelle des Erfolges – Entwicklung eines Zuweisermarketingkonzeptes. In: Saßen S, Franz M (eds) Zuweisermarketing und sektorenübergreifende Kommunikation. Economica Verlag, Heidelberg: 107-129
- 53: Jendges T (2000) Der Wettbewerb wird auch das Marketing stärken. f&w, 17: 586-588
- 54: Jungbluth-Wischmann P (2000) Allgemeine Kundenerwartungen. In: Eichhorn P, Seelos HJ, Graf von der Schulenburg JM (eds) Krankenhaus Management. Urban und Fischer Verlag, München
- 55: Kaiser MO (2005) Erfolgsfaktor Kundenzufriedenheit, Dimensionen und Messmöglichkeiten. Erich Schmidt Verlag, 2. Auflage, Berlin: 36
- 56: Kaiser MO (2005) Erfolgsfaktor Kundenzufriedenheit, Dimensionen und Messmöglichkeiten. Erich Schmidt Verlag, 2. Auflage, Berlin: 29
- 57: Kasper N (2011) Einweisercontrolling: Wie kann ein Krankenhaus den Erfolg der eingesetzten Maßnahmen überprüfen? In: Raab A, Drissen A (eds) Einweiserbeziehungsmanagement. Kohlhammer Verlag, Stuttgart: 192f
- 58: Kirchner H, Kirchner W (2001) Change-Management im Krankenhaus. Kohlhammer-Verlag, Stuttgart
- 59: Klinkhammer G (2008) Verbesserung des Heilerfolgs durch die richtigen Worte. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 105, Heft 50: 107
- 60: Knorr MM (2013) Das neue Patientenrechtegesetz. Für Leistungserbringer kein Grund zur Panik. In: KU Gesundheitsmanagement. Mediengruppe Oberfranken - Fachverlage GmbH & Co. KG, Kulmbach: 55
- 61: Koch J (1999) Marketing, Einführung in die marktorientierte Unternehmensführung. Idenburg Verlag, München: 126
- 62: Konkurrenzanalyse. In: Gründerlexikon, Schritt für Schritt zur Existenzgründung. Bearbeitungsstand: 15. Januar 2016, 11:15 UTC. URL: <http://www.gruenderlexikon.de/lexikon/konkurrenzanalyse/>
- 63: Kotler P, Bliemel F (1999) Marketing - Management, Analyse, Planung, Umsetzung und Steuerung. Schäffer-Poeschel Verlag, 9. Auflage, Stuttgart: 741-948
- 64: Kroeber-Riel W, Weinberg P (2003) Konsumentenverhalten. Vahlen Verlag, 8. Auflage, München: 32

- 65: Kroeber-Riel W, Weinberg P (2003) Konsumentenverhalten. Vahlen Verlag, 8. Auflage, München: 270
- 66: Lamnek S (2005) Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch, Band 2: Methoden und Techniken. Beltz, Weinheim: 167-232
- 67: Legl K (2011) Kooperationen: Welche Möglichkeiten bieten Kooperationen und Netzwerke sowie die Integrierte Versorgung? In: Raab A, Drissen A Einweiserbeziehungsmanagement. Kohlhammer Verlag, Stuttgart: 167f
- 68: Licenses & Copyrights. In: Apache OpenOffice, Die freie und offene Büro-Software. Bearbeitungsstand: 08. März 2016, 09:00 UTC. URL: <https://www.openoffice.org/license.html>
- 69: Meffert H, Burmann C, Kirchgeorg M (2015) Marketing: Grundlagen marktorientierter Unternehmensführung. Konzepte – Instrumente – Praxisbeispiele. Gabler Verlag, 12. Auflage: 367
- 70: Meffert H, Burmann C, Kirchgeorg M (2015) Marketing: Grundlagen marktorientierter Unternehmensführung. Konzepte – Instrumente – Praxisbeispiele. Gabler Verlag, 12. Auflage: 369
- 71: Meffert H, Burmann C, Kirchgeorg M (2015) Marketing: Grundlagen marktorientierter Unternehmensführung. Konzepte – Instrumente – Praxisbeispiele. Gabler Verlag, 12. Auflage: 146
- 72: Merten K, Teipen P (1991) Empirische Kommunikationsforschung – Darstellung, Kritik, Evaluation. Ölschläger Verlag, München: 103
- 73: Müller W, Riesenbeck HJ (1991) Wie aus zufriedenen auch anhängliche Kunden werden. HARVARDmanager 3: 67-79
- 74: Mündliche Befragung. In: Wikipedia, Die freie Enzyklopädie. Bearbeitungsstand: 20. November 2014, 18:18 UTC. URL: [https://de.wikipedia.org/w/index.php?title=M%C3%BCndliche\\_Befragung&oldid=136024672](https://de.wikipedia.org/w/index.php?title=M%C3%BCndliche_Befragung&oldid=136024672)
- 75: Napoli C (2011) Zuweisermanagement für Leistungserbringer im Gesundheitswesen. In: Association for Information Systems AIS Electronic Library Wirtschaftsinformatik Proceedings. Bearbeitungsstand: 05. Februar 2017, 20:00 UTC. URL: <http://aisel.aisnet.org/wi2011/82>
- 76: Pappenhoff M, Platzköster C (2010) Marketing für Krankenhäuser und Reha-Kliniken. Marktorientierung & Strategie, Analyse & Umsetzung, Trends & Chancen. Springer-Verlag: 198f

- 77: Qualitätsbericht. In: DKTIG, Deutsche Krankenhaus TrustCenter und Informationsverarbeitung GmbH. Bearbeitungsstand: 08. März 2016, 09:45 UTC. URL: <http://www.dktig.de/de/102/Glossar.html?glossaryid=116>
- 78: Qualitätsberichte. In: Gemeinsamer Bundesausschuss. Bearbeitungsstand: 16. September 2015, 12:00 UTC. URL: <http://www.g-ba-qualitaetsberichte.de/>
- 79: Raab A, Drissen A (2011) Akquisitionsmanagement: Wie gewinnt ein Krankenhaus die Aufmerksamkeit der niedergelassenen Ärzte und beeinflusst die Einweisungsentscheidung? In: Raab A, Drissen A (eds) Einweiserbeziehungsmanagement. Kohlhammer Verlag, Stuttgart: 118-139
- 80: Raab A, Drissen A (2011) Wie sollten die Prozesse während der Einweisung, stationären Behandlung und Rücküberweisung gestaltet werden, um die Einweiser zufriedenzustellen? In: Raab A, Drissen A (eds) Einweiserbeziehungsmanagement. Stuttgart: 141f
- 81: Raab A, Drissen A (2011) Wie sollten die Prozesse während der Einweisung, stationären Behandlung und Rücküberweisung gestaltet werden, um die Einweiser zufriedenzustellen? In: Raab A, Drissen A (eds) Einweiserbeziehungsmanagement. Kohlhammer Verlag, Stuttgart: 144
- 82: Riegl GF (1996) Klinik-Marketing beginnt bei Vorgesetzten und Mitarbeitern. f&w (Führen und Wirtschaften im Krankenhaus) 13: 45-52
- 83: Saßen S (2011) Elektronisches Zuweiserportal: Wie unterstützen elektronische Plattformen die Zusammenarbeit von Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten? In: Raab A, Drissen A (eds) Einweiserbeziehungsmanagement. Kohlhammer Verlag, Stuttgart: 149f
- 84: Scharnbacher K, Kiefer G (1998) Kundenzufriedenheit, Analyse, Messbarkeit und Zertifizierung. Oldenburg Verlag, 2. Auflage, München: 18
- 85: Schenk HO (2007) Psychologie im Handel. Entscheidungsgrundlagen für das Handelsmarketing. Oldenbourg Verlag, 2. Auflage, München/Wien
- 86: Schirmer HD, Schröder J (2012) Richtig Kooperieren – Rechtliche Rahmenbedingungen für die Zusammenarbeit von Vertragsärzten. Kassenärztliche Bundesvereinigung: 1-3
- 87: Schramm A (ed) (2012) Online-Marketing für das erfolgreiche Krankenhaus. Springer: 145-159
- 88: Thielscher C (2015) Erfolgreiche Zuweiserkommunikation. MA Akademie Verlags- und Druck- Gesellschaft mbH, Essen: 13
- 89: Thill KD (1996) Ideenhandbuch für erfolgreiches Krankenhaus-Marketing. Kulmbach

- 90: Thill KD (1996) Die Kundenzufriedenheitsanalyse als Baustein der Krankenhaus-Kommunikationsstrategie. Krankenhaus Umschau: 232-234
- 91: Thill KD (2010) Einweisermarketing für Krankenhäuser - Niedergelassene Ärzte professionell gewinnen und binden. Gabler Verlag, Wiesbaden: 174f
- 92: Tscheulin DK, Helmig B (2001) Branchenspezifisches Marketing: Grundlagen Besonderheiten Gemeinsamkeiten. Gabler Verlag: 419
- 93: Urban D, Mayerl J (2006) Regressionsanalyse: Theorie, Technik und Anwendung. Verlag für Sozialwissenschaften, 2. Auflage, Wiesbaden: 379
- 94: Veröffentlichung der Einwohnerzahlen am 31. Dezember 2010; Gemeinden, Kreise und Regierungsbezirke in Bayern. In: Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung. Bearbeitungsstand: 08. März 2016, 11:00 UTC. URL: [https://www.statistik.bayern.de/veroeffentlichungen/advanced\\_search\\_result.php?XTCsid=b6a6ea277a6bf073e297cd4b329710b0&keywords=einwohnerzahlen+2010](https://www.statistik.bayern.de/veroeffentlichungen/advanced_search_result.php?XTCsid=b6a6ea277a6bf073e297cd4b329710b0&keywords=einwohnerzahlen+2010)
- 95: Wöhe G (2010) Einführung in die allgemeine Betriebswirtschaftslehre. Vahlen, München, 24. Auflage: 146

## 8 Danksagungen

Mein großer Dank geht zunächst an meinen Doktorvater Herrn Priv. Dozent Dr. med. Martin Strowitzki für die Überlassung dieser Promotion, die Unterstützung und die Verbesserungsvorschläge im Verlauf dieser Arbeit.

Ebenso möchte ich mich herzlich bei all jenen Personen bedanken, die mich auf unterschiedliche Weise unterstützt und zu dieser Dissertation beigetragen haben.

Am meisten aber danke ich meinen Eltern, meinen Schwestern und meiner Freundin, die mir stets Mut zugesprochen und mich mit Geduld in meiner Arbeit bestärkt haben, allen voran meine Mutter. Diese Arbeit widme ich ihr.