

**Berichte aus dem Bereich "Arbeit und Entwicklung"
am Psychologischen Institut der FU Berlin
(Hrsg. M. Hildebrand-Nilshon, E.-H. Hoff und H.-U. Hohner)**

Nr. 5

Hans-Uwe Hohner

**Inhaberzentrierte Kleinunternehmen in
organisationspsychologischer Perspektive
- Das Beispiel Arztpraxis -**

1994

Dieser Forschungsbericht enthält konzeptionelle Überlegungen und erste empirischen Befunde. Beides dient der weiteren Konkretisierung einer systematischen Studie. Inhaltliche Anregungen, Kritik und sonstige Kommentare sind deshalb ausdrücklich erbeten!

Korrespondenzadresse: Dr. Hans-Uwe Hohner,
Psychologisches Institut, Arbeits- und Organisationspsychologie
FU Berlin, Habelschwerdter Allee 45, 14195 Berlin.
Tel. 030-838-5768 Fax 030/838-5766
e-mail: hohner@zedat.fu-berlin.de

| | |
|--|----|
| Zusammenfassung/Abstract..... | 2 |
| 1. Defizite in der arbeits- und organisationspsychologischen Forschung hinsichtlich kleiner und kleinster Unternehmen..... | 3 |
| 1.1 Konzeptionelles Defizit: kleine Unternehmen werden in den gängigen Organisationsmodellen nicht angemessen berücksichtigt..... | 3 |
| 1.2 Praxisbezogenes Defizit: kleine Organisationen erfahren zu wenig Unterstützung im Bereich von OE und PE. | 7 |
| 1.3 Theoretisches Defizit: Es liegt derzeit noch kein elaboriertes Modell einer integrativen Verknüpfung von Organisation und Person in ihrer Entwicklungsdynamik vor..... | 8 |
| 2. Arztpraxen als kleine inhaberzentrierte Unternehmen der Gesundheitsbranche..... | 10 |
| 2.1 Enge Verknüpfung von Inhaber und Unternehmen | 11 |
| 2.2 Große wirtschaftliche und politische Bedeutung..... | 11 |
| 2.3 Arztpraxen als Unternehmen im Wettbewerb..... | 12 |
| 2.4 Forschungsstrategische Bedeutung..... | 13 |
| 3. Erkundungsstudie zur Praxisanalyse niedergelassener Ärzte | 15 |
| 3.1 Untersuchungsanlage, Fragebogen, Stichprobe | 15 |
| 3.2 Basisdaten zur Praxis: Lage, Ausstattung und Patientensituation..... | 19 |
| 3.3 Ärzte und Personal in vergleichender Einschätzung..... | 22 |
| 3.4 Zur Selbsteinschätzung der Praxisinhaber/innen | 25 |
| 4. Zwischenbilanz und Forschungsperspektiven | 44 |
| Literaturangaben..... | 49 |

Zusammenfassung/Abstract

Der vorliegende Bericht enthält theoretische, konzeptionelle und methodische Überlegungen zur beruflichen Entwicklung von kleinen inhaberzentrierten Unternehmen aus organisationspsychologischer Sicht. Dabei geht es aber nicht um eine isolierte Betrachtung der Praxisinhaber, sondern vielmehr um die Entwicklung der gesamten Organisation, die dabei auch in ihrem gesundheitspolitischen, ökonomischen und sozialen Umfeld und auf ihrem "biographischen" Hintergrund beschrieben werden muß. Exemplarisch werden dafür Arztpraxen herangezogen. Erste Ergebnisse einer Erkundungsstudie an über 70 Arztpraxen aus dem Raum Berlin, Cottbus, Frankfurt a.M., Frankfurt/Oder, Köln und München werden ausschnittsweise dargestellt und kommentiert. Sodann werden Perspektiven und konkrete Arbeitsschritte für die weitere Forschungsarbeit skizziert. In theoretischer Hinsicht soll die Entwicklung einer kontrolltheoretisch fundierten Konzeption der integrativen Entwicklung von Personen und Organisationen speziell für kleine inhaberzentrierte Organisationen weiter vorangetrieben werden. In anwendungsbezogener Hinsicht geht es um die Konstruktion eines theoretisch stringenten Instrumentarium zur Diagnose, Gestaltung und Evaluation von kleinen inhaberzentrierten Betrieben.

1. Defizite in der arbeits- und organisationspsychologischen Forschung hinsichtlich kleiner und kleinster Unternehmen

Zwar besteht ein beträchtlicher Gestaltungs- und Entwicklungsbedarf gerade auch für kleine Unternehmen. So sind beispielsweise im Zuge der Vereinigung in den neuen Bundesländern zahlreiche Existenzgründungen erfolgt - nicht zuletzt im ärztlichen Bereich. Gleichwohl trifft man in den Organisationswissenschaften - was kleine Unternehmen anbelangt - gewissermaßen auf eine terra incognita, die offenbar erst noch entdeckt, vermessen und gestaltet werden muß. Es mangelt an theoretisch und begrifflich zufriedenstellenden Kategorien für kleine Organisationen. Und es fehlt auch an einer fundierten praktischen Anwendung psychologischen Know-Hows. Einige Aspekte dieses konzeptionellen (1.1), praxisbezogenen (1.2) und theoretischen Defizites (1.3) werden nachfolgend skizziert.

1.1 Konzeptionelles Defizit: kleine Unternehmen werden in den gängigen Organisationsmodellen nicht angemessen berücksichtigt

Ist in organisationswissenschaftlichen Beiträgen von der Organisationsstruktur, von Hierarchie und Differenziertheit usw. die Rede, dann steht dahinter die Vorstellung von einem großen Unternehmen. Kleine gewerbliche Unternehmen wie Handwerksbetriebe, Autowerkstätten, aber auch kleine Dienstleister (Hotels, Restaurants, Reisbüros ..) passen ebenso wenig in dieses Organisationsmodell wie die sogenannten Freiberufler (Rechtsanwaltskanzleien, Steuerbüros, Architektenteams), die in der Regel mit nur einer Handvoll MitarbeiterInnen ihre Arbeit verrichten.

Solange wissenschaftliche Beiträge zur Organisationspsychologie das Bild einer großen Organisation mit zahlreichen Angehörigen, unterschiedlichen Abteilungen und Geschäftsbereichen, verschiedenen Führungsebenen usw. zugrunde legen (vgl. z.B. Büssing 1993), solange kommen kleine Unternehmen organisationspsychologisch zu kurz. Sie können nur unzureichend beschrieben werden und dementsprechend mangelt es auch bei der praktischen Gestaltung an differenzierten Konzepten, Maßnahmen und Methoden.

Abb. 1: Dimensionen zur Charakterisierung der Organisationsstruktur (vom Autor ergänzt nach Kieser & Kubicek 1983, vgl. Büssing 1992, S. 23 ff.)

Spezialisierung / Rollen

große Organisation ("Rolleneinfalt"):

- funktionale Spezialisierung
 - divisionale Spezialisierung *Arztpraxis ("Rollenvielfalt"):*
 - unterschiedliche Aufgabenverteilung
 - Bündelung unterschiedlicher Rollen auf eine Person

Koordination / Führung

große Organisation:

- durch persönliche Weisung
- durch Selbstabstimmung
- durch Programme / Standardisierung
 - durch Pläne *Arztpraxis:*
 - durch Selbstabstimmung (Inhaber)
 - durch persönliche Weisung (Mitarbeiter)
 - Standardisierung und Formalisierung nicht gegeben

Konfiguration

große Organisation:

- Ein- vs. Mehrliniensystem
- Stab- vs. Linienstellen
 - ein- vs. mehrdimensionale Strukturen *Arztpraxis:*
 - nur zwei Hierarchieebene
 - statt Stabstellen externe Berater bzw. "gesunder Menschenverstand"
 - starke informelle Strukturierung, z.B. bei Aufgabendefinition und -delegation

Delegation

große Organisation:

- Klare Delegation von Entscheidungsbefugnissen *Arztpraxis:*
 - informelle und veränderliche Delegation

Formalisierung (z.B. schriftlich fixierte Regeln)

große Organisation:

- der Organisationsstruktur
- des Informationsflusses (Dienstweg)
 - der Leistungsdokumentation *Arztpraxis:*
 - Formalisierung der Organisationsstruktur nicht gegeben
 - Formalisierung des Informationsflusses nicht gegeben
 - Formalisierung der Leistungsdokumentation allenfalls für die Ebene der Angestellten

In Abb. 1 wird eine Arztpraxis - exemplarisch für ein Kleinunternehmen - einer großen Organisation gegenübergestellt. Dabei wird deutlich, daß die organisationspsychologisch grundlegende konzeptionelle Kategorie der formalen Struktur von Organisationen (vgl. Kieser & Kubicek 1983), die Organisationen über Dimensionen wie Spezialisierung, Koordination, Konfiguration, Delegation, Formalisierung definiert zwar für große, nicht aber gleichermaßen für kleine und kleinste Organisationen gilt. So ist etwa die mit dem Prinzip der Arbeitsteilung verbundene Tatsache, daß die Spezialisten in einem großen Unternehmen keine detaillierten Kenntnisse von der Arbeit ihrer Kollegen benötigen dann aufgehoben, wenn sich in kleinen Betrieben die Kollegen im Krankheits- oder Urlaubsfall gegenseitig vertreten müssen.

Geringere Ressourcen für OE und weniger Attraktivität von Kleinunternehmen für Organisationspsychologen

Obgleich die Mehrzahl der bundesdeutschen Arbeitsplätze in kleinen und mittelständischen Unternehmen angesiedelt ist, und obgleich gerade diese Unternehmen als der innovative Teil und eigentliche Träger der sozialen Marktwirtschaft gelten, üben diese Betriebe offensichtlich für die Arbeitspsychologie und Organisationspsychologie nicht eine derart "magische" Faszination aus, wie sie etwa von Automobilkonzernen oder anderen industriellen Großunternehmen auszugehen scheint. Schon allein die Tatsache, daß dies so ist, kann als ein wesentliches Charakteristikum für kleinere Unternehmen gelten. Denn diese verfügen in der Regel nicht über die materielle und personelle Ausstattung für Spezialisten, die sich etwa mit Marketingfragen oder mit der Pflege der politischen Landschaft beschäftigen können, oder die andere - grundsätzlich für ein Unternehmen wichtige - Aufgaben und Funktionen im Bereich der Personal- und Organisationsentwicklung übernehmen könnten. Auch aus diesem Grund werden Kleinbetriebe keine aufwendigen Organisationsanalysen und Mitarbeiterbefragungen durchführen lassen und auf systematische Weiterbildungsbedarfsanalysen verzichten. Und sie verfügen über keine spezifisch auf den eigenen Bedarf zugeschnittenen Instrumente der Personaldiagnostik und -entwicklung. Aufgrund ihrer Kleinheit und der personenbezogenen Unterschiedlichkeit erscheinen sie auch als Forschungsobjekte weniger attraktiv als große Unternehmen. Denn es stellt sich stärker als bei großen Betrieben die Frage nach der externen Validität der Befunde. Hat man dagegen als externer Forscher erst einmal den Zugang zu einem großen Unternehmen gefunden, dann eröffnen sich dort vielfältigere Zugänge zu psychologisch

relevanten Themen und Fragestellungen (um nur einige Schlagwörter zu nennen: technologische Veränderungen und ihre Auswirkungen auf die Mitarbeiter; Arbeitsmotivation; Sozialisation im Betrieb; Qualitätszirkel; Gruppenarbeit; lean production ...). Und - aus forschungsökonomischen Gründen nicht zu unterschätzen! - man kann mit weniger Aufwand mehr Informationen (Daten) zusammentragen, als dies bei Kleinunternehmen der Fall wäre

Viele Kleinbetriebe sind dauerhaft mit ihrem Gründer/Inhaber verbunden

Ein weiterer Hauptunterschied zwischen großen und kleinen Betrieben besteht darin, daß kleine Betriebe (z.B. eine Rechtsanwaltskanzlei) auf Dauer mit der Person ihres Gründers eng verknüpft sind. Mit dem Ausscheiden des Gründers werden sie in ihrer Identität entscheidend verändert - sofern sie nicht sogar "sterben". Nimmt man Großkonzerne als Gegenstück so erinnern diese dagegen oft nur noch durch ihren Namen an ihre Begründer: Siemens, Daimler, Porsche, Krupp, Borsig, aber auch Grundig, Springer, Nixdorf usw.. Sie laufen aber längst als eigenständige Management-Unternehmen, in denen die Erben der Gründer häufig nur noch als Aktionäre eine - mehr oder weniger untergeordnete - Bedeutung haben. Im operativen Geschäft ist die Gründerfamilie häufig gar nicht mehr tätig. Aber selbst wenn die Gründer bzw. Eigner geschäftsführend tätig sind (z.B. Aldi, Jill Sander) wird sich die Inhaberzentriertheit in einer großen Organisation in wesentlichen Aspekten von jener in einer kleinen Organisation unterscheiden. Beispielsweise betrifft dies den Grad der Reflektion dieses Aspektes: so kann die Inhaberschaft bei großen wie bei kleinen Betrieben etwa bei der Innen- und Außendarstellung des Unternehmens mehr oder weniger stark bewußt herausgestellt werden.

Nicht auf permanentes Wachstum angelegt

Für etliche Kleinunternehmen ist es charakteristisch, daß sie a priori nicht auf ein permanentes Wachstum (an Umsatz, an Beschäftigten) angelegt sind. Darunter fallen die meisten Handwerksbetriebe, Freiberufler, aber auch etliche gewerbliche Dienstleister z.B. aus dem Gastronomiebereich. Dagegen sind manche (produzierenden) Unternehmen auf ein - manchmal sogar außerordentlich schnelles - Wachstum ausgerichtet (z.B. im Computerbereich, manche Hoch- und Tiefbauunternehmen, fast-food Ketten usw.). Nach ihrer Gründungs- und ersten Expansionsphase haben sie häufig schon einen Stamm von mehreren Hundert Mitarbeitern erreicht. Dagegen ist ein Klempnerbetrieb, ein Familienhotel, ein Steuerbüro und eine Arztpraxis dauerhaft auf nur wenige Organisationsangehörige

angelegt. Unternehmen mit mehr als 10 ständigen festangestellten Mitarbeitern bilden hier schon fast eine Ausnahme. Das bedeutet, daß klassische und aktuelle Organisationskonzepte (z.B. Weber 1972, March & Simon 1976, Kieser & Kubicek 1983, Büssing 1992) für diese Organisationsformen überhaupt nicht greifen, da sie a priori von Organisationen mit weit mehr Angehörigen ausgehen (vgl. Abb. 1).

Wie können Kleinunternehmen organisationspsychologisch angemessen beschrieben und in ihrer Entwicklung erfasst und gestaltet werden?

Aus dem eben beschriebenen konzeptionellen Defizit erwächst somit als Forschungsanliegen die Frage nach angemessenen Kategorien und Konzepten, durch die auch kleine und kleinste Organisationen in ihrer Vielfalt erfasst und damit in ihrer Entwicklung angemessen beschrieben und analysiert werden können.

1.2 Praxisbezogenes Defizit: kleine Organisationen erfahren zu wenig Unterstützung im Bereich von OE und PE.

Auch von der praktischen Seite her gesehen fallen die entwicklungsbezogenen Belange von Kleinbetrieben eher unter den Tisch. Sie sind als Organisationen nur schwer zu systematisieren und erfordern deshalb grundsätzlich individuell ausgerichtete Lösungen - dies macht sie als Kunden für Beratung wenig attraktiv, denn der Berater/Organisationsentwickler kann weder allein auf der Grundlage einer fertigen Methode "standardisiert" vorgehen, noch kann er allein personenbezogen (z.B. im Sinne eines Coaching-Modelles oder im Sinne der früher so beliebten gruppenspezifischen Methoden) vorgehen. Kleinbetriebe sehen häufig auch selber wenig Bedarf an entsprechender Beratung und Entwicklung: entweder läuft der Betrieb gut - dann braucht man nichts zu ändern, oder der Betrieb läuft schlecht - dann fehlen die entsprechenden, vor allem: finanziellen, Ressourcen. Ein kleiner Handwerksbetrieb braucht vermeintlich keine eigene Weiterbildungsbedarfsanalyse. Eine systematische und durchdachte Personalstrategie wird möglicherweise durch die entsprechende "Alltagstheorie" und den "diagnostischen Blick" des selbständigen Handwerksmeisters ersetzt. Und soweit EDV-Schulungen oder andere Qualifizierungen der MitarbeiterInnen anfallen, greift man auf externe Angebote der Kammern oder des Bildungsmarktes zurück - oder man versucht es im Eigenverfahren durch Versuch und Irrtum.

Da sich im Unterschied zu großen divisionalen Unternehmen bei kleinen Betrieben alle betrieblich nötigen Vorgänge (Planung, Produktion, Marketing, betriebswirtschaftliche Steuerung, Finanzierung usw.) auf nur wenige Personen verteilen oder sogar in einer Person kristallisieren (z.B. Arzt, selbständiger Handwerksmeister) besteht gerade in kleinen Betrieben ein enormer "objektiver" Beratungsbedarf - objektiv in dem Sinne, daß er unabhängig von der diesbezüglichen Meinung des Kleinunternehmers besteht. Denn Kleinunternehmen haben im Prinzip die gleichen Herausforderungen zu bestehen wie Großunternehmen. Sie haben sich permanent auseinanderzusetzen mit den technologischen Veränderungen (sei es im Bürobereich oder sei es in der Produktion), mit den Veränderungen im "Kundenbereich" und im "Lieferantenbereich", mit betriebswirtschaftlichen Veränderungen (Steuerrecht, Arbeitsrecht), mit politischen, sozioökonomischen und ökologischen Rahmenbedingungen (neue Konkurrenz durch Europaöffnung, durch einen kleiner werdenden relativen Absatzmarkt, durch zusätzliche Belastungen bei der Anpassung von Maschinen an neue Umweltnormen usw.). Man kann also festhalten: Kleine Unternehmen haben prinzipiell den gleichen Entwicklungsbedarf wie große Unternehmen, sie haben für diese Entwicklungsaufgaben aber in der Regel weniger interne Ressourcen (Zeit, Mitarbeiter, Spezialisten). Aber auch wenn sie auf externe Ressourcen (z.B. hinsichtlich Finanzierung, Unternehmensberatung, Personalberatung, Steuerberatung, EDV-Beratung, Rechtsberatung, Fortbildung, Weiterbildung) zurückgreifen schweben sie in der Gefahr, eher mit 08-15 Lösungen "abgespeist" zu werden, da viele entsprechende Angebote nicht individuell auf die spezifischen Bedürfnisse des Kleinunternehmens zugeschnitten werden können - sei es mangels Zeit und Geld oder sei es wegen fehlender Kompetenzen der Berater.

1.3 Theoretisches Defizit: Es liegt derzeit noch kein elaboriertes Modell einer integrativen Verknüpfung von Organisation und Person in ihrer Entwicklungsdynamik vor.

Ein wesentliches Spezifikum kleiner und kleinster Unternehmen ist der enge und dauerhafte Zusammenhang zwischen der Organisation und ihren (wenigen) Organisationsangehörigen. Denn die Entwicklung des Kleinunternehmens ist wesentlich stärker und in einer anderen Qualität mit der Entwicklung ihrer Angehörigen verbunden als dies bei größeren und großen (z.B. Universität, Behörde, Metallindustrie) bzw. auf kontinuierliches Wachstum angelegten

Organisationen (z.B. EDV-Branche) der Fall ist. Dies bedeutet für die organisationspsychologische Forschung: Gerade bei Klein- und Kleinstunternehmen muß Entwicklung als integrative Entwicklung von Personen und Organisationen konzipiert und entsprechend untersucht werden. Denn kleine Organisationen können in weit geringerem Maße als unabhängig von ihren konkreten Mitgliedern gesehen werden wie dies bei großen Organisationen der Fall ist. Die Kopplung und wechselseitige Abhängigkeit von Organisation und einzelnen Organisationsangehörigen erschließt sich in ihrer theoretischen Bedeutung vor allem dann, wenn es um die Beschreibung und Analyse von entsprechenden Entwicklungs- und Veränderungsprozessen geht. Geht es also um die Erfassung beruflicher Entwicklungsvorgänge - sei es bei Individuen, Kollektiven oder auf der Ebene des gesamten Kleinunternehmens - dann wird es theoretisch zwingend, Person und Organisation konzeptionell nicht nur mithilfe einfacher Kausalmodelle aufeinander zu beziehen, sondern sie konzeptionell miteinander zu verkoppeln.

Zu diesem Zweck ist ein kontrolltheoretisch fundiertes integratives Modell vorgeschlagen worden (Hohner 1994, vgl. auch Hohner 1985, 1987). Dieses Modell verbindet die Person-Ebene mit der Organisations-Ebene. Zwei weitere theoretische Ebenen der Person-Umwelt-Interaktion resultieren aus dieser Verknüpfung: die perzeptive Ebene und die Ebene des individuellen Handelns bzw. Verhaltens. Durch die integrative Verknüpfung ergeben sich Aufschlüsse hinsichtlich motivationaler Fragen und hinsichtlich identitätsbezogener Aspekte. Es kann dann beispielsweise genauer untersucht werden, welche persönlichen und welche organisationalen Ressourcen eine "erfolgreiche" (was als Erfolg anzusehen ist, sei an dieser Stelle ausgeklammert) Entwicklung ermöglichen bzw. behindern oder verhindern. Desweiteren stellen sich Fragen des Zusammenhanges von persönlicher, beruflicher und organisationaler Identität. In anwendungsbezogener Hinsicht geht es vor allem um die Entwicklung eines Instrumentariums zu theoriegeleiteten kooperativen und konsensorientierten Diagnostik partiell identischer Interessen von Person und Organisation (Hohner & Hoff 1992) mit dem Ziel der Förderung von realitätsangemessenen Handlungsspielräumen und (personalen und organisationalen) Handlungsressourcen. Mit diesem integrativen Konzept zwingend verbunden sind eine biographische Perspektive, eine differentielle Sichtweise und ein subjektorientiertes Vorgehen (Hohner 1993).

Zunächst interessiert vor allem die Person der Gründer, später aber auch die der weiteren Organisationsangehörigen. So kann beispielsweise vermutet werden, daß

in kleinen Betrieben die Bedeutung der Privatsphäre ihrer Mitglieder (und der damit verbundenen Ereignisse) auf das Unternehmenswohl - und vice versa - größer ist als in großen Betrieben. Dies gilt positiv wie negativ. Die Schwangerschaft der langjährig tätigen und vielseitig kompetenten Allround-Bürokratie in einem Software-Unternehmen kann den kleinen Betrieb härter treffen als den größeren, der die Lücke auf mehrere Schultern verteilen kann bzw. der sich in einem gewissen Wachstumsstadium sowieso schon stärker differenziert und spezialisiert hat. Umgekehrt können aber im Kleinbetrieb zum Beispiel flexiblere und auf den spezifischen Einzelfall zugeschnittene Arbeitszeitregelungen gefunden werden als in einer bürokratisch reglementierten großen Verwaltung. Ein wesentliches Forschungsanliegen ist also repräsentiert durch die Frage nach angemessenen Entwicklungsmodellen und Entwicklungsklassifikationen zur Charakterisierung kleiner Organisationen. Weiter stellt sich die Frage nach spezifischen Entwicklungsaufgaben und nach den spezifischen internen und externen Entwicklungsressourcen von Kleinunternehmen.

2. Arztpraxen als kleine inhaberzentrierte Unternehmen der Gesundheitsbranche

Als Ausgangspunkt für die empirische Untersuchung von Entwicklungsprozessen von Personen und Organisationen bieten sich Arztpraxen aus folgenden Gründen an. Sie sind auf Dauer angelegte inhaberzentrierte Kleinstunternehmen (2.1). Sie haben eine beträchtliche wirtschaftliche (2.2) und politische Bedeutung. Und sie stellen sich zunehmend auch als konkurrenzorientierte Unternehmen dar (2.3).

Das personalbezogene und umsatzbezogene Wachstumspotential einer Arztpraxis ist begrenzt. Schon eine Praxis mit mehr als zehn MitarbeiterInnen dürfte recht selten anzutreffen sein. Aber selbst im Falle von Praxisgemeinschaften oder gar von Privatkliniken werden niemals Größenordnungen erreicht, wie dies z.B. bei manchen boomenden EDV-Unternehmen der Fall ist bzw. war. Dafür sind aber Fälle von Konkurs so gut wie ausgeschlossen - eine entsprechende Betriebsführung vorausgesetzt. Die einmal gegründeten und eingeführten Praxen behaupten sich - im Unterschied zu manchen schlecht fundierten Ex- und Hopp-Gründungen (z.B. überstürzt erfolgten Videothekengründungen) - langfristig am

Markt. Nicht zuletzt liegt dies auch an einem mehr oder weniger festen Patientenstamm mit hoher Praxisbindung.

2.1 Enge Verknüpfung von Inhaber und Unternehmen

Wie andere "beständige Kleinunternehmen" sind Arztpraxen stark inhaberbezogen. Die Entwicklung der Organisation Arztpraxis ist deshalb auf das engste verknüpft mit der beruflichen - und privaten - Entwicklung des Inhabers; seine Alltagstheorien von Führung und Kommunikation und die entsprechenden personalen (Nicht)- Kompetenzen können das tagtägliche Miteinander von Arzt und Sprechstundenhilfe, von Arzt und Patient maßgeblich beeinflussen. Deshalb sind sie besonders interessant für die Untersuchung des Entwicklungszusammenhanges von Persönlichkeit, Organisation und Freizeit in biographischer Perspektive.

2.2 Große wirtschaftliche und politische Bedeutung

Ärzte können als gesundheits- und wirtschaftspolitisch relevante Schlüsselfiguren gelten. Dies gilt nicht nur für die entsprechenden Entscheidungspositionen in den Kliniken sondern auch für die meisten niedergelassenen Ärzte. Sie haben - sei es als Individuen, sei es via Berufsverbände - eine enorme volkswirtschaftliche und gesundheitspolitische Bedeutung. Durch ihre Einstellungen, Meinungen, Vorlieben, Qualifikationen usw. beeinflussen sie auch die gesundheitspolitische Diskussion. Dies betrifft z.B. die Frage von Medikamentengebrauch und - mißbrauch, die Frage nach dem Verhältnis von Prävention und Intervention oder die Frage nach dem Verhältnis von "sprechender" und "apparativer" Medizin. Die volkswirtschaftliche Dimension wird deutlich wenn man sich vergegenwärtigt, daß jede 10. Mark des Bruttosozialproduktes direkt (z.B. per Liquidation) oder indirekt (Delegation von Leistungen an andere Gesundheitsberufe wie z.B. Krankengymnasten, Entscheidung für oder gegen bestimmte Medikamente, Entscheidungen im Bereich von Praxis- und Klinikausstattung usw.) durch Ärzte bewegt wird. Schon allein aufgrund dieser Schlüsselstellung verdienen sie es, Gegenstand eines anwendungsbezogenen wissenschaftlichen Interesses zu sein.

2.3 Arztpraxen als Unternehmen im Wettbewerb

Arztpraxen müssen zunehmend als marktbezogene Kleinunternehmen gesehen werden. Dadurch gewinnen betriebswirtschaftliche, organisationspsychologische und Marketing-Aspekte an Bedeutung. Maßnahmen des Organisationsdesigns, der Organisationsentwicklung, des Personalmarketings und der Personalentwicklung sind zunehmend als strategische Erfolgsfaktoren zu bewerten - unabhängig davon, ob die jeweiligen Praxisinhaber dies so sehen oder nicht.

Arztpraxen als Wirtschaftsunternehmen.

Viele Arztpraxen sind investive Unternehmen, die bei ihrer Gründung zunächst für die Sicherstellung der Finanzierung zu sorgen haben. Während früher die finanziellen Aspekte einer Praxisgründung relativ einfach und unproblematisch waren, gestaltet sich diese prinzipiell unternehmerische Aufgabe zunehmend schwieriger. Dies betrifft nicht nur die Frage der Niederlassung, sondern vor allem auch die der Finanzierung, die wiederum mit jener der angestrebten Spezialisierung und Entwicklungsperspektive der Praxis zusammenhängt. Im Zusammenhang mit der deutschen Vereinigung gibt es speziell in den neuen Bundesländern eine Vielzahl von Praxisneugründungen.

Kundenorientierung als zukünftige Entwicklungsaufgabe.

Arztpraxen haben Kunden (=Patienten) von denen sie leben. Diese gliedern sich in einen festen Patientenstamm und in eine sogenannte Laufkundschaft. Ihnen tritt der Arzt als Fachautorität, ggfs. auch als "menschliche Autorität", entgegen. Die gesamte Organisation erscheint (dem Klienten) als Institution der Gesundheitsdienstleistung. Die faktische Abhängigkeit der Arztpraxis von den Kunden erfordert nun zunehmend eine bewußte Marketingstrategie. Denn es verschärft sich nicht nur der Konkurrenzdruck unter den Ärzten, sondern es verändert sich auch das Patientenbewußtsein: Viele Patienten sehen sich nicht mehr als die "geduldig Ertragenden" sondern als Kunden, die für ihr Geld einen guten Service erwarten. Und darunter fällt nun nicht nur die fachliche Dienstleistung des Arztes, sondern auch die begleitenden, die vor- und nachbereitenden Leistungen. Postmoderne Patienten erwarten nicht nur eine optimale fachliche Betreuung, sondern sehen die Arztpraxis als Gesamtorganisation mit darüberhinausgehenden Leistungen. Somit spielen für das Ansehen einer Praxis Faktoren wie die Terminvergabe, die Wartezeiten, die Ausstattung und Atmosphäre eine wichtige Rolle. Ein diesbezüglich negativer Eindruck kann bei den Patienten nicht immer durch die fachlichen Leistung der

Ärzte kompensiert werden - besonders dann nicht, wenn für die Patienten eine Wahlmöglichkeit zwischen mehreren Praxen besteht.

Arztpraxen als Konkurrenzunternehmen mit spezifischen Rahmenbedingungen.

Arztpraxen treten zunehmend in Konkurrenz zueinander. Da sich der Konkurrenzkampf nicht durch eine marktbezogene Preispolitik gestalten läßt, gewinnen indirekte Aspekte, wie die Frage der Spezialisierung auf bestimmte Angebote und Leistungen an Bedeutung. Analog dazu, wie Bestimmungen zum Umweltschutz die Entwicklung einer kleinen Gerberei negativ oder positiv determinieren können (z.B. ein kleines Unternehmen in den Konkurs treiben, wenn es die erforderlichen Investitionen nicht aufbringen kann; bzw. ein kleines Unternehmen frühzeitig zur ökologischen Modernisierung drängen), so können etwa die Abrechnungssätze der GÄO entwicklungssteuernd wirken. Bei der "Jagd nach dem Krankenschein" müssen betriebswirtschaftliche Erwägungen zunehmend gegen die eigenen inhaltlichen Interessen und Orientierungen abgewogen werden. Daß dabei auch Konflikte entstehen zeigt sich sehr deutlich in dem folgenden wörtlichen Zitat einer langjährig tätigen praktischen Ärztin: "Ich arbeite sehr gerne, verliere aber zunehmend die Lust und die Motivation, wenn meine finanzielle Situation immer schlechter wird und es immer mehr Vorschriften in der Diagnostik und Therapie zu beachten gilt und ich vermehrt nach finanziellen Gesichtspunkten handeln muß." (Fragebogen vom 21.4.94, freier Kommentar zur Frage Praxisentwicklung). In diesem Zusammenhang der Marktbehauptung stellt sich also nicht nur die Frage nach der Erschließung neuer Marktsegmente und damit verbunden die entsprechende betriebliche Spezialisierung bzw. Differenzierung, sondern - wie das Zitat zeigt - auch Fragen nach der beruflichen Zufriedenheit und nach der Arbeitsmotivation.

2.4 Forschungsstrategische Bedeutung

Bei nur wenigen organisationalen Grundtypen bieten Arztpraxen mannigfaltige Unterschiede hinsichtlich fachlicher und rollenbezogener Differenzierungen. Trotz ihrer fachlichen Spezialisierung, ihren unterschiedlichen "Philosophien" und "Kulturen" lassen sich fast sämtliche Praxen auf wenige Grundtypen zurückführen, nämlich auf die Einzelpraxis, auf die Gemeinschaftspraxis und auf den Typus der Praxisgemeinschaft. In allen drei Typen agieren die Ärzte nicht nur fachinhaltlich, sondern auch in ihren Rollen als Unternehmer, Arbeitgeber, Vorgesetzter, Personaldiagnostiker und Personalentwickler. Insofern eignen sich

niedergelassene Ärzte besonders gut zur Generierung von neuen Klassifikationschemata und Entwicklungsmodellen in integrativer Perspektive.

Die Tätigkeit niedergelassener Ärzte ist administrativ und organisatorisch eingebettet in eine Reihe weiterer Maßnahmen, durch die die Arbeitskraft und Fachkompetenz von Ärzten und Hilfspersonal erst richtig genutzt und optimiert werden kann. Dazu gehören z.B. die Planung der Geschäftskontakte (Terminvergabe) sowie deren Vor- (Blutdruckmessen) und Nachbereitung (z.B. Rezept ausstellen), das Bestellwesen, die Buchhaltung und das Abrechnungswesen. Dazu gehören aber auch die eigene fachliche Weiterbildung und die Entwicklung der MitarbeiterInnen. Da Arztpraxen in der Regel hierarchisch strukturiert sind kommt dem Arzt in vielerlei Hinsicht die Entscheidungskompetenz zu. Es hängt stark an seiner Person, inwieweit er bestimmte fachfremde aber notwendige Arbeiten (z.B. Krankenscheine abrechnen) kompetent delegieren kann oder nicht. In identitätspsychologischer Hinsicht interessiert besonders die mit diesen Tätigkeiten und Aufgaben verbundene Rollenvielfalt und deren subjektiver Bewertung von niedergelassenen Ärzten.

Die Bedeutung und Relevanz niedergelassener Ärzte zur Untersuchung der in Kap. 1 ausgeführten Themenbereichen ist also dadurch gegeben, daß ...

- ... Arztpraxen in großer Zahl zur Verfügung stehen,
- ... trotz aller fachlichen, regionalen und personalen Differenzierungen eine Standardisierung in wesentlichen Bereichen besteht (z.B. Abrechnungswesen, Werbeverbot),
- ...gleichwohl fast sämtliche Arztpraxen auf drei organisatorische Grundmodelle (Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft) zurückgeführt werden können,
- ... durch sowohl männliche als auch weibliche Praxisinhaber mit ihren spezifischen Problemlagen (Verbindung von Arbeit, Familie, Freizeit; evt. geschlechtsspezifische Entwicklungsmuster) zur Verfügung stehen,
- ... in den neuen Bundesländern innerhalb eines sehr kurzen Zeitraumes eine Vielzahl von Existenzgründungen erfolgt ist, die mit ganz spezifischen Rahmenbedingungen und Motivlagen verbunden sind und die dadurch entsprechende Forschungsfragen provozieren.

Eine Gruppe, die in wesentlichen Merkmalen mit den niedergelassenen Ärzten vergleichbar ist und die damit evt. auch als "Kontrollgruppe" in die Untersuchung miteinbezogen werden könnte, stellen die Rechtsanwälte dar.

3. Erkundungsstudie zur Praxisanalyse niedergelassener Ärzte

3.1 Untersuchungsanlage, Fragebogen, Stichprobe

Das Forschungs- und Entwicklungsvorhaben zur Praxisanalyse befindet sich noch im Aufbau. In diesem Rahmen wird derzeit als Explorationsstudie eine postalische Befragungsaktion durchgeführt. Sie ist Ende 1993 von der Abteilung Arbeits- und Organisationspsychologie am Psychologischen Institut der Freien Universität Berlin in Zusammenarbeit mit dem Institut für Prüfungsvorbereitung, berufliche Entwicklung und Weiterbildung der CCH Laufbahnberatung Berlin und weiteren Praktikern begonnen worden. Sie soll zum einen helfen, spezifische Problemlagen in bestimmten Praxistypen zu erkennen und damit spezifischere Forschungsfragen zu entwickeln. Zum anderen soll sie als Grundlage zur Entwicklung eines kontrolltheoretisch fundierten Instrumentariums zur Entwicklungsdiagnostik dienen (vgl. Kap. 4).

Zunächst wurde ein Fragebogen entwickelt der nach dem Zufallsprinzip ausgewählten Praxen im Raum Berlin, Cottbus, Frankfurt a.M., Köln und München (jeweils Stadtmitte und Außenbezirke bzw. Umland) zugänglich gemacht worden ist. Der Rücklauf hält noch immer an und er liegt derzeit (im September 1994) bei über 70 Praxen.

Für konzeptionelle und methodische Arbeiten danke ich Siegfried Engl, Robert Neubauer und Otto Kellner; für ihre Hilfe bei einem großen Teil der Dateneingabe danke ich Ingrid Kutscher und Gaby Ballhausen; für die erste Datenaufbereitung, die Abfassung eines ersten Berichtes für die Untersuchungsteilnehmer und viele Diskussionen danke ich Siegfried Engl.

Fragebogen zur Praxisanalyse von niedergelassenen Ärzten FPA

Der Fragebogen besteht aus einem Heft von 16 Druckseiten, das in 30 bis 60 Minuten bearbeitet werden kann.

Abb 2: Gliederung des Fragebogens zur Praxisanalyse FPA*

Teil I "Basisdaten zur Praxis"

- Lage und Ausstattung (7 Items)
- Patientensituation (8 Items)
- Die Praxis aus der Sicht der Patienten (10 Items)
- Das Personal aus der Sicht der Patienten (Eigenschaftsliste 16 Items)
- Der Arzt aus der Sicht der Patienten (Eigenschaftsliste 16 Items)
- Der Arzt aus der Sicht des Personals (Eig.sch.liste 16 Items)
- Das Personal in der Einschätzung des Arztes (Eigenschaftsliste 16 Items)
- Fragen zur Praxisorganisation und zum Betriebsklima (14 Items)

Teil II "Persönlichkeit Praxisinhaber"

- Wichtigkeit persönlicher Präferenzen
29 Bereiche (z.B. Hohes psychisches Wohlbefinden, Anerkennung durch andere Menschen, Interessante Arbeitsinhalte, Erfolg haben, Zeit für Familie und Freizeit, Einkommen ..) sollen danach beurteilt werden, wie wichtig sie für den Praxisinhaber sind.
- Zufriedenheit mit diesen Bereichen
Dieselben 29 Bereiche werden nun im Hinblick auf die jeweilige Zufriedenheit beurteilt.
- Selbsteinschätzung von bestimmten Eigenschaften, Verhaltensweisen und Fertigkeiten (25 Items)
- Symptomliste (13 Items)

Teil III "Praxisentwicklung"

- Geschichte und Ruf der Praxis (9 Items)
- Aktuelle Personal- und Praxisorganisation (7 Items)
- Persönliche Praxiskurve
- Fragen zur aktuellen Gesundheitsreform (5 Items)
- Fragen zur Perspektive der Praxis (24 Items)

Soziodemographische Angaben (9 Items)

* Der Fragebogen ist in Zusammenarbeit von Wissenschaftler und Praktikern entstanden. Außer dem Autor waren daran Dipl.-Psych Siegfried Engl (CCH Laufbahnberatung Berlin), Dipl.-Psych. Robert Neubauer (CNG Starnberg) und Dipl.-Psych. Dr. med. Otto Kellner (Praxis Bad Marienberg) beteiligt.

Rund 240 Fragen sind durch Ankreuzen auf einer vierstufigen Likert-Skala (mit zusätzlicher "Keine Antwort-Alternative") zu bearbeiten. Der Fragebogen fragt nach wichtigen Kennwerten einer Praxis u.a. aus den Bereichen: Lage und Ausstattung der Praxis, Patientenstruktur, Praxis aus Patientensicht, Klima allgemein, Präferenzen des Arztes, Streßsymptome beim Arzt, Praxisorganisation, Zukunftssichten der Praxis, Auswirkungen der Gesundheitsreform und konkrete Perspektiven der Praxisentwicklung.

Bei jedem der eruierten Fragebereiche werden zusätzlich offene Kommentare angeregt, die auch häufig erfolgten.

Der Fragebogen ist in drei Hauptbereiche gegliedert, die jeweils wiederum spezifische Aspekte durch jeweils mehrere Items abdecken (vgl. Abb. 2). Nur in ganz wenigen Fällen wurde vom Likert-Antwort-Format abgewichen, etwa wenn die durchschnittliche Wartezeit der Patienten direkt in Minuten angegeben werden soll oder wenn nach dem Alter in Jahren gefragt wird. Zusätzlich zu den Likert-Items und zu den offenen Kommentaren wurde eine sogenannte Praxiskurve vorgelegt, auf der die Entwicklung und die Entwicklungsperspektiven anhand einer Jahresskala von 1980 bis 1998 abgetragen werden konnte.

Somit ergeben sich für eine erste Auswertung drei wesentliche Datenquellen

- ein standardisierter (quantitativer) Teil, der mittels SPSS zunächst auf Einzelitembasis ausgewertet wird,
- ein qualitativer Teil, der sich auf dieselben Themen bezieht und wo in einem ersten Schritt die schriftlichen Aufzeichnungen wortgetreu transskribiert werden, sowie
- ein Entwicklungsprofil ("persönliche Praxiskurve") zur bisherigen und künftigen Entwicklung.

Auf der Grundlage dieser Informationen kann - sofern dies im Einzelfall sinnvoll erscheint bzw. gewünscht wird - ein individuelles Gutachten erstellt werden.

Stichprobe

Der Fragebogen wurde an eine Zufallsstichprobe von Arztpraxen versendet. Diese Stichprobe wurde über Ärzteverzeichnisse gewonnen und umfaßt Ärzte und Ärztinnen aus den alten und neuen Bundesländern. Der Fragebogen konnte zudem bei der CCH Laufbahnberatung oder der Freien Universität von interessierten

Praxen angefordert werden. Ziel war es, wenigstens fünfzig Praxen für die explorative Vorstudie zu gewinnen. Auf dieser Grundlage soll sodann sowohl der inhaltliche als auch die methodische Forschungsansatz differenziert und präzisiert werden. In die vorliegende Auswertung sind alle Fragebogen einbezogen, die bis Ende September 1994 eingegangen sind. Die insgesamt N=73 Fragebogen verteilen sich folgendermaßen.

Region: Wegen der spezifischen Bedingungen der Neugründungen in den neuen Bundesländern sind auch ostdeutsche Praxen miteinbezogen. So stammen 13,9% der Fragebögen aus dem Raum Cottbus und Frankfurt/Oder. Jeweils ein knappes Drittel kommen aus Berlin (32,0%, überwiegend aus dem Westteil) und aus Köln (27,4%), gefolgt vom Raum München (14,9%) und Frankfurt a.M. (8,2%).

Einzelpraxis/Praxisgemeinschaft: Mehr als zwei Drittel (71,2%) der Befragten sind in Einzelpraxis tätig, 21,9 % in Gemeinschaftspraxis (zum Teil mit ihren Ehegatten) und immerhin 6,8 % arbeiten in einer Praxisgemeinschaft mit anderen Fachrichtungen zusammen.

Alter: Die Altersspanne liegt zwischen 33 und 65 Jahren, der Median liegt bei 46 Jahren. Davon sind 16% jünger als 40 Jahre und 11% älter als 55 Jahre; allein 34% repräsentieren die Altersgruppe von 40 bis 45 Jahren, und 39% decken den Bereich von 45 bis 55 Jahren ab.

Geschlecht: 30,2% weibliche und 69,8% männliche Inhaber.

Familienstand: Fast zwei Drittel der Befragten sind verheiratet (63,0%), 16,4% sind ledig, 15,1% geschieden und 5,5% verwitwet.

Fachrichtung: Ein knappes Drittel der Befragten (29,6%) repräsentieren Allgemeine Arztpraxen, ein weiteres Drittel wird durch die Fachrichtungen Frauenheilkunde und Geburtshilfe (15,5%), Orthopädie (8,5%), Chirurgie (8,5%) und Allergologie (5,6%) gebildet und das restliche Drittel der Befragten (32,3%) repräsentieren andere Fachrichtungen.

Mit der Ausnahme, daß die Internisten in unserer Stichprobe vergleichsweise gering besetzt sind (bei den Ärzten mit Gebietsbezeichnung stellen sie gemäß der Statistik der Bundesärztekammer die größte Gruppe dar) haben wir bereits bei dieser geringen Fallzahl einen - allerdings nicht repräsentativen - Querschnitt aus dem Fächerspektrum. Dadurch scheint der für eine Explorationsstudie wichtige Aspekt einer möglichst weitgehenden phänomenologischen Vielfalt durchaus gegeben zu sein

3.2 Basisdaten zur Praxis: Lage, Ausstattung und Patientensituation

Die nachfolgenden Ergebnisse haben ausschließlich erkundenden Charakter. Sie sind weder repräsentativ im Sinne der externen Validität (sensu Campbell & Stanley 1963) noch stellen sie eine der theoretischen Perspektive (Hohner 1993, 1994) angemessene Operationalisierung dar. Stattdessen geht es darum, eine Problemauflistung zu erstellen und zu erkunden, welche aktuellen Schwierigkeiten Praxeninhaber/innen sehen, wie sie ihren Bedarf an Personalentwicklung, Organisationsentwicklung oder ihr Betriebsklima einschätzen usw.

Auch können an dieser Stelle nicht alle erfassten Aspekte detailliert wiedergegeben werden. Es werden an dieser Stelle nur Auszählungen für die Gesamtgruppe dargestellt. Da die Befragung noch weitergeführt wird und auf weitere Berufsgruppen (Rechtsanwälte) ausgedehnt werden soll, werden spezifische Detailanalysen (Zusammenhangsanalysen, Gruppenvergleiche) erst zu einem späteren Zeitpunkt sinnvoll.

Am Ende der jeweiligen Abschnitte sind einige freie Kommentare der Befragten zur Veranschaulichung aufgeführt. Sie sind von vielen der Befragten abgegeben worden und haben sich als sehr fruchtbar zur genaueren Erkundung der jeweiligen Problemlagen erwiesen.

Lage und Ausstattung der Praxis

Die meisten befragten Ärzte äußern sich sehr zufrieden mit der Lage und Ausstattung ihrer Praxis. Auf die entsprechende Frage nach der Lage ihrer Praxisräume antworten 97,2% der Befragten, sie seien vollkommen (56,9%) oder weitgehend (40,3%) zufrieden. Ein nicht ganz so positives Bild ergibt sich hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Praxisausstattung. Hier äußern sich nur 25,0% vollkommen zufrieden. Immerhin 11,1% sind mit ihrer Praxisausstattung gar nicht (1,4%) oder nur "ein wenig" zufrieden.

Einige offene Kommentare:

- Die Praxis wurde vor 1 1/2 Jahren nach meinen Wünschen und Bedürfnissen renoviert und entspricht meinen Vorstellungen.
- Gemeinschaftspraxis, Gründung ist 10/91, modernes Projekt
- Die Praxis liegt in einer stark bewohnten Gegend. Patienten kommen aus unmittelbarer Nachbarschaft.

- Praxis ist nicht groß; geht sehr auf jeden einzelnen Patienten ein; alle sind sehr freundlich.
- Wichtig sind Arzt und Arzthelferin, weniger apparative Ausstattung.
- Stadtrandlage, öffentliche Verkehrsanschlüsse zwischen 500 und 1000 m entfernt, neben Sozialbereich + WC nur 3 Praxisräume
- Im Stadtzentrum einer Kleinstadt mit 3000 Einwohnern und genau über einer Apotheke
- Lage gut, Einrichtung nicht die modernste.
- Parkmöglichkeiten könnten besser sein.
- Zentrale Lage - First-class-Ausstattung

Patientensituation

91,8% bejahen die Frage nach einem festen Patientenstamm "weitgehend" (56,2%) bzw. "vollkommen" (35,6%). Bei rund einem Drittel der Praxen hat in den letzten Jahren die Patientenzahl offenbar deutlich zugenommen; sie stimmten der entsprechenden Frage weitgehend (20,8%) bzw. vollständig (13,9%) zu.

Nur 12,3% der Ärztinnen und Ärzte zeigen sich mit ihrer Patientensituation "vollkommen" zufrieden. 61,6% äußern sich "weitgehend" zufrieden. Ein gutes Viertel (26,0%) der Befragten äußern sich als "gar nicht" (5,5%) oder nur "ein wenig" (20,5%) zufrieden.

Einige offene Kommentare:

- 70 % Überweisungen, Spezialsprechstunde
- Seit der Übernahme der Praxis vor 4 1/2 Jahren hat die Zahl der abgerechneten Scheine ständig zugenommen, in den letzten Quartalen jedoch etwas langsamer als bisher.
- Arzt und Personal bemühen sich um die Patienten. Die Praxis ist modern, die Patienten sind jung, Frauen, Kinder und Männer bis 30 Jahre sind die typischen Patienten.
- Stabile Patienten-Situation
- Die Praxis liegt in einer stark bewohnten Gegend. Patienten kommen aus unmittelbarer Nachbarschaft.
- Zunehmende Patientenfluktuation
- Praxisstandortwechsel 5/93, daher natürliche Patientenfluktuation mäßigen Ausmaßes und Zustrom aus neuer Wohnumgebung vermehrt. ...
- Leicht rückläufige Patientenzahlen.
- Meine Praxis besteht erst 2 1/2 Jahre, daher noch keine volle Auslastung -> kurze Wartezeiten.
- Durch GSG zu viele Neuniederlassungen, hierdurch dramatischer Patientenrückgang ...
- Bei mir sind 2/3 Stammpatienten und 1/3 Laufpatienten.
- Hohe Anzahl Privatpatienten.

Terminvergabe und Wartezeit

Für zwei Drittel der befragten Ärzte erscheint die Terminvergabe in ihrer Praxis weitgehend (45,7%) oder vollkommen (20,5%) problemlos. Immerhin ein Drittel der Pbn sehen hier indes mehr oder weniger große Probleme.

Vernachlässigt man einen "Ausreißer" mit angegebener durchschnittlicher Wartezeit von anderthalb Jahren (hier handelt es sich um eine reine Privatpraxis

mit dem Schwerpunkt Homöopathie) dann beträgt die mittlere Wartezeit 6,6 Tage im arithmetischen Mittel bei einem Range von 0 bis 37 Tagen Wartezeit. Die Hälfte der Praxen (50,7%) hat gar keine (16,9%) oder nur eine sehr kurze Wartezeit von 1 oder 2 Tagen (33,8%) aufzuweisen. Weitere 18,3% der Praxen haben eine Wartezeit von 3 bis 10 Tagen und nur 11,3% kalkulieren mit Wartezeiten von drei und mehr Wochen. In der Praxis selber müssen die Patienten nach Einschätzung der Praxisinhaber durchschnittlich ein knappe halbe Stunde (Median = 23,6 Minuten; Modal = 30 Minuten; arithmetisches Mittel = 30,8 Minuten) auf ihre Behandlung warten. Die angegebene Bandbreite reicht dabei von 5 Minuten bis 120 Minuten. Nur bei einem Viertel der Praxen (25,0%) werden Wartezeiten von 35 bis 120 Minuten angegeben.

Einige offene Kommentare:

- Wartezeit = bei akuten Beschwerden Konsultation immer am gleichen Tag möglich
- Keine Bestellpraxis, jeder kann kommen und wird behandelt.
- Keine primären Termine, nur sekundär bei technischen Untersuchungen
- Ich habe keine Terminpraxis. Patienten bekommen aber die zu erwartende Uhrzeit, wann sie drankommen, mitgeteilt und können zwischenzeitlich etwas erledigen.
- Keine Terminvergabe nötig
- Innerhalb der letzten 2 Jahre relativ hohe Akzeptanz bei den Patienten, die insbesondere die Samstagsprechstunde annehmen. Alle 3 Wochen durchgehend 1 Woche Bereitschaft ist nicht durchzuhalten.
- Wir vergeben keine Termine.
- Zeitweilig Ärger über Wartezeiten; unbequeme Wartezimmerstühle (Geldfrage).
- Ich führe Praxis auch ohne Bestellung, alle Patienten werden angenommen.
- Zu lange Wartezeiten.
- Problem: Neu angemeldete Patienten, für die 1/2 h Zeit programmiert ist, kommen nicht oder sagen 1 h vorher ab.

Praxisorganisation und Bestellwesen aus Patientensicht

Wie, glauben die befragten Ärzte, beurteilen ihre Patienten die Praxis? Rund drei Viertel (75,7%) glauben, daß ihre Patienten die apparative Praxisausstattung mindestens weitgehend als "modern" einschätzen. Daß ihre Patienten insgesamt mit den Räumlichkeiten weitgehend oder vollkommen zufrieden seien, geben sämtliche der Befragten (100%, bei 1 KA-Antwort) an.

Für die Praxisorganisation liegt dieser Anteil bei 88,8%. Allerdings vermuten die Befragten hier nur bei 6,9% der Patienten eine "vollkommene" Zufriedenheit mit der Praxisorganisation.

Knapp zwei Drittel geben an, daß ihre Patienten die Bestellpraxis für "weitgehend" (51,5%) bzw. "vollkommen" (11,8%) gut halten. Allerdings räumen

hier doch mehr als ein Drittel offenbar auch Defizite ein, denn sie stimmen der betreffenden Aussage nur "ein wenig" (26,5%) oder "gar nicht" (10,3%) zu.

Ebenfalls zwei Drittel denken, daß ihre Patienten die Wartezeiten für sehr kurz halten (15,3% stimmen dieser Aussage "vollkommen und 48,6% "weitgehend" zu).

Fast sämtliche Praxisinhaber gehen offenbar davon aus, daß sich ihre Patienten am Telefon freundlich behandelt fühlen (31,9% stimmen dieser Aussage "vollkommen", weitere 63,9% "weitgehend" zu).

Alles in allem werden die räumlichen und örtlichen Rahmenbedingungen wie auch die Praxisorganisation als außerordentlich gut, angenehm und weitgehend unproblematisch gesehen. Eine vergleichbar positive Sicht von der Praxis unterstellen die befragten Ärztinnen und Ärzten auch ihren Patienten.

Einige offene Kommentare:

- Ich habe die Patienten nie gefragt, ob meine Organisation gut ist.
- Im Kummerkasten waren stets nur erfreuliche Kommentare.
- Praxis ist nicht groß; geht sehr auf jeden einzelnen Patienten ein; alle sind sehr freundlich.
- Helferinnen sind nicht mehr so motiviert wie früher.
- Die meisten Patienten akzeptieren die Wartezeiten, weil sie zu mir wollen und ich mir Zeit für sie nehme.
- Ortsansäßige Pat. mußten früher immer in die Stadt zum EKG, zur Physiotherapie, zum BZ-Test; fühlen sich jetzt verwöhnt

3.3 *Ärzte und Personal in vergleichender Einschätzung*

Ein weiterer Fragenkomplex bezieht sich auf die Einschätzung des Arztes und des Personals. Es werden jeweils 16 personale Charakteristika vorgegeben - und zwar aus vier unterschiedlichen Perspektiven: Personal aus Patientensicht, Arzt aus Patientensicht, Arzt aus Personalsicht, Personal aus Arztsicht.

Zum einen interessieren die quantitativen Ausprägungen auf den einzelnen Items, also in welchem Ausmaß Arzt bzw. Personal beispielsweise Hilfsbereitschaft attribuiert wird. Zum anderen ist zu fragen, ob bemerkenswerte Differenzen zwischen den vier Perspektiven zu verzeichnen sind. Die Perspektive Arzt aus Arztsicht - also eine Selbsteinschätzung - wurde nicht vorgegeben um potentielle Konsistenzprobleme von vorneherein auszuschließen.

Tab. 1 zeigt die arithmetischen Mittelwerte. Wie gesagt handelt es sich bei allen vier Perspektiven natürlich um die entsprechende Sicht der befragten Ärztinnen und Ärzte, die sich nur in die jeweilige Rolle hineinversetzen.

Insgesamt ergibt sich eine deutlich bis extrem schiefe Verteilung in Richtung auf den "positiven" Pol, der sich bei den allermeisten Statements inhaltlich deutlich festmachen lässt. Lediglich bei "eilig" oder "förmlich" und "distanziert" dürfte das positive Ideal nicht an einem der beiden Pole, sondern eher im Mittelbereich der Skala auszumachen sein. Diese drei Items weisen - mit einer Ausnahme - means im engen Bereich zwischen 1,58 und 1,80 auf. Der Ausreißerwert bezieht sich auf die größere Eile des Arztes aus der vermuteten Personalsicht.

Die negativ formulierten Items "unfreundlich", "gleichgültig" und "abweisend" werden extrem abgelehnt - und zwar gleichermaßen aus allen vier Perspektiven.

Während insgesamt die means der einzelnen Items für die vier Perspektiven recht nahe beieinander liegen, lassen sich bei der wechselseitigen Beurteilung von Arzt und Personal einige Differenzen ausmachen. Dieses Gefälle konkretisiert sich inhaltlich bei der "fachlichen Kompetenz" und der "Verantwortlichkeit": der Arzt aus Personalsicht erscheint als deutlich kompetenter bzw. verantwortlicher als das Personal aus Arztsicht. Umgekehrt scheint das Personal aus Arztsicht geringfügig "angenehmer" zu sein als der Arzt aus Personalsicht. Möglicherweise deutet sich hier eine Sichtweise der befragten Praxisinhaber an, bei der die Arztrolle vor allem über die Fachkompetenz und die Helferinnenrolle stärker über einen Klima- oder Beziehungsfaktor charakterisiert wird.

Auch in diesen Werten zeigt sich - alles in allem - eine sehr positive Einschätzung bei der überwiegenden Mehrzahl der Befragten.

**Tab 1: Einschätzung von Arzt und Personal aus verschiedenen Perspektiven
(arithmetisches Mittel der Gesamtgruppe; range 1-4; N=73)**

| | PP | AP | PE | PA |
|--------------------|------|------|------|------|
| emfühsam | 3,10 | 3,10 | 3,04 | 3,00 |
| hilfsbereit | 3,29 | 3,13 | 3,17 | 3,24 |
| unfreundlich | 1,15 | 1,19 | 1,29 | 1,31 |
| gleichgueltig | 1,23 | 1,16 | 1,22 | 1,31 |
| verständnisvoll | 3,10 | 3,13 | 3,19 | 3,04 |
| fachlich kompetent | 3,24 | 3,33 | 3,57 | 3,03 |
| distanziert | 1,64 | 1,61 | 1,68 | 1,61 |
| verantwortlich | 3,25 | 3,47 | 3,54 | 3,18 |
| zuverlässig | 3,47 | 3,40 | 3,47 | 3,29 |
| verbindlich | 3,18 | 3,09 | 3,14 | 3,03 |
| förmlich | 1,71 | 1,62 | 1,75 | 1,58 |
| angenehm | 3,16 | 3,09 | 3,08 | 3,23 |
| eilig | 1,76 | 1,80 | 2,04 | 1,72 |
| nimmt sich Zeit | 2,97 | 3,14 | 3,07 | 2,92 |
| überlastet | 1,72 | 2,06 | 2,26 | 1,76 |
| abweisend | 1,15 | 1,10 | 1,17 | 1,24 |

Legende:

PP = Personal aus vermuteter Patientensicht

AP = Arzt aus vermuteter Patientensicht

PE = Arzt aus vermuteter Personalsicht

PA = Personal aus Arztsicht

1 = stimmt gar nicht,

2 = stimmt ein wenig,

3 = stimmt weitgehend,

4 = stimmt vollkommen

Die Standardabweichungen liegen zwischen $s = .38$ und $.82$

Anmerkungen und Kommentare zum Themenkomplex "Personal aus der Sicht der Patienten":

- Diese Einschätzungen würden wahrscheinlich variieren je nach Saison = Grippewelle oder Urlaubszeit!
- Die Zufriedenheit mit der Praxis beruht zu 60 % auf dem Personal und deren menschlicher Ausstrahlung.
- Die Einschätzungen differieren sicherlich bei den einzelnen Mitgliedern des Personalstamms, d. h., eine Mitarbeiterin wirkt vielleicht eher fachlich kompetent und distanziert, die andere einfühlsam und hilfsbereit.
- Wir haben eine Sprechstundenhilfe und einen Lehrling, die sich sehr eingehend um jeden Patienten kümmern, soweit es gerade die Zeit erlaubt.
- Ältere Patienten wünschen oft älteres Personal und umgekehrt. - Personalwechsel (häufig unangenehm empfunden)
- Es rechtzumachen jedermann, ist eine Kunst, die auch bei uns nicht immer beherrscht wird.
- Könnte höflicher sein.
- Personal hat unterschiedliche Stärken und Schwächen. Gesamteindruck: überdurchschnittlich freundlich, gepflegt und entgegenkommend.
- "Geben sich immer überfordert und beamtenhaft".

3.4 Zur Selbsteinschätzung der Praxisinhaber/innen

Der mittlere Teil des Fragebogens zur Praxisanalyse beschäftigt sich mit der Persönlichkeit der Praxisinhaber. Zunächst werden persönliche Präferenzen erhoben. Für wie wichtig halten die Befragten Aspekte wie gute Arbeitsbedingungen, Erfolg haben, Zeit für Familie und Freunde haben? Und wie zufrieden äußern sie sich diesbezüglich. Weiter sollen die Praxisinhaber sich selbst charakterisieren hinsichtlich Aspekte wie Flexibilität, Menschenkenntnis, Gelassenheit. Und schließlich wird gefragt, inwieweit in den letzten drei Monaten Stresssymptome wie Schlafstörungen, Nervosität und psychosomatische Beschwerden aufgetreten sind.

Persönliche Präferenzen

"Wie wichtig sind für Sie folgende Bereiche"? Die Befragten sollten insgesamt 29 Items auf einer 4-stufigen Rating-Skala (1= gar nicht wichtig, 2= ein wenig wichtig, 3= weitgehend wichtig, 4= vollkommen wichtig; außerdem eine Keine-Antwort-Alternative) hinsichtlich der individuellen Präferenz einstufen.

Tab 2: Wichtigkeit und Zufriedenheit der Praxisinhaber mit verschiedenen Lebensaspekten; (arithmetisches Mittel und Standardabweichung jeweils für die Gesamtgruppe; range 1-4; N zwischen 65 und 73)

| | Wichtigkeit | | Zufriedenheit | |
|---|-------------|----------|---------------|----------|
| | Rang | x s | Rang | x s |
| Guter Zusammenhalt der Familie | 1 | 3.59 .63 | 3 | 3.16 .69 |
| Freisein von Beschwerden u Krankheiten | 2 | 3.58 .53 | 2 | 3.19 .65 |
| Hohes psychisches Wohlbefinden | 3 | 3.57 .58 | 13 | 3.01 .54 |
| Hohes psych. Wohlbefinden des Partners | 4 | 3.52 .53 | 16 | 2.97 .68 |
| Gute Arbeitsbedingungen | 5 | 3.50 .61 | 17 | 2.96 .57 |
| Hohes physisches Wohlbefinden | 6 | 3.49 .58 | 14 | 3.00 .71 |
| Hohes phys. Wohlbefinden des Partners | 7 | 3.47 .56 | 15 | 2.98 .67 |
| Berufl. gut abgesichert sein | 8 | 3.43 .60 | 25 | 2.71 .64 |
| Gute Beziehungen zu Koll./ Mitarbeitern | 9 | 3.35 .54 | 11 | 3.03 .65 |
| Interessante Arbeitsinhalte | 10 | 3.33 .58 | 1 | 3.22 .56 |
| Gute körperliche Beweglichkeit, Fitness | 11 | 3.24 .69 | 11 | 3.03 .74 |
| Konstant hohe Leistungsfähigkeit | 12 | 3.24 .59 | 4,5 | 3.13 .53 |
| Erfolg haben | 13 | 3.24 .57 | 9 | 3.07 .68 |
| Hohe Lebensqualität | 14 | 3.18 .68 | 20 | 2.84 .63 |
| Hohe Selbstachtung | 15 | 3.11 .69 | 10 | 3.04 .55 |
| Akzeptiert werden, so wie sie sind | 16 | 3.10 .61 | 6,5 | 3.11 .55 |
| Erfüllende Gestaltung der Freizeit | 17 | 3.06 .73 | 26 | 2.61 .76 |
| Große Unabhängigk. v. ander. Mensch. | 18 | 3.03 .82 | 6,5 | 3.11 .68 |
| Hoher Grad an Selbstverwirklichung | 19 | 2.93 .70 | 22 | 2.82 .59 |
| Viel Zeit für Familie und Freunde | 20 | 2.93 .76 | 28 | 2.24 .78 |
| Hoher Grad an Anerkennung durch andere Menschen | 21 | 2.90 .65 | 8 | 3.10 .56 |
| Angemessene Dauer der tägl. Arbeitszeit | 22 | 2.90 .81 | 27 | 2.50 .90 |
| Gesundheitsbewußt leben | 23 | 2.87 .72 | 24 | 2.79 .81 |
| Selbstbewußtes Auftreten | 24 | 2.86 .59 | 18 | 2.94 .60 |
| Genügend Freizeit | 25 | 2.83 .82 | 29 | 2.14 .86 |
| Hoher materieller Wohlstand | 26 | 2.68 .75 | 22 | 2.82 .85 |
| Überdurchschnittl. Einkommen | 27 | 2.67 .86 | 22 | 2.82 .83 |
| Den Erwartung. anderer gerecht werden | 28 | 2.56 .73 | 19 | 2.89 .53 |
| Hoher sozialer Status, Prestige | 29 | 2.50 .86 | 4,5 | 3.13 .65 |

Als am wenigsten wichtig wurden die Aspekte "Hoher sozialer Status, Prestige" ($x=2.50$, $s=.86$, $N=72$) sowie "den Erwartungen anderer gerecht werden" ($x=2.56$, $s=.73$, $N=71$) geratet, dicht gefolgt von den Items "überdurchschnittliches Einkommen" ($x=2.67$, $s=.83$, $N=72$) und "Hoher materieller Wohlstand" ($x=2.68$, $s=.75$, $N=72$). Es sind dies gerade jene Attribute, die in der Öffentlichkeit vermutlich stark mit der Rolle eines niedergelassenen Arztes verbunden werden.

So hält nur knapp rund jeder zehnte Praxisinhaber (9,7%) einen hohen sozialen Status für "vollkommen wichtig", während umgekehrt 13,9% der Befragten dies für "gar nicht wichtig" halten. Knapp ein Drittel (31,9% halten das Berufsprestige für "ein wenig" und immerhin 44,4% für "weitgehend wichtig". Wie bereits aus der geringeren Standardabweichung ersichtlich ist, sind beim Item "den Erwartungen anderer gerecht werden" die extremen Antworten mit jeweils 6,9% nur halb so stark ausgeprägt.

Umgekehrt werden die nicht primär berufsbezogenen Faktoren "guter Zusammenhalt der Familie" ($x=3.59$, $s=.63$, $N=70$), "Freisein von Beschwerden und Krankheiten" ($x=3.58$, $s=.53$, $N=71$), "Hohes psychisches Wohlbefinden" ($x=3.57$, $s=.58$, $N=72$) und "Hohes psychisches Wohlbefinden des Partners" ($x=3.52$, $s=.53$, $N=66$) für am wichtigsten gehalten. So wird beispielsweise der Aspekt "Freisein von Krankheiten und Beschwerden" von 59,2% als "vollkommen wichtig", von weiteren 39,4% als "weitgehend wichtig" und von den restlichen 1,4% immerhin noch als "ein wenig wichtig" eingestuft.

Es folgen sodann mit den Items "Gute Arbeitsbedingungen", "Hohes psychisches Wohlbefinden", "Hohes psychisches Wohlbefinden des Partners", "Beruflich gut abgesichert sein", "Gute Beziehungen zu Kollegen/Mitarbeitern", "Interessante Arbeitsinhalte" mit Werten von $x=3.50$ bis $x=3.33$ ($s=.63$ bis $s=.53$, $N=72$ bis $N=66$) auch arbeits- und berufsbezogene Faktoren.

Auch hier sind alles in allem die allermeisten Items deutlich rechtsschief beantwortet. Dies ist nicht weiter erstaunlich, da die Items durchgehend positive bzw. normativ eher erwünschte Inhalte repräsentieren. Lediglich die vergleichsweise am wenigsten wichtigen Items liegen in etwa beim theoretischen Skalenmittelwert von $x=2.50$.

Wie zufrieden sind nun die befragten Praxisinhaber mit diesen Aspekten? Tab. 2 zeigt die entsprechenden Werte für alle angesprochenen Bereiche im Vergleich

zur Wichtigkeit. Dabei sind die Items hinsichtlich ihrer "Wichtigkeit" (Kriterium: mean) gereiht.

Die höchsten durchschnittlichen Zufriedenheitswerte finden sich bei solchen Inhalten, die auch als relativ wichtig eingestuft worden sind. So verzeichnet das stark berufsbezogene Item "Arbeitsinhalt" ($x=3.22$, $s=.56$, $N=72$) den höchsten Zufriedenheitswert. Drei von zehn befragten Ärzten (29,2%) sind mit dem Inhalt ihrer Berufstätigkeit "vollkommen zufrieden", weitere 63,9% sind "weitgehend zufrieden" und lediglich 6,9% äußern sich als nur "ein wenig zufrieden". Den zweithöchsten Zufriedenheitswert weist das Statement "Freisein von Beschwerden und Krankheit" mit $x=3.19$, $s=.65$, $N=69$ auf.

Am unzufriedensten sind die Praxisinhaber mit Aspekten der Zeit und ihrem Zeitmanagement, denn die drei zeitbezogenen Items "Zur Verfügung stehende Freizeit", "Zeit für Familie und Freunde" und "Dauer der täglichen Arbeitszeit" bilden das Ende der entsprechenden Rangreihe aller 29 Aspekte. Sie weisen means von $x= 2.14$ bis $x=2.50$, bei $s=.86$ bis $s=.78$ und $N= 71$ bis $N=72$ auf. Bemerkenswert ist dabei die Tatsache, daß den zeitbezogenen Aspekten auch keine besonders hohe Priorität (Wichtigkeit, vgl. Tab. 2) eingeräumt wird.

Bei einem Vergleich zwischen der Wichtigkeit und der Zufriedenheit fällt besonders die Diskrepanz zwischen der hohen Priorität, die der beruflichen Abgesichertheit zukommt und der diesbezüglichen (geringen) Zufriedenheit ins Auge. So geben immerhin fast ein Drittel der Praxisinhaber an, mit ihrer beruflichen Sicherheit "gar nicht" (2,8%) oder nur "ein wenig zufrieden" zu sein (30,6%), während sich nur 6,9% mit ihrer diesbezüglichen Situation als "vollkommen zufrieden" zeigen.

Einige Anmerkungen und Kommentare:

- Kann mich selber nicht beurteilen.
- Leitsatz: Erfüllung in der Arbeit, einfach leben, nicht vergessen, woher man gekommen ist (Kind von Arbeiter und Bauern)
- Ich habe eine Familie mit drei Kindern, die nicht immer glücklich darüber sind, daß ich täglich bis abends arbeite. Sie sind aber selbständig und geraten ganz gut. Wäre es anders, würde ich vielleicht meine Arbeit aufgeben. Die Arbeit gibt mir aber Freude und Struktur. Außer Familie und Arbeit habe ich wenig Interessen.
Freizeit absolut zu knapp, alle 3 Wochen 1 Woche Bereitschaft; Mann beruflich ebenso angespannt, keine Zeit für Kind und Familie. Der Papierkrieg belastet immer Sonntagsarbeit von Mann und Frau.
Unter den heutigen Bedingungen sind persönliche Präferenzen kaum zu erfüllen.
Ich versuche meistens, es anderen Menschen rechtzumachen und fühle mich deshalb nicht besonders unabhängig. Andererseits glaube ich, daß es mir weitgehend gelingt, es meiner Umwelt rechtzumachen. Um meine Gesundheit kümmere ich mich nicht, da die Natur mir bisher eine gute Gesundheit geschenkt hat.
Terror durch Politik und soziale Verunstaltung des Alltags
Die Familie als zentraler Lebensinhalt wird passager, deutlich unterdominiert

.... nur materieller Wohlstand steht kaum im Vordergrund; Unfähigkeit, nach 3 Jahren Wende für gleiche Arbeit an Patienten in Ost und West unterschiedliche Leistungen, und zwar erheblich, zu zahlen.

Durch persönliche Probleme nach Tod meines Mannes (Führung eines zusätzlichen Physiotherapiebetriebes) unabhängig von der Praxis schlechtes Allgemeinbefinden. Bezogen auf die Praxis vor allem durch Gesundheitsreform.

Im Vordergrund steht Unzufriedenheit über Nebenaufwand zur eigentlich ärztlichen Tätigkeit sowie fehlender wirtschaftlicher Effizienz.

Durch die Gesundheitsreform komme ich mir wie ein Hamster im Laufrad vor, ich arbeite immer mehr, verdiene aber immer weniger; Freizeit ist fast gar nicht mehr vorhanden.

Kombination von Praxis, Weiterbildung, Familie und politischem Engagement ist erfüllend, aber zu anstrengend. Aufgabenabbau angestrebt.

Selbstbeurteilung

Auf 25 Items wie z.B. Zuversicht, Flexibilität, Charisma ausstrahlen, Termine einhalten usw. sollten sich die Befragten selber charakterisieren. Dies wiederum mittels einer vierstufigen Skala (1= trifft gar nicht auch mich zu ... 4= trifft vollkommen auf mich zu). Die vorgegeben Aspekte beziehen sich auf solche Faktoren, die gerade im Zusammenhang mit der Führung von Mitarbeitern, mit dem Umgang mit Patienten und mit dem Selbstmanagement und Zeitmanagement relevant sein dürften.

Die höchsten Werte finden sich bei den drei Aspekten "Hohen Wert auf die eigene Leistungsfähigkeit legen" ($\bar{x}=3.32$, $s=.60$, $N=72$), "Termine einhalten" ($\bar{x}=3.21$, $s=.75$, $N=72$) und "eigeninitiativ sein" ($\bar{x}=3.21$, $s=.63$, $N=72$). Hier fühlen sich 9 von 10 Praxisinhabern "vollkommen" oder "weitgehend" charakterisiert.

Die geringsten Werte weisen dagegen solche Items auf, die man vermutlich Berufspolitikern zuschreiben würde: "Kontakte zu wichtigen Personen herstellen können" ($\bar{x}=2.43$, $s=.77$, $N=72$), "Redegewandt sein" und "Charisma ausstrahlen" (jeweils $\bar{x}=2.64$, $s=.77$ bzw. $.68$, $N=72$ bzw. 70) sowie "Materiellen Wohlstand anstreben" ($\bar{x}=2.69$, $s=.80$, $N=72$).

Einige Anmerkungen und Kommentare:

- Für die Arbeit in der Praxis ist wichtig, daß ich mich schnell auf andere einstellen kann und Probleme schnell erfasse. Außerdem ist Flexibilität gefordert, wenn man viele Patienten hat. Das macht die Arbeit spannend, führt aber auch zur Erschöpfung, wenn man sich selbst mal nicht so gut fühlt.
- Ich bin sicher sehr durchschnittlich begabt - aber sehr einsatzbereit und langsam auch erfahren. Materieller Wohlstand bedeutet mir solange etwas, wie meine Familie versorgt ist - ansonsten bin ich von materiellen Dingen nicht sehr beeinflussbar.
- Bei Streß schnell mal unbesonnen, ungerecht, verletzend, insgesamt sehr spontan, gern ungezwungen
- Patienten bestätigen hohen Beliebtheitsgrad, Belastung bei nur 2 freien Nachmittagen in der Woche, die noch zu Hausbesuchen verwendet werden, zu hoch.
- Unter dem derzeitig zunehmend wirtschaftlichen Druck macht sich mangelndes kaufmännisches Interesse negativ bemerkbar.
- 700 Stunden Lehranalyse + Abschluß Psychotherapie: von nichts kommt nichts.

Eigene Gesundheit und Leistungsfähigkeit, Streßsymptome

Ein überwiegend positives Bild zeichnen die Befragten, was die Einschätzung der eigenen Gesundheit und Leistungsfähigkeit anbelangt. So sind fast 90% "weitgehend" bzw. "vollkommen" mit ihrer eigenen Gesundheit (65,3% bzw. 22,2%) und Leistungsfähigkeit (71,8% bzw. 19,7%) zufrieden.

Dieser positive Gesamteindruck wird allerdings etwas relativiert, wenn man sich konkrete einzelne Aspekte herausnimmt (vgl. Tab. 3 und 4).

Analysiert man die in Tab 3 aufgeführten Symptome daraufhin, ob sie "gar nicht ausgeprägt sind", dann zeigt sich, daß nur etwa die Hälfte der Befragten ernstzunehmende Symptome wie Nervosität, Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen, Einschränkung der Leistungsfähigkeit und psychosomatische Beschwerden für die letzten drei Monate für sich ausschließen kann. Leichtere Symptome wie ein Gefühl der Überlastung, der Gehetztheit, der Erschöpfung kann nur jeder 5. Praxisinhaber für sich ausschließen. Etwa ein Viertel bis ein Drittel der Befragten diagnostizieren diese Symptome sogar bei sich als "eher stark" oder "sehr stark" ausgeprägt.

Entsprechend äußert sich auch nur jeder 5. Arzt als vollkommen mit seiner Gesundheit bzw. seiner beruflichen Leistungsfähigkeit zufrieden.

Einige Anmerkungen und Kommentare:

- Ich fühle mich gesund. Möglicherweise lege ich mich für einen Erwachsenen oft zu früh schlafen, wenn ich mich abends müde fühle.
- Ich fühle mich gesund im Hinblick auf das Freisein von Krankheiten, Gebrechen, ungesund im Hinblick auf eine zu stark schwankende Leistungsfähigkeit
- Besondere Unzufriedenheit mit Arbeitsbelastung, andererseits notwendig zur Praxisfestigung und damit materiellen Sicherung (Kreditbelastung u.ä.!).
- Nicht mal Zeit für Zahnarzt und 3 Wochen Urlaub hintereinander
- Der psychische (emotionale) Anspruch der Patienten nimmt zu. Seelentröster, häufig psychosomatische Krankheitsbilder.
- ...einer Frauenärztin wird häufig noch ein höherer Anspruch an Einfühlungsvermögen abverlangt. Probleme werden offen, mit denen meine männlichen Kollegen nicht oder höchst selten belastet werden. Die psychologische Betreuung steht hier häufig im Vordergrund, und das ist so anstrengend. Nicht die Medizin!
- Wegen Anspannung gastritische Beschwerden.
- HWS-Syndrom - intermittierend RR - Tachyarrhythmien

Tab 3: Streßsymptome

"Wenn Sie an die letzten drei Monate denken, inwieweit waren bei Ihnen folgende Symptome ausgeprägt?" (arithmetisches Mittel, Standardabweichung, proz. Häufigkeiten jeweils für die Gesamtgruppe; range 1-4; N 71 bzw. 72)

| | | | gar nicht ausgeprägt | ein wenig ausgeprägt | eher stark ausgeprägt | |
|---|------|-----|-------------------------|-------------------------|--------------------------|------|
| sehr stark ausgeprägt | x | s | | | | |
| Gefühl der Überlastung | 2.22 | .81 | 18,1% | 47,2% | 29,2% | 5,6% |
| Sich gehetzt fühlen | 2.18 | .85 | 20,8% | 47,2% | 25,0% | 6,9% |
| Erschöpfung | 2.11 | .80 | 20,8% | 52,8% | 20,8% | 5,6% |
| Nicht abschalten können | 2.10 | .91 | 27,8% | 43,1% | 20,8% | 8,3% |
| Muskelverspannungen | 1.93 | .78 | 32,4% | 43,7 | 22,5% | 1,4% |
| Nervosität | 1.58 | .62 | 51,4% | 40,3% | 6,9% | 1,4% |
| Konzentrationsstörungen | 1.57 | .62 | 48,6% | 47,2% | 2,8% | 1,4% |
| Schlafstörungen | 1.54 | .67 | 56,3% | 33,8% | 9,9% | 0,0% |
| Einschränkung der Leistungsfähigkeit | 1.54 | .60 | 51,4% | 43,1% | 5,6% | 0,0% |
| Psychosomat. Beschwerden | 1.53 | .65 | 55,6% | 36,1% | 8,3% | 0,0% |

"Alles in allem bin ich mit meiner eigenen Gesundheit bzw. Leistungsfähigkeit ... zufrieden (arithmetisches Mittel, Standardabweichung, prozentuale Häufigkeiten jeweils für die Gesamtgruppe; range 1-4; N 72 bzw. 71)

| | x | s | gar nicht zufrieden | ein wenig zufrieden | weitgehend zufrieden | vollkommen zufrieden |
|--|------|-----|------------------------|------------------------|-------------------------|-------------------------|
| ... meiner Gesundheit | 3.07 | .66 | 2,8% | 9,7% | 65,3 | 22,2% |
| ... meiner beruflichen Leistungsfähigkeit | 3.11 | .52 | 0,0% | 8,5% | 71,8% | 19,7% |

3.5 Zur bisherigen und künftigen Praxisentwicklung

Im dritten Fragenkomplex geht es neben aktuellen Personal- und Organisationsfragen um die Geschichte der Praxis seit deren Gründung und um Perspektiven der Personal- und Organisationsentwicklung.

Entwicklungsprofil (Praxiskurve)

Auf der sogenannten "persönlichen Praxiskurve" konnten die Praxisinhaber die wesentlichen Ereignisse, Tendenzen, Sequenzen markieren und bewerten. Anhand eines vorgegeben Zeitkontinuums können die in den Augen der Befragten wesentlichen Stationen ihrer Praxis benannt werden. Diese "Praxisbiographie" dient aber nicht nur zur individuellen Charakterisierung der bisherigen Geschichte, sondern ermöglicht auch eine Prognose für die künftigen Jahre, da das vorgegebene Zeitkontinuum von 1980 bis zum Jahr 1998 reicht. Gerade weil mit der Entwicklung des Kleinunternehmens Arztpraxis die berufliche wie außerberufliche Entwicklung der Praxisinhaber nicht nur eng verbunden sondern je nach dem sogar identisch ist, scheint sich mit dem "Entwicklungsprofil", gerade auch in integrativ-biographischer Perspektive, ein vielversprechendes Erhebungsinstrument anzudeuten.

In der oberen Hälfte des Entwicklungsprofils (Abb. 3) ist die Instruktion sowie ein Bearbeitungbeispiel enthalten, das zum Verständnis des Instrumentes dienen soll. Um den Blick der Bearbeiter auch auf vermeintlich nicht primär berufliche Faktoren zu lenken, sind auch solche Beispiele genannt, die die Verbindung zu außerberuflichen Ereignissen herstellen (Sportunfall) und auf die eigene Weiterqualifikation bezogen sind (Spezialisierung). Die untere Hälfte besteht aus der zu bearbeitenden Praxiskurve sowie aus einem Kasten, in dem offene Kommentare abgegeben werden können.

Von einem weder positiven noch negativen Ausgangs- und Ankerpunkt aus (in der Regel der Praxisgründung bzw. -übernahme auf dem neutralen Niveau Null) kann dann die Biographie der Arztpraxis anhand eines insgesamt siebenstufigen Rasters (+++, ++, +, 0, -, --, ---) abgetragen, charakterisiert und kommentiert werden. Im Unterschied und in Ergänzung zu standardisierten Fragen können hier die Inhalte vom Befragten selber definiert werden und ebenso bleibt es bei den Befragten, was genau sie jeweils als mehr oder weniger positiv bzw. negativ bewerten.

Abb. 3 Das Erhebungsinstrument „Entwicklungsprofil“

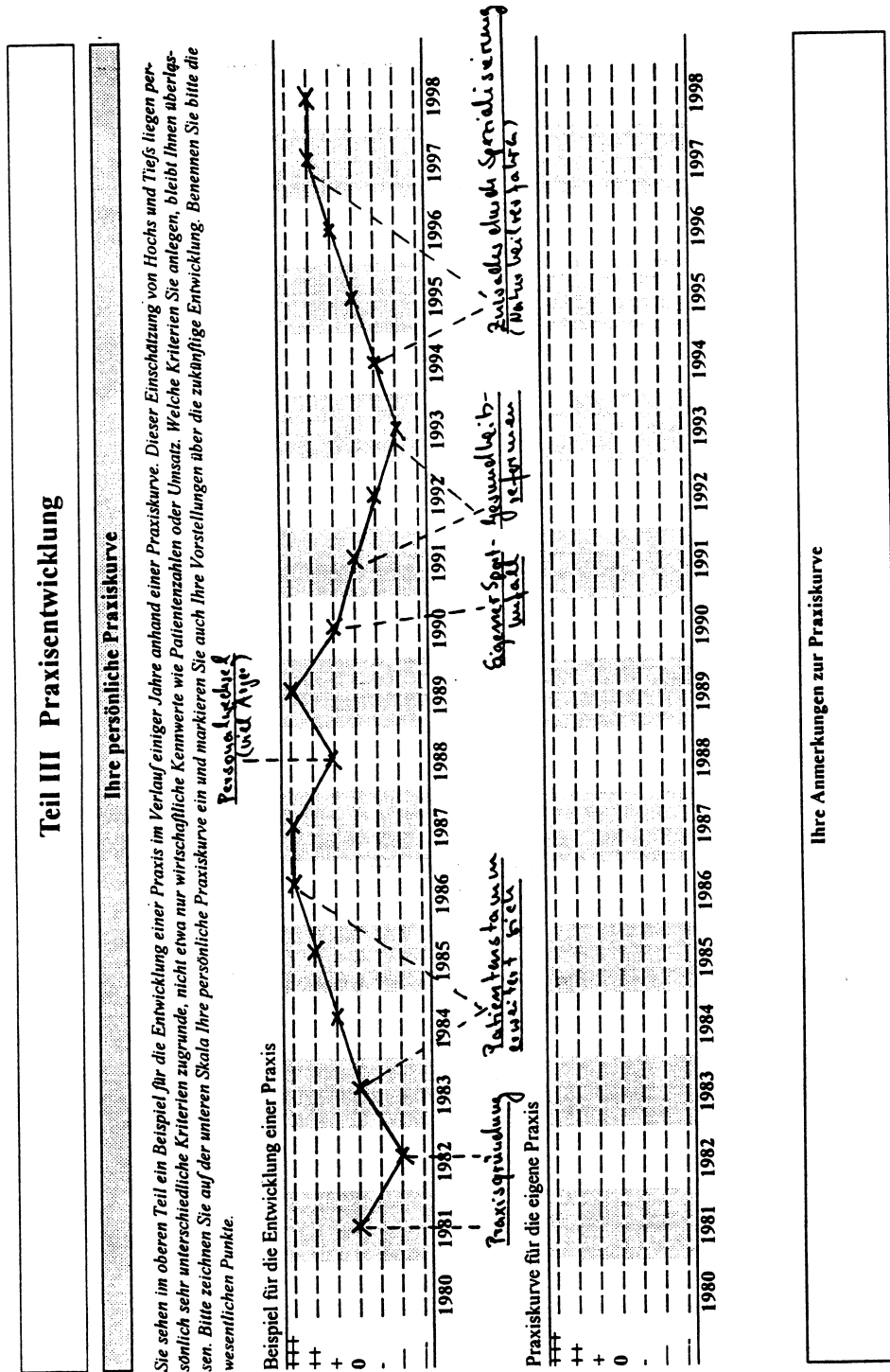
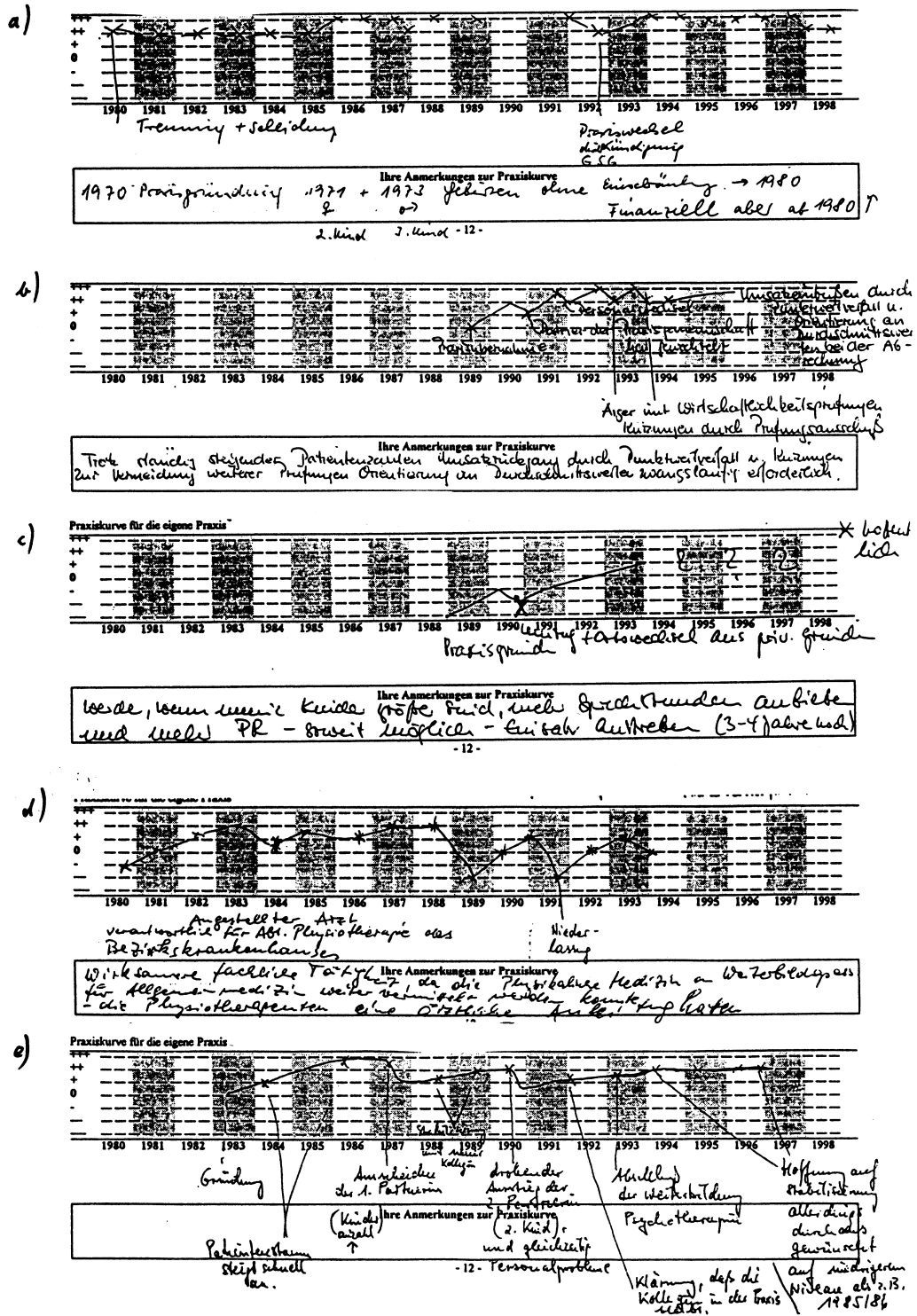


Abb. 4 Fallbeispiele zum Entwicklungsprofil



Die Entwicklungskurve scheint also gut dafür geeignet zu sein, in einer recht kurzen Bearbeitungszeit von 5 bis 10 Minuten wesentliche Stationen der Praxisentwicklung zu erfassen - und zwar in einer Akzentuierung wie sie sich in der Sicht der Praxisinhaber darstellt. Letzteres ist wichtig, wenn nicht der Aspekt der externen Validität (Repräsentativität des erhobenen Datenmaterials) im Vordergrund steht - sondern wenn es um die Gewinnung ökologisch valider Daten geht. Zur Veranschaulichung sind in Abb. 4 einige Fallbeispiele wiedergegeben.

Aktuelle Situation: Kooperation, Interaktion, Betriebsklima

Wie sehen die befragten niedergelassenen Ärzte die Kommunikation und das Betriebsklima in ihrem Kleinbetrieb? "Unser Betriebsklima ist sehr angenehm". Dieser Aussage stimmen ein Drittel (32,9%) "vollkommen" und zwei Drittel (64,4%) "weitgehend" zu.

Mehr als die Hälfte der Praxisinhaber (57,7%) zeigen sich "alles in allem" mit dem Betriebsklima "weitgehend" zufrieden. Weitere 35,6% sind damit sogar "vollkommen" zufrieden. Lediglich 5,5% zeigen sich als "wenig" und nur 1,4% "gar nicht" zufrieden mit diesem Bereich.

Entsprechend äußern fast alle Befragten einen großen Spaß, mit ihren Mitarbeiter/innen zusammenzuarbeiten. 32,9% stimmen dieser Aussage "vollkommen", 63,0% "weitgehend" und die restlichen 4,1% immerhin "ein wenig" zu. Mit ihren Mitarbeiter/innen "vollkommen zufrieden" zeigen sich dennoch nur 23,3% der Befragten ("weitgehend zufrieden" 60,3%, "ein wenig zufrieden" 15,1%, "gar nicht zufrieden" 1,4%). Daß sich die Praxisinhaber auch einmal über Mitarbeiter ärgern, dies räumen 93,0% ein. Lediglich 7,0% der Befragten geben an, sich gar nicht über die eigenen Mitarbeiter zu ärgern.

Daß sie Kritik gegenüber den Mitarbeitern "vollkommen" (19,4%) bzw. "weitgehend" (66,7%) sachlich äußern geben mehr als 85% der Befragten an. Lediglich 13,9% stimmen der entsprechenden Aussage nur "ein wenig" zu.

Sich häufig nicht präzise genug auszudrücken, dies räumt nur jeder Zehnte ein (stimmt vollkommen = 1,4%; stimmt weitgehend = 8,2%). Mehr als 90% sind also offenbar der Meinung, sich hinreichend präzise auszudrücken.

Regelmäßige Teambesprechungen scheinen etwa die Hälfte der Praxen durchzuführen. Der entsprechenden Aussage stimmen 13,7% "vollkommen" und

34,7% "weitgehend" zu. Völlig ohne regelmäßige Teambesprechungen kommen 19,2% der Praxen aus.

Einige Anmerkungen:

- Nur eine Sprechstundenhilfe
- Personal wurde aus der Poliklinikzeit übernommen. Die Anfangsphase gestaltete sich sehr schwierig, da Eigenverantwortung und Selbständigkeit durch Mitarbeiter kaum verwirklicht werden konnten ("alter Trott der Poliklinik")
- Jeder ist für alles zuständig, keine Aufgabenteilung. Jeder guckt auf die Arbeit des nächsten und macht freundlich auf Fehler aufmerksam.
- Langjährig zu zweit gearbeitet, die objektive Kommunikation von meiner Seite aus ist nicht optimal, funktioniert aber sehr gut.
- Im Augenblick kriselt es etwas. Nach Weggang der bisherigen Hauptkraft hat sich noch keine stabile Situation ausgebildet. Oft beschwerten sich die Mitarbeiterinnen bei mir über die anderen, bzw. es ist immer eine Mitarbeiterin, über die sich die anderen beschwerten. Gerade diese Kraft nimmt mir aber auch viele Arbeiten ab. Die anderen fühlen sich aber durch sie gegängelt. Aussprachen haben nur kurzfristig zu einer Verbesserung geführt. Ich werde mal wieder einen Organisationsplan aufstellen.
- Ständiger Versuch der optimalen Praxisorganisation und Überprüfung der Team-Arbeit.
- Die Praxis besteht seit acht Jahren. Ich hatte bisher kaum Personalwechsel. Die Lehrlinge sind bisher bei uns geblieben und haben die aus privaten Gründen abtretenden Sprechstundenhilfen ersetzt. Untereinander haben sie sehr als Vorbild gedient und sind sich alle im Ausschauen und Verhalten etwas ähnlich geworden.
- Außer Fachkompetenz und freundlicher Wesensart des Personals zählen: - gutes Verhalten untereinander - gutes Verhalten zum Arzt - konkrete Aufgabenverteilung!
- Zur Zeit große Umstellungsprobleme: eine Schwangere, eine Ausscheidende, Suche nach Neuen
- Wir haben zuwenig Zeit füreinander, weil Praxisorganisation Wünsche übrigläßt.
- Betriebsklima sehr gut, alles junge Frauen unter 35 Jahren. - Die Wartezeiten sind noch zu hoch. - Praxiscomputer noch als Belastung empfunden. System (Firmenname), keine sichtbare Betreuung der Firma aus Paderborn, nur Kosten.
- Das Betriebsklima ist sehr gut, die Hektik stört mich, außer Blutentnahmen und vereinzelt größeren Untersuchungen alles ohne Termine, da wir noch keine gute Möglichkeit der Terminvergabe für meine allgemeinmedizinische Praxis gefunden haben (zu viele akute Fälle).
- Helferinnen denken nicht selbständig genug. Praxisklima insgesamt gut, mir oft zu emotional geprägt im Umgang untereinander (bzgl. Mitarbeiterinnen) und einzelnen schwierigen Patienten.
- Da ich keine ausgebildeten Arzthelferinnen mehr bekommen kann, muß ich Helferinnen aus anderen Berufen anlernen. Meine Frau als Ärztin muß diese Aufgabe ebenfalls übernehmen. Früher konnte ich unter vielen Bewerberinnen die geeignetste aussuchen, heute muß ich froh sein, wenn ich überhaupt jemanden finde, der zu einem bezahlbaren Gehalt arbeiten will. Nach Tarifgehalt will überhaupt niemand arbeiten.
- Bei 2 Mitarbeitern muß jeder alles können. (Bezieht sich auf das Item "Die Aufgaben aller Praxismitarbeiter sind klar verteilt")
- Der Störenfried ist gegangen, wird deutlich besser.
- Betriebsklima sehr gut.
- 2 ältere Mitarbeiter (> 50 J.) in ständiger Feindschaft; die junge, 28jährige, gleichgültig.

Auswirkungen der Gesundheitsreform

Wichtige Rahmenbedingungen für die aktuelle und künftige Praxisentwicklung werden durch die Bestimmungen der jüngsten Gesundheitsreform gesetzt. Ein eigener Fragenkomplex befasst sich deshalb mit dieser Problematik. Es wurde nach Verbesserungen bzw. Verschlechterungen hinsichtlich fünf elementarer

Punkte gefragt. Im einzelnen betrifft dies die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten, die Beziehung zu den Patienten, die wirtschaftliche Situation und die generelle Berufszufriedenheit. Tab 4. zeigt die Häufigkeitsverteilung bei den fünf standardisierten Fragen für die Gesamtgruppe. Es wird deutlich, daß massive Verschlechterungen gesehen werden in bezug auf die eigene wirtschaftliche Situation und - sicherlich damit, aber auch mit weiteren Faktoren im Zusammenhang - hinsichtlich der generellen Berufszufriedenheit. Mehr als die Hälfte der Antwortenden (59,4% bzw. 53,6%) stimmen den entsprechenden Statements "vollkommen" oder "weitgehend" zu, während umgekehrt nicht einmal jeder fünfte Befragte eine diesbezügliche Verschlechterung verneint. Genauere Aufschlüsse finden sich in den hier besonders zahlreich und prägnant abgegebenen offenen Anmerkungen. Daß sich die diagnostischen Möglichkeiten nicht verschlechtert haben - dies geben rund die Hälfte der Praxisinhaber (52,3%) an. Umgekehrt scheint es bei fast der Hälfte also, zumeist eher geringfügigere, Verschlechterungen zu geben. Dagegen scheinen die therapeutischen Möglichkeiten kaum durch die Gesundheitsreform negativ betroffen zu sein. Dasselbe gilt auch für die Arzt-Patienten-Beziehung.

Offene Kommentare zur Gesundheitsreform:

- Spezialgebiet der plastischen Chirurgie im Augenbereich noch nicht wesentlich betroffen - eher Steadystate durch aktuelle Wirtschaftslage.
- Ist für mich nicht interessant, da ich homöopathische Praxis mache.
- Die zunehmende Bürokratisierung ist sehr ärgerlich. - Vor Konkurrenz habe ich keine Angst, da unser Patientenstamm im wesentlichen stabil ist. - Unser Schwerpunkt liegt in der Naturheilkunde/Homöopathie; diese Therapieverfahren, insbesondere die Medikamente, werden leider z. T. ausgegrenzt.
- Da sich meine Praxis in der Aufbauphase befindet, kann ich den Einfluß des GSG nur schwer ausmachen. Ich habe keine Rückgänge im Umsatz, denke aber, daß sich die Steigerungskurve doch etwas abgeflacht hat.
- Weniger Konkurrenz, der Kollege im Nachbarhaus hat meinen Zulauf nicht vermindert, der hat zugenommen. Der Ertrag ist jedoch spürbar schlechter, ca. 25 %.
- Die Deckelung ist eine Zumutung, es gibt keinen freien Beruf - außer dem des Arztes - welchem seine Honorarmöglichkeiten so begrenzt werden! - Die Sparmaßnahmen sind völlig fehlgeleitet; nach bestehenden Studien liegt die Unwirtschaftlichkeit keineswegs im niedergelassenen Bereich, sondern wird durch hochtechnisierte Gerätemedizin verursacht. - Die Zuwendung zum Menschen wird in keinster Weise honoriert!
- Durch die Gesundheitsreform wird die Kassenmedizin eingeschränkt (Diagnose, Therapie); als Reaktion ist, daß die Patienten z. B. LZ-Blutdruckmessung selbst zahlen müssen und ich sehr viel außergewöhnliche Medizin betreibe, welche die Patienten selbst zahlen müssen (sehr lukrativ!); ferner organisiere ich Gesundheitsseminare.
- Das sparsame Wirtschaften liegt mir, ich behalte gerne den Überblick über ein überschaubares Arbeitsfeld. Die Patienten mit Überanspruchbarkeit und Versorgungsdenken werde ich jetzt mit Hinweis auf Seehofer schnell los. Die vernünftigen selbstbestimmten Patienten bleiben hier.

Tab 4: "Durch die Gesundheitsreform hat/haben sich ... verschlechtert/verbessert" (arithmetisches Mittel, Standardabweichung, proz. Häufigkeiten jeweils für die Gesamtgruppe; range 1-4; N=68 bis N=71)

| | x | s | stimmt gar nicht | stimmt ein wenig | stimmt weitgehend | stimmt vollkommen |
|--|------|------|---------------------|---------------------|----------------------|----------------------|
| meine wirtschaftliche Situation verschlechtert | 2.74 | 1.12 | 18,8% | 21,7% | 26,1% | 33,3% |
| meine Berufszufriedenheit generell verschlechtert | 2.67 | 1.09 | 17,4% | 29,0% | 23,2% | 30,4% |
| diagnostischen Möglichkeiten verschlechtert | 1.67 | .87 | 52,2% | 36,2% | 4,3% | 7,2% |
| therapeutischen Möglich- keiten verbessert (umgepolt) | 3.90 | .35 | 91,3% | 7,2% | 1,4% | 0,0% |
| Beziehung zu Patienten verbessert (umgepolt) | 3.92 | .32 | 94,1% | 4,4% | 1,5% | 0,0% |

Legende:

1 = stimmt gar nicht = 4 (umgepolt)

2 = stimmt ein wenig = 3 (umgepolt)

3 = stimmt weitgehend = 2 (umgepolt)

4 = stimmt vollkommen = 1 (umgepolt)

- Die Zulassungsbegrenzung ist für die bereits niedergelassenen Ärzte wie mich vorteilhaft. Dennoch hat sich die Konkurrenzsituation verschärft, da vorher noch etliche Zulassungen vergeben wurden. Durch Deckelung des Honorars sind die zu erwartenden Einnahmen, da punktwertabhängig, unberechenbar geworden. Beunruhigend auch die Diskussion um die Fallwertpauschale für Hausärzte. Diese sind sowieso schlußlicht in der Einkommensskala. Eine Aufbesserung wäre nur durch Umverteilung möglich, was kaum durchsetzbar ist. Einkommensverluste durch nicht kalkulierbare Folgen der Reformen, besonders bei den Hausärzten, sind zu befürchten, z. B. auch durch die Chipkarte.
- Es besteht eine generelle Benachteiligung der niedergelassenen Ärzte im Osten. Von den Angleichungen der Punktwerte (lt. Politiker + Einigungsvertrag) keine Rede mehr. Zur Zeit Honorar III/93 nur 7,1 Pf. Punktwert, IV/93 ?. Grundlohnsummenentwicklung von EK erst ab III/93 und nicht I/93 berücksichtigt. Steigende Kosten im Betriebskosten- + Lohnkostenbereich, Ärzteversorgung, Steuer steigt, steigende Benzinpreise (für HB wichtig), z. B. 1 Liter 1,51-1,54 DM ?? - Fast wie in der DDR!!
Damit erfolgen Honorareinbuße für mehr Arbeit und vor allem Stundenumfang (50-60 Std. pro Woche).
Budget der AM auf I/92 absoluter Schwachsinn, zu dieser Zeit noch viele Ärzte nicht zugelassen.
 1. Keine Politiker-Wahlversprechen von 1989/1990 eingehalten!!!
 2. Keine Berücksichtigung der ostspezifischen Probleme, wir haben Kredite, Schulden und keine Eltern, die reich sind.
- Durch die Gesundheitsreform hatte ich einige Auseinandersetzungen bezüglich Verschreibungen mit meinen Patienten. Einige haben mich deshalb verlassen. Davon sind die meisten wieder zurückgekommen. Trotzdem übt die Beschränkung der finanziellen Möglichkeiten bezüglich Verschreibungen einen gewissen psychischen Druck auf mich aus. Ich habe immer etwas Angst, vor dem Regreß zu stehen. Die Qualität der Patientenbehandlung hat, glaube ich, trotzdem nicht abgenommen, da manche Verschreibungen wohl doch überflüssig waren.
- 1. Meine Praxiskurve verläuft zwar optimistisch, aber nicht überschwenglich, da finanzielle Verluste durch Gesundheitsreform absehbar (bereits spürbar) aber nicht kalkulierbar (im Gegensatz dazu "Kredit"-Prognose von steter Steigerung ausgehend). 2. Therapeutische Einschränkungen durch Patienten oft nicht akzeptabel (Medikamentenverordnung z. B.)
- Die Deckelung läßt zunehmend die Liquidität auf Null zulaufen, da sich Ausgaben ständig erhöhen, die Einnahmen ständig leicht sinken. Die Konkurrenz ist wirtschaftlich, nicht medizinisch schlecht, da wir alle uns um einen vorgegebenen Suppentopf raufen, wer am meisten zu entnehmen schafft. Ein guter Arzt, der ohne Zusatzuntersuchungen sofort die richtige Diagnose stellt, verdient nichts; der schlechte Arzt, der viel Unnötiges veranstaltet, verdient gut.
- Für mich am unangenehmsten: verschärftes Konkurrenzdenken der Kollegen. Schlechtere Zusammenarbeit im Kollegenkreis.
- Die Kassen (Politik) bestimmt, setzt Richtlinien fest.
Die Patienten sind darüber nicht informiert. Der Anspruch steigt ständig, nur kann diesem bei der Honorierung nicht mehr nachgekommen werden.
Der Arzt an der Basis muß regulieren, reglementieren, das nervt mich total. Die Kassen sollten sich in die Praxis setzen und diese Aufgabe mal übernehmen. Aufgrund der ärztlichen Sorgfaltspflicht, Beweispflicht, Prozesse, Regresse usw. leisten wir viel kostenlos. Die Honorierung stimmt nicht mehr. Steigende Betriebskosten. Nur von Kassenpatienten kann sich eine Praxis nicht halten - oder [Zeichen für männlich/weiblich] geht kaputt [gemeint sind wohl männliche und weibliche Arztpraxen].
- Deckelung = Unverschämtheit bzw. legale Kriminalität.
- Konkurrenzsituation unverändert.
Für die Zukunft aufgrund der Niederlassungssperre zunehmende Belastung durch hohe Patientenzahlen zu erwarten. Laborbudgetierung für Kinderärzte ungünstig bei qualifizierter Praxisarbeit.
- Durch massive Medikamentenregresse (falscher statistischer Vergleich: Nervenärzte kontra Psychiater) extreme finanzielle Unsicherheit.
- Die geplante Ausgrenzung von Hilfsmitteln (z. B. Brillen) als Kassenleistung sehe ich als sehr bedenklich an.
- Deckelung und Zulassungsrichtlinien zur Zeit sicher unumgänglich, aber für den einzelnen eine Zumutung!
Mit Konkurrenz keinerlei Problem.

- Angst vor Regreß (nimmt zu); Ausgeliefert sein (nimmt zu); Schicksalsgefühle (nehmen zu); keine Möglichkeit der Gemeinschaftspraxis
- Ein unwürdiges Instrument bürokratischer Gängelung mit Restriktionen (zunehmend) und entsprechende Gängelung, die einen "freien Beruf" möglicherweise zugrunde richten. - Die diagnostischen Möglichkeiten haben sich noch nicht wesentlich verschlechtert, da die Grundausstattung sehr gut war - aber wir stehen erst am Anfang, und die Investitions-Hemmung folgt erst.

Ausgangspunkt für OE und PE

Die meisten befragten Praxisinhaber haben ihre Praxis weitgehend oder völlig selbst aufgebaut (80,8%). 12,3% verneinen das entsprechende Statement. Bei mehr als jeder 5. Praxis sind bereits hinsichtlich der Patientenentwicklung (13,9%), des Personals (19,2%) und der Räumlichkeiten (10,9%) sehr problematische Situationen "weitgehend" oder "vollkommen" aufgetreten.

Fast alle Praxisinhaber (97,2%) gehen davon aus daß, ihre Praxen bei ihren Patienten einen sehr guten Ruf haben. Etwas geringer sind die entsprechenden Werte (stimme weitgehend bzw. vollkommen zu) in Bezug auf den Ruf bei den "meisten meiner Fachkollegen" (83,8%).

Knapp die Hälfte der Praxen (46,6%) hatten in den letzten Jahren eine mehr oder weniger starke Zunahme an Mitarbeitern zu verzeichnen. Gleichwohl hat aber noch nicht einmal jede 20. Praxis (4,1%) die Hilfe eines Personal- bzw. Unternehmensberaters in Anspruch genommen. Entsprechend äußern denn auch nur 3,4% weitgehend bzw. vollkommen positive Erfahrungen mit der Personalberatung/Arbeitsvermittlung.

Auch hinsichtlich der Abrechnungen setzen nur rund 10% der befragten Praxen auf die Hilfe einer Fremdgeellschaft.

Immerhin rund 50% der beteiligten Praxen greifen auf EDV bei der Patientenverwaltung zurück.

Nur 13,7% sind "vollkommen zufrieden" mit der bisherigen Praxisorganisation, während der entsprechende Zufriedenheitsanteil für die Personalsituation insgesamt bei 23,3% liegt. Umgekehrt äußern sich 20,6% (Praxisorganisation) bzw. 12,3% (Personalsituation) "gar nicht" oder nur "ein wenig" zufrieden.

Offene Kommentare zu Geschichte, Ruf und aktueller Situation der Praxis:

- Ich habe eine Allgemeinpraxis mit einem festen Patientenstamm, der sich über all die Jahre etwa auf der gleichen Zahl der Patienten hält.
- Es war über 9 Jahre eine Gemeinschaftspraxis (seit dem gemeinsamen Aufbau), seit einem Jahr Praxisgemeinschaft.
- Praxis wurde 1983 übernommen
- Noch sehr klein - auch klein gehalten, da ich mich auch um meine Kinder kümmern muß und möchte.

- Vor 4 1/2 Jahren habe ich die Praxis übernommen. Nach ständiger Annahme der Patientenzahl habe ich jetzt, glaube ich, meine Leistungsgrenze erreicht.
- Start 10/91, Umzug in neue Räume nach Umbau 5/92, seitdem konstante Behandlungszahlen und Arbeitsaufwand
- Praxisruf durch Fachkollegen nicht einschätzbar
- Entwicklung ist stetig: von Behelfspraxis nach der Wende bis zu weit über 1000 Scheinen 1994
- Die Praxis hat sich sehr gut entwickelt.
- 3 Angestellte wurden schwanger! Bin in eine bestehende Praxis eingestiegen. Erweiterte Räume. Gemeinschaftspraxis.
- Mir fehlt ausgebildetes Personal, die Gehaltswünsche stehen in keinem Verhältnis zur Qualifikation.
- Von 86-91 Einzelpraxis, ab 91 Gemeinschaftspraxis.
- Praxis besteht 10 Jahre. Sehr guter Ruf bei Patienten und Kollegen.
- Einzelkraft - ist schwanger - Wechsel vorprogrammiert - Schwangerschaft nach 3 Monaten nach Beginn der Zusammenarbeit
- Mitarbeiter müssen auf jede Möglichkeit einer Weiterbildung hingewiesen werden, kaum eigene Vorschläge
- Keine Erfahrung
- Zur Zeit überlege ich mir, wie ich Fehlzeiten reduzieren kann, z. B. durch Prämien.
- Entlohnung unbefriedigend, da die Honorarsituation in den Ost-KV'en (?) miserabel!
- Wir werden einen Praxiscomputer anschaffen. Ich habe die Praxis seit einem halben Jahr mit einer Kollegin geteilt. Die Patienten haben diese Kollegen gut akzeptiert. Probleme gibt es am ehesten, weil manche Patienten feste Termine wollen - wir aber keine Terminpraxis sein wollen.
- EDV erst seit 12/93
- Computer wohl erst mit Chipabrechnung effizient; Abrechnung mit Computer derzeit zu viele Probleme
- Personal sehr gut, Praxisorganisation verbesserungswürdig
- Bezüglich Entlohnung würde ich gerne großzügiger sein können. Organisatorisch steht Computerisierung als Notwendigkeit an.
- Kein Berufsstand der Welt wird nicht in der Landeswährung, sondern in Punkten bezahlt, wobei zum Zeitpunkt der Leistungserbringung nicht feststeht, wieviel der Punktwert ist, nur bei uns Ärzten ist so etwas möglich. Betriebswirtschaftliche Berechnungen einer Praxisführung, die eigentlich die Grundlage einer Gebührenordnung sein sollten, haben keinerlei Eingang in die Gebührenordnung gefunden. Um meinen ethischen Auftrag der sachgerechten Patientenversorgung aufrechtzuerhalten, muß ich in vielen Fällen selber draufzahlen! Kein Handwerker würde für eine Leistung weniger fordern, als sie ihn selber kostet!
- Helferinnen scheuen die Zeit für Weiterbildung.
- Personal wurde von mir persönlich eingearbeitet.
- Fester Stamm von 2 älteren Mitarbeiterinnen. Relative Fluktuation der jüngeren durch Heirat und Geburt von Kindern (etwa alle 3-4 Jahre)
- Mitarbeiter passen nicht, haben keinen Ehrgeiz, keine Eigeninitiative, schieben Verantwortungs-"Schuld" ab.

Konkrete Entwicklungsperspektiven der Praxis

Wo sehen nun die Praxisinhaber ihre persönliche Entwicklungsperspektive für die Zukunft? Wir fragten nach dem Vorhaben bezüglich einer Spezialisierung der Praxis, geplanten Veränderungen des Praxisklimas und persönlichen Faktoren beim befragten Arzt selbst. Tab. 5 zeigt die sechs von 24 vorgegebenen Entwicklungsperspektiven auf, bei denen mindestens 50% der Befragten "vollkommen" oder "weitgehend" der Hypothese zustimmten, daß sie in diesen Bereichen Veränderungen wünschen.

Offene Kommentare:

- Die zusätzliche Qualifikation ist schon erreicht.

- 80 Prozent aus Privathonoraren derzeit
- Ich habe seit 1970 eine Praxis. Seit 1983 mache ich Homöopathie.
- *Antwort zur Frage: Zukünftig möchte ich betriebswirtschaftlichen Fragen (...) mehr Aufmerksamkeit als bisher schenken:* Mache ich schon lange. - *Antwort zur Frage: Sonderleistungen ... für Führungskräfte:* Habe ein Managerseminar für großes deutsches Elektronikunternehmen entwickelt. - *Antwort zur Frage: Sonderleistungen ... für Diabetiker:* bereits geschehen.
- Zur Zeit vertritt mich eine Kollegin regelmäßig im Urlaub und an einigen Nachmittagen. Eine offizielle Kooperation wäre für mich wünschenswert.
- UVB + HOT-Therapie
- Ich mache viele Hausbesuche. Alten Menschen muß man viel Aufmerksamkeit schenken. Sie nehmen ja auch an Zahl zu. Ich interesse mich sehr und bin ausgebildet in Psychotherapie.
- Spezifische Probleme der 14-17jährigen besser zu erfassen und zu behandeln
- Perspektive erst echt besser, wenn in Ost und West für gleiche Leistungen gleicher Punktwert und Reformen, die sein müssen, besser vorbereitet werden.
- Bei finanziellen Einbußen Kompensation nur über Personalentlohnung möglich.
- Das Medizinstudium würde ich zwar vom "Fach" her empfehlen - unter den momentanen Umständen allerdings gehörte sehr viel Begeisterungsfähigkeit dazu!
- Studium Medizin nur, wenn absolute Neigung vorliegt.
- Da ich als Facharzt schon spezialisiert bin, sind weitere Spezialisierungen nicht möglich!
- Führen bereits zahlreiche Spezialleistungen durch (Entwicklungsdiagnostik, Allergologie, Psychotherapie, Sonographie)

Tab 5: Wichtige Entwicklungsperspektiven (arithmetisches Mittel, Standardabweichung, proz. Häufigkeiten jeweils für die Gesamtgruppe; range 1-4; N=68 bis N=71)

| | x | s | stimmt gar nicht | stimmt ein wenig | stimmt weitgehend | stimmt vollkommen |
|---|------|-----|---------------------|---------------------|----------------------|----------------------|
| Umgang mit der knappen Zeit verbessern | 2.93 | .95 | 11,0% | 15,1% | 43,8% | 30,1% |
| meinen Arbeitsstil verbessern | 2.79 | .90 | 8,3% | 27,8% | 40,3% | 23,6% |
| erfahren, was Patienten über Praxis denken | 2.72 | .91 | 9,7% | 29,2% | 40,3% | 20,8% |
| Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter/innen | 2.49 | .73 | 8,2% | 39,7% | 46,6% | 5,5% |
| Eigene Fort- und Weiterbildung | 2.92 | .80 | 4,2% | 23,6% | 48,6% | 23,6% |
| Erscheinungsbild der Praxis verändern | 1.83 | .81 | 40,3% | 37,5% | 20,8% | 1,4% |
| Betriebswirtschaftliche Faktoren mehr beachten | 2.49 | .98 | 16,7% | 36,1% | 29,2% | 18,1% |
| Kooperation mit Kolleg/innen herstellen bzw. intensivieren | 1.69 | .92 | 55,9% | 25,0% | 13,2% | 5,9% |

Legende:

1 = stimmt gar nicht = 4 (umgepolt)

2 = stimmt ein wenig = 3 (umgepolt)

3 = stimmt weitgehend = 2 (umgepolt)

4 = stimmt vollkommen = 1 (umgepolt)

4. Zwischenbilanz und Forschungsperspektiven

Im vorangegangenen Kapitel 3 sind erste Ergebnisse aus der postalischen Befragung von bislang mehr als 70 Ärztinnen und Ärzten skizziert worden. Es handelt sich dabei um Häufigkeitsauszählungen für die Gesamtgruppe sowie um Beispiele für offene Kommentare. Da es zunächst um die Exploration des Problemraumes geht und da die Fallzahl noch deutlich erhöht werden soll, sind bislang keine detaillierten statistischen Prozeduren (z.B. Zusammenhangsanalysen) gerechnet worden. Auch bleibt eine genauere Systematisierung und Auswertung der offenen Teile der Erhebung weiteren Arbeitsschritten vorbehalten. Gleichwohl vermitteln bereits diese ersten Befunde aufschlußreiche Einblicke und bieten in mehrerlei Hinsicht Entscheidungsgrundlagen für die weiteren Arbeitsschritte.

Zum Erhebungsverfahren

- Es zeigt sich, daß der verwendete Fragebogen offenbar gut angenommen und überwiegend vollständig und konstruktiv bearbeitet worden ist.
- Mit der Kombination von geschlossenen Items im Likert-Skalenformat, von offenen Anmerkungen und Kommentaren und dem mittels "persönlicher Praxiskurve" erfassten Entwicklungsprofil steht offenbar ein ökonomisches Instrument zur Verfügung, das durch seine offenen Teile eine inhaltlich- phänomenologische Vielfalt ermöglicht und durch seine geschlossenen Teile eine interindividuelle Vergleichbarkeit der Informationen gestattet. Deshalb erscheint sein weiterer Einsatz als Explorationsinstrument gerechtfertigt.

Von allen Pbn wurden die standardisierten Fragen bearbeitet; nur in einem Fall wurden einzelne Abschnitte (Persönlichkeit Praxisinhaber) nicht bearbeitet. Relativ selten wurde die KA-Antwortalternative benutzt. Die Auszählungen zeigen, daß die Extremwerte der Items häufig benutzt worden sind, so daß man diesbezüglichen Antworttendenzen keine nennenswerte Bedeutung beimessen muß. In vielen Fällen sind die Items stark links- oder rechtsschief verteilt, d.h. auf einen Skalenpol hin verteilt. Hier bleibt indes zu prüfen, inwieweit sich ein besonders positives (Selbst-) Bild der überwiegenden Mehrzahl der befragten Ärztinnen und Ärzte zeigt, ob sich also Vergleichsgruppen (z.B. Rechtsanwälte, Malerbetriebe) weniger positiv einschätzen. Möglicherweise bietet sich für eine Modifikation des Instrumentes auch ein 5-stufiges-Likert-Format an bzw. die stärkere Hereinnahme auch solcher Items, die nicht von vorneherein relativ positiv bzw. negativ formuliert sind.

Wie die angeführten Beispiele zeigen, sind offene Kommentare häufig und sehr offen geäußert worden. Besonders zu dem aktuellen Thema Gesundheitsreform ist von fast jedem Untersuchungspartner ein Statement abgegeben worden. Die Kommentare, Erläuterungen und Anmerkungen sind aber auch bei allen anderen

Themengebieten (z.B. Personal) sehr aufschlußreich und bringen zusätzliche Informationen. Am wenigsten wurde in jenem Teil des Fragebogens, bei dem es um die Selbstbeurteilung der Praxisinhaber geht, von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht.

Mit dem Entwicklungsprofil scheint ein vielversprechendes forschungsökonomisches und ökologisch valides Erhebungsinstrument vorzuliegen. Seine Einsatzmöglichkeiten liegen nicht nur im Rahmen von standardisierten postalischen Befragungen sondern auch im Rahmen von persönlichen qualitativ orientierten Befragungen. Gerade im letztgenannten Fall können durch Nachfragen des Interviewers die eingezeichneten Angaben erläutert, präzisiert, in den biographischen und sonstigen Lebenskontext eingeordnet oder sonstwie kommentiert werden. Neben interpretativen Auswertungsmöglichkeiten deuten sich auch Möglichkeiten der Quantifizierung, sei es in zeitlicher Hinsicht, sei es hinsichtlich der positiven versus negativen Valenz an. Ein Aspekt der weiteren Forschung ist deshalb der Verbesserung und weiteren Erprobung dieses Verfahrens gewidmet.

- Eine Modifikation, Ergänzung und Verbesserung des Fragebogens soll erst auf der Grundlage einer höheren Fallzahl (N=200 bis N=300) und nach der Einbeziehung von "Vergleichsgruppen" (z.B. Rechtsanwälte) auf der Grundlage statistischer und inhaltsanalytischer Analysen erfolgen.

Zu den Ergebnissen

- Wie die Stichprobencharakteristika zeigen vertreten die Untersuchungsteilnehmer/innen (natürlich aber nicht im Sinne der statistischen Repräsentativität) ein breites Spektrum der niedergelassenen Ärzte. Dies betrifft wesentliche Aspekte wie Geschlecht, Alter, Ost-West, Fachrichtung, Praxisform. Allerdings sind Praxen aus ländlichen Gebieten kaum vertreten und sollten deshalb künftig vermehrt angesprochen werden.

- Die Gesundheitsreform und ihre Folgen stellen ein wesentliches, äußerst brisantes und emotional aufgeladenes Thema für den Großteil der Befragten dar. Neben der genaueren Untersuchung der diesbezüglichen v.a. als negativ empfundene Effekte (Wirtschaftlichkeit, Berufszufriedenheit, geringe Planbarkeit durch Deckelung usw.) ist auch zu fragen, inwieweit sich dieser, in etlichen Fällen ja geradezu als krisenhaft empfundene Einschnitt auch positiv deuten lässt, etwa als Anstoß zu einer bewußten Optimierung der Praxisentwicklung (OE, PE, Weiterbildung, Spezialisierung, "schlanke Praxisführung" usw.).

- Ärzte aus den neuen Bundesländern haben eine spezifische Problematik, da bei ihnen häufig eine "Nolens-Volens-Niederlassungsmotivation" vorliegen dürfte. Gerade bei den älteren von ihnen war eine privatwirtschaftliche Niederlassung ja weder angestrebt noch vorgesehen. Insofern stellt eine Existenzgründung unter besonders restriktiven Rahmenbedingungen (relativ unvermittelt und wenig

vorbereitet, keine Vorbilder/Ratgeber in der Familie und Verwandtschaft, keine Erfahrungen mit dem neuen Gesundheitswesen, Zwang zur Kreditaufnahme usw.) und unter möglicherweise ungünstigen persönlichen Voraussetzungen (selbständige Tätigkeit ist eigentlich gar nicht erwünscht, fehlende diesbezüglichen Kompetenzen und Ressourcen) eine besondere Herausforderung dar, die so nicht langfristig in die jeweilige Berufsbiographie eingeplant war. Die genauere Untersuchung dieser Thematik ist deshalb nicht nur unter der Perspektive eines Ost-West-Vergleiches, sondern besonders auch in integrativ-kontrolltheoretischer Perspektive von Interesse, denn es geht hier um Fragen der eigenen Entwicklungskontrolle.

- Hinsichtlich des Praxisrufes bei den Patienten und auch hinsichtlich der Selbstbeurteilung fällt eine bemerkenswert positive Einschätzung auf. Zu fragen ist hier nach dem kongruenten bzw. diskrepanten Verhältnis von Selbstbild und Realbild niedergelassener Ärzte. Die Klärung der Hypothese einer Diskrepanz von Selbsteinschätzung einerseits und Fremdbeurteilung andererseits kann aber nur über die entsprechende Befragung von Mitarbeitern und Patienten und/oder durch Vor-Ort-Recherchen befriedigend geklärt werden.

- Ein Selbstmanagementproblem deutet sich bei fast allen Praxisinhaber/innen in zeitlicher Hinsicht an. In der Schwierigkeit eine klare Zeitstruktur zu schaffen, Aufgaben kompetent zu delegieren, und in der Verbindung von Arbeit und Freizeit/Familie generell scheint sich ein Charakteristikum inhaberzentrierter Kleinunternehmen zu zeigen, das gerade bei Ärzten (teils aufgrund ihres öffentlichen und wohl häufig auch persönlich so empfundenen "Gesundheitsmandates", teils aufgrund von wirtschaftlichen Zwängen und organisatorischen Mängeln) besonders deutlich zu Tage tritt.

Weitere Arbeitsschritte und Perspektiven

Das weitere Vorgehen liegt vor allem in der stärkeren Präzisierung des Untersuchungsanliegens und der Untersuchungsfragestellungen, in der theoretischen Differenzierung und in der Entwicklung eines angemessenen Instrumentariums. Die vorgesehen Arbeitsschritte können in mehrere Forschungssequenzen mit ihren jeweils spezifischen Aufgaben eingeteilt werden:

a) Zunächst soll die Explorationsstudie weiter geführt und eine Vergleichsgruppe hinzugezogen werden.

b) Es schließt sich eine Phase der kontrolltheoretischen Konzept- und Instrumentenentwicklung an. Das Projektanliegen wird präzisiert und

entsprechende Fragestellungen werden formuliert; dabei werden die Informationen aus der postalischen Befragung der Explorationsstudie ergänzt durch ausgewählte Fallstudien, bei denen nicht nur die Inhaber, sondern auch Mitarbeiter und Patienten persönlich interviewt und befragt werden sollen; in diesem Zusammenhang sollen gezielt theoretisch fundierte multimethodische Instrumente einer integrativen Organisationsdiagnostik entwickelt werden.

c) Auf dieser Grundlage werden sodann sämtliche Daten im Hinblick auf die dann entwickelten spezifischen Fragestellungen zur integrativen Organisationsentwicklung zusammenhängend statistisch und inhaltsanalytisch analysiert. Die Befunde dieser Querschnittstudie werden entsprechend aufbereitet kommentiert und publiziert.

d) Schließlich ist eine doppelte Erweiterung der Querschnitts- in eine Längsschnittuntersuchung vorgesehen: Ausgewählte Praxen sollen erneut befragt und längsschnittlich untersucht werden; parallel dazu sollen konkrete Maßnahmen der Praxisentwicklung (Personalentwicklung, Weiterbildung, Umgestaltung der Praxisorganisation, Veränderung in der Kommunikations- und Kooperationsstruktur usw.) an ausgewählten Praxen bzw. Kanzleien durchgeführt, implementiert und evaluiert werden.

Im einzelnen ergeben sich also folgende konkrete Arbeitsschritte:

1. Zunächst soll die Anzahl der auswertbaren Fragebogen FPA auf N=150 bis N=200 vergrößert werden.
2. Parallel dazu Adaptation des FPA für Rechtsanwälte und Steuerberater.
3. Postalische Befragung von 150 Rechtsanwälten und Steuerberatern.
4. Auswertung, statistische Zusammenhangsanalysen, Publikation der Befunde
5. Entwicklung eines kontrolltheoretisch fundierten Instrumentariums zur Praxisanalyse und -entwicklung.

Aus dem kontrolltheoretischen Ansatz ist besonders die Umsetzung und Operationalisierung folgender Konzepte/Begriffe wichtig: Theoriegeleitete kooperative und konsensorientierte Diagnostik von partiell identischen Interessen von Personen und Organisationen. Förderung von realitätsangemessenen personalen und organisationalen Handlungsspielräumen und Handlungsressourcen (vgl. im einzelnen Hohner 1993, 1994).

6. Durchführung entsprechender Pilotstudien an ausgewählten Praxen und Kanzleien. Hier geht es um biographische Interviews mit Inhabern und Angestellten, um teilnehmende Beobachtungen, um die quantitative und qualitative Erfassung wesentlicher Organisationsparameter (Klima, Kooperation, Interaktion, Kommunikation, Zeiteinteilung, Delegation, Spezialisierung, Geschichte des Unternehmens, Organisationskultur, Organisationsphilosophie, Organisationsziele, Weiterbildung, Personalentwicklung usw.) und um die Erfassung individueller Berufsperspektiven von Inhaber und Personal.
7. Formulierung von Veränderungszielen und -perspektiven für die Organisation, ihre Mitglieder, ihre Geschäftspartner und Kunden (Patienten, Klienten). Realisierung solcher Veränderungsprojekte als Pilotprojekte in Kooperation von Wissenschaftlern, Praktikern und Hauptfachstudierenden der A+O-Psychologie.

Literaturangaben

- Büssing, A. (1992). Organisationsstruktur, Tätigkeit & Individuum. Untersuchungen am Beispiel der Pflgetätigkeit. Bern: Huber.
- Büssing, A. (1993) Organisationsdiagnose. In Schuler, H. (Hrsg.) Lehrbuch Organisationspsychologie (S. 445-479). Bern: Huber.
- Campbell, D.T. & Stanley, J.C. (1963). Experimental and quasi-experimental designs for research on teaching. In N.L. Gage (Ed.) Handbook of research on teaching. Chicago: Rand McNally.
- Hohner, H.-U. (1985). Kontrollbewußtsein und berufliche Restriktivität. Entwicklung und empirische Erprobung eines integrativen Modells. Materialien aus der Bildungsforschung. Nr. 27. Berlin: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung.
- Hohner, H.-U. (1987). Kontrollbewußtsein und berufliches Handeln. Motivationale und identitätsbezogene Funktionen subjektiver Kontrollkonzepte. Bern: Huber.
- Hohner, H.-U. (1993). Personalentwicklung, berufliche Autonomie und konsensorientierte Diagnostik. Berichte aus dem Bereich "Arbeit und Entwicklung" am Psychologischen Institut der FU Berlin, Nr. 2; sowie in Laske, St. & Gorbach, St. (Hg.). Spannungsfeld Personalentwicklung (S. 367-386). Wien: Manz.
- Hohner, H.-U. (1994). Entwicklung in Bildung und Beruf. (unveröff. Manuskript).
- Hohner, H.-U. & Hoff, E.-H. (1992). Beurteilung als Persönlichkeitsentwicklung. Aspekte einer entwicklungsorientierten Diagnostik. In R. Selbach & K.-K. Pullig (Hg.). Handbuch Mitarbeiterbeurteilung (S. 39-68). Wiesbaden: Gabler.
- Kieser, A. & Kubicek, H. (1983). Organisation. Berlin: de Gruyter.
- March, J.G. & Simon, H.A. (1976). Organisation und Individuum - menschliches Verhalten in Organisationen. Wiesbaden: Gabler.
- Weber, M. (1972). Wirtschaft und Gesellschaft. Tübingen: Mohr.