

Paretooptimale Kommunikation der medizinischen Stärken niedergelassener Augenärzte: Eine neue Möglichkeit der Patienteninformation?

C. Thielscher, S. Rödder, M. Schütte

FOM Fachhochschule für Oekonomie & Management, Essen

Zusammenfassung

Hintergrund. Die Untersuchung beschäftigt sich mit der Frage, ob es möglich ist, Patienten über die medizinischen Stärken von Augenärzten zu informieren, wenn diese Information zugleich eine Paretoverbesserung darstellt - d. h., dass die Informationsvermittlung mindestens einem Patienten oder Arzt nutzt, aber niemandem schadet.

Methode. Es wurden Tiefeninterviews mit relevanten Entscheidern im System der augenärztlichen Versorgung geführt und ausgewertet.

Ergebnisse. Grundsätzlich erscheint eine Paretoverbesserung möglich. Allerdings sind die Schwierigkeiten der Umsetzung erheblich: gesetzliche und ökonomische Rahmenbedingungen müssen geändert, komplexe Fragen der Messung von Vorlieben bzw. Schwerpunkten geklärt werden. Ob ein entsprechendes Vorhaben kurzfristig umgesetzt werden kann, erscheint fraglich.

Schlussfolgerung. Patienten werden kurzfristig auf bereits vorhandene oder neuere, nicht unbedingt dem Paretokriterium entsprechende Informationssysteme zurückgreifen müssen, um den richtigen Augenarzt zu finden. Mittelfristig könnte sich die Situation bessern, wenn die o. g. Fragen geklärt werden.

Abstract

Background. We analyzed the possibility to provide information about ophthalmologists' preferences for patients so that it is easier for them to find the right physician – in a paretooptimal way which means that nobody is harmed where at least one derives benefits.

Methods. We used extensive interviews with key deciders.

Results. Paretooptimization is possible. However, implementation is not yet feasible mainly because of legal and economic restrictions and because of difficulties of the measuring system. In order to come to a result, a major medical, economic, and legal effort would be required – which is unlikely to come in place short-term.

Conclusion. At least in the near-term future, there won't be new information systems (as described) for patients. In the mid-term, the situation could change if the open questions are resolved.

Einleitung

Seit langem ist bekannt, dass Menschen solche Tätigkeiten, die sie schätzen, mit erhöhter Motivation und besseren Ergebnissen durchführen [6]. Wenn dies auch für den Spezialfall der ärztlichen Versorgung gilt, kann man daraus schließen, dass Ärzte Krankheiten, die sie gerne behandeln, besser behandeln als andere Krankheiten. Im Folgenden nennen wir solche Erkrankungen bzw. ihre Behandlung die medizinischen Stärken der Ärzte. Gelänge es, Patienten mit ihren Krankheiten zu den Ärzten zu steuern, die diese Erkrankungen besonders gerne behandeln, sollte einerseits die Arbeitszufriedenheit der Ärzte steigen, andererseits im Durchschnitt das Behandlungsergebnis besser sein.

In ökonomischer Terminologie nennt man dies eine Paretoverbesserung: mindestens einer (besser: viele) der Beteiligten erhält einen Vorteil, und niemand erleidet einen Nachteil. Das Werturteil, dass die Wohlfahrt steigt, wenn mindestens ein Individuum eine Verbesserung seines Nutzenniveaus erfährt und gleichzeitig bei keinem Individuum der Nutzen sinkt, nennt man Paretokriterium. Es hat den Vorteil, dass es von den meisten Wohlfahrtsökonomern akzeptiert wird [10].

Wir verstehen im Folgenden eine Erhöhung des Nutzens so, dass das jeweilige Individuum den Zustand des höheren Nutzens gegenüber dem Zustand des niedrigeren Nutzens bevorzugt. Mit dieser ökonomisch sehr weiten Definition legen wir weder fest, welche Güter und Dienstleistungen in den Nutzen eingehen, noch, ob der Nutzen eines Individuums sich auf den Nutzen anderer Individuen auswirkt – ob sich beispielsweise jemand darüber freut, wenn es einem anderen besser geht [10].

Damit Patienten sich selbst zu den in diesem Sinne richtigen Ärzten steuern können bzw. dorthin gesteuert werden können, müssen entsprechende Informationen vorliegen und kommuniziert werden.

In der medizinischen Literatur ist heftig umstritten, ob es Qualitätsunterschiede in der ärztlichen Behandlung gibt [2], ob man sie messen und kommunizieren kann [7], und ob diese Information den Patienten eher hilft oder sie verwirrt [1, 8].

Aus wirtschaftswissenschaftlicher Perspektive handelt es sich um ein Thema des Marketings, hier verstanden als die „Kommunikation eines Wertangebotes für den Zielmarkt“ [3]. Aufgrund der ethischen und rechtlichen Rahmenbedingungen, welche die Werbung für einzelne Ärzte erheblich beeinflussen, nehmen wir zusätzlich an, dass die kommunizierten Informationen der Wahrheit entsprechen und von einer oder mehreren Zentralstellen zur Verfügung gestellt werden. Es geht also nicht darum, was eine einzelne Praxis an mehr oder weniger richtigen Angaben über sich selbst aussagt, sondern um die inhaltlich zutreffende Kommunikation von Stärken (und damit Behandlungsunterschieden) aller ärztlichen Praxen einer Region.

Am Beispiel des wichtigen, innerhalb der Medizin relativ kleinen und daher analytisch gut zugänglichen Gebietes der Augenheilkunde haben wir untersucht, ob es möglich ist, dass niedergelassene Augenärzte den Patienten ihre jeweiligen Stärken so gut kommunizieren, dass eine Paretooptimierung resultiert. Genau formuliert lautete die Fragestellung: ist es im Rahmen von Arztmarketing im oben beschriebenen Sinn möglich, die Stärken, Vorlieben und Spezialisierungen von Augenärzten im ambulanten Bereich zu kategorisieren, zu evaluieren und den Patienten effizient zu kommunizieren – und wenn ja, wie könnte man ein solches

System konkret so umsetzen, dass es vielen nutzt und niemandem schadet? Die Behandlung dieser Fragestellung erfolgte unter Beachtung der medizinischen, rechtlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen [9].

Methodik der Untersuchung

Der spezifische Gegenstand der Untersuchung ist für Deutschland – und nach unserem Wissensstand auch international – neu und in der medizinökonomischen Literatur praktisch unerforscht. Für unsere Studie wählten wir daher ein exploratives Vorgehen, das wir bei ähnlichen Ausgangslagen bereits früher erfolgreich eingesetzt haben [11]. Der Schwerpunkt liegt dabei auf wenigen, dafür aber sehr eingehenden Befragungen erfahrener Entscheidungsträger mittels Tiefeninterviews, die das Problemfeld strukturiert analysieren.

Tiefeninterviews werden seit über 50 Jahren in der Marktforschung eingesetzt, zunächst unter der Bezeichnung „depth interview“ in den Vereinigten Staaten von Amerika [5]. Im Unterschied zu Fragebogeninterviews ist beim Tiefeninterview nur ein Fragengerüst vorgegeben, das der Interviewer je nach Situation erweitert [4]. Insbesondere durch Sondierungsfragen versucht er, unter die Oberfläche des Themas vorzudringen und Ursachen und Motive erkennbar zu machen. Durch das sorgfältige Auswerten der Interviews, typischerweise auf Basis einer kompletten Niederschrift des aufgezeichneten Gesprächs, werden die verbalen Inhalte vollständig erfasst und ausgewertet.

Das Tiefeninterview ist kein Messverfahren, sondern dient der Gewinnung von Hypothesen. Es eignet sich sehr gut als Pionierinstrument, um bisher unerforschte Themen zu untersuchen; in diesem Fall führt bereits die Befragung von wenigen, sorgfältig ausgewählten Schlüsselpersonen zu werthaltigen Ergebnissen [5].

Da die Fragestellung unserer Arbeit bisher weitgehend unerforscht ist, sichteten wir zunächst die Literatur zum weiter gefassten Thema der Qualitätsmessung in der Medizin. Anschließend suchten wir Interviewpartner nach folgenden Kriterien:

a) Die Interviewpartner sollten relevante Organisationen vertreten. Als solche Organisationen betrachteten wir die größte augenärztliche wissenschaftliche Gesellschaft, den größten augenärztlichen Berufsverband, einen der größten davon unabhängigen Verbände und die größte gesetzliche Krankenkasse. Es zeigte sich, dass die Qualität der befragten Organisationen respektive ihrer Vertreter so hoch war, dass der Zweck der Untersuchung, die erstmalige Exploration des Themas zur Hypothesengenerierung, erreicht wurde - obwohl es selbstverständlich möglich gewesen wäre, weitere Organisationen hinzuzuziehen, z. B. weitere Verbände, gesetzliche und private Krankenkassen, Patientenorganisationen, etc.

b) Der zu befragende Vertreter wurde uns vom Vorsitzenden des Vorstands bzw. Präsidenten der jeweiligen Organisation auf Anfrage benannt.

Im Ergebnis sprachen wir mit:

1) der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG), vertreten durch Frau Prof. Dr. Eter, Universitätsklinik Bonn;

2) dem Bundesverband der Augenärzte (BVA), vertreten durch seinen Vorsitzenden, Prof. Dr. Bertram und seinen Geschäftsführer, Herrn Gante;

3) dem Bundesverbandes Augenärztlicher Diagnostik Center (BADDC), vertreten durch seinen Vorstandsvorsitzenden Dr. Heuer;

4) der BEK als mitgliederstärkster Krankenkasse in Deutschland, vertreten durch den Sachgebietsleiter für ambulante, ärztliche Behandlung, Herrn v. Maydell, und einen seiner Mitarbeiter, Herrn Blesenkemper.

Alle Interviews wurden persönlich von den beiden erstgenannten Autoren durchgeführt. Als Basis diente ein kurzer Leitfaden, der sich auf medizinische, rechtliche und ökonomische Themen erstreckte und von uns auf Basis der Literaturrecherche entwickelt worden war. Die Gespräche dauerten je ca. 1-2 Stunden.

Alle Gespräche wurden aufgezeichnet und anschließend vollständig und wörtlich niedergeschrieben. Diese Schriftfassung wurde nach Themen sortiert und ausgewertet. Im Fall des BVA baten die Interviewpartner, das Gespräch nicht elektrisch aufzuzeichnen; in diesem Fall wurde von beiden Interviewern mitgeschrieben, und die Mitschriften dienten als Grundlage der Auswertung. In einem Fall (BADDC) wurde das Gespräch telefonisch geführt. Alle wörtlich zitierten Aussagen wurden, soweit erforderlich, sprachlich an Schriftsprache angenähert und anschließend den Interviewpartnern zur Genehmigung zugeleitet.

Ergebnisse

Unsere Gesprächspartner waren sich nicht einig, ob bzw. in welchen Bereichen es bedeutsame Unterschiede zwischen Augenärzten hinsichtlich der Behandlungsqualität gibt. Die Gesprächspartner, die annehmen, dass es solche Unterschiede gibt, sehen einen erheblichen Nutzen darin, diese den Patienten mitzuteilen. Allerdings ist die Messung und Kommunikation der Stärken aus verschiedenen Gründen so schwierig und rechtlich unzulässig, dass sie sich kurzfristig nur schwer umsetzen lässt.

Im Folgenden stellen wir die Ergebnisse der Gespräche und die daraus abgeleiteten Hypothesen detaillierter dar.

1. Die Mehrzahl der Befragten geht davon aus, dass es relevante Behandlungsunterschiede gibt.

Am deutlichsten war dies bei den Vertretern der befragten Krankenkasse: sie gehen grundsätzlich davon aus, dass es relevante Behandlungsunterschiede gibt und dass die Qualität der Versorgung besser wird, wenn man sie kommuniziert [9, S. 43].

Bei den ärztlichen Einrichtungen ist die Einschätzung nicht ganz einheitlich. Die Gesprächspartnerin der DOG schließt nicht aus, dass es innerhalb der Augenärzte relevante Spezialisierungen gibt oder zukünftig geben kann [9, S. 53], beispielsweise im Sinne einer Spezialisierung auf die Behandlung des vorderen oder hinteren Augenabschnittes, wie sie in den USA bereits praktiziert wird. Der Vorsitzende des BADDC sieht insbesondere Unterschiede zwischen konservativ tätigen und operierenden Ärzten [9, S. 54]. Die Interviewpartner des BVA gehen davon aus, dass das Gebiet der Augenheilkunde als solches bereits so spezialisiert ist, dass verbleibende Sub-Spezialisierungen meist bedeutungslos sind [9, S. 47] - von wenigen Ausnahmen (z. B. Strabismologie) und den auf der BVA-eigenen Webseite aufgeführten Spezialisierungen abgesehen. Letztere sind:

Kontaktlinsen-Anpasser, Anwenderliste Photodynamische Therapie (PDT), Anpasser von aufwändigen vergrößernden Sehhilfen, Anwenderlisten Refraktive Chirurgie (Excimer, LASIK u. a.) der KRC, Anwenderliste Akupunktur, Anwenderliste Homöopathie [13].

Aus diesen Angaben der Gesprächspartner leiten wir folgende Hypothesen ab:

Hypothese 1: Krankenkassen gehen davon aus, dass es bedeutsame Qualitätsunterschiede gibt.

Hypothese 2: Verschiedene Ärzteorganisationen sind derzeit unterschiedlicher Meinung, in welchen Bereichen relevante Behandlungsunterschiede bestehen und wie man ärztliche Stärken kategorisieren kann.

2. Es erscheint schwer möglich, Behandlungsunterschiede objektiv zu messen.

Damit Patienten und Ärzte einen Vorteil aus dem stärkenzentrierten Marketing haben, müssen die zur Verfügung gestellten Informationen objektiv richtig sein oder zumindest genauer als die heute verfügbaren. Von Ärzten werden z. B. Informationen, die von Callcentern der Krankenkassen angeboten werden, in ihrer Korrektheit angezweifelt [9, S.49].

Alle Befragten sind sich aber darin einig, dass die objektive Messung von Behandlungsunterschieden beinahe unüberwindbare Schwierigkeiten macht.

Die befragte Krankenkasse war der Meinung, dass sie selbst nicht in die Qualitätsmessung als solche hineingezogen werden möchte [9, S. 44]; aus ihrer Sicht sei das eine ärztliche Aufgabe.

Die ärztlichen Organisationen nannten folgende Problemfelder:

a) Messung der Behandlungsunterschiede durch die Augenärzte selbst

Marketing wird zunächst von den jeweiligen Anbietern durchgeführt. Auch im Falle der Augenärzte wäre denkbar, dass jeder Augenarzt seine spezifischen Stärken selbst beschreibt und dass diese Stärken zentral gesammelt und kommuniziert werden. Damit die Angaben der einzelnen Ärzte untereinander vergleichbar sind, müsste man entsprechende Kategorien bilden.

Eine solche Kategorisierung wird aber nach Ansicht des BVA nicht auf Einigkeit unter den Ärzten stoßen [9, S. 46].

Ein weiteres Problem besteht darin, dass die Ärzte möglicherweise ihre Stärken nicht korrekt angeben. Ein Fehlanreiz könnte z. B. darin liegen, dass die Ärzte sich entweder einfach alle denkbaren Schwerpunkte selbst zuordnen oder diejenigen auswählen, die ihnen ökonomisch am attraktivsten erscheinen [9, S. 48]. Auch kann es passieren, dass innerhalb einer Ärztegemeinschaft zwar ein entsprechender Schwerpunkt vorliegt, aber nicht bei allen daran beteiligten Ärzten [9, S. 48].

In allen Fällen würden letztendlich die Patienten gerade nicht effizient gesteuert. Mögliche Lösungsansätze wurden diskutiert (Beispiel: Ärzte dürfen sich selbst nur eine geringere Anzahl von Schwerpunkten zuordnen, wenn sie nur aus ökonomisch interessanteren Gebieten auswählen), die aber letztlich nicht akzeptiert wurden.

b) Messung der Behandlungsunterschiede durch Dritte

Denkbar wäre, die Stärken der Augenärzte durch Dritte messen zu lassen.

Dafür könnten zunächst öffentlich verfügbare Informationen dienen. Faktisch liegen aber bisher allenfalls Behandlungshäufigkeiten vor, und ob diese ausreichen, um echte Qualitätsunterschiede zu messen, wird von allen Befragten bezweifelt [9, S. 44 und 48]. Auch Komplikationsraten als solche – falls überhaupt verfügbar – reichen dafür nicht (verschiedene Ärzte können unterschiedlich schwere Fälle haben) [9, S. 45].

Bezweifelt wird auch, ob die Ausstattung der Praxen mit Geräten o. ä. auf die Qualität der Behandlung schließen lässt. Zumindest müsste man Spezialisten beauftragen, um Vorgaben für die Bewertung der Ausstattung zu erhalten. Für die Auswahl der Spezialisten benötigte man wiederum Kriterien, deren Erzeugung als schwierig eingeschätzt wird [9, S. 50].

Weiters könnte man externe Gutachter beauftragen, die einzelnen Praxen zu untersuchen. Allerdings hatten einige Befragten mit solchen Externen wenig überzeugende Erfahrungen gemacht. So wurde darauf verwiesen, dass Gutachter zuweilen die Qualität mit der Einhaltung von absurden bürokratischen Auflagen bis hin zur Ausstattung der Praxistoilette mit Papierhandtüchern bemaßen [9, S. 49].

Grundsätzlich wären zwar die ärztlichen Verbände und Gesellschaften selbst inhaltlich am ehesten in der Lage, eine Art von Begutachtung vorzunehmen. Dazu sieht sich aber der BVA selbst nicht in der Position, weil dies unter anderem zur Verärgerung seiner Mitglieder führen könnte [9, S. 49].

Daraus schließen wir auf

Hypothese 3: Die Definition von Kategorien ärztlicher Stärken ist ohne ärztliches Wissen und Zutun schwierig.

Hypothese 4: Ärztliche Organisationen können die Kommunikation ärztlicher Stärken nur unterstützen, wenn dies ihren Mitgliedern nicht schadet.

3. Wären die genannten Probleme gelöst, würde sich die Situation der Patienten bessern; es ist aber fraglich, ob man medizinische Stärken kommunizieren darf bzw. kann.

Falls es solche Stärken gibt und es gelingt, sie auf objektive Weise messbar zu machen, würde dies den Patienten erhebliche Vorteile bringen.

Zunächst würde die Informationslage des Patienten besser. Insbesondere würden die Patienten nicht so stark von interessengetriebenen Veröffentlichungen verwirrt, wie es derzeit aufgrund mancher Homepages oder dem ungezielten Hörensagen geschieht [9, S. 54].

Dadurch erhielten auch Ärzte einen höheren Anteil bevorzugter Patienten.

Schließlich erhoffen sich die Krankenkassen nicht nur eine Verbesserung der Behandlungsqualität, sondern auch eine Kostensenkung [9, S. 43]. Insofern bestätigten die Gespräche die Hypothese, dass stärkenzentriertes Marketing ein erhebliches Potential zur Verbesserung der Behandlungsqualität besitzt. Allerdings muss noch untersucht werden, wie aufwendig die Messung und Kommunikation der Stärken ist. Denn es könnte sein, dass das

herkömmliche System der Patientensteuerung effizienter ist: dass nämlich – wie heute – der Patient einfach seinen Allgemeinarzt nach einem Augenarzt oder seinen Augenarzt nach subspezialisierten Augenärzten fragt [9, S. 48].

Andererseits stehen der Kommunikation von Behandlungsunterschieden rechtliche und ökonomische Schwierigkeiten entgegen, was dazu führt, dass selbst dann, wenn es gelänge, die tatsächlichen Vorlieben der Ärzte korrekt zu messen, ihre Kommunikation nicht ohne weiteres eine bessere Behandlung bewirkt:

a) Rechtliche Probleme

Zunächst wurde bezweifelt, ob es überhaupt zulässig ist, Informationen über ärztliche Behandlungsweisen zu kommunizieren. Die Vertreter der BEK waren der Meinung, dass eine Krankenkasse solche Daten derzeit nicht veröffentlichen darf, weil sie nicht in einer standardisierten, rechtlich gesicherten Form zur Verfügung stehen. Sie dürfe ihren Versicherten im Rahmen ihrer Auskunfts-, Beratungs- und Aufklärungspflichten nach dem Sozialgesetzbuch lediglich allgemeine Arztverzeichnisse bereitstellen. Eine spezielle Arztempfehlung sei ihr nicht erlaubt.

Zugleich bedauerten sie dies, weil diese Informationen unter Servicegesichtspunkten für die Versicherten sehr interessant wären [9, S. 42].

b) Schwerpunkte und Budgets

Manche Erkrankungen erfordern teure medikamentöse Behandlungen. Würde man beispielsweise Glaukompatienten in Glaukomschwerpunkte steuern, so könnte es passieren, dass deren Medikamentenbudget massiv überschritten wird [9, S. 51]. Das würde ökonomisch zu dem unerwünschten Effekt führen, dass Glaukompatienten nicht in spezialisierten Praxen behandelt werden können.

c) Vermehrung von Spezialisierungen

Die Krankenkassen befürchten, dass im Rahmen der Kommunikation von Schwerpunkten immer mehr Subspezialisierungen geschaffen werden; das aber führt aus ihrer Sicht zu neuen Behandlungserfordernissen, mehr Behandlungen und daher höheren Kosten [9, S. 45].

Daraus schließen wir auf

Hypothese 5: Falls eine inhaltlich richtige Kommunikation ärztlicher Stärken gelingt, verbessert dies die Situation der Patienten und der Ärzte.

Hypothese 6: Krankenkassen haben ein hohes Interesse daran, Patienten Informationen über Ärzte zur Verfügung zu stellen.

Zusammenfassung und Diskussion

Wenn unsere Hypothese 5 zutrifft, dann besitzt die Kommunikation ärztlicher Stärken das Potential, Patienten durch zusätzliche Informationen schneller zum richtigen Augenarzt zu steuern und Ärzten eine höhere Zufriedenheit zu ermöglichen.

Das ungelöste Problem besteht darin, dass verschiedene ärztliche Organisationen unterschiedliche Einstellungen dazu haben, wie man Stärken kategorisieren kann (Hypothese 2).

Treffen unsere Hypothesen 1 und 6 zu, so werden die Krankenkassen trotzdem versuchen, ihren Versicherten solche oder ähnliche Informationen zu beschaffen. Für die Richtigkeit dieser Hypothesen spricht ein aktuelles Vorhaben der AOK, Ärzte durch Patienten bewerten zu lassen – ein Vorhaben, das von der Bundesärztekammer heftig attackiert wird [12].

Ökonomisch betrachtet hätte es Vorteile, eine paretooptimale Lösung zu finden, die keinem Beteiligten schadet. Dazu müsste ein geeignetes Messsystem entwickelt werden. Diese Aufgabe kann nach Lage der Dinge in optimaler Weise nur mit Unterstützung der Ärzteschaft geleistet werden. Die Entwicklung ist schwierig und der erforderliche Aufwand erheblich. Außerdem müssten einige Rahmenbedingungen geändert werden: Kassen oder anderen Einrichtungen müsste erlaubt werden, entsprechende Informationen zu veröffentlichen, und die Budgets der Ärzte müssten angepasst werden.

Wenn Hypothese 4 zutrifft, dann müsste eine paretooptimale Kommunikation so erfolgen, dass die Umsteuerung von Patienten nicht zu einer Einkommensumverteilung der Ärzte führt. Das ist eine schwierige, aber lösbare ökonomische Frage.

Angesichts des theoretischen Nutzens, den dieser Ansatz ermöglicht, sind weitere Untersuchungen zur Überprüfung unserer Hypothesen erforderlich. Insbesondere wäre genauer zu klären, welche augenärztlichen Stärken tatsächlich relevant sind, wie man sie misst, und wie man erwünschte Steuerungseffekte von unerwünschten finanziellen Umverteilungseffekten trennt.

Fazit für die Praxis

Ein System zur objektiven Messung und Kommunikation der medizinischen Stärken von Augenärzten wäre sowohl aus Sicht der Patienten als auch der Ärzte hilfreich, ist aber kurzfristig aufgrund der Schwierigkeit der Umsetzung nicht in Sicht. Den Patienten und Praxen bleiben daher derzeit nur die bereits verfügbaren oder neuere, nicht unbedingt dem Paretokriterium entsprechende Methoden zur Suche nach dem richtigen Arzt bzw. zur Kommunikation ihrer Stärken.

Korrespondierender Autor

Prof. Dr. C. Thielscher

FOM Fachhochschule für Oekonomie

& Management gemeinnützige GmbH

Leimkugelstraße 6

45141 Essen

E-Mail: christian.thielscher@fom.de

Literatur

1. Burger, I., Schill, K., Goodman, S.: Disclosure of Individual Surgeon's Performance Rates During Informed Consent. *Ann Surg.* 2007 Apr;245(4):507-13
2. Donabedian, A.: *An Introduction to Quality Assurance in Health Care.* Oxford 2003
3. Kotler, P. et al.: *Marketing-Management.* München 2007
4. Meffert, H., Burmann, C., Kirchgeorg, M.: *Marketing.* Wiesbaden 2008
5. Molinari, G. F.: *Das Tiefeninterview in der Absatzforschung.* Winterthur 1971
6. Myers, D. G.: *Psychology.* New York 2004
7. O'Brien, S. M., Peterson, E. D.: Identifying High-Quality Hospitals: Consult the Ratings or Flip a Coin? *Arch Intern Med.* 2007 Jul 9;167(13):1342-4 und cf. die dort zitierte Literatur
8. O'Leary, K. J., Barnard, C., Noskin, G. A.: Hospital Quality Measurement – Perplexing for Professionals, Let Alone for Patients. *J Hosp Med.* 2007 May;2(3):128-34
9. Rödder, S.: *Stärkenzentriertes Marketing für niedergelassene Ärzte – eine empirische Untersuchung der Machbarkeit am Beispiel von Ophthalmologen.* Diplomarbeit, FOM Essen, 2008
10. Sohmen, E.: *Allokationstheorie und Wirtschaftspolitik.* Tübingen 1992
11. Thielscher, C., Doarn, C. R.: Long-Term Future of Telemedicine in Germany: The Patient's, Physician's, and Payer's Perspective. *Telemed J E Health.* 2008 Sep;14(7):701-6
12. www.aerztezeitung.de, Artikel vom 15. 6. 2009: „Ärzte protestieren gegen Pläne der AOK fürs Internet“. Online besucht am 17. 6. 2009, 17:00 Uhr
13. www.augeninfo.de, Stichwort Augenarztverzeichnisse. Online besucht am 16. 6. 2009, 15:00 Uhr