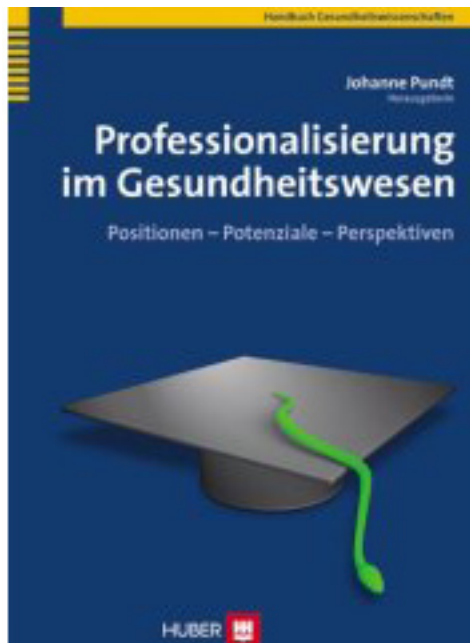




University of Applied Sciences

APOLLON Hochschule
der Gesundheitswirtschaft



Johanne Pundt (Hrsg.)

Professionalisierung im Gesundheitswesen

Positionen – Potenziale – Perspektiven

Handbuch Gesundheitswissenschaften.

2006. 292 S., 25 Abb., 22 Tab., Gb

ISBN: 978-3-456-84232-5

EURO 34.95 / CHF 56.00

erschienen 20.01.2006

Professionalisierung – der Megatrend in Ausbildung und Versorgungsorganisation.

Mit über 4 Millionen Beschäftigten ist das Gesundheitswesen einer der wichtigsten Arbeitsmärkte in Deutschland. Und dieser Markt ist in Bewegung: Vor dem Hintergrund der Globalisierung und dem Wandel traditioneller Berufsbilder – etwa in Form einer Zunahme rein funktionsorientierter Aufgabenprofile oder einer Ausdifferenzierung bzw. Spezialisierung bestimmter Arbeitsaufgaben – wird insbesondere seit dem letzten Jahrzehnt eine stetig breiter werdende Vielfalt an unterschiedlichsten Qualifizierungsangeboten zur Aus- und Weiterbildung für den Gesundheitsbereich angeboten. Damit einher geht auch ein Voranschreiten der Professionalisierungsprozesse, so dass die professionelle Leistung und das professionelle Handeln im Gesundheitswesen immer entscheidender werden.

Um das breite Spektrum dieser Professionalisierungsentwicklungen der Gesundheitsberufe konkreter zu erschließen, sich in dem Dschungel der umfassenden Angebote zu orientieren und um eine aktuelle Darstellung neuer Arbeitsfelder und deren Zuschnitt kennen zu lernen, dient dieses Handbuch. Die Beiträge von Experten aus der Bildungs- und Gesundheitsbranche analysieren Fragen zur Bildungs- und Studienlandschaft, bieten Neuerungen in Aus- und Weiterbildung an und entwickeln innovative Ansätze für Professionalisierungstendenzen im Gesundheitswesen.



Praxismanagement – Gegenwart und Zukunft des Berufsbildes der Arzthelferin

Klaus-Dieter Thill

Quelle: Johanne Pundt (Hrsg.) 2006: Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen – Potenziale – Perspektiven. Verlag Hans Hube: Bern; Seite: 175-190

Die gegenwärtige Rolle der Arzthelferin im Praxisbetrieb

Die Ökonomisierung des Medizinbetriebes verändert die Arbeit von Arztpraxen nachhaltig und bietet gleichzeitig die Möglichkeit, neue Arbeitsformen zu entwickeln. In diesem Kontext wandelt sich auch das Berufsbild der Arzthelferin¹. Der folgende Beitrag skizziert die gegenwärtige Ausbildungs- und Arbeitssituation der Arzthelferinnen und zeigt, in welche Richtung sich Berufsbildung und Tätigkeitsprofil entwickeln sollten.

Das Ausbildungsprofil

Die Ausbildung zur Arzthelferin ist ein staatlich anerkannter, drei Jahre dauernder Ausbildungsberuf in Form eines dualen Ausbildungssystems (Arztpraxen als ausbildende Betriebe einerseits und Berufsschulen andererseits). Gemäß § 91 Berufsbildungsgesetz sind die Landesärztekammern die für diese Berufsausbildung zuständigen Ansprechpartner, eine Koordination der Aus-, Weiter- und Fortbildung erfolgt in den zuständigen Gremien der Bundesärztekammer. Mit rund durchschnittlich 46.000 Auszubildenden jährlich (vgl. www.

destatis.de/basis/biwiki/beruftab3.php) ist der Beruf der Arzthelferin seit Jahren der am zweitstärksten besetzte Ausbildungsberuf in Deutschland. Eingangsvoraussetzung ist ein mindestens zehnjähriger Schulbesuch (Hauptschule, Gesamtschule, Realschule oder Gymnasium). Gegenstand der Berufsausbildung sind gemäß § 4 der Verordnung über die Berufsausbildung zum Arzthelfer / zur Arzthelferin die folgenden Mindestfertigkeiten und -kenntnisse:

- Kenntnisse über das Gesundheitswesen und die ärztliche Praxis, Arbeitsschutz, Arbeitshygiene
- Umweltschutz und rationelle Energieverwendung
- Maßnahmen der Praxishygiene
- Anwendung und Pflegen medizinischer Instrumente, Geräte und Apparate
- Betreuung von Patienten in der ärztlichen Praxis
- Hilfeleistungen bei Notfällen
- Mitwirkung bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen des Arztes
- Durchführung von Laborarbeiten einschließlich der Qualitätssicherung
- Umgang mit Arzneimitteln, Sera und Impfstoffen sowie mit Heil- und Hilfsmitteln
- Anwendung von medizinischen Fachausdrücken und Grundkenntnissen über Krankheiten
- Anatomie, Physiologie und Pathologie
- Prävention, Prophylaxe und Rehabilitation
- Organisation der Praxisabläufe einschließlich Textverarbeitung

¹ In diesem Beitrag wird die weibliche Form – Arzthelferin – gewählt, da 2003 von den 508 000 Berufstätigen (inklusive zahnmedizinischer Fachangestellten) mit dieser Qualifikation 99 % weiblich waren (www.destatis.de/statistischesBundesamt (2004).



- Durchführung des Abrechnungswesens
- Durchführung von Verwaltungsarbeiten
- Umgang mit Bestimmungen der Sozialgesetzgebung.

Für die schriftliche Prüfung kommen Fragen und Aufgaben insbesondere aus folgenden Gebieten in Betracht:

Prüfungsfach Medizin:

- Grundkenntnisse der Anatomie, Physiologie und Pathologie
- Praxishygiene, Umweltschutz, Arbeitsschutz
- medizinische Apparate, Geräte u. Instrumente
- Laborarbeiten einschließlich Qualitätssicherung
- Grundkenntnisse über Arzneimittel, einschließlich Impfstoffe
- Prävention und Prophylaxe.

Prüfungsfach Verwaltung:

- Gesundheitswesen
- Grundkenntnisse fachbezogener Rechtsvorschriften und der Sozialgesetzgebung
- kassenärztliches Abrechnungswesen
- Privatliquidation
- Rechnungswesen und Zahlungsverkehr
- Praxisorganisation.

Prüfungsfach Wirtschafts- und Sozialkunde:

- allgemeine wirtschaftliche und gesellschaftliche Zusammenhänge der Berufs- und Arbeitswelt.

Prüfungsfach praktische Übungen:

Hier soll bei der Bearbeitung praktischer Vorgänge gezeigt werden, dass technische, medizinische und verwaltungsmäßige Zusammenhänge einer Arztpraxis verstanden werden und praktische Aufgaben gelöst werden können. Es kommen Fragen und Aufgaben insbesondere aus folgenden Gebieten in Betracht:

- Umgang mit Patienten; Wartung des Praxisinventars; Hilfeleistungen in der Praxis, Anwendung und Pflege medizinischer Apparate, Geräte und Instrumente, Durchführung einfacher Laborarbeiten, Sterilisieren und Desinfizieren, Abwickeln von Schriftverkehr.

Nach Abschluss der Ausbildung bestehen verschiedene fachspezifische Weiterqualifizierungsmöglichkeiten, beispielsweise zur Medizinisch-Technischen Assistentin oder zur Arztfachhelferin, die als sog. „Erstkraft“ leitende Aufgaben in der Arztpraxis übernimmt. Dieses sind im Einzelnen folgende:

- Organisation: Festlegung und Kontrolle der Arbeitsabläufe
- Führung: Vorbereitung und Umsetzung von Führungsmaßnahmen, Förderung der Teamarbeit
- Marketing: Unterstützung der Konzeptumsetzung
- Qualitätsmanagement: Mitgestaltung der Realisierung
- Finanzen: Mitwirkung bei Abrechnung und Buchhaltung
- Praxis-EDV: Sorge für einen optimierten DV-Einsatz tragen
- Arzthelferinnen-Ausbildung: planen, organisieren und überwachen
- Gesundheitsberatung: umsetzen
- Regelwerke (Hygiene, Umweltschutz, Datenschutz): für die Einhaltung sorgen
- Notfallmedizin: umsetzen können (vgl.: www.aek-pfalz.de/downloads/afhfunktion.pdf).

Das Arbeitsprofil

Die Arbeit der Arzthelferin ist darauf ausgerichtet, den Arzt bei seiner Tätigkeit zu unterstützen, ihm bei der Betreuung und Behandlung von Patienten zu assistieren und Verwaltungs- und Managementaufgaben durchzuführen. Bestimmte Tätigkeiten führt sie dabei nach Anweisung selbständig aus (vgl.: www.aerztekammer-bw.de/25/15medizin03/02/3.pdf). In diesem Zusammenhang wird auch die Bezeichnung „Sprechstundenhilfe“ verwendet.

Das Arbeitsprofil der Arzthelferin umfasst unter dieser Definition sowohl administrativorganisatorische als auch patientenbetreuende und assistierende Aufgaben, die eng miteinander



der verbunden sind. **Tabelle 1** gibt einen Einblick in die Arbeiten, die in unmittelbarem Bezug zu den Patienten-Praxis-Kontaktphasen der Praxisarbeit – Terminvereinbarung, Empfang, Warten, Arztkontakt, Folgeaktivitäten, Verabschiedung – stehen. Aufgrund der Vielzahl von Patienten und der damit verbundenen Arbeiten erfolgt die Leistungserbringung in Arztpraxen arbeitsteilig durch Gruppen von Helferinnen, die sich aus Voll- und / oder Teilzeit-Kräften zusammensetzen. Je nach Größe

der Belegschaft einer Arztpraxis existiert zwischen dem Arzt / den Ärzten und den Arzthelferinnen noch eine Zwischenstufe in Form einer Erstkraft, die meist aufgrund ihrer langen Berufserfahrung oder wegen besonderer Fähigkeiten eine übergeordnet-koordinierende Funktion einnimmt. Im Praxisalltag geht die Arbeit der Arzthelferin jedoch weit über den oben definierten Rahmen hinaus:

Tabelle 1: Das Arbeitsprofil der Arzthelferin (eigene Darstellung)

	Administrativ-organisatorische Aufgaben	Patientenbetreuend-assistierende Aufgaben
Vorbereitende Arbeiten	<ul style="list-style-type: none"> ● Absprache des Tagesplans ● Bereitstellung von Hilfsmaterialien, Instrumenten und Geräten ● Kontrolle u. Herrichten der Praxisräume ● Einrichten der Praxis-EDV ● Postbearbeitung 	
Terminvereinbarung	<ul style="list-style-type: none"> ● Entgegennahme von Anrufen ● Terminkoordination 	<ul style="list-style-type: none"> ● Erfragen des Besuchsanlasses, um Dauer und Vorbereitung des Besuchs zu steuern
Empfang	<ul style="list-style-type: none"> ● Aufnahme des Patienten ● Erfassung / Prüfung der Patientendaten ● Prüfung der Behandlungsausweise inkl. Inkasso der Praxisgebühr ● Eingliederung in den Praxisablauf ● Sicherung der Diskretion 	<ul style="list-style-type: none"> ● Begrüßung ● Information der Patienten über den Verlauf des Aufenthaltes ● Betreuung (Ängste und Unsicherheit nehmen)
Warten	<ul style="list-style-type: none"> ● Überwachung der Wartezimmerbelegung ● Koordination des Patientenaufrufs ● Information des Arztes ● Abstimmung mit den Kolleginnen 	<ul style="list-style-type: none"> ● Herstellung von Wartekomfort ● Information bei Terminüberschreitungen ● Vorbereitende Maßnahmen für den Arztkontakt (z. B. Blutentnahme)
Arztkontakt	<ul style="list-style-type: none"> ● Bereitstellung von Hilfsmaterialien und Instrumenten 	<ul style="list-style-type: none"> ● Assistenz ● Erklärungen für Patienten
Folgeaktivitäten	<ul style="list-style-type: none"> ● Ausdruck von Rezepten ● Erstellen von Bescheinigungen ● Inkasso für Selbstzahlerleistungen 	<ul style="list-style-type: none"> ● Begleitende Information der Patienten ● Anleitung von Patienten
Verabschiedung	<ul style="list-style-type: none"> ● Vereinbarung Folgetermin 	<ul style="list-style-type: none"> ● Persönliche Verabschiedung, ggf. Taxruf
Nachbereitung	<ul style="list-style-type: none"> ● Leistungsdokumentation ● Karteikarten einsortieren ● Postbearbeitung ● Befundberichte schreiben 	



Ärztliche Co-Beratung: Für viele Patienten sind die vom Arzt vermittelten Informationen und Verhaltensanweisungen nicht verständlich, weil sie zu knapp und / oder unter Verwendung von Fachausdrücken und / oder unter Zeitdruck dargestellt wurden. Aber auch ein Zuviel an Informationen kann verwirrend wirken und dazu führen, dass vom Patienten nicht alles behalten wird. Sie wenden sich deshalb an die Arzthelferin mit der Bitte um Erklärungen.

Beschwerdeinstanz: Verbunden mit der gestiegenen Anspruchshaltung hat auch die Anzahl von Beschwerden in Arztpraxen, vor allem im Hinblick auf zu lange Wartezeiten, die nicht rechtzeitige Bereitstellung von Unterlagen (Rezepte, Befundberichte) und unfreundliche Behandlungen durch den Arzt, zugenommen. In diesen Fällen wenden sich die Patienten direkt an die Mitarbeiterinnen, die unter Beachtung von Patientenzufriedenheit und Patientenbindung für eine Klärung der Vorfälle und die Beruhigung der Patienten sorgen sollten.

PC-Spezialistin: Die Praxisführung ist ohne Computer nicht mehr denkbar. Kommt es zu Störungen im Hard- oder Softwarebereich, sind die Servicedienste hierfür oftmals nicht zeitnah zu erreichen, so dass die Arzthelferin selbst aktiv werden sollte. Auch die Datensicherung und -pflege fallen in ihren Aufgabenbereich.

Verkäuferin: Immer mehr Ärzte setzen auf das Angebot von Selbstzahlerleistungen. Die Arzthelferin übernimmt in diesem Zusammenhang die Rolle einer Verkäuferin, die die Patienten auf Leistungen hinweist, sie teilweise auch erklärt und das „Abschlussgespräch“ mit dem Arzt vorbereitet (Thill, 2004 a).

Sachbearbeiterin: Der administrative Aufwand in Arztpraxen ist deutlich gestiegen, ebenso der zu seiner Erledigung notwendige Zeitaufwand. In stark frequentierten Praxen bleibt hierfür während der Sprechzeiten nur wenig Zeit, so dass diese Arbeiten vor Sprech-

stundenbeginn oder nach Sprechstundenschluss erledigt werden sollten.

Beschaffungsmanagerin: Für den Praxisbetrieb wird eine Vielzahl an Betriebsmitteln (Verbandsmaterial, Spritzen etc.) und Büromaterialien benötigt. Die gesamte Beschaffung – von der Lagerführung über die Angebotseinholung bis Anlieferungsüberwachung – obliegt in der Regel einer Arzthelferin.

Reinigungskraft: Gerade in Praxen mit einem hohen Anteil an GKV-Leistungen ist die Kosteneinsparung ein zentraler unternehmerischer Aktionsparameter. Gespart wird dabei u. a. oft auch an Reinigungspersonal, wobei dann die Mitarbeiterinnen diese Aufgabe übernehmen.

Servicepersonal: Verfolgt eine Arztpraxis eine verstärkte Patientenorientierungs-Strategie, ist dies mit einem Angebot an Serviceleistungen verbunden. Hierzu zählen die Bereitstellung von Wasserspendern, Kaffee- und Getränkeautomaten, kostenlose Taxibestellungen, Kinderspielecken oder auch Abend- und Frühsprechstunden für Berufstätige. All diese Serviceleistungen erfordern vor- und nachbereitende Tätigkeiten (Füllen der Automaten, Bereitstellung und Entsorgung von Bechern, Ordnen des Spielzeugs, etc.), die von der Arzthelferin erledigt werden. *Marketingmanagerin:* Die konsequente Umsetzung eines Praxismanagementkonzeptes basiert vor allem auf dem persönlichen Kontakt der Arzthelferin zu den Patienten. Ihr Auftreten, ihre Mimik, Gestik und ihr Sprachverhalten sind die Marketinginstrumente mit der stärksten Wirkung. Um in diesem Bereich erfolgreich zu sein, ist – neben dem entsprechenden Know-how über die Mechanismen – vor allem ein großes Maß an Geschick und Disziplin erforderlich. Aber auch die Durchführung und Auswertung von Patientenzufriedenheitsbefragungen fallen in ihren Aufgabenbereich.

**Tabelle 2:** Arbeitsorganisatorischen Regelungen in Arztpraxen (eigene Darstellung)

Arbeitsorganisation	Anzahl
Es sind Arbeitsziele definiert.	28 %
Die zu erledigenden Arbeiten sind zu einzelnen, abgegrenzten Arbeitsplätzen zusammengefasst.	39 %
Die Schnittstellen zwischen den Arbeitsplätzen sind optimiert.	18 %
Jeder Mitarbeiterin ist ein fester Arbeitsplatz zugeordnet.	31 %
Es existieren Stellenbeschreibungen für alle Mitarbeiterinnen.	24 %
Es werden regelmäßig Arbeitsanalysen durchgeführt.	21 %
Die Praxisabläufe sind auch bei großer Arbeitsbelastung beständig.	31 %
Die Praxisabläufe werden per EDV gesteuert.	41 %
Es existieren Vorgaben für ein ziel- und prioritätenorientiertes Arbeiten.	36 %
Es gibt Planzeiten für die Patientenkontakte, die auch weitgehend eingehalten werden.	46 %
Mittels Pufferzeiten kann auf Unvorhergesehenes reagiert werden.	29 %
Checklisten strukturieren die Arbeit.	19 %
Es werden Patientenzufriedenheitsbefragungen durchgeführt	25 %

Ansprechpartnerin für Kooperationspartner: Arbeitet eine Praxis mit zuweisenden Ärzten zusammen, obliegen der Arzthelferin die Organisation der Kooperationsprozesse (Telefonate, Schriftverkehr, Terminvereinbarungen, Erledigung von Zuweiseranfragen durch den Praxisinhaber etc.) sowie die Kommunikation mit den zuweisenden Praxen.

Die Arbeitssituation der Arzthelferin

Um die o. a. Arbeiten optimal im Hinblick auf die Patienten und das Management der Praxis zu erledigen, wird ein unternehmerischer Handlungsrahmen benötigt, der sich aus folgenden Elementen zusammensetzt:

- **Arbeitsorganisation:** die Arzthelferinnen sollten wissen, welche Aufgaben mit welchen Zielen von wem zu erledigen sind.
- **Führung:** Arzthelferinnen benötigen im Hinblick auf die Art ihrer Aufgabenerledigung und ihr damit verbundenes Verhalten

Orientierung, Anleitung und Motivation in Form von Lob und Kritik.

- **Qualifizierung:** Arzthelferinnen sollten schon allein aufgrund des medizinischen Fortschritts und sich verändernder Diagnose- und Therapieverfahren kontinuierlich aus-, weiter- und fortgebildet werden.
- **Kommunikation:** die arbeitsteilig angelegte Arbeit kann nur dann optimal funktionieren, wenn innerhalb des Praxisteam Informations ausgetauscht werden.

Eine Auswertung von 1.250 Praxisanalysen (IFABS, 2005)² ergab zu diesem Thema folgende repräsentative Ergebnisse, die die Arbeitsrealität in Arztpraxen in **Tabelle 2** beschreiben.

Ergebnisse: Die Arbeitssituation eines Großteils der Arzthelferinnen ist durch organisatorische Defizite gekennzeichnet. Gut zwei

2 Als Meta-Analyse des Instituts für angewandte betriebswirtschaftliche Standards (IFABS) (2005), wurden im Ferndiagnoseverfahren durchgeführte Praxisanalysen für die Fragestellung dieses Aufsatzes zusammengeführt und analysiert. Die Auswahl der untersuchten Praxen spiegelt die Struktur der Arztpraxen in der Bundesrepublik wieder.



Drittel der Praxisinhaber überlassen Arbeitsfluss und Mitarbeiterinnen sich selbst. Ebenso werden die Möglichkeiten einer computer-gestützten Praxisführung nicht konsequent genutzt. Dies führt in der Konsequenz sowohl zu Doppellarbeiten als auch zur Nichterledigung von Arbeiten und insgesamt zu einer deutlich eingeschränkten Arbeitsproduktivität. Arzthelferinnen bewerten die Aufbauorganisation in ihren Praxen mit einem Durchschnittswert (Basis: Schulnotenskalierung) von 4,2, die Anlauforganisation mit 4,7. **Tabelle 3** führt Daten zum Führungsmanagement in Arztpraxen auf.

Ergebnisse: nur 20 % der Praxisinhaber praktizieren ein systematisches Führungsmanagement. Führung beschränkt sich in den meisten Fällen auf ein kurzes Lob oder Kritik „im Vorübergehen“. In 36 % der Praxen berichteten die Mitarbeiterinnen über Zurechtweisungen im Beisein von Patienten. Die durchschnittliche Mitarbeiterzufriedenheit lag dementsprechend auch lediglich bei einem Wert (Basis: Schulnotenskalierung) von 4,3. Mit in diese Bewertung geht auch ein, dass in 37 % Prozent der Praxen die Arbeit der Arzthelferinnen durch ein weitgehend unselbständiges Handeln geprägt sind und Verbesserungsvorschläge keine Berücksichtigung finden. **Tabelle 4** beschreibt die Qualifizierungsmaßnahmen in Arztpraxen.

Ergebnisse: Praxisinhaber sehen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen in erster Linie als Kostenfaktoren. Sie stehen in der Umsetzungspriorität nahezu an letzter Stelle. Wollen Arzthelferinnen sich regelmäßig fort- und weiterbilden, sind sie auf persönliche Initiative außerhalb der Arbeitszeit angewiesen. Gleichzeitig besteht seitens der Praxisinhaber ein hoher Anspruch an die Fähigkeiten ihrer Belegschaften, da sie ihren Aufgabenbereich weitgehend von allen nicht-medizinischen Arbeiten entlas-

ten wollen. **Tabelle 5** gibt die Regelung der praxisinternen Kommunikation in Arztpraxen wieder.

Ergebnisse: Bedingt durch die organisatorischen und führungstechnischen Gegebenheiten ist auch der praxisinterne Kommunikationsaustausch nur un- zureichend ausgeprägt. Das beeinflusst sowohl wieder die Arbeitsabläufe als auch das Betriebsklima negativ, da Fehler, die durch Informations- und Kommunikationsdefizite verursacht werden, nicht dieser Tatsache zugeschrieben werden, sondern lediglich nach Verantwortlichen gesucht wird, so dass die Ursache gar nicht beseitigt werden kann.

Fazit der Untersuchung: Die gegenwärtige Rolle der Arzthelferin im Praxisbetrieb ist durch ein deutliches Missverhältnis zwischen Ausbildungs- und Arbeitsprofil und Arbeitssituation gekennzeichnet. Die Ausbildung ist vor allem auf eine passiv-operativ ausgerichtete Tätigkeit der Arzthelferin ausgerichtet, Kommunikations- und Teamfähigkeit beispielsweise werden lediglich als wünschenswerte Voraussetzungen für diejenigen angeführt, die diesen Beruf erlernen möchten. Diese beiden letztgenannten Punkte zählen aber – vor dem Hintergrund einer soliden Grundausbildung – zu den im heutigen Arbeitsprofil wichtigsten Eigenschaften einer Arzthelferin. In der Anwendung rückt die Arzthelferin gleichzeitig aus ihrem passiv-operativen Arbeitsrahmen in eine aktiv-operative Rolle, für die sie – wird nicht praxisseitig hierfür Sorge getragen – nur unzureichend ausgebildet ist. Und gerade im letztgenannten Bereich – der Arbeitssituation – liegt das zweite Missverhältnis: Denn seitens der Praxisunternehmen wird nicht oder nur unzureichend sichergestellt, dass Arzthelferinnen die ihnen zufallenden und übertragenen Basisaufgaben auch tatsächlich erledigen können.

**Tabelle 3:** Daten zum Führungsmanagement in Arztpraxen (eigene Darstellung)

Führung	Anzahl
Mit den Mitarbeiterinnen werden Zielvereinbarungen abgeschlossen	37 %
Die Zielvereinbarungen werden regelmäßig überprüft	16 %
Die Zielvereinbarungen enthalten konkrete Erfolgs-Messgrößen	12 %
Es finden regelmäßige Führungsgespräche statt.	29 %
In den Führungsgesprächen erhalten die Mitarbeiterinnen ein Feedback zur eigenen Leistungsqualität	22 %
Die Teambesammengehörigkeit wird gefördert	48 %
Es gibt ein Erfolgsbeteiligungs-System für die Praxisbelegschaft.	16 %
Es existiert ein Vorschlagswesen.	18 %

Tabelle 4: Qualifizierungsmaßnahmen in Arztpraxen (eigene Darstellung)

Qualifizierung	Anzahl
Es werden regelmäßige Schulungen zur Verbesserung der Assistenzfähigkeiten durchgeführt	
Es werden regelmäßiger Unterweisungen und Seminare zur Verbesserung des patientenorientierten Verhaltens abgehalten	27 %
Durchführung von Schulungen für ein optimiertes Telefonverhalten	19 %
Ausrichtung von Marketingkursen	14 %
Realisierung von Kommunikationsseminaren	23 %
Fortbildungen zum IGeL-Verkauf	38 %
Betriebswirtschaftliche Fortbildungen	9 %
PC-Schulungen	34 %
Einbeziehung der Arzthelferinnen in die strategische Entwicklung der Praxis	

Tabelle 5: Regelung der praxisinternen Kommunikation in Arztpraxen (eigene Darstellung)

Praxisinterne Kommunikation	Anzahl
Organisation von Kommunikationsroutinen	35 %
Durchführung regelmäßiger morgendlicher Kurzbesprechungen	21 %
Durchführung von Praxisbesprechungen	18 %
Erstellung von Besprechungsprotokollen zu den Praxisbesprechungen	6 %
Übergabeprotokolle für Teilzeit-Mitarbeiterinnen	14 %
Telefonnotizen	32 %
Praxisinterne Laufzettel	17 %



Die Arztpraxis im Wandel zum Dienstleistungs- unternehmen

Die Entwicklungsperspektiven des Unternehmens Arztpraxis

Die Ökonomisierung des Medizinbetriebes mit dem Ziel einer qualitätsorientierten Schaffung von Wettbewerb zwischen Leistungserbringern verändert die Arbeit von

Arztpraxen nachhaltig und bietet gleichzeitig die Möglichkeit, neue Arbeitsformen zu entwickeln.

Bestand das Ziel der Leistungserbringung einer Arztpraxis bislang in der bestmöglichen Befriedigung des Patientenanliegens im Hinblick auf dessen Gesundheitserhaltung und -wiederherstellung, wird dieses Ziel nunmehr durch Kosten-Nutzen- und Kundenzufriedenheitsziele ergänzt, teilweise sogar dominiert. Arztpraxen sind heute gezwungen, sich zu Dienstleistungsunternehmen zu entwickeln, die eindeutigen betriebswirtschaftlichen Regeln folgen sollten.

Diese Entwicklung resultiert zum einen aus den veränderten Bedingungen des Gesundheitswesens. Schon heute ist es kaum mehr möglich, eine wirtschaftlich solide Praxis allein auf der Grundlage von GKV-Abrechnungen zu führen. Praxisstrategisch geht es – will ein Praxisinhaber den Status quo seines Praxisergebnisses wahren – vor allem darum, die Einschränkungen im Bereich der kassenärztlichen Honorierung durch das Angebot von Leistungen außerhalb des GKV-Systems zu kompensieren. Diese Notwendigkeit wird zum zweiten durch die Entwicklung auf dem Finanzmarkt (Stichwort „Basel II“) forciert. Hier sind die Anforderungen, die Kreditinstitute für die Vergabe von Krediten an Arztpraxen stellen, deutlich gestiegen. Bei der Beurteilung spielen nicht nur Kennzahlen wie Gewinn- und Liquiditätsentwicklung eine Rolle, sondern auch

praxisstrategische und praxismanagementbezogene Aspekte, die als Indikatoren für den Grad der Zukunftsorientierung einer Praxis und damit für die langfristige Wirtschaftlichkeit dienen. Zum dritten sind Praxisinhaber in Abhängigkeit von der regionalen Wettbewerbssituation, in der sie ihre Praxis führen, zu einer ihr Unternehmen deutlich differenzierenden Positionierung gezwungen. Neben Qualitäts- und Serviceaspekten eignen sich hierzu besonders Angebote, die in konkurrierenden Praxen nicht erhältlich sind.

Grundsätzlich bestehen hierzu – ausgehend von der medizinischen Grundversorgung, definiert durch den Erstattungskatalog der Krankenkassen – zwei Entwicklungsfelder, die in **Abbildung 1** angeführt sind: Grundversorgungsnahe und grundversorgungsferne Angebote.

Zum erstgenannten Bereich gehören die gegenwärtig aktuellen Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL), aber auch Seminare, Gruppenberatungen und Schulungen zu einzelnen Krankheitsbildern, wie z. B. Diabetes. Ebenfalls als grundversorgungsnahe sind gegenwärtig noch alle Aktivitäten im Bereich der Prävention einzustufen. Ein eigener, zusätzlicher Bereich ist der Verkauf von Gesundheitsprodukten, z. B. von Nahrungsergänzungsmitteln, da dieser aufgrund steuerrechtlicher Vorgaben ein separates unternehmerisches Konzept (Gesundheitsinstitut, Praxis-Shop) benötigt. In den gesundheitsfernen Bereich fallen Angebote, die unter dem Begriff der „Lifestyle-Medizin“ zusammengefasst werden und der Befriedigung individueller Schönheits- und Lebensführungszielen dienen. Verfolgt ein Praxisinhaber eine Wachstums-Strategie, sind darüber hinaus Aspekte der Kooperation in die Betrachtung aufzunehmen (Praxisgemeinschaften, Gemeinschaftspraxen, Medizinische Versorgungszentren, Teilnahme an der Integrierten Versorgung). Hieraus entstehen neue Anforderungen an die Arzthelferin aus Patienten- und Praxismanagementsicht.

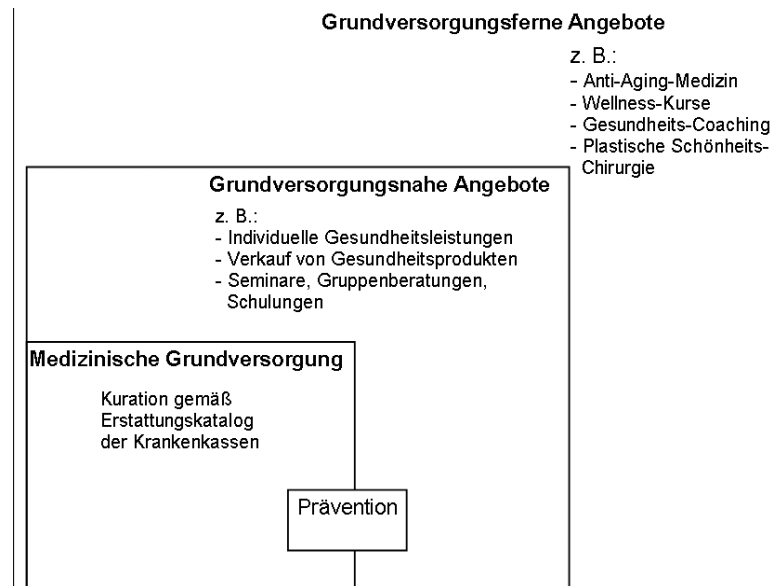


Abbildung. 1: Angebotsfelder für ärztliche Leistungen (eigene Darstellung) (eigene Darstellung)

Die Anforderungen an die Arzthelferin aus Patientensicht

Betrachtet man lediglich die letzten fünf Jahre, so haben sich die Erwartungshaltung und Einstellung der Patienten gegenüber Arztpraxen drastisch verändert. **Abbildung 2** zeigt einen Vergleich zwischen zwei strukturell identischen Patientenkollektiven (IFABS, 2005), die an methodisch identischen Patientenzufriedenheitsbefragungen teilgenommen haben.

Die Werte verdeutlichen eine grundsätzlich gestiegene Anspruchs- und Erwartungshaltung, der die Praxisleistung heute gerecht werden muss. Untersucht man die qualitativen Kommentare der Patienten, zeigt sich auch hier eine deutlich veränderte Einstellung zu Arztpraxen. So wird der Empfang häufig als Rezeption bezeichnet, statt Betreuung von Service und Dienstleistung gesprochen, die Bezeichnung „Schwester“ für Arzthelferinnen wurde durch „Personal“ oder „Mitarbeiterin“ ersetzt, selbst

bezeichnet man sich als Kunde, Defizite werden als Mangel an Kundenorientierung charakterisiert. Alle Begriffe entstammen der Dienstleistungswelt anderer Branchen, mit denen die Patienten in Kontakt kommen und deren Gestaltung sie als Referenz für die Beurteilung von Arztpraxen heranziehen. Welche Anforderungen hierbei für die Arzthelferin entstehen, zeigt **Tabelle 6**.

Die Anforderungen an die Arzthelferin aus Sicht des Praxismanagements

Die Neuausrichtung der Angebote von Arztpraxen wird zur Entwicklung neuer Berufsgruppen von Praxismitarbeiterinnen und zu einer differenzierteren Hierarchie führen, wie **Tabelle 7** verdeutlicht.

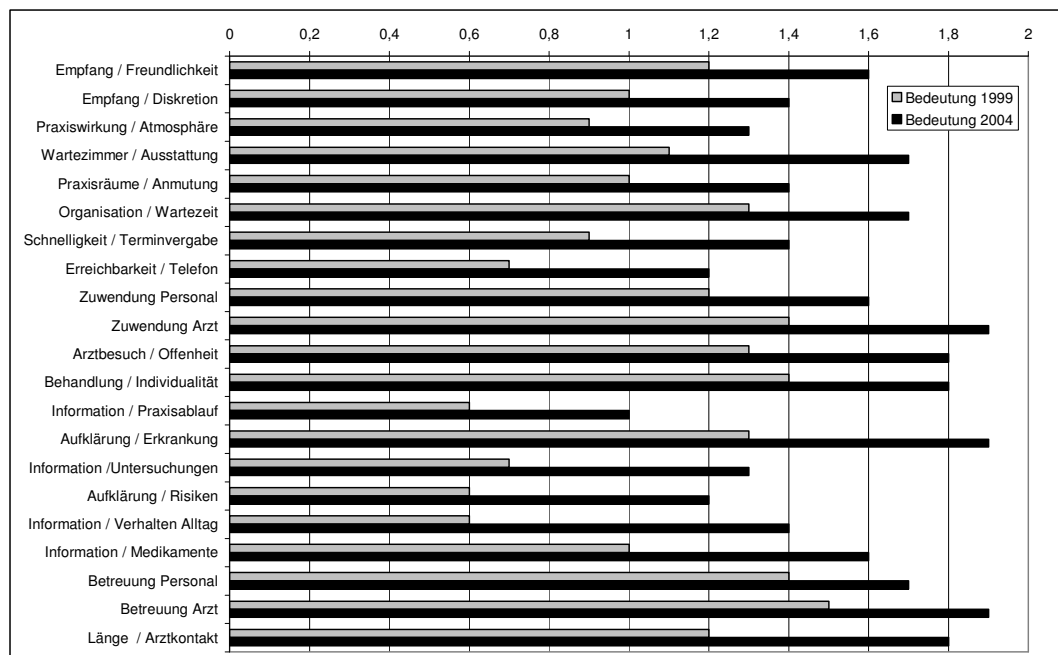


Abbildung. 2: Entwicklung der Patientenansforderungen (eigene Darstellung)

Die Beraterin: Die Orientierung zu Selbstzahlerleistungen und die Abrechenbarkeit außerhalb des GKV-Kataloges macht es attraktiv, Beratungsleistungen einer Arztpraxis (Diät, Lebensführung, Umgang mit Krankheiten etc.) vom Arzt auf andere Personen ausgliedern. Hierbei kann es sich um Arztfachhelferinnen handeln, aber auch um Ernährungsberaterinnen, Gesundheitstrainerinnen oder Hebammen.

Die Beraterin ist neben dem Arzt betreuend in der Patientenversorgung tätig und arbeitet mit ihm Hand in Hand, die Arzthelferin assistiert ihr.

Die Praxismanagerin: Anders als die Arztfachhelferin in ihrer Funktion als Erstkraft ist die Praxismanagerin nicht mehr arztunterstüt-

zend, sondern eigenverantwortlich in Führung und Organisation tätig (vgl. Thill, 2003). Der Praxisinhaber überträgt ihr alle Kompetenzen und gliedert diese Bereiche aus seiner Tätigkeit aus. Die Praxismanagerin ist somit disziplinarische und fachliche Vorgesetzte der Arzthelferinnen. Die Praxiserfahrungen zeigen, dass sich auch Quereinsteigerinnen aus anderen Branchen für diese Aufgabe eignen, z. B. Hotelfachkräfte mit Führungserfahrung.

Parallel zur Implementierung der beiden neuen Funktionsbereiche wachsen die Anforderungen an die Arzthelferin, die sich aus den möglichen Angebotsleistungen von Arztpraxen ergeben, wie **Tabelle 8** verdeutlicht.

**Tabelle 6:** Anforderungen an Arzthelferinnen aus Patientensicht (eigene Darstellung)

	Forderungen der Patienten	Anforderungen an die Arzthelferin
Empfang	<ul style="list-style-type: none"> ● Vollständige, möglichst individuelle Zuwendung unter Wahrung der Diskretion, so dass andere Patienten bei Schilderung eines Anliegens nicht mithören können ● Ruhige Abläufe ● Schnelle Bedienung 	Kommunikatives Geschick Organisationsfähigkeit Einfühlungsvermögen Serviceorientierung Fachwissen Entscheidungskompetenz Menschenkenntnis
Praxisatmosphäre	<ul style="list-style-type: none"> ● Wohlfühlatmosphäre ● Ansprechendes Ambiente ● Wartekomfort 	
Organisation	<ul style="list-style-type: none"> ● Kurze Wartezeiten ● Gute telefonische Erreichbarkeit ● Kurzfristige Terminvergabe 	
Betreuung	<ul style="list-style-type: none"> ● Individuelle, zuvorkommende Behandlung 	
Information	<ul style="list-style-type: none"> ● Detaillierte Aufklärung zu Diagnose, Therapie, Therapiemöglichkeiten, Prognose und Verhaltensrichtlinien 	
Praxisleistung	<ul style="list-style-type: none"> ● Detaillierte Information zu Praxisangeboten und Möglichkeiten ihrer Inanspruchnahme 	

Tabelle 7: Berufsgruppen in Arztpraxen (eigene Darstellung)

		Arzt	Beraterin	Managerin	Arzthelferin
Unternehmerische Praxisleitung		X			
Patientenersorgung	Betreuung	X	X		
	Assistenz				X
Führung				X	
Organisation	Leitend			X	
	Ausführend				X
Marketing		X	X	X	X
Qualitätsmanagement	Leitend			X	
	Ausführend				X



Voraussetzungen einer dienstleistungsorientierten Entwicklung des Berufsbilds der Arzthelferin

Ausbildungsbezogene Voraussetzungen

Auf Ausbildungsebene hat man die veränderten Anforderungen an das Berufsbild der Arzthelferin im Ansatz erkannt. So wird aktuell eine Neuordnung der Arzthelferinnen-Verordnung angestrebt, die zum einen den Präventionsaspekt berücksichtigt, damit Arztpraxen mit entsprechend qualifiziertem Personal diesen Bereich in ihr Leistungsangebot aufnehmen können. Zum zweiten ist eine verstärkte Befähigung zum individuellen

Eingehen auf die Patienten vorgesehen. Hierbei geht es nicht nur um das Verstehen psycho-sozialer und somatischer Gegebenheiten des Patientenverhaltens, sondern auch um Kommunikations-, Beratungs- und Motivationstechniken. (vgl.: www.bibb.de/dokumente/pdf/prmaterialien/berufe-2005.pdf)

Weitere Verbesserungen befinden sich in den Bereichen: Praxisorganisation, Zeitmanagement, Qualitätsmanagement, Kommunikationsformen und -methoden, medizinische Assistenz (z. B. Notfallkompetenz), Marketing, Arbeiten im Team und Grundlagen der Rehabilitation. Zudem soll die Berufsbezeichnung der Arzthelferin modernisiert und in „Medizinische Fachangestellte“ umbenannt werden (ebd., 2005).

Tabelle 8: Anforderungen an Arzthelferinnen aus Sicht des Praxismanagements (eigene Darstellung)

Medizinisch-kurative Grundversorgung	<ul style="list-style-type: none"> ● Medizinisches Fachwissen ● Information über gesetzlichen Regelungen, um Patienten aufklären zu können ● Kenntnisse der administrativen Vorgaben und Notwendigkeiten
Medizinisch-kurative Programme (z. B. disease management)	<ul style="list-style-type: none"> ● Indikationsbezogenes Know-how und Fähigkeiten
Prävention	<ul style="list-style-type: none"> ● Hintergrundwissen ● Befähigung, Seminare abhalten zu können ● Patientenaufklärung und -information
Kooperation ambulant – stationär	<ul style="list-style-type: none"> ● Kenntnisse über Kooperationsformen ● Umgang mit Kooperationspartnern ● Überleitung der Patienten
Selbstzahlerbereich	<ul style="list-style-type: none"> ● Medizinische Kenntnisse über die Angebote ● Verkaufsfähigkeiten
Qualitätsmanagement	<ul style="list-style-type: none"> ● Kenntnisse der Normen ● Umgang mit den Systemen
Marketing	<ul style="list-style-type: none"> ● Kenntnisse der Marketinginstrumente ● Einsatz der Marketinginstrumente
Ausländische Patienten	<ul style="list-style-type: none"> ● Kenntnisse kultureller Besonderheiten und Denk- und Verhaltensweisen ● Umgang mit ausländischen Patienten
Computerisierung der Praxen	<ul style="list-style-type: none"> ● Umgang mit Technik und Software
Lifestyle-Medizin	<ul style="list-style-type: none"> ● Verkaufstechniken
Praxis-Shops	<ul style="list-style-type: none"> ● Verkaufstechniken ● Produktberatung



Praxisbezogene Voraussetzungen

Die praxisinternen Voraussetzungen für eine dienstleistungsorientierte Entwicklung des Berufsbildes der Arzthelferinnen liegen zunächst in einer Intensivierung des unternehmerischen Handelns der Praxisinhaber. Erst wenn der „Kurs“ des Unternehmens Arztpraxis in seinem regionalen Aktionsfeld (Einzugsgebiet) bestimmt ist, können Fähigkeiten und Arbeitsleistung der Arzthelferin adäquat eingesetzt werden. Die Nutzungsintensität betriebswirtschaftlicher Instrumente ist bislang jedoch gering (vgl. IFABS, 2005 und **Tabelle 9**). Damit zeigt sich, dass viele Arztpraxen nicht nur deutlich unter den Möglichkeiten arbeiten, die mit betriebswirtschaftlicher Hilfe aktiviert werden könnten, sondern es fehlt ihnen auch an unternehmerischen Perspektiven. So sind nur die wenigsten Praxisinhaber in der Lage, den unternehmerischen Bedingungsrahmen ihrer Arbeit in Stärken und Schwächen, Bedrohungen und Chancen zu definieren. Vielmehr wird mit pauschalen Urteilen („...alles wird schwieriger...“) und globalen Ursachenanalysen

(„...unsere Bedrohung ist die Gesundheitsgesetzgebung...“) operiert. Ein zweiter Ansatzpunkt zur dienstleistungsorientierten Entwicklung des Berufsbildes „Arzthelferin“ liegt im unternehmerischen Handlungsrahmen der Praxen. Hierbei stehen folgende Regelungen im Vordergrund, die sicherstellen sollen, dass die Arzthelferin den Zielen des Berufsbildes unter Maximierung des Nutzens für ihre Arbeit überhaupt gerecht werden kann:

Arbeitsorganisation: Die Gestaltung der Aufbau- und Ablauforganisation (Was ist vom wem, wann und in welcher Qualität zu tun?) bestimmt den Einsatz der Fähigkeiten und des Wissens der Arzthelferin:

- es sollten konkrete, quantitativ und qualitativ ausgerichtete Arbeitsziele für die Mitarbeiterinnen definiert sein, um ihnen eine Orientierung für ihre Arbeit zu geben diese Ziele sollten auch Vorgaben für ein prioritätenorientiertes Arbeiten beinhalten, um die notwendigen Abstimmungsprozesse im komplexen Praxisgeschehen möglichst weitgehend zu reduzieren

Tabelle 9: Einsatz betriebswirtschaftlicher Instrumente in Arztpraxen (eigene Darstellung)

Betriebswirtschaftliche Instrumente	Ja, ich verfüge über dieses Instrument	Nein, ich verfüge nicht über dieses Instrument
Praxis-Vision	7 %	93 %
Praxis-Philosophie	11 %	89 %
Strategische Planung	8 %	92 %
Operative Planung	17 %	83 %
Praxis-Unternehmensstrategie	16 %	84 %
Praxis-Positionierung	21 %	79 %
Markt- und Konkurrenzforschung	9 %	81 %
Zielgruppenkonzept	35 %	65 %
Kostenmanagement	34 %	66 %
Marketingkonzept	39 %	61 %



- die zu erledigenden Arbeiten bedürfen einer Bündelung zu einzelnen, abgegrenzten Arbeitsplätzen, um klare Verantwortungsbe- reiche zu schaffen und eine Delegation von Aufgaben überhaupt zu ermöglichen
 - die definierten Arbeitsplätze sollten Mitar- beiterinnen zugeordnet werden
 - alle Schnittstellen zwischen den Arbeits- plätzen sind zu optimieren
 - Arbeitsziele und Arbeitsplätze bedürfen einer schriftlichen Dokumentation in Form von Stellenbeschreibungen für alle Mitar- beiterinnen
 - regelmäßig durchgeführte Arbeitsanalysen stellen die Effizienz des Arbeitsflusses sicher, denn erfahrungsgemäß schleichen sich immer wieder Verhaltensweisen und Rege- lungen ein, die den Arbeitsfluss hemmen, ohne dass es von den Beteiligten registriert wird.
 - eine Steuerung der Praxisabläufe per EDV unterstützt die Mitarbeiterinnen und trägt dazu bei, die Zeit für die direkte Patienten- betreuung zu erhöhen
 - über Kalkulation und Einhaltung von Plan- zeiten für Patientenkontakte und Pufferzei- ten sowie durch das Arbeiten mit Checklis- ten kann die Tätigkeit der Arzthelferin weitgehend strukturiert ablaufen
 - regelmäßig durchgeführte Patientenzufrie- denheitsbefragungen stellen sicher, dass das Eigenbild über Qualität und Funktionalität der Arbeitsorganisation mit dem Fremdbild übereinstimmt und bei Abweichungen zeit- nahe Korrekturen vorgenommen werden können.
- Führung:* Die Art der Führung bestimmt das Arbeitsklima, die Mitarbeiterzufriedenheit und die Teamharmonie, also diejenigen Faktoren, die unmittelbar die Arbeitsproduktivität der Arzthelferin bestimmen (vgl. Thill, 2002):
- mit seinem Führungsstil (autoritär, partizi- pativ, etc.) bestimmt der Praxisinhaber den Grad der Selbstbestimmung jeder Arzthel- ferin bei der Erledigung ihrer Arbeiten so- wie ihre Motivationslage
 - Grundlage der Führung ist der Abschluss von Zielvereinbarungen, in denen die Lei- stungsziele, ihre Messgrößen sowie die Kon- trollzeitpunkte fixiert sind
 - in regelmäßigen Führungsgesprächen erhält die Arzthelferin einen Überblick ihren ak- tuellen Leistungsstand
 - in einem Mitarbeiterbeurteilungs- und -Ent- wicklungssystem definiert der Praxisinhaber seine Zielvorstellungen über Können, Wissen und Wollen der Arzthelferinnen seiner Praxis und über die Wege, diese Zielvorstellungen zu erreichen
 - mit Erfolgsbeteiligungen werden für Arzthel- ferinnen Anreize zu überdurchschnittli- chen Leistungen geschaffen
 - Maßnahmen der Teamförderung, z. B. gemeinsame Aktivitäten außerhalb der Ar- beitszeiten, verstärken den Zusammenhalt der Arzthelferinnengruppe.
- Qualifizierung:* Das erworbene Wissen und die Fähigkeiten der Arzthelferin sollten kontinuierlich und möglichst vorausschauend dem Pra- xisleistungsbedarf entsprechend entwickelt werden:
- die Durchführung regelmäßiger, praxisin- terner Schulungen zur Verbesserung der Assistenzfähigkeiten sichert die Grundfä- higkeiten der Arzthelferinnen
 - mittels regelmäßiger Unterweisungen und Seminare zur Verbesserung des patienten- orientierten Verhaltens können die Kun- denbindungs- und Kundengewinnungsfer- tigkeiten systematisch entwickelt werden
 - Telefonschulungen, Marketingkurse, Kom- munikationsseminare, PC-Schulungen, Fortbildungen zum IGeL-Verkauf und zur Betriebswirtschaftslehre stellen sicher, dass die Arzthelferin mit ihrem Know-how und ihren Möglichkeiten stets auf dem neuesten Stand ist.
- Praxisinterne Kommunikation:* Die Zusam- menarbeit von Arzt und Arzthelferinnen kann nur dann funktionieren, wenn ein regelmäßiger Informationsaustausch stattfindet.



- die Organisation von Informationsroutinen im Sinne einer Institutionalisierung der praxisinternen Kommunikation (wer informiert wen, wann, worüber) stellt einen optimierten Informationsstand aller Arzthelferinnen sicher
- morgendliche Kurzbesprechungen unterstützen die Planung des Dienstleistungstages
- die Durchführung von Praxisbesprechungen fördert sowohl den Informationsaustausch als auch die Teambildung
- Übergabeprotokolle für Teilzeit-Mitarbeiterinnen stellen sicher, dass keine für das Praxisgeschehen und die Patientenbetreuung relevanten Informationen verloren gehen
- Telefonnotizen und praxisinterne Laufzettel und PC-Notizen sind Hilfsmittel gegen den Verlust von Informationen.

Um den Wandel zum Dienstleistungsunternehmen vollziehen zu können, sollte in Arztpraxen vor allem das dort existierende Innovationspotential entwickelt und aktiviert werden. Dies wird möglich über die Einbeziehung der Arzthelferinnen in die strategische Entwicklung der Praxis und mittels eines Vorschlagswesens.

Persönlichkeitsbezogene Voraussetzungen

Neben ausbildungs- und praxisbezogenen Voraussetzungen sollten Arzthelferinnen – wollen sie den Anforderungen des Berufsbildes genügen und eine Zufriedenheit mit ihrem Beruf erreichen – über persönlichkeitsbezogene Voraussetzungen verfügen (vgl. Thill, 2004 b). Hierzu zählen zunächst eine generelle Leistungsbereitschaft, Begeisterungsfähigkeit, Aufgeschlossenheit und Vielseitigkeit. Die steigenden Anforderungen der Patienten und die Vielfalt des Praxisangebotes lassen kein bloßes Abarbeiten der Aufgaben zu, sondern verlangen aktives Engagement und Erkennen, worauf

es bei der Betreuung jedes einzelnen Patienten ankommt.

In Einklang mit einer hohen Anpassungsfähigkeit verfügt die Arzthelferin idealerweise auch über eine hohe Belastbarkeit, z. B. bei Besuchsspitzen in der Praxis sowie Entscheidungsfreude, da der Praxisbetrieb nur selten eine Rückbestätigung zum eigenen Handeln ermöglicht.

Hinsichtlich der Patientenbetreuung zählen Merkmale wie Empathie, Höflichkeit, Freundlichkeit, Ausdrucksfähigkeit und die Fähigkeit, Zuhören zu können, zu den Grundanforderungen. Geht es um den Verkauf von Praxisleistungen, benötigt sie Sachlichkeit und Überzeugungsfähigkeit.

Bei der Teamarbeit kommt es vor allem auf Werte wie Kontaktfähigkeit, Kooperationsbereitschaft, Kompromiss-, aber auch Konflikt- und Kritikfähigkeit an, ebenso sollte die Arzthelferin selbstkritisch und loyal sein.

Bezüglich der Aufgabenerledigung verfügt sie idealerweise über Zielstrebigkeit, Eigeninitiative, Zuverlässigkeit und Selbstständigkeit, gepaart mit logischem Denken und Kreativität. Im Hinblick auf die Erledigung ihrer Arbeiten werden zunehmend Aspekte des Projekt- und Zeitmanagements wichtiger, außerdem natürlich die Organisationsfähigkeit und der Umgang mit Problemlösungstechniken.

Der Wandel des Berufsbildes der Arzthelferin erfordert heute einen Mitarbeiterintyp, der flexibel auf Veränderungen reagiert und nicht in gewonnenen oder gewachsenen Positionen verharret. Ebenso zwingen die Dynamiken der Entwicklung des Gesundheitsmarktes und die strukturellen Veränderungen im Gesundheitssystem Arzthelferinnen verstärkt zu eigeninitiativer Fort- und Weiterbildung. Das hieraus resultierende Leistungspotential der Arzthelferin kommt aber nur dann in vollem Umfang zum Tragen, wenn auch Praxisinhaber ihrerseits den Arbeitsrahmen für ihr Personal verändern. Ein Wandel des Berufsbildes der Arzthelferin ist somit untrennbar mit einer Veränderung der Unternehmensführung von Arztpraxen

Einzelne Handlungsfelder der Professionalisierung

190

auf der Grundlage einer generellen Einstellungsveränderung von Praxisinhabern verbunden.

Literatur

Als Meta-Analyse des Instituts für angewandte betriebswirtschaftliche Standards (IFABS) (2005), wurden im Ferndiagnoseverfahren durchgeführte Praxisanalysen für die Fragestellung dieses Aufsatzes zusammengeführt und analysiert. Die Auswahl der untersuchten Praxen spiegelt die Struktur der Arztpraxen in der Bundesrepublik wieder.

Thill K.-D. (2002): Professionelles Management. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Thill K.-D. (2003): Die dienstleistungsorientierte Praxismanagerin Hannover: Schlütersche GmbH & Co. KG.

Thill K.-D. (2004 a): Einfach verkaufen – Der IGel-Verkaufstrainer. Landberg: ecomed Verlagsgesellschaft AG & Co. KG.

Thill K.-D. (2004 b): Einstellungsgespräche in der Arztpraxis. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

www.destatis.de/basis/d/biwiku/berufstab3.php/ 25.4.2005

www.aek-pfalz.de/downloads/afhfunktion.pdf. 25.4.2005

www.aerztekammer-bw.de/25/15medizin03/02/3.pdf. 25.4.2005

www.bibb.de/dokumente/pdf/pr_materialien_berufe-2005.pdf. 25.4.2005