

Anhang

- Anhang 1: Synopse einer vergleichenden Analyse theoretischer Arbeiten zur Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern
- Anhang 2: Synopse einer vergleichenden Analyse empirischer Arbeiten zu Einweisungsraten und den Ursachen für Variationen in den Einweisungsraten
- Anhang 3: Synopse einer vergleichenden Analyse empirischer Arbeiten zu Problemen in der Zusammenarbeit zwischen Einweisern und Krankenhäusern
- Anhang 4: Synopse einer vergleichenden Analyse empirischer Arbeiten zur Zufriedenheit der Einweiser
- Anhang 5: Synopse einer vergleichenden Analyse empirischer Arbeiten zur Kommunikation zwischen Einweisern und Krankenhäusern
- Anhang 6: Synopse einer vergleichenden Analyse empirischer Arbeiten zu den Einflussfaktoren auf die Krankenhauswahl von Einweisern
- Anhang 7: Synopse einer vergleichenden Analyse empirischer Arbeiten zum Einweisermanagement
- Anhang 8: Synopse einer vergleichenden Analyse ausgewählter theoretischer und empirischer Arbeiten zum Einsatz der Conjoint-Analyse im Gesundheitswesen
- Anhang 9: Ausgewählte Schwerpunkte in der historischen Entwicklung der Krankenhausgesetzgebung
- Anhang 10: Neuere Literaturquellen zu den einzelnen Merkmalen

Anhang 1:

Synopse einer vergleichenden Analyse theoretischer Arbeiten zur Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern

Nr.	Autor(en)/Jahr Titel Forschungsgegenstand	Zentrale Befunde
A1	<p>Shortell/Anderson (1971) The Physician Referral Process: A theoretical Perspective Untersuchung des Ein- und Überweisungsprozesses aus theoretischer Sicht mithilfe der Exchange Theory</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diskussion der bei Ein- und Überweisungen entstehenden Kosten, dem Nutzen daraus und den Änderungen in der Versorgungsqualität • Aufteilung des Ein- und Überweisungsprozesses in zwei Fragestellungen: a) Ein- und Überweisung ja oder nein? und b) an wen? • Überweisungsentscheidung als Funktion von patienten- arzt- und umfeldbezogenen Variablen • Anwendung der Exchange Theory: Je höher die Belohnungen eines Arztes für sein Verhalten und je niedriger die Kosten, umso besser ist das Ergebnis => übersteigt das Ergebnis die Erwartungen, dann wird die Beziehung als wertvoll eingestuft und mit hoher Wahrscheinlichkeit wiederholt
A2	<p>Roland (1988) General practitioner referral rates Bestimmung und Interpretation von Einweisungsraten</p>	<p>Problematik der Bestimmung der Einweiserraten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auszählung per KH-Software noch nicht möglich • Auswahl der Bezugsbasis schwierig (einzelner Arzt, vs. Praxisverbund) • Berücksichtigung verschiedener Morbiditäten und Mortalitäten in unterschiedlichen Regionen • bisher keine Bestimmung einer „optimalen Einweisungsrate“ • Forschungsbedarf hinsichtlich qualitativer Aspekte

A3	<p>Marinker/Wilkin/Metcalf (1988)</p> <p>Referrals to hospital: can we do better?</p> <p>Strategien zur Beeinflussung von Einweisungsraten durch den Gesetzgeber</p>	<p>Vier Strategien werden vorgeschlagen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einführung von Behandlungsrichtlinien • Rationalisierungen • Änderung der Anreizstrukturen durch die Schaffung von internen Märkten • Erfolgskontrolle
A4	<p>Moore/Roland (1989)</p> <p>How much variation in referral rates among general practitioners is due to chance?</p> <p>Ermittlung der Faktoren, die die Variation in Einweisungsraten erklären können</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Unterschiede in den Einweisungsraten in den Studien der letzten Jahre resultieren aus unzureichenden Datenbasen • kurzzeitige Datenerfassungen können in Bezug auf die großen Variationen in den Einweisungsraten irreführend sein • Bestimmung von Konfidenzintervallen für Einweisungsraten in Abhängigkeit von der erwarteten Anzahl an Einweisungen • weiterer Einflussfaktor sind die verschiedenen Fachrichtungen
A5	<p>Sweeney (1994)</p> <p>The referral system</p> <p>Erörterung der Vor- und Nachteile des Ein- und Überweisungssystems</p>	<p>Das Ein- und Überweisungssystem zwischen Hausarzt und Facharzt respektive Krankenhaus fördert</p> <ul style="list-style-type: none"> • einen hohen Versorgungsstandard bei gleichzeitiger Reduzierung von Überversorgung, • die effiziente Arbeitsteilung zwischen Haus- und Fachärzten, • die Entwicklung des Spezialwissens von Fachärzten, da die Gesamtverantwortung bei den Hausärzten liegt, • die Deckelung der Kosten der medizinischen Versorgung.
A6	<p>Kripalani et al. (2007b)</p> <p>Promoting Effective Transitions of Care at Hospital Discharge: A Review of Key Issues for Hospitalists</p> <p>Verbesserung der Patientenversorgung</p>	<p>Ausgewählte Verbesserungsvorschläge:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der Kommunikation bei Entlassung nötig (Inhalt, Format und Zeitpunkt der Zustellung) • am Entlassungstag Kurzübersicht per Telefon, Fax oder E-Mail sinnvoll – strukturierter Entlassungsbericht dann spätestens nach einer Woche

	<p>an der Schnittstelle Krankenhaus – Hausarzt</p>	<ul style="list-style-type: none"> • weitere kritische Punkte sind die Medikation bei Entlassung, Arzt-Patient-Kommunikation und Eigenverantwortung der Patienten
A7	<p>Alazri et al. (2007) Continuity of Care – Literature review and implications Überblick über die Literatur zur durchgängigen medizinischen Versorgung und deren Beeinflussung der Ergebnisqualität</p>	<ul style="list-style-type: none"> • inter-organisationale Kommunikation steht im Zentrum einer durchgängigen medizinischen Versorgung • Kontinuität zwischen den Versorgungssektoren benötigt effektive Kommunikationsstrukturen • Kommunikationsprobleme zwischen Hausärzten und Krankenhäusern unterbrechen die durchgängige Versorgung, führen zu Unzufriedenheit im ambulanten Sektor und verringern die Qualität der Versorgung • elektronische Kommunikation verbessert den Informationsfluss und verhindert Mehrfachuntersuchungen

Anhang 2:

Synopse einer vergleichenden Analyse empirischer Arbeiten zu Einweisungsraten und den Ursachen für Variationen in den Einweisungsraten

Nr.	Autor(en)/Jahr Titel Forschungsgegenstand	Empirische Basis	Zentrale Befunde
B1	Hopkins (1956) Referrals in General Practice Untersuchung der Gründe, warum Patienten eingewiesen werden und Feststellung, welche Leistungen Arzt und Patient vom Krankenhaus erwarten	<ul style="list-style-type: none"> Untersuchung von n = 1.225 Einweisungen (860 Patienten) im Zeitraum 1951 – 1953 einer Arztpraxis in London 	<ul style="list-style-type: none"> Gründe für Überweisungen waren: <ul style="list-style-type: none"> in mehr als 50% der Fälle der Bedarf für eine Behandlung mit speziellen Techniken, die der Hausarzt nicht durchführen kann in 21% der Fälle weiterführende Spezialuntersuchungen in 11% der Fälle die Einholung einer Zweitmeinungen in 15% der Fälle Domizile Krankenhäuser müssen Personal und Ressourcen für eine schnelle und effiziente Behandlung der Patienten bereithalten
B2	Fry (1959) Why patients go to hospital Untersuchung der Gründe für eine Einweisung in ein Krankenhaus	<ul style="list-style-type: none"> Untersuchung von n = 1.102 Einweisungen im Jahr 1957 einer Arztpraxis im südöstlichen Stadtgebiet von London 	<ul style="list-style-type: none"> Gründe für Überweisungen waren: <ul style="list-style-type: none"> Erstellung einer Diagnose Komplexe Untersuchungen mit Techniken, die besondere Fähigkeiten und Apparate benötigen speziell benötigte Behandlungsmethoden weitere Gründe: Zweitmeinung etc.

<ul style="list-style-type: none"> • Bewertung des Krankenhausaufenthaltes durch den Arzt - in 53% der Fälle ging es dem Patienten besser, 38% waren unverändert und in 9% wurde der Zustand schlechter 			
<p>Ausgewählte Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Feststellung, in welche Abteilungen und warum hauptsächlich eingewiesen wird • Einweisung in 74% der Fälle durch Arzt veranlasst, nur in 4% der Fälle auf Druck des Patienten oder von Angehörigen • ca. 1/3 der Patienten kam auf die Warteliste für einen Krankenhausaufenthalt nach dem Besuch der ambulanten Abteilung • zwischen Ärzten in der Stadt und am Land existieren Unterschiede in der Einweisungsrate 	<ul style="list-style-type: none"> • Untersuchung von 1.377 Einweisungen von 30 Familienärzten der Regionen Berkshire, Buckinghamshire und Oxfordshire im Zeitraum März – Mai 1960 	<p>Starey (1961) A Hospital Outpatient Referral Survey Aufdecken von Verhaltensmustern in der Einweisung von Patienten</p>	B3
<p>Ausgewählte Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dringende Fälle wurden innerhalb weniger Tage behandelt • bei nicht-dringenden Fällen teilweise Wartezeiten von bis zu 60 Tagen • akzeptable Wartezeit von durchschnittlich 2,2 Tagen auf den Arztbrief 	<ul style="list-style-type: none"> • Untersuchung aller Einweisungen einer Gruppenpraxis im Zeitraum März – September 1966 	<p>Evans/McBride (1968) Hospital Usage by a Group Practice Strukturierung der Einweiserprozesse und -gegebenheiten</p>	B4
<p>Ausgewählte Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unterschiede in Einweisungsraten sind nicht bedingt durch das Alter, Geschlecht oder die soziale Klasse der Patienten • Zusammenhang zwischen intensiver Nutzung von Röntgendiagnostik/Labor und hohen Einweisungsraten 	<ul style="list-style-type: none"> • Untersuchung von 502 Einweisungen einer Praxis mit 3 Ärzten und 4.455 Patienten in London • Deskriptive Analysen 	<p>Morrell et al. (1971) Referral to hospital by general practitioners Untersuchung der deutlichen Unterschiede in den Einweiserraten von drei</p>	B5

	Ärztin inkl. Ursachenforschung		<ul style="list-style-type: none"> Betrachtung des Zusammenhangs zwischen der Einweisungsrate und dem Alter eines Arztes sowie der Dauer seiner Praxiszugehörigkeit
B6	<p>Shortell (1974)</p> <p>Determinants of Physician Referral Rates: An Exchange Theory Approach</p> <p>Entwicklung und Test eines Modells des Einweisungsverhaltens von Hausärzten auf Basis der Exchange Theory</p>	<ul style="list-style-type: none"> Telefoninterviews und schriftliche Befragung n = 127 Internisten aus der Umgebung von Chicago deskriptive Analysen Korrelationsanalysen multivariate Regressionsmodelle 	<p>Ausgewählte Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> Betrachtung der Unterschiede in den Einweisungsraten von Hausärzten als eine Funktion der wahrgenommenen Belohnungen und Kosten von Ärzten mit verschiedenen Anstellungsstufen
B7	<p>Berkeley (1976)</p> <p>Reasons for referral to hospital</p> <p>Untersuchung der Gründe für eine Einweisung in ein Krankenhaus</p>	<ul style="list-style-type: none"> schriftliche Befragung von 20 Hausärzten aus dem Nordosten Schottlands zu ihren n = 1.868 Einweisungen innerhalb eines Jahres Rücklaufquote 98% deskriptive Analysen 	<p>Ausgewählte Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hauptgrund für Einweisungen waren in über 90% der Fälle medizinischer Natur (Schwere der Krankheit, Untersuchungen, besondere Behandlung), gefolgt von Pflegegründen (18% - Bedarf an intensiver Pflege, mangelhafte Zustände zu Haus, fehlendes Equipment) und sozialen Gründen (6% - alleinlebend, Druck von Angehörigen) bei Sicherheit bzgl. der Diagnose weisen die Hausärzte eher in ein Cottage Hospital ein, hingegen erfolgt bei Unsicherheit, bei extensiven Untersuchungen und spezialisierten Behandlungen die Einweisung in ein Allgemeinkrankenhaus
B8	<p>Roland/Morris (1988)</p> <p>Are referrals by general practitioners influenced by the availability of consultants?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Untersuchung der Gesundheitsdaten von 16 Regionen des Departments of Health and Social Security und des Scottish Office 	<ul style="list-style-type: none"> je mehr Fachärzte vorhanden sind, umso mehr Patienten werden in dieser Region überwiesen zwischen den Sterblichkeitsraten sowie vorgegebenen Einweisungsraten und den tatsächlichen Einweisungsraten besteht

	<p>Untersuchung der Variation in Einweisungs-raten durch die Analyse der Anzahl der Patienten, die Anzahl von Fachärzten pro 100.000 Einwohner, Sterblichkeitsraten und die Vorgabe von Einweisungs-raten für vier Fachgebiete</p>	<p>aus dem Jahr 1984</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regressionsanalysen 	<p>kein Zusammenhang</p> <ul style="list-style-type: none"> • bei der Interpretation von Unterschieden in Ein- und Überweisungs-raten muss die Verfügbarkeit von Fachärzten, die das Einweisungsverhalten der Hausärzte beeinflussen kann, berücksichtigt werden
B9	<p>Armstrong et al. (1991) Doctors' perceptions of pressure from patient referral Untersuchung des Einflusses von Patienten auf die Entscheidung von Hausärzten zur Ein- oder Überweisung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Befragung der n = 122 Hausärzte aus der Region um Bromley zu ihren Einweisungen innerhalb einer Woche • Rücklaufquote 76% • deskriptive Analysen, χ^2-Test 	<ul style="list-style-type: none"> • Hausärzte mit höheren Ein- und Überweisungs-raten und jüngere Hausärzte berichteten öfter vom Druck durch die Patienten • gleiches gilt bei Ein- und Überweisungen in die Fachgebiete Psychiatrie, Rheumatologie, Dermatologie und Orthopädie • der Druck durch die Patienten kann einen Teil der Variation in den Einweisungs-raten erklären
B10	<p>Reynolds et al. (1991) General practitioner outpatient referral: do good doctors refer more patients to hospital? Untersuchung der Beziehung zwischen den Einweisungs-raten in bestimmte Fachabteilungen in Abhängigkeit der individuellen Spezialisierung der Allgemeinärzte</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Untersuchung von 395 Einweisungen einer Gruppenpraxis in einem Außenbezirk von Birmingham im Zeitraum Juli 1988 – März 1989 • deskriptive Analysen 	<p>Ausgewählte Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • keine eindeutigen Gründe für die Unterschiede in den Einweisungs-raten • Allgemeinärzte mit besonderem Wissen in HNO-Kunde und Augenheilkunde wiesen überproportional häufig in diese Fachabteilungen im Krankenhaus ein • Erklärungsansätze für dieses Phänomen: <ul style="list-style-type: none"> - Vermutung, dass Ärzte, die früher im Krankenhaus tätig waren, eher auf die Ergebnisse von Krankenhausuntersuchungen zurückgreifen möchten - Case Mix innerhalb der Praxis - Fehler im Experiment

<p>B11</p>	<p>de Marco et al. (1993) How valuable is feedback of information on hospital referral patterns? Erklärung der Unterschiede in den Einweisungsraten niedergelassener Ärzte und Rückgabe dieser Daten an die Einweiser zur Unterstützung der kritischen Betrachtung des eigenen Einweisungsverhaltens</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse der Einweisungsdaten • anschließend Besuch der Arztpraxen im Oktober 1991 • n = 92 Allgemeinarztpraxen in East Anglia 	<ul style="list-style-type: none"> • eine hohe Einweisungsrate bedeutet nicht zwangsläufig viele unnötige Einweisungen • Einweisungsgründe aus Sicht der niedergelassenen Ärzte sind Zugang zu spezialisierter Versorgung, die individuellen Fähigkeiten des Niedergelassenen, Patientenwunsch und die Angst vor Rechtsstreitigkeiten • große Skepsis bei den besuchten Niedergelassenen bzgl. der Genauigkeit der Daten, auf denen das Feedback beruhte • weiterhin Zweifel an der Beziehung zwischen den Einweisungs-raten und der Qualität der medizinischen Versorgung • es konnten kaum Ärzte überzeugt werden, die Feedbackdaten als Grundlage zur Überprüfung des eigenen Einweisungsverhaltens zu nutzen
<p>B12</p>	<p>O'Donnell (2000) Variation in GP referral rates: what can we learn from the literature Beschreibung der Unterschiede in Einweiserraten und Identifizierung möglicher Einflussvariablen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Auswertung von sechs bibliographischen Datenbanken • Auswahl von 91 relevanten Veröffentlichungen 	<p>Ausgewählte Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vergleich der Einweisungs-raten der identifizierten Studien inkl. Erläuterung der dort ermittelten Einflussfaktoren • Frage nach optimaler Einweisungsrate

Anhang 3:

Synopsis einer vergleichenden Analyse empirischer Arbeiten zu Problemen in der Zusammenarbeit zwischen Einweisern und Krankenhäusern

Nr.	Autor(en)/Jahr Titel Forschungsgegenstand	Empirische Basis	Zentrale Befunde
C1	Neville (1987) Notifying general practitioners about deaths in hospital: an audit Aufdecken von Defiziten in der Kommunikation über den Tode von Patienten im Krankenhaus	<ul style="list-style-type: none"> n = 272 verstorbene Patienten von 6 Praxen in Dundee im Zeitraum Juni 1985 bis Juli 1986 (davon 193 im KH) 	<ul style="list-style-type: none"> in 58% der Fälle informierten die KH-Ärzte die Praxen umgehend in den restlichen Fällen erfuhr die Praxisärzte vom Tod des Patienten von den Angehörigen, durch einen KH-Brief oder Todesanzeigen in der Zeitung effektive interprofessionelle Kommunikation ist keine Gefälligkeit, sondern Notwendigkeit
C2	McGlade et al. (1988) Referrals to hospital by general practitioners: a study of compliance and communication Ermittlung des Ausmaßes des Nichterscheinens von Patienten zu vereinbarten Terminen im Krankenhaus, Bestimmung der Gründe hierfür und Untersuchung, ob zeitnahe Kommunikation mit dem KH bestand	<ul style="list-style-type: none"> Untersuchung von 269 Einweisungen einer Praxis mit 4.822 Patienten in Belfast im Sommer 1987 deskriptive und qualitative Analysen 	<p>Ausgewählte Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> lange Wartezeiten auf Termine im Krankenhaus sind ein Hauptfaktor für die Nichtwahrnehmung dieser Termine durch die Patienten allgemeine Gründe für die Nichtwahrnehmung: Angst vor oder Misstrauen gegenüber von Krankenhäusern; Angst, dass eine ernsthafte Krankheit gefunden wird; sozioökonomische Faktoren (z.B: Transportschwierigkeiten oder die Wahrnehmung, dass die Einweisung unnötig ist) für ca. 25% aller Einweisungen erfolgte keine Kommunikation

C3	<p>Jacobs/Pringle (1990) Referral letters and replies from orthopaedic departments opportunities missed</p> <p>Untersuchung von Einweisungs- und Entlassungsbriefen bzgl. ihres Inhalts, des Zeitverzugs und des Ausmaßes wie Fragen aus den Einweisungsbriefen beantwortet werden</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Untersuchung von n = 288 Einweisungsbriefen und den dazugehörigen Antworten von 16 chirurgischen Fachärzten aus fünf Krankenhäusern in Nottingham, Derby und Mansfield im Oktober 1988 • deskriptive Analysen, χ^2-Test 	<p>von Seiten des Krankenhauses</p> <p>Ausgewählte Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Potenzial einer effizienten Kommunikation in Einweisungs- und Entlassungsbriefen wird nicht ausgenutzt • Inhalte sind oft unzureichend, Fragen den Einweisers werden selten beantwortet
C4	<p>Roland et al. (1991) Improving Care</p> <p>Identifizierung von Faktoren im Überweisungsprozess, die die Zufriedenheit von Hausärzten, Spezialisten und Patienten erhöhen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Schriftliche Befragung im Zeitraum vom 11.09. – 01.12.1989 • n = 628 Patienten mit den dazugehörigen Hausärzten und Orthopäden • Rücklaufquote 94,1% bei den Hausärzten, 100% bei den Orthopäden und 90,4% bei den Patienten 	<p>Ausgewählte Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • knapp 43% der Überweisungen waren gemäß den Orthopäden unnötig, wohingegen 83% der Patienten die Überweisung als hilfreich empfanden • Verbesserungsvorschläge: <ul style="list-style-type: none"> - Information der Hausärzte über verfügbare Leistungen - Verbesserung der Kommunikation zwischen Haus- und Fachärzten - einfachere Terminabsprachen in Kliniken - Verkürzung der langen Wartezeiten für Konsultationstermine - telefonische Erreichbarkeit der Fachärzte verbessern • Entwicklung von Ein- und Überweisungsrichtlinien kann Hausärzten bei der effektiven Nutzung von Krankenhausleistungen unterstützen

C5	<p>Cornwall (1993)</p> <p>Communication between general practitioners and child psychiatrists</p> <p>Bestimmung des Inhalts von Einweisungsbriefen von Hausärzten in Kinderpsychiatrien und Überprüfung, ob Hausärzte und Psychologen verschiedene Informationen für notwendig erachten</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Untersuchung von 50 aufeinanderfolgenden Einweisungsbriefen von Hausärzten an die Kinderpsychiatrie in Sunderland • weiterhin schriftliche Befragung der n = 148 Hausärzte und n = 28 Kinderpsychologen der nördlichen Region zur Wichtigkeit einzelner Inhalte der Einweisungsbriefe • Rücklaufquote 63% bei den Hausärzten und 90% bei den Kinderpsychologen • deskriptive Analysen, χ^2-Test 	<p>Ausgewählte Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Überprüfung der Einweisungsbriefe auf 15 Standardinhalte • Ranking der Inhalte durch die Ärzte • Hausärzte schreiben qualitativ schlechte Briefe aufgrund des Zeitmangels • Psychologen sagen, dass die Briefe viel zu kurz sind und wichtige Informationen oft fehlen • Entwicklung standardisierter Einweisungsbriefe mit Schlüsselfragen kann zur Verbesserung beitragen • Psychologen werden die benötigten Informationen erst dann automatisch bekommen, wenn sie den Hausärzten ihren Bedarf und ihre Erwartungen näherbringen
C6	<p>Fertig et al. (1993)</p> <p>Understanding variation in rates of referral among general practitioners: are inappropriate referrals important and would guidelines help to reduce rates?</p> <p>Bestimmung des Ausmaßes mit dem Variationen von Einweisungsraten durch unnötige Einweisungen erklärt werden können und Bestimmung des Effekts der Implementierung von Einweisungsrichtlinien</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Untersuchung von n = 600 Einweisungen in das Addenbrooke's Hospital in Cambridge von Mai 1991 bis April 1992 	<p>Ausgewählte Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nahezu 10% der Einweisungen wurden von den Krankenhausärzten als unnötig eingestuft • die meisten unnötigen Einweisungen kamen aus den Praxen mit den höchsten Einweisungsraten • Einweisungsrichtlinien können nur höchst unwahrscheinlich die Einweisungsraten signifikant verändern

C7	<p>Elwyn/Stott (1994)</p> <p>Avoidable referrals? Analysis of 170 consecutive referrals to secondary care</p> <p>Bestimmung der Notwendigkeit von Einweisungen von Hausärzten in Krankenhäuser</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Untersuchung von n = 168 Einweisungen einer Einzelpraxis im Zeitraum Oktober 1990 bis März 1991 	<p>Ausgewählte Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nahezu 34% der Einweisungen wären vermeidbar gewesen, wenn ausreichend Ressourcen, Informationen vom Krankenhaus über frühere Aufenthalte des Patienten vorhanden gewesen wären • es entstehen hohe Kosten durch die mangelhafte Kommunikation zwischen den Sektoren • Vermeidung weiterer unnötiger Einweisungen durch ausreichend Personal im ambulanten Bereich, durch leichten Zugang zur Normalpflegung, durch Verbesserungen in der Kommunikation zwischen Krankenhäusern und Hausärzten insbesondere zeitlich und inhaltlich und durch die Erweiterung der Teamressourcen, die für Hausärzte zur Verfügung stehen inkl. deren Management im Krankenhaus
C8	<p>Bridger/Cairns (1996)</p> <p>Survey of general practitioners' views of consultants' non-urgent referral of outpatients to other consultants</p> <p>Untersuchung der Präferenzen der Hausärzte bzgl. des Ablauforganisation von nicht-dringenden Überweisungen zwischen Fachärzten</p>	<ul style="list-style-type: none"> • schriftliche Befragung • n = 165 Hausärzte aus der Region um Brighton, GB • Rücklaufquote 70% 	<p>Ausgewählte Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fundholding-Hausärzte hatten ein größeres Interesse in alle Entscheidungen, die ihre Patienten betreffen, eingebunden zu werden und lehnten deshalb Überweisungen zwischen Fachärzten (z.B. vom Facharzt für Innere Medizin zum Gynäkologen) ab
C9	<p>Marshall (1998)</p> <p>How well do general practitioners and hospital consultants work together? A qualitative study of cooperation and</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 24 halbstrukturierte Interviews (n = 12 niedergelassene Ärzte und 12 Krankenhausärzte) und 4 Fokusgruppeninterviews (mit jeweils n = 4 niedergelassene Ärzte und 4 	<p>Ausgewählte Ergebnisse, die im Kontrast zu Ergebnissen vorheriger Studien stehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hohes Niveau an gegenseitigem Respekt, Vertrauen und Kooperation

	<p>conflict within the medical profession</p> <p>Untersuchung der Beziehung zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhausärzten im Sinne von Kooperation und Konflikt</p>	<p>Krankenhausärzte) im Süden und Westen von Großbritannien zwischen Februar 1995 und April 1996</p> <ul style="list-style-type: none"> Inhaltsanalyse nach Transkription mit Computerprogramm Atlas-TI 	<ul style="list-style-type: none"> starker Wunsch nach einer langfristigen persönlichen Beziehung, da hoher Nutzen für Patienten beide Berufsgruppen versuchen potenzielle Konflikte zu vermeiden
C10	<p>Forster et al. (2004)</p> <p>Adverse events among medical patients after discharge from hospital</p> <p>Bestimmung des Auftretens, der Schwere, der Vermeidbarkeit und die Besserung von Behandlungsschäden nach der Krankenhauserlassung</p>	<ul style="list-style-type: none"> Untersuchung der n = 328 Entlassungen von Patienten eines kanadischen Lehrkrankenhauses im Zeitraum von 14 Wochen im Jahr 2002 Telefoninterviews und Sichtung der Patientenakten zur Identifizierung von Behandlungsschäden 	<p>Ausgewählte Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> 23% der entlassenen Patienten erlitten einen Behandlungsschaden <ul style="list-style-type: none"> Medikation (72%) therapeutische Fehler (16%) nosokomiale Infektion (11%) 50% wären vermeidbar gewesen Überleitungs- und Pflege nach Entlassung muss verbessert werden durch intensivere Kommunikation zwischen den Akteuren

Anhang 4:
Synopse einer vergleichenden Analyse empirischer Arbeiten zur Zufriedenheit der Einweiser

Nr.	Autor(en)/Jahr Titel Forschungsgegenstand	Empirische Basis	Zentrale Befunde
D1	Brinkmann/Pfaff (2004) Fachkompetenz oder Service Welche Faktoren beeinflussen die Zufriedenheit einweisender Ärzte mit dem Krankenhaus?	<ul style="list-style-type: none"> • Schriftliche Befragung 2003 • n = 1.200 einweisende Ärzte • Rücklaufquote 31,3% • Lineare Regressionsanalyse 	<ul style="list-style-type: none"> • Sowohl dienstleistungsbezogene als auch medizinische Faktoren haben einen signifikanten Einfluss auf die Einweiserzufriedenheit. • Die Bedürfnisse des einweisenden Arztes, der als Leistungsmittler als gleichberechtigter Partner und als Kunde zu sehen ist, müssen erfüllt werden.
D2	Kulla (2004) Untersuchungen zur Patienten- und Zuweiserzufriedenheit an der Medizinischen Universitätsklinik Würzburg Ermittlung der Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit von Einweisern	<ul style="list-style-type: none"> • Telefoninterviews im Frühjahr 2003 • n = 110 zuweisungsstärkste Ärzte der Uniklinik Würzburg • Rücklaufquote 55,5% • deskriptive Analysen 	<p>Erfassung der Zufriedenheit der Einweiser mit</p> <ul style="list-style-type: none"> • der Terminvergabe • dem Wunsch und dem Vorhandensein eines festen Ansprechpartners • der Weiterbehandlung ihrer Patienten und der Berücksichtigung der Vorbefunde • der Erfüllung der Erwartungen an die Einweisung in die Klinik • den Arztbriefen • den Medikationen • den angebotenen Fortbildungsveranstaltungen

D3	<p>Braun/Nissen (2005)</p> <p>Der Bedeutung der Einweiserzufriedenheit für Krankenhäuser und ihre erfolgreiche Messung</p> <p>Erfassung und Interpretation der Indikatoren der Zufriedenheit der Einweiser</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Schriftliche Befragung 2004 • Anonyme Vollerhebung - Befragung aller niedergelassenen Ärzte aus der Region eines Krankenhauses der Schwerpunktversorgung mit ca. 700 Betten • Faktorenanalyse, Regressionsanalyse, 	<p>Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit der Einweiser sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Empfehlungsverhalten des Patienten • Ruf des Krankenhauses und seiner Ärzte • Beurteilung des Krankenhauspersonals und des Essens aus Patientensicht • Fortbildungsangebot und Kooperationen des Krankenhauses mit Reha-Einrichtungen
D4	<p>Hesse/Schreyögg (2007)</p> <p>Determinanten eines erfolgreichen Einweisermarketing – eine explorative empirische Analyse</p> <p>Ermittlung von Kriterien, die für die Zufriedenheit der Einweiser und damit für Patienteneinweisungen relevant sind</p>	<ul style="list-style-type: none"> • schriftliche Befragung im August 2005 • n = 115 niedergelassene Ärzte im Umfeld eines ländlichen Krankenhauses in den neuen Bundesländern • Rücklaufquote 32,2% • Faktorenanalyse, Regressionsanalyse 	<p>Einfluss auf die Gesamtzufriedenheit niedergelassener Ärzte haben:</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Performance der medizinisch und pflegerischen Leistung (KH-ärzte führen Medikation fort; KH-ärzte berücksichtigen bei Medikation hausärztliches Budget; Qualität der Pflege; Fachlicher Ruf; Medizinisches Niveau; Medikamentöse Therapie; Verpflegung; Breite des Leistungsangebots) • die Performance von Mitarbeitern und Technik (Wartezeit bei Aufnahme; technische Ausstattung; Seelsorger/Fürsorge; Freundlichkeit des Personals)
D5	<p>Etesse et al. (2010)</p> <p>How the relationships between general practitioners and intensivists can be improved: the general practitioners' point of view</p> <p>Erfassung der Bedürfnisse von Hausärzten bzgl. der Zusammenarbeit mit Intensivmedizinern</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Schriftliche Befragung im Zeitraum Juni – Juli 2006 • n = 7.239 Hausärzte in Südf frankreich • Rücklaufquote 22% • schrittweise logistische Regression 	<p>Ausgewählte Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifizierung von fünf unabhängigen Faktoren der Unzufriedenheit: <ul style="list-style-type: none"> - keine Information an den Hausarzt bei Aufnahme des Patienten - schlechte Qualität der Familienaufnahme - die Identität bzw. Funktion der Kontaktperson der Familie

<p>ist nicht klar</p> <ul style="list-style-type: none"> - fehlende Information der Familie - fehlender Entlassungsbericht <ul style="list-style-type: none"> • Identifizierung von drei unabhängigen Faktoren zur Vermeidung von Unzufriedenheit: <ul style="list-style-type: none"> - Alter des Hausarztes < 45 Jahre - Informationen über die Patientenaufnahme vom Team der Intensivstation an den Hausarzt - Einbindung des Hausarztes in Behandlungsentscheidungen • Gewünschte Inhalte des Krankenberichts: Erstdiagnose, beeinträchtigende Ereignisse, Behandlungen und Patientenmanagement bei Entlassung 			
<p>Ausgewählte Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • besonders kritisch wurde beurteilt: <ul style="list-style-type: none"> - die Arzneimitteltherapie bei Entlassung - die Bekanntheit des diagnostisch-therapeutischen und des Fortbildungsangebotes - der psychische Zustand der Patienten bei Entlassung - die Laufzeit der Arztbriefe - eine zeitgerechte Information bei aktuellen Veränderungen und unvorhergesehenen Ereignissen - die Vorbereitung vor Entlassung 	<ul style="list-style-type: none"> • schriftliche Befragung in 2007 • n = 385 Einweiser der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Bezirksklinikums Mainkofen • Rücklaufquote 48% • Berechnung der absoluten Problemhäufigkeit nach Ruprecht 	<p>Schreiber/Hadersdorfer (2010)</p> <p>Was wünschen sich niedergelassene Ärzte von dem psychiatrischen Krankenhaus, in das sie ihre Patienten überweisen? Auswertung einer Einweiserbefragung</p>	D6

		<ul style="list-style-type: none">- die mangelnde Berücksichtigung des Budgetdrucks der Niedergelassenen bei der Entlassungsmedikation- Art und Intensität der Kommunikation zwischen niedergelassenem Arzt und Klinikmitarbeitern• Sensibilisierung der Klinikleitung und der Mitarbeiter für die Erwartungen der einweisenden Kollegen	
--	--	--	--

Anhang 5:

Synopse einer vergleichenden Analyse empirischer Arbeiten zur Kommunikation zwischen Einweisern und Krankenhausern

Nr.	Autor(en)/Jahr Titel Forschungsgegenstand	Empirische Basis	Zentrale Befunde
E1	<p>Long/Atkins (1974)</p> <p>Communications between General Practitioners and Consultants</p> <p>Suche nach den Einflussfaktoren auf eine effiziente Kommunikation zwischen KH- und niedergelassenen Ärzten</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Strukturierte Interviews in den Jahren 1972/1973 • n = 80 KH-Ärzte und n = 100 niedergelassene Ärzte im Südosten Englands • weiterhin n = 856 Einweisungsbriefe und n = 866 Entlassungsbriefe 	<ul style="list-style-type: none"> • kaum persönliche, informelle Kommunikation zwischen den Berufsgruppen, obwohl von beiden Seiten erwünscht • kaum Kontakt zwischen den Ärzten während des KH-Aufenthalts des Patienten, obwohl beide Seiten die für sinnvoll erachteten, um die Beziehung zu verbessern und dem Patientennutzen zu dienen • Hauptkommunikationsmittel sind die Einweisungs- und Entlassungsbriefe => Informations- und Zeitverluste • gegenseitiges Verständnis, gute Kommunikation und Kooperation in der Versorgung der Patienten sind unabdingbar
E2	<p>Mageean (1986)</p> <p>Study of "discharge communications" from hospital</p> <p>Pilotstudie zum Test der Hypothese, dass die Entlassungsberichte von Krankenhauspersonal zweckdienlich für die weitere Versorgung durch den</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Untersuchung der Entlassungsberichte von 89 Einweisungen in Krankenhäuser einer Gruppenpraxis in Runcom über drei Monate 	<p>Ausgewählte Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • in 11% der Fälle kam kein Entlassungsbericht innerhalb von zwei Monaten nach der Entlassung • 53% der Patienten kontaktierten den Hausarzt bevor ein Entlassungsbericht vorlag (Ø Zeitintervall zwischen Entlassung und Erhalt lag bei 8 Tagen) • wichtige Inhalte fehlten häufig

E3	<p>Hausarzt sind</p> <p>Harding (1987)</p> <p>Study of discharge communications from hospital doctors to an inner London general practice</p> <p>Bewertung der Kommunikation von Krankenhausärzten bei Entlassung der Patienten durch die Hausärzte</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Untersuchung von 505 schriftlichen Entlassungsberichte aus dem Krankenhaus der Patienten einer Londoner Arztpraxis im Zeitraum Juni – November 1986 	<ul style="list-style-type: none"> • effizientere Kommunikation zwischen den Versorgungsstrukturen nötig <p>Ausgewählte Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unzufriedenheit mit der Dauer der Zustellung • Unzufriedenheit mit fehlenden Inhalten (besonders Änderung der Medikation, Untersuchungsergebnisse, Erklärungen der Symptome und detaillierte Nachsorgepläne) • beide Punkte beeinflussten die Entscheidungen über die weitere Behandlung des Patienten • keine zeitnahe Information über die Entlassung des Patienten wird kritisch betrachtet • Unzulänglichkeit der Entlassungsberichte resultiert aus unzureichender Kommunikation und mangelndem Verständnis zwischen den Berufsgruppen
E4	<p>Penney (1988)</p> <p>Delayed communication between hospitals and general practitioners: where does the problem lie?</p> <p>Fallbeispiel für verspätete Entlassungsbriefe</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Untersuchung von 104 Einweisungen einer Gruppenpraxis im Zeitraum November 1986 bis Mai 1987 	<ul style="list-style-type: none"> • Entlassungskurzbriefe wurden den Patienten aus dem KH mitgegeben => 18 kamen nie in der Praxis an, 86 innerhalb einer Woche • Entlassungsbriefe wurden postalisch übersendet <ul style="list-style-type: none"> - 25% kamen nie an, 12% innerhalb einer Woche, 39% innerhalb von 2 Wochen, der Durchschnitt lag bei 25,3 Tagen • Nachfrage im KH ergab, dass 1080 Entlassungsbriefe diktiert, aber noch nicht maschinengeschrieben waren • Entlassungskurzbriefe und –berichte sind elementar für die

E5	<p>Westerman et al. (1990)</p> <p>A study of communication between general practitioners and specialists</p> <p>Analyse ausgewählter Einweisungen und Arztbriefe</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse von n = 144 Einweisungen im Jahr 1986 und den dazugehörigen Arztbriefen bei Entlassung • Auswertung durch vier niedergelassene Ärzte und vier Krankenhausärzte 	<p>Arbeit der niedergelassenen Ärzte => Mängel in der Kommunikation müssen dringend abgestellt werden</p> <p>Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mehrheit der Einweiserbriefe ist von schlechter Qualität • Mehr als die Hälfte der Einweiser beschrieb explizit den Grund der Einweisung, aber nur wenige baten ausdrücklich um Rücküberweisung des Patienten • Briefe der Krankenhausärzte bezogen sich in der Mehrzahl der Fälle auf den Einweisungsgrund • Korrespondenz zwischen den Ärzten ist ein wichtiger Bestandteil jeder Patientenakte und ersetzt die gemeinsame Konsultation am Bett des Patienten • Weiterentwicklung der Kommunikation zwischen den Sektoren ist elementar
E6	<p>Branger et al.(1992)</p> <p>Electronic communication between providers of primary and secondary care</p> <p>Untersuchung der Effekte des elektronischen Datenaustauschs zwischen den Sektoren bzgl. Geschwindigkeit, Datenverarbeitung und Zufriedenheit der niedergelassenen Ärzte mit der Kommunikation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • schriftliche Befragung und elektronische Messungen • n = 27 niedergelassene Ärzte und n = 2 Krankenhäuser in Apeldoorn 	<ul style="list-style-type: none"> • Vergleich traditioneller papierbasierter Kommunikation von Laborbefunden und Entlassungsbriefen zwischen KH und niedergelassenen Ärzten in den Jahren 1989/1990 • Auswertung der papierbasierten Kommunikation durch Fragebögen und Interviews – Auswertung der elektronischen Kommunikation durch Messen der Zeitintervalle zwischen der Erstellung und der Zustellung sowie Abfrage der Zufriedenheit damit mittels Fragebogen • Ergebnisse <ul style="list-style-type: none"> - kürzere Übermittlungszeiten, einfachere Ablage der Da-

E7	<p>Newton et al. (1992)</p> <p>Communication between general practitioners and consultants: what should their letters contain?</p> <p>Untersuchung der Meinungen der Haus- und Fachärzte bzgl. des Inhalts von Einweisungsbriefen und Entlassungsbriefen sowie bzgl. der Möglichkeit der Standardisierung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • schriftliche Befragung im Mai 1991 • n = 157 Hausärzte und n = 200 Fachärzte aus Newcastle upon Tyne • Rücklaufquote 77% • deskriptive Analysen 	<p>ten in den elektronischen Patientenakten der Praxen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zufriedenheit der Ärzte mit dem neuen System <p>Ausgewählte Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wichtige Inhalte von Einweisungsbriefen: Problembeschreibung, aktuelle Medikation, Grund für Einweisung, medizin. Vorgeschichte, Erwartung des Hausarztes an die Einweisung etc. • wichtige Inhalte von Entlassungsbriefen: Beurteilung inkl. Diagnose, Weiterbehandlungsplan, Untersuchungsergebnisse, welche Informationen wurden dem Patienten oder Angehörigen gegeben etc. • Ablehnung standardisierter Briefe
E8	<p>Rawal et al. (1993)</p> <p>Use of structured letters to improve communications between hospital doctors and general practitioners</p> <p>Untersuchung, inwieweit strukturierte Briefe in der Praxis helfen die Arzt – Arzt – Kommunikation zu verbessern</p>	<ul style="list-style-type: none"> • schriftliche Befragung • n = 100 zufällig ausgewählte Allgemeinmediziner aus dem Einzugsgebiet des North Middlesex Hospital NHS Trust • Rücklaufquote 92% 	<p>Forschungsgegenstand:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zusendung zweier Arztbriefe: Version A enthielt eine Problemliste und eine Liste mit Behandlungsvorschlägen; Version B enthielt die Problemliste – die Behandlungsvorschläge wurden herkömmlich in den Text integriert => Ergebnis: 88% präferierten Version A • weiterhin Untersuchung von 100 an eine Arztpraxis versendeten Arztbriefen => 5 enthielten Problemliste und Behandlungsvorschlagsliste, 5 enthielten nur die Problemliste, 1 enthielt nur die Behandlungsvorschläge und 89 waren konventionell zusammengestellt • bisher wenig Studien zur Verbesserung der Kommunikation zwischen KH-Ärzten und Hausärzten vorhanden

			<ul style="list-style-type: none"> • Vorteile eines strukturierten Briefes: <ul style="list-style-type: none"> - Verpflichtung es Verfassers zu einer prägnanten Stellungnahme zu den Problemen des Patienten und wie diese behandelt werden sollen - der Leser sieht auf einen Blick die Standpunkte des Verfassers - vorteilhafte Kürze - leichterer Transfer in digitale Patientenakten
E9	<p>Coiera/Tombs (1998) Communication behaviours in a hospital setting: an observational study Explorative Studie zur Identifizierung von Kommunikationsmustern zwischen dem Krankenhauspersonal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Qualitative Beobachtungsstudie im Zeitraum 3.3. – 22.6.1995 in einem 500-Betten-Krankenhaus in Bristol, GB • n = 8 Ärzte und n = 2 Krankenschwestern • Ausstattung des Personals mit Pägern; mehrere Telefone waren auf Station verfügbar 	<p>Ausgewählte Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kommunikationsmuster sind sehr komplex; synchrone Kommunikation wird bevorzugt, führt aber zu Unterbrechungen am Arbeitsplatz und zu Ineffizienzen im Arbeitsablauf • medizinisches Personal erzeugt doppelt so viel Unterbrechungen per Telefon und Pager als es selber erhielt • Verbesserungen in den Prozessen und Technologien sind nötig • Schulung des Personals zur angemessenen Nutzung der Kommunikationstechnologien nötig
E10	<p>Heberer (1998) Erfolgsfaktoren der Krankenhausführung Ableitung allgemeiner Erfolgsfaktoren</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Schriftliche Befragung im Jahr 1997 • n = 201 A-Einwohler der Chirurgischen Universitätsklinik Basel • Rücklaufquote 83% • deskriptive Analysen 	<p>Bezogen auf die Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Einweisern schürfte die Untersuchung folgende Ergebnisse zu Tage:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ausgezeichnete Beurteilung der ärztlichen Kompetenz der Chirurgischen Klinik • deutlicher Verbesserungsbedarf hinsichtlich Verfügbarkeit

E11	<p>Pateron/Allega (1999)</p> <p>Improving communication between hospital and community physicians. Feasibility study of a handwritten, faxed hospital discharge summary</p> <p>Untersuchung der Zeitnähe, Flexibilität und Vollständigkeit eines handgeschriebenen und per Fax zugestellten Entlassungsbriefs mithilfe der Beurteilung durch Hausärzte</p>	<ul style="list-style-type: none"> • schriftliche Befragung per Fax über 8 Wochen • n = 102 Hausärzte in Hamilton 	<p>eines persönlichen, ärztlichen Ansprechpartners</p> <ul style="list-style-type: none"> • deutlicher Verbesserungsbedarf hinsichtlich dem Informationsfluss und der Kommunikationsqualität <p>Ausgewählte Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung eines standardisierten Entlassungsbriefes • bei Entlassung eines Patienten musste der standardisierte Entlassungsbrief handschriftlich ausgefüllt und an den Hausarzt gefaxt werden • 95 % der Hausärzte war mit dieser Form des Entlassungsbriefes zufrieden • 92 % der Briefe waren lesbar, 88 % waren vollständig
E12	<p>Evans et al. (2000)</p> <p>Who cares? A focus group study on follow up care after discharge from hospital</p> <p>Untersuchung der Probleme von Hausärzten, Patienten und Krankenhausmitarbeitern nach der Entlassung von Patienten</p>	<ul style="list-style-type: none"> • n = 3 Fokusgruppen mit sieben Hausärzten, sechs ehemaligen Patienten des Krankenhauses und 11 Krankenhausmitarbeitern • Krankenhaus im Stadtgebiet von Darwin, Australien 	<p>Ausgewählte Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mangel an Anerkennung des Hausarztes und des Patienten durch das Krankenhaus • schlechte Kommunikation zwischen den Akteuren • mangelnde Ausstattung an Ressourcen zur Verbesserung des Informationsflusses • verbesserte Kommunikation zwischen Hausärzten und Krankenhäusern sowie Akzeptanz der fachlichen Kompetenz der Hausärzte zwingend nötig
E13	<p>Gandhi et al.(2000)</p> <p>Communication Breakdown in the Out-patient Referral Process</p>	<ul style="list-style-type: none"> • schriftliche postalische Befragung und E-Mail-Befragung im Zeitraum September – November 1997 	<p>Ausgewählte Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hauptprobleme im Ein- und Überweisungsprozess sind Unzufriedenheit der Ärzte, fehlende Pünktlichkeit und unzu-

	<p>Bewertung der Zufriedenheit von Haus- und Fachärzten mit der zwischenberuflichen Kommunikation und Identifizierung der Hauptprobleme im Einweisungsprozess</p>	<ul style="list-style-type: none"> n = 84 Hausärzte und 405 Fachärzte aus der Umgebung von Boston, USA Rücklaufquote 57% bei den Hausärzten, 51% bei den Fachärzten deskriptive Analysen, T-Test, χ^2-Test 	<p>reichender Inhalt der zwischenberuflichen Kommunikation</p> <ul style="list-style-type: none"> Verbesserungen im Ein- und Überweisungssystem kann die Zufriedenheit der Ärzte und die Qualität der Patientenversorgung anheben kritische Komponente einer effektiven Einweisungskommunikation ist der Einweisungsbrief die zwischenberufliche Kommunikation muss detaillierter untersucht werden, um Maßnahmen zur Verbesserung zu bestimmen
E14	<p>Pantilat et al. (2001) Primary Care Physician Attitudes Regarding Communication with Hospitalists Bestimmung der Präferenzen und der Zufriedenheit mit der Kommunikation mit Krankenhausärzten</p>	<ul style="list-style-type: none"> Schriftliche Befragung im April 1998 n = 4.155 Ärzte der California Academy of Family Physicians Rücklaufquote 26% deskriptive Analysen, χ^2-Test 	<p>Ausgewählte Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hausärzte wünschen Kontaktaufnahme durch den Krankenhausarzt bevorzugt bei Entlassung und Aufnahme, weniger bei Statusveränderungen und kritischen Ereignissen; täglicher Kontakt wird nicht gewünscht präferierte Kommunikationsmittel sind Telefon, Fax, persönliche Kommunikation und E-Mail in dieser Reihenfolge präferierte Informationen: Medikation und Diagnose bei Entlassung, Operationsergebnisse, Nachbehandlung, Laborergebnisse generell Zufriedenheit mit Kommunikation Entlassungsbriefe häufig zu spät => zeitnahe Kommunikation per Telefon oder Fax zur Gewährleistung einer optimalen Patientenversorgung sinnvoll

E15	<p>van Walraven et al. (2002) Effect of Discharge Summary Availability During Post-discharge Visits on Hospital Readmission</p> <p>Untersuchung, ob die Zusendung eines Entlassungsberichtes das Risiko einer Wiedereinweisung in das Krankenhaus senkt</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Untersuchung von n = 888 Entlassungen aus dem Krankenhaus in Ottawa 	<p>Ausgewähltes Ergebnis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Wiedereinweisung ist unwahrscheinlicher für diejenigen Patienten, deren Hausarzt beim Patientenbesuch nach der Entlassung den Entlassungsbericht vorliegen hatte
E16	<p>Hoffmann (2004) Befragung niedergelassener Ärzte 2004</p> <p>Suche nach Gründen für die Einweisung von Patienten und Einschätzung der Zusammenarbeit durch die niedergelassenen Ärzte</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Schriftliche Befragung im Frühjahr 2004 • n = 756 einweisende Ärzte (Rücklaufquote 28%) und n = 1.266 potenzielle Einweiser (Rücklaufquote 21,5%) • deskriptive Analyse 	<p>Es besteht ein ausgeprägter Informationsbedarf bzgl. des Leistungsspektrums der Klinik und der Verfahrensweise bei der Einweisung der Patienten.</p> <p>Weiterer Handlungsbedarf besteht bzgl.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • der Bekanntgabe des Leistungsspektrums • des Eintreffens des endgültigen Entlassungsbriefes • der Weiterleitung der Telefonate • der Befundübermittlung
E17	<p>Stille et al. (2006)</p> <p>Determinants and Impact of Generalist-Specialist Communication About Pediatric Outpatient Referrals</p> <p>Bestimmung des Zusammenhangs zwischen dem Praxissystem sowie Patientencharakteristika und der Kommunikation zwischen den Ärzten als abhängige Variable</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Schriftliche Befragung der n = 62 niedergelassenen Kinderärzte und der n = 15 Krankenhausärzte von n = 179 Patienten jeweils bei Erstkontakt und sechs Monate später im Zeitraum April 2002 bis Januar 2004 in Massachusetts • multivariate logistische Regression 	<p>Ausgewählte Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • obwohl die intersektorale Kommunikation Voraussetzung für eine optimale medizinische Versorgung der Patienten ist, findet sie häufig nicht statt • empirisch bestätigte Zusammenhänge: elektronische Patientenakten verbessern die Kommunikation und verspätete Zusendung von Informationen verschlechtert die Kommunikation

E18	<p>Garåsen/Johnsen (2007)</p> <p>The quality of communication about older patients between hospital physicians and general practitioners: a panel study assessment</p> <p>Untersuchung der Qualität der schriftlichen Kommunikation zwischen niedergelassenen und Krankenhausärzten und Einschätzung, ob richtige Versorgungsstufe gewählt wurde</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Delphimethode (2 Panels jeweils bestehend aus einem KH-Arzt, einem Hausarzt und einer Public Health Nurse) • n = 100 Einweisungs- und Entlassungsbriefe von 75-Jährigen und älteren Patienten der Abteilungen Orthopädie, Pneumologie und Kardiologie des KH in Trondheim im Februar 2002 	<ul style="list-style-type: none"> • Beurteilung der Qualität der Briefe bzgl. der aktuellen medizinischen Situation des Patienten, der medizinischen Vorgeschichte, der Symptome, der Vitalparameter, der Medikation, des sozialen Netzwerks, den Aktivitäten des täglichen Lebens, der Pflegebedürftigkeit und der Verantwortung für die Nachsorge • Einweiserbriefe <ul style="list-style-type: none"> - hohe Qualität bzgl. aktueller medizinischer Situation, Symptome, Vitalzeichen und Vorgeschichte - schlechte Qualität bzgl. sozialem Netzwerk und Pflegebedürftigkeit • Entlassungsbriefe <ul style="list-style-type: none"> - hohe Qualität bzgl. aktueller Situation, Vorgeschichte, Medikation, Symptome, Vitalzeichen und Aktivitäten des täglichen Leben - ebenfalls schlechte Qualität bzgl. sozialem Netzwerk und Pflegebedürftigkeit und zusätzlich Verantwortung der Nachsorge • Hauptbefund: Kommunikation zwischen den Sektoren ist noch stark ausbaufähig und inkludiert ein potenzielles Gesundheitsrisiko für ältere Patienten => Schaffung eines Standards bzgl. Inhalt und Form der Fachkommunikation notwendig
E19	<p>Alderston/Callen (2007)</p> <p>Are general practitioners satisfied with electronic discharge summaries?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • schriftliche Befragung der n = 85 Hausärzte, deren Patienten im Zeitraum Juli – August 2005 ent- 	<p>Ausgewählte Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 93% der Hausärzte stimmten zu, dass der elektronische Entlassungsbericht eine wesentliche Verbesserung im Ver-

	<p>Bestimmung der Zufriedenheit von Hausärzten mit der Informationsqualität von elektronischen Entlassungsbriefen und der zeitnahen Zustellung</p>	<p>lassen wurden, bzgl. der Entlassungsbriefe des 75-Betten-Krankenhauses in Sydney, Australien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rücklaufquote 64% • deskriptive Analysen 	<p>gleich zu manuell Erstellten</p> <ul style="list-style-type: none"> • 83% der Hausärzte erhielten den Entlassungsbericht innerhalb von zwei Wochen • hohe Zufriedenheit der Hausärzte mit den Inhalten des Berichts • Verbesserungsvorschläge durch die Hausärzte: Versand per E-Mail statt wie bisher per Post, mehr Infos bzgl. Nachsorge, Bitte um Anruf bei Entlassung, Erklärung der Medikation etc.
EZO	<p>Kripalani et al. (2007a) Deficits in Communication and Information Transfer between Hospital-Based and Primary Care Physicians Beschreibung der Defizite in der Kommunikation und im Informationstransfer zwischen Krankenhausärzten und niedergelassenen Ärzten bei der Entlassung aus dem KH und Identifizierung von Verbesserungspotenzialen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • intensive Literaturrecherche in MEDLINE und Cochrane Database im November 2005 inkl. Update im November 2006 • über 1.000 gesichtet • Auswahl von 73 Studien • Datenexzerpt bzgl. Studiendesign, Charakteristika der Grundgesamtheit, Stichprobengröße, Meßergebnisse • Kategorisierung der Daten gemäß den Themen Nutzbarkeit, Pünktlichkeit, Inhalt, Format der Entlassungskommunikation und Zufriedenheit der niedergelassenen Ärzte • deskriptive Analysen und Kategorisierungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Metaanalysen aufgrund der großen Schwankungen im Forschungsdesign etc. nicht möglich • Studien zu den Defizite in der Kommunikation und im Informationstransfer bei der Entlassung aus den Jahren 1970 – 2005 <ul style="list-style-type: none"> - anfangs häufig Fallstudien, später auch größere und umfassendere Studien - Kernergebnis: Entlassungsberichte häufig zu spät und mit fehlenden Inhalten (detaillierte Auflistung siehe Studie, S. 834) • Studien zur Verbesserung des Informationstransfers während der Entlassung aus den Jahren 1977 – 2005 <ul style="list-style-type: none"> - Vergleich von digitalen und manuell erstellten Entlassungsberichten, Änderungen in der Zustellungsform (Mitgabe Patient, Fax, elektronisch), Änderungen im Format des Berichtes • Pünktlichkeit und Vollständigkeit sind unabdingbar für eine

E21	<p>Bell et al. (2008)</p> <p>Association of Communication Between Hospital-based Physicians and Primary Care Providers with Patient Outcomes</p> <p>Überprüfung des Zusammenhangs zwischen der Kommunikation des Krankenhauspersonals mit dem Hausarzt und Patientenergebnissen (Tod, Wiederaufnahme in das Krankenhaus, Besuch der Notfallstation) bis zu 30 Tage nach Entlassung</p>	<ul style="list-style-type: none"> n = 31.897 eingewiesene Patienten in sechs ausgewählte Krankenhäuser in den USA im Zeitraum Juli 2001 – Juni 2003 Zustimmung zur Marktforschung (u.a. Kontakt des Patienten und Kontakt des Hausarztes) durch n = 2.336 Patienten Telefonbefragung der Patienten 30 Tage nach Entlassung schriftliche Befragung von n = 1772 Hausärzten zwei Wochen nach Entlassung der Patienten (Rücklaufquote 68%) multivariable logistische Regression für n = 1.078 Patienten 	<p>adäquate Patientenversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> Detaillierte Vorschläge zur Verbesserung (siehe Studie, S. 838) <p>Ausgewählte Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> 77% der Hausärzte waren über die Aufnahme des Patienten im Krankenhaus informiert; 23% hatte direkten Kontakt zum Krankenhauspersonal und in 42% der Fälle lag der Entlassungsbrief innerhalb von 2 Wochen vor innerhalb von 30 Tagen nach der Entlassung starben 7,6%, 10,8% wurden wiederaufgenommen und 6,4% besuchten die Notfallambulanz es besteht kein Zusammenhang zwischen der Kenntnis des Hausarztes über den Krankenhausaufenthalt und Patientenergebnissen – gleiches gilt für die direkte Kommunikation und die zeitnahen Entlassungsbrief Patienten werden „quicker and sicker“ entlassen => lückelose Versorgung ohne Bruchstellen nötig Kommunikation zwischen Krankenhauspersonal und Hausärzten bedarf einer erheblichen Verbesserung 	<p>adäquate Patientenversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> Detaillierte Vorschläge zur Verbesserung (siehe Studie, S. 838) <p>Ausgewählte Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> 77% der Hausärzte waren über die Aufnahme des Patienten im Krankenhaus informiert; 23% hatte direkten Kontakt zum Krankenhauspersonal und in 42% der Fälle lag der Entlassungsbrief innerhalb von 2 Wochen vor innerhalb von 30 Tagen nach der Entlassung starben 7,6%, 10,8% wurden wiederaufgenommen und 6,4% besuchten die Notfallambulanz es besteht kein Zusammenhang zwischen der Kenntnis des Hausarztes über den Krankenhausaufenthalt und Patientenergebnissen – gleiches gilt für die direkte Kommunikation und die zeitnahen Entlassungsbrief Patienten werden „quicker and sicker“ entlassen => lückelose Versorgung ohne Bruchstellen nötig Kommunikation zwischen Krankenhauspersonal und Hausärzten bedarf einer erheblichen Verbesserung
E22	<p>Gandhi et al. (2008)</p> <p>Improving Referral Communication Using a Referral Tool within an Electronic Medical Record</p> <p>Untersuchung des Einflusses eines elektronischen Einweisungstools auf</p>	<ul style="list-style-type: none"> Untersuchung der n = 261 Einweisungen von zwei Arzteeinheiten in Boston, USA, in denen bereits elektronische Patientenakten gemeinsam mit Krankenhäusern und Fachärzten zum Einsatz kommen eine Praxis verwendete zu For- 	<p>Ausgewählte Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> die Fachärzte erhielten aus dem Arzteeinheit mit Tool öfter Informationen vor dem Patientenbesuch als aus dem Zentrum ohne Tool Hausärzte erhalten öfter und schneller Informationen zu dem Besuch ihres Patienten beim Facharzt in der Praxis mit Tool 	<p>Ausgewählte Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> die Fachärzte erhielten aus dem Arzteeinheit mit Tool öfter Informationen vor dem Patientenbesuch als aus dem Zentrum ohne Tool Hausärzte erhalten öfter und schneller Informationen zu dem Besuch ihres Patienten beim Facharzt in der Praxis mit Tool

	die Kommunikation zwischen Haus- und Fachärzten	<ul style="list-style-type: none"> • schutzwecken eine Einweisungsmanagement-Applikation • zusätzlich Befragung der Hausärzte, Fachärzte und Patienten im Zeitraum Januar 2006 – Februar 2007 • Rücklaufquote 55% bei den Fachärzten, 46% bei den Hausärzten und 36,2% • deskriptive Analyse, multivariate logistische Regression 	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten aus dem Arztzentrum mit Tool waren besser über den Grund der Ein-/Überweisung informiert und zufriedener mit der Hausarzt – Facharzt - Kommunikation • Förderung des elektronischen Informationsaustauschs im Zuge von Ein- und Überweisungen verbessert die Arzt-Arzt-Kommunikation
E23	<p>Berendsen et al. (2009)</p> <p>How do general practitioners and specialists value their mutual communication? A survey</p> <p>Beurteilung der gegenseitigen Kommunikation mit Telefon, Briefen und Gruppiertenkursen durch die beiden Berufsgruppen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • schriftliche Befragung • n = 550 Hausärzte und n = 533 Fachärzte in den Niederlanden • Rücklaufquote 47% bei den Hausärzten und 44% bei den Fachärzten • deskriptive Analysen 	<p>Ausgewählte Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uneinigkeit in der Wahrnehmung der Berufsgruppen bzgl. der telefonischen Erreichbarkeit, dem Inhalt der schriftlichen Korrespondenz und der Zeitraum der Zustellung bedingt Verbesserungen • Haus- und Fachärzte sollten aufgrund der Unstimmigkeiten gemeinsam Standards für ihre Korrespondenz festlegen • gegenseitiges Verständnis ist Grundvoraussetzung für eine gelungene Kommunikation
E24	<p>Maslou et al. (2009)</p> <p>Electronic Versus Dictated Hospital Summaries: A Randomized Controlled Trial</p> <p>Untersuchung der Zufriedenheit von</p>	<ul style="list-style-type: none"> • n = 209 Entlassungen der Inneren Medizin eines Krankenhauses in Toronto im Zeitraum Mai – Juni 2008 • schriftliche Befragung der Hausärzte bzgl. ihrer Zufriedenheit mit 	<p>Ausgewählte Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • qualitativ hochwertige Entlassungsbriefe können zur richtigen Zeit beim richtigen Empfänger Behandlungsschäden nach Entlassung sowie Kosten reduzieren und positive Ergebnisse für den Patienten bewirken

	<p>Hausärzten mit elektronischen Entlassungsbriefen im Vergleich zu herkömmlichen diktierten Entlassungsbriefen</p>	<p>dem Entlassungsbrief jeweils eine Woche nach Entlassung des Patienten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deskriptive Analysen, T-Test, χ^2-Test 	<ul style="list-style-type: none"> • elektronische Versionen vereinfachen die Erstellung des Entlassungsbriefes mit unveränderter Zufriedenheit der Hausärzte
E25	<p>Karapinar et al. (2010)</p> <p>Informational needs of general practitioners regarding discharge medication: content, timing and pharmacotherapeutic advice</p> <p>Untersuchung der Bedürfnisse niederländischer Hausärzte bzgl. der Entlassungsmedikation</p>	<p>schriftliche Befragung im Zeitraum Juli – November 2007</p> <ul style="list-style-type: none"> • n = 464 Hausärzte in den Niederlanden • Rücklaufquote 32% • deskriptive Analysen 	<p>Ausgewählte Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 75% der Hausärzte bekommen die Entlassungsmedikation zu spät – erwartet wird die Information am Tag der Entlassung per E-Mail • Informationsbedarf wieso Medikation gestoppt oder geändert wurde • Hausärzte begrüßen pharmakotherapeutische Ratschläge von den Klinikapothekern • der Austausch von Informationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten hat großes Optimierungspotenzial.
E26	<p>Tanjung et al. (2011)</p> <p>Gaps in continuity of care at the interface between primary care and specialized care: general practitioners' experiences and expectations</p> <p>Untersuchung der Erfahrungen, Hinweise und Verbesserungsvorschläge bezüglich der Kooperation mit dem Universitätsklinikum Zürich</p>	<ul style="list-style-type: none"> • n = 2 Fokusgruppen mit 15 Hausärzten aus der Umgebung von Zürich im März 2011 • Inhaltsanalyse nach Transkription mit Computerprogramm Atlas.ti 	<p>Ausgewählte Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hausärzte fühlen sich schlecht durch das Krankenhaus informiert • das Fehlen einer bedarfsgerechten und zeitnahen Kommunikation zwischen Hausarzt und Krankenhaus führt zu Unzufriedenheit bei den Hausärzten und zu negativen Einflüssen im Behandlungsprozess des Patienten • Hausärzte erwarten mindestens die folgenden Informationen: <ul style="list-style-type: none"> - Benachrichtigung bei stationärer Aufnahme ohne Ein-

			<p>weisung, bei Komplikationen, bei Verlegungen des Patienten, bei Entscheidungen über Langzeit-Therapien, bei Tod</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entlassungsbrief spätestens am Tag nach der Entlassung • Hausärzte möchten in den Behandlungsprozess integriert werden
E27	<p>Rowlands et al. (2010) What information do general practitioners need to care for patients with lung cancer? A survey of general practitioners perceptions Erfassung der Wünsche von Hausärzten für die Kommunikation mit Krankenhäusern bei der Versorgung von Lungenkrebspatienten</p>	<ul style="list-style-type: none"> • schriftliche Befragung • n = 433 Hausärzte in Australien 	<p>Ausgewählte Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hausärzte wünschen sich von allen Krankenhausmitarbeitern Informationen zur Versorgung der Patienten, d.h. nicht nur von den Ärzten • Auslösepunkte für Kommunikation sind aus Sicht der Hausärzte: <ul style="list-style-type: none"> - jede Veränderung im Gesundheitszustand des Patienten, - anstehende ambulante Besuche, - bei Aufnahme und Entlassung, - anstehende Behandlungsmaßnahmen • starker Wunsch nach elektronischer Kommunikation (elektronischer, multidisziplinärer Entlassungsbrief, elektronische Patientenakte etc.
E28	<p>Rowlands et al. (2012) Are General Practitioners getting the information they need from hospitals to manage their lung cancer patients? A</p>	<ul style="list-style-type: none"> • teilstrukturierte Interviews • n = 22 Krankenhausmitarbeiter und n = 8 Hausärzte 	<ul style="list-style-type: none"> • Hausärzte benötigen trotz der krankenhausbasierten Versorgung von Lungenkrebspatienten zeitnahe und vollständige Informationen aus dem Krankenhaus • Hausärzte wünschen sich von allen Krankenhausmitarbeitern

	<p>qualitative exploration</p> <p>Erfassung der Erwartungen der Hausärzte bezüglich der Qualität, des Formats und der Rechtzeitigkeit von Informationen von Lungenkrebspatienten sowie Aufzeigen von Ansatzpunkten zur Verbesserung der Kommunikation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Grounded Theory-Ansatz zur Kategorisierung der Daten 	<p>tern Informationen zur Versorgung der Patienten, d.h. nicht nur von den Ärzten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hausärzte sind unzufrieden mit der zeitlichen Verfügbarkeit der Informationen • Wunsch nach multidisziplinären Entlassungsbrief mit medizinischen und sozialen Informationen • Weiterentwicklung der elektronischen Patientenakte zur Verbesserung des Zugangs zu Patienteninformationen
--	---	--	--

Anhang 6:

Synopse einer vergleichenden Analyse empirischer Arbeiten zu den Einflussfaktoren auf die Krankenhauswahl von Einweisern

Nr.	Autor(en)/Jahr Titel Forschungsgegenstand	Empirische Basis	Zentrale Befunde
F1	Gombeski et al. (1990) Influencing Decision-Making of Referring Physicians Ansatzpunkte zum Verständnis wie Einweiser Krankenhäuser oder Spezialisten für ihre Patienten auswählen	<ul style="list-style-type: none"> • Telefoninterviews • n = 96 Ersteinweiser in die Cleveland Clinic Foundation im Zeitraum Juli/August 1988 • Rücklaufquote 94% • deskriptive Analysen 	<p>Folgendes Ranking der von Einweisern genutzten Informationsquellen wurde ermittelt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient oder Familie des Patienten • Interpersonelle Medien (face-to-face oder voice-to-voice-Kontakt zwischen Einweisern und Krankenhausärzten am Telefon, bei gemeinsamen Veranstaltungen, Konferenzen, sozialen Events etc.) • Peers (Kollegen, Freunde, medizinischer Direktor) • Massenmedien (TV, Radio, Zeitung, Magazine) • Spezielle Medien (Broschüren, Direktmailings, medizinische Journale, Bücher, Newsletter) • Kostenträger
F2	Javalgi et al. (1993) How Physicians make Referrals Untersuchung der Erwartungen, Entscheidungskriterien und demographi-	<ul style="list-style-type: none"> • schriftliche Befragung • n = 1.530 Haus- und Fachärzte • Rücklaufquote 71% • explorative Analyse 	<p>Entscheidend für die Einweisung eines Patienten in ein bestimmtes Haus oder einem anderen Spezialisten sind die folgenden Faktoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Art der Krankheit

	<p>scher Merkmale von Einweisern</p>	<ul style="list-style-type: none"> • deskriptive Analysen, χ^2-Test 	<ul style="list-style-type: none"> • die medizinischen Fähigkeiten der KH-Ärzte • positive Erfahrungen in der Vergangenheit • Möglichkeit einer ärztlichen Beratung/Absprache • Patientenpräferenz • Rückkehr des Patienten zum Einweiser nach der Behandlung • bestehende Computernetzwerke <p>Abgeleitete Forderungen aus den Untersuchungsbefunden (Beispiele):</p> <ul style="list-style-type: none"> • gut ausgebildetes Personal nötig • Einweiserorientierung zur Steigerung der Loyalität • Wirksame Kommunikation von Informationen über Servicevorteile, neue Techniken und Technologien und bereits bestehende Stärken • Investition in systematische Kommunikationsprogramme zur Sicherstellung eines reibungslosen Informationsflusses • Aufbau von Langzeit-Partnerschaften mit Einweisern
F3	<p>Mahon et al. (1993)</p> <p>Factors that influence general Practitioners' choice of hospital when referring patients for elective surgery</p> <p>Untersuchung inwieweit die Gesundheitsreform 1991 die Einstellungen und Erfahrungen der Einweiser beeinflusst-</p>	<ul style="list-style-type: none"> • schriftliche Befragung im Januar 1991 • n = 449 einweisende Ärzte im Nordwesten Englands • Rücklaufquote 58% • χ^2-Test 	<p>Hauptinflussfaktoren der Krankenhauswahl:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lokalität und Zweckmäßigkeit • Kenntnis der Krankenhausärzte • Patientenwunsch • Standard der medizinischen Versorgung • vorheriger Aufenthalt des Patienten in diesem KH

<p>sen wird</p>			
<p>F4</p> <p>Bowers et al. (1994)</p> <p>Influencing Physician Referrals</p> <p>Identifizierung der Informationsquellen-</p> <p>auswahl von Einweisern bei der Aus-</p> <p>wahl von Krankenhäusern oder Spezia-</p> <p>listen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • schriftliche Befragung • n = 2.736 niedergelassene Ärzte im Südosten der USA • Rücklaufquote 29,5% • Regressionsanalysen 	<ul style="list-style-type: none"> • Großteil der Ärzte erwartet Verringerungen in den Auswahlmöglichkeiten aufgrund der gesetzlichen Änderungen • Folgendes Ranking der von Einweisern genutzten Informationsquellen wurde berechnet: <ul style="list-style-type: none"> • Kollegen • Persönlicher Kontakt zum Spezialisten • Patienten • Familie des Patienten • Krankenhauswegweiser (Beschreibung der Ärzte, Einrichtungen, Dienstleistungen etc.) • Kostenträger des Patienten • Call Service von Krankenhäusern • Krankenhausvertreter • Broschüren, Newsletter etc. von Krankenhäusern 	
<p>F5</p> <p>Kinchen et al. (2004)</p> <p>Referral of Patients to Specialists: Factors affecting choice of Specialists by primary care physicians</p> <p>Bestimmung der Auswahlkriterien für Fachärzte von niedergelassenen Ärzten</p>	<ul style="list-style-type: none"> • schriftliche Befragung von Mai – Oktober 2000 • n = 1.252 niedergelassene Ärzte in den USA • Rücklaufquote 59,1% • logistische Regressionsanalysen 	<p>Ausgewählte Auswahlkriterien sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medizinische Fähigkeiten • frühere Erfahrungen mit dem Facharzt • vereinbarte Pünktlichkeit • Qualität der Kommunikation • Wahrscheinlichkeit eines guten Patienten-Arzt-Verhältnisses • Rücküberweisung des Patienten 	

			<ul style="list-style-type: none"> • Patientenpräferenz für besonderen Facharzt • Beziehung zwischen Überweiser und Facharzt • Patientenzufriedenheit etc.
F6	<p>Birk/Henriksen (2012)</p> <p>Which factors decided general practitioners' choice on behalf of their patients in an area with free choice of public hospital? A questionnaire study</p> <p>Suche nach den Einflussfaktoren für die Krankenhauswahl/-empfehlung eines niedergelassenen Arztes und seiner dazu genutzten Informationsquellen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • schriftliche Befragung • n = alle 474 niedergelassenen Ärzte aus drei dänischen Bezirken • Rücklaufquote 51% • multiple logistische Regression 	<p>Die wichtigsten Einflussfaktoren auf die Entscheidung für ein KH aus Sicht des Arztes sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • geringe Entfernung zur Wohnung des Patienten • Akzeptanz der Einweisungen durch die Fachabteilungen • ausgezeichnete Kooperation zwischen Fachabteilung und Arzt • Patientenerfahrungen • frühere Behandlung des Patienten in diesen KH <p>Am häufigsten nutzen niedergelassene Ärzte folgende Informationsquellen zur Qualität von KH-Abteilungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patientenmeinungen • Meinungen anderer Ärzte • Kenntnis des Krankenhauspersonals • offizielle Informationen des KH

Anhang 7: Synopsis einer vergleichenden Analyse empirischer Arbeiten zum Einweisermanagement

Nr.	Autor(en)/Jahr Titel Forschungsgegenstand	Empirische Basis	Zentrale Befunde
G1	<p>Geraedts, M. et al. (2010)</p> <p>Abschlussbericht zum Forschungsauftrag zur Verbesserung der gesetzlichen Qualitätsberichte auf Basis einer Krankenhaus-, Patienten- und Einweiserbefragung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Telefonische Befragung ab Oktober 2009 • n = 300 Ärzte verschiedener Facharztgruppen aus Nord-, Ost- und Süddeutschland • Teilnehmerbereitschaft 58% • deskriptive Analyse 	<p>Top-Ten der bevorzugten Informationen zur Beratung der Patienten bei elektiven Krankenhauseinweisungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • freundlicher und respektvoller Umgang mit den Patienten • bei Nachfragen kennen die Weiterbehandler Anamnese und Prozedere der Patienten • persönliche Erfahrung mit dem Krankenhaus • rechtzeitige Information an den Ein- bzw. Überweiser bzgl. wichtiger Ereignisse (z.B. Änderung der Medikation, Befunde, Entlassung des Patienten, Tod des Patienten usw.) • Schwerpunktkompetenz(en) der jeweiligen Fachabteilungen • Komplikationsraten nach medizinischen Eingriffen • Einhaltung der Hygienevorschriften • Sauberkeit des gesamten Krankenhauses • die Behandlung erfolgt nach den derzeit besten medizinischen Verfahren • Medizin.-technische Ausstattung des Krankenhauses

G2	Blum/Offermanns (2011) Zuweisermanagement im Krankenhaus Repräsentative Bestandsaufnahme des Zuweisermanagements in deutschen KH	<ul style="list-style-type: none"> • schriftliche Befragung im Jahr 2009 • n = 286 Allgemeinkrankenhäuser 	<p>Die wichtigsten Ergebnisse sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zentrale Elemente eines systematischen Zuweisermanagements sind trotz zahlreicher Aktivitäten nur selektiv umgesetzt. • Einweiseranalysen nach Anzahl der eingewiesenen Fälle werden in nahezu allen Häusern durchgeführt, differenziertere Analysen der Zuweiserstruktur, des Zuweiserverhaltens und des Zuweiserpotenzials sind noch stark entwicklungsfähig. • Verbesserungspotenziale bestehen auch in der Kooperation und Kommunikation mit niedergelassenen Ärzten und zwar sowohl in der fallbezogenen Zusammenarbeit als auch in der behandlungsunabhängigen Kontaktpflege.
G3	Braun, G.E. et al. (2012) Die Macht des Lotsen Vollerhebung zum Implementierungsgrad des Einweisermanagements in deutschen Krankenhäusern	<ul style="list-style-type: none"> • schriftliche Befragung im Herbst 2011 • n = 1.994 Krankenhäuser aller Versorgungsstufen • Rücklaufquote ca. 10% • deskriptive Analyse 	<ul style="list-style-type: none"> • 30% der Kliniken betreiben ein intensives Einweisermanagement. • 90% der Kliniken mit geringem oder keinem Einweisermanagement beabsichtigen dieses künftig einzuführen bzw. auszubauen. • am häufigsten werden bisher Zufriedenheitsbefragungen und Imageanalysen eingesetzt. • zukünftig sollen in den Häusern Benchmarking, Stärken-Schwächen-Analysen aus Sicht der Einweiser, Geo- und Regionalanalysen sowie kommunikationspolitische Marketinginstrumente noch verstärkt an Bedeutung gewinnen. • IT-gestützte Einweiserportale sind in 10% der Kliniken vorhanden, 30% planen bereits den Einsatz zur Erleichterung der Kommunikation mit den Einweisern.

Anhang 8:

Synopse einer vergleichenden Analyse ausgewählter theoretischer und empirischer Arbeiten zum Einsatz der Conjoint-Analyse im Gesundheitswesen

Nr.	Autor(en)/Jahr Titel Forschungsgegenstand	Empirische Basis	Zentrale Befunde
H1	Rosko et al. (1985) Strategic Marketing Applications of Conjoint Analysis: An HMO Perspective Quantitative Bestimmung des zweckmäßigsten Marketing-Mix einer HMO mittels Conjoint-Analyse, die zur Erhöhung der Einschreibungsquote in diese Organisationen dienen	<ul style="list-style-type: none"> n = 97 Medicare Beneficiaries (Leistungsempfänger der Gesundheitsfürsorge für ältere Menschen) 	<ul style="list-style-type: none"> die Conjoint-Analyse ist geeignet, um die Entscheidungen der Leistungsempfänger valide vorherzusagen die Methode der kleinsten Quadrate (OLS) eignet sich für Fragen der Gesundheitsversorgung besser als MONANOVA oder LINMAP
H2	Gelb/Gelb (1987) Physicians and Hospital Decision Making: A Two-Stage Technique for Improvement Vorstellung der Kombination aus Fokusgruppe und Conjoint-Analyse zur Einbindung von Ärzten in Entscheidungen des Krankenhauses bezüglich der baulichen Gestaltung und Nutzung,		<ul style="list-style-type: none"> Fokusgruppen zur Bestimmung entscheidungsrelevanter Merkmalsausprägungen Conjoint-Analyse zur Bestimmung des Abstands zwischen der am meisten präferierten Ausprägung und der zweiten Ausprägung etc. Vorteil der Rankingmethode gegenüber direkter Befragung

	strategischer Planung und weiterer Einsatzfelder		
H3	<p>Graf et al. (1993)</p> <p>Optimizing the delivery of patient and physician satisfaction: A conjoint analysis approach</p> <p>Darstellung der Überlegenheit der Conjoint-Analyse im Vergleich zu traditionellen Marktforschungsverfahren zur Bestimmung der Zufriedenheit von Patienten und Einweisern</p>	<ul style="list-style-type: none"> n = 100 Frauen zur Teilnahme an den Fokusgruppen 	<ul style="list-style-type: none"> ausführliche Darstellung der Methode Anwendung am Beispiel einer geburtshilflichen Abteilung eines Krankenhauses Konkrete Handlungsempfehlungen für das Krankenhaus zur Gestaltung des Leistungsangebots der geburtshilflichen Abteilung zur Erhöhung der Patientenzufriedenheit
H4	<p>Ryan/Hughes (1997)</p> <p>Using conjoint analysis to assess women's preferences for miscarriage management</p> <p>Einsatz der Conjoint-Analyse zur Erfassung der Stärke der Präferenzen von Frauen beim Umgang mit Fehlgeburten</p>	<ul style="list-style-type: none"> n = 196 auswertbare Fragebögen Rücklaufquote = 33 % 	<ul style="list-style-type: none"> Darstellung der Vorgehensweise der Conjoint-Analyse Anwendung am Beispiel der Behandlung von Frauen mit Fehlgeburten Vorteilhaftigkeit der Conjoint-Analyse zur Anwendung bei gesundheitsökonomischen Fragestellungen
H5	<p>Ryan/Farrar (2000)</p> <p>Using conjoint analysis to elicit preferences for health care</p> <p>Vorstellung der Conjoint-Analyse zur Anwendung in gesundheitsökonomischen Fragestellungen</p>	<ul style="list-style-type: none"> n = 160 Patienten von drei kieferorthopädischen Kliniken in der Region des Grampiangebirges in Schottland 73 verwertbare Fragebögen 	<ul style="list-style-type: none"> Vorteile und Ablauf einer Conjoint-Analyse Anwendung am Beispiel einer kieferorthopädischen Behandlung

H6	<p>Fraenkel et al. (2001) Understanding patient preferences for the treatment of lupus nephritis with adaptive conjoint analysis</p> <p>Untersuchung der Einsetzbarkeit der Adaptiven Conjoint-Analyse zur Erfassung von Patientenpräferenzen am Beispiel von Lupusnephritis</p>	<ul style="list-style-type: none"> • computergestützte Befragung • n = 103 Frauen mit dieser Erkrankung aus drei rheumatologischen Praxen 	<ul style="list-style-type: none"> • Einsatz der ACA zur Ermittlung der Präferenzen für ausgewählte zytotoxische Medikationseigenschaften • Schätzung des Anteils der Patienten mit Bevorzugung von Cyclophosphamiden vor Azathioprin in Abhängigkeit verschiedener Risikoszenarien • ACA als Instrument zur Berücksichtigung von Patientenpräferenzen im medizinischen Entscheidungsfindungsprozess geeignet
H7	<p>Ratcliffe et al. (2002) Assessing patients' preferences for characteristics associated with homeopathic and conventional treatment of asthma: a conjoint analysis study</p> <p>Ermittlung der Präferenzen von Asthmapatienten für ihre Behandlung sowie der Unterschiede in den Präferenzen zwischen einzelnen Patientengruppen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • n = 300 Asthmapatienten über 18 Jahren • davon erhielten 150 Patienten eine konventionelle Behandlung und 150 Patienten eine homöopathische Behandlung • Rücklaufquote = 47 % 	<ul style="list-style-type: none"> • Anwendung der Conjoint-Analyse im genannten Untersuchungsfeld • konkrete Handlungsempfehlungen für die Ausgestaltung der angebotenen Behandlungsleistungen
H8	<p>Schmeißer (2002) Bestimmung der Präferenzstruktur konkurrierender Beratungs- und Informationsangebote im Rahmen der Gestaltung ärztlicher Netzwerke</p> <p>Suche nach dem idealen Beratungs- und Informationsangebots für niedergelassene Ärzte innerhalb eines hypothetischen Netzwerks zwischen dem am-</p>	<ul style="list-style-type: none"> • internetbasierte Conjoint-Analyse • n = 111 Ärzte • Rücklaufquote 19 % 	<ul style="list-style-type: none"> • Merkmalsgenerierung mit problemzentrierten Interviews und anschließender Auswertung mit Grounded Theory • Merkmale der Untersuchung: Beratung, Fortbildung, Information und Finanzierung • alle vier Merkmale mit ausgeglichenen relativen Wichtigkeiten • attraktivstes Angebot: Hausbesuche eines Spezialisten bei dem eigenen Patienten, Erhalt kurzer Infobriefe, Angebot von Fallkonferenzen und Finanzierung aus eigenen Mitteln

<p>bulanten und dem stationären Sektor inkl. dessen Finanzierung</p>	<p>Gan et al. (2004) Patient preferences for acute pain treatment</p> <p>Untersuchung der Präferenzen von Schmerzpatienten bezüglich einer optimalen Schmerztherapie in Abhängigkeit der Nebenwirkungen und der Schmerzkontrolle</p>	<ul style="list-style-type: none"> n = 50 Patienten mit größeren Unterteilsoperationen Interviews vor und nach der Operation sowie ACA 	<ul style="list-style-type: none"> Anwendung der Conjoint-Analyse im Bereich der Schmerztherapie Schmerzstärke und Art der Nebenwirkung/Schwere der Nebenwirkung haben annähernd gleiche relative Wichtigkeiten Unterschiede bei den Patienten hinsichtlich der Bereitschaft zur Entscheidung zwischen Schmerzstärke und Nebenwirkung Ableitung von Handlungsempfehlungen im Hinblick auf Schmerzmedikation optimale Schmerzkontrolle durch Abwägung zwischen Schmerzfreiheit und Nebenwirkungen der Medikamente
<p>H10</p>	<p>Fraenkel et al. (2006) Patient Treatment Preferences for Osteoporosis</p> <p>Erfassung der Patientenpräferenzen bei der Behandlung von Osteoporose</p>	<ul style="list-style-type: none"> computergestützte Befragung n = 212 Personen über 65 Jahre 	<ul style="list-style-type: none"> Einsatz der Adaptiven Conjoint-Analyse Ermittlung der Patientenpräferenzen hinsichtlich der Merkmale Verabreichungsform der Medikamente, der Risikoreduktion von Wirbelbrüchen über fünf Jahre, der Risikoreduktion von Hüftfrakturen sowie des Risikos von Nebenwirkungen Patienten präferieren deutlich Bisphosphonate als jährliche Injektion
<p>H11</p>	<p>Johnson et al. (2007) Crohn's Disease Patients' Risk-Benefit Preferences: Serious Adverse Event Risks versus Treatment Efficacy</p> <p>Abschätzung der Bereitschaft von Morbus Crohn-Patienten zum Eingehen</p>	<ul style="list-style-type: none"> Internetbefragung September 2005 bis Januar 2006 n = 580 Morbus Crohn Patienten 	<ul style="list-style-type: none"> Anwendung der Conjoint-Analyse im spezifischen Fall Morbus Crohn Patienten haben definierte Präferenzen bezüglich verschiedener Behandlungsergebnisse

	<p>des Risikos von lebensbedrohlichen Behandlungsschäden im Austausch zur Linderung der Morbus Crohn Symptome</p>		
<p>H12</p>	<p>Klievit et al. (2010)</p> <p>Factors that influence rheumatologists' decision to escalate care in RA: Results from a choice based conjoint analysis</p> <p>Ermittlung der relativen Wichtigkeit von sechs Merkmalen der Entscheidung von Rheumatologen zur Ausweitung der Behandlung bei Rheumatoidarthritis</p>	<ul style="list-style-type: none"> • computerbasierte Befragung • n = 135 Rheumatologen (Teilnehmer des American College of Rheumatology meeting in San Francisco 2008) 	<ul style="list-style-type: none"> • Einsatz einer computerbasierten Choice-Based Conjoint-Analyse zur Ermittlung der Einflussfaktoren auf die Entscheidung der Rheumatologen eine Behandlung/Pflege auszuweiten • Segmentierung der Ergebnisse nach soziodemographischen Merkmalen (Geschlecht, Region, Arbeitsort)
<p>H13</p>	<p>Porzolt et al. (2010)</p> <p>Preferences of diabetes patients and physicians: A feasibility study to identify the key indicators for appraisal of health care values</p> <p>Messung der Präferenzen von Patienten und Ärzten sowie Umsetzung dieser Information innerhalb von medizinischen Behandlungseinstufen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • CATI • n = 827 Diabetespatienten und n = 60 Ärzte 	<ul style="list-style-type: none"> • Durchführung der Conjoint-Analyse mithilfe CATI • Ermittlung der Präferenzen von Patienten und Ärzten für vier Kategorien (Behandlungseffekt, Auswirkungen auf das Körpergewicht, Modus der Insulinzuführung und Produkttyp) • Unterschiede in den Präferenzen der Patienten und den Präferenzen der Ärzte
<p>H14</p>	<p>Cunningham et al. (2010)</p> <p>Adaptive Choice-Based Conjoint Analysis: A new Patient-Centered Approach to the Assessment of Health Service Preferences</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Bewertung der traditionellen Conjoint-Analyse für Fragestellungen im Gesundheitswesen • Vorstellung der adaptiven Choice-based Conjoint-Analyse als zweckmäßigen Ansatz zur Erfassung von Patientenpräferenzen

<p>Eignung der Adaptiven Choice-Based Conjoint-Analyse für Präferenzmessungen im Gesundheitswesen</p>	<p>Wittink et al. (2010) Towards Patient-Centered Care for Depression, Conjoint Methods to tailor Treatment based on Preferences Abschätzung der Wichtigkeiten von Medikation und Beratungstherapie in der Behandlung von Depressionen</p>	<p>Internetbasierte Befragung n = 86 Patienten über 18 Jahre Rücklaufquote = 17,2%</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Einsatz der Conjoint-Analyse zur Erfassung der Patientenpräferenzen in der Behandlung von Depressionen • bevorzugte Behandlung ist die Beratungstherapie • Berücksichtigung individueller Präferenzen kann zu einer effizienteren und effektiveren Behandlung von Depressionen führen
<p>H15</p>	<p>Bridges et al. (2011) Conjoint Analysis Applications in Health – a checklist. Entwicklung eines Leitfadens für die Anwendung der Conjoint-Analyse in Gesundheitswesen</p>	<p>persönliche Interviews im Zeitraum Oktober 2010 bis April 2011 n = 80 Befragungsteilnehmer Rücklaufquote bezogen auf alle per E-Mail und postalisch eingelaufenen Auskunftspersonen = 69,6 %</p>	<ul style="list-style-type: none"> • rasche Zunahme der Anwendung von Conjoint-Analysen im Gesundheitswesen • bisher keine konsensbasierte methodische Standards • Identifizierung von Schlüsselkriterien für das genannte Anwendungsfeld und Überleitung in eine Checkliste
<p>H17</p>	<p>Bridges et al. (2012) Prioritizing strategies for comprehensive liver cancer control in Asia: a conjoint analysis Identifizierung von Prioritäten bei einer umfassenden Leberkrebskontrolle aus klinischer, politischer und rechtlicher Sicht</p>	<p>Anwendung von conjointanalytischen Auswahlaufgaben Generierung einer Prioritätenliste effektiver Strategien zur Leberkrebskontrolle in Asien</p>	

H18	<p>Umar et al. (2012)</p> <p>Outcomes associated with matching patients' treatment preferences to physicians recommendations: study methodology</p> <p>Studiendesign zur Erfassung des Behandlungsergebnisses bei enger Verknüpfung der Patientenpräferenzen mit den Empfehlungen des Arztes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vorstellung des Untersuchungsdesigns einer Studie zur Erfassung der Präferenzen von Patienten mit Schuppenflechte während ihres Erstkontakts mit der Hautklinik der Universitätsklinik in Mannheim • Ermittlung des Preference Matching Index (PMI) zwischen den Patientenpräferenzen und den Empfehlungen des Arztes bei Erstkontakt • Messung des klinischen Outcomes sowie der Zufriedenheit und des empfundenen Gesundheitszustandes des Patienten bei Erstkontakt, sowie zwölf und 24 Wochen später) • Berücksichtigung der Präferenzen kann die Interaktionsqualität zwischen Arzt und Patient, das Einhalten der Behandlungsvorgaben, die Zufriedenheit mit der Behandlung und den Behandlungserfolg verbessern 	
H19	<p>Fraenkel, L. (2013)</p> <p>Incorporating Patients' Preferences into Medical Decision Making</p> <p>Vorstellung von Marktforschungsmethoden zur Ermittlung von Patientenpräferenzen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Darstellung der Notwendigkeit der Einbindung des Patienten in den Behandlungs- und Pflegeprozess • Vorstellung der Conjoint-Analyse und des Best Worst Scaling mit Bewertung 	
H20	<p>Mühlbacher et al. (2013)</p> <p>Patient preferences for HIV/AIDS therapy – a discrete choice experiment</p> <p>Erfassung der Präferenzen der Patienten für die Behandlung von HIV/AIDS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Qualitative Vorstudie • Quantitative schriftliche und computerbasierte Befragung von Juli 2009 – Mai 2010 • n = 218 HIV/AIDS-Patienten 	<ul style="list-style-type: none"> • Discrete Choice Experiment • Hauptpräferenz der HIV/AIDS-Patienten ist, dass die antiretrovirale Therapie die Lebensqualität und besonders die emotionale Lebensqualität verbessert

Anhang 9:**Ausgewählte Schwerpunkte in der historischen Entwicklung der Krankenhausgesetzgebung**

Jahr	Gesetz/Verordnung
1972	<p>Für Krankenhäuser bedeutsame Inhalte:</p> <p>Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)</p> <p>Einführung der dualen Finanzierung und somit des allgemeinen tagesgleichen Pflegegesetzes mit Selbstkostendeckungsprinzip</p>
1981	<p>Krankenhauskostendämpfungsgesetz (KHKG)</p> <p>Festsetzung der Pflegesätze nicht mehr durch die Länder, sondern durch Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Krankenhaus</p> <p>stärkere Beteiligung der Krankenhäuser und Krankenkassen an der Bedarfsplanung der Länder und Herausbildung von Strukturen einer gemeinsamen Selbstverwaltung</p> <p>Einführung finanzieller Anreize zum Betten-Abbau</p>
1984	<p>Krankenhaus-Neuordnungsgesetz (KHNG)</p> <p>Auflösung der Mischfinanzierung zwischen Bund und Ländern – Investitionsförderung in alleiniger Hand der Länder</p> <p>Modifikation des Selbstkostendeckungsprinzips - Deckung der prospektiv verhandelten Kosten</p> <p>Einführung erster pauschalierter Vergütungen (Sonderentgelte) außerhalb des Budgets</p>
1989	<p>Gesundheitsreformgesetz (GRG)</p> <p>Experimentierklausel für neue Versorgungsformen</p>
1993	<p>Gesundheitsstrukturgesetz (GSG)</p> <p>Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzips</p> <p>Starre Deckelung der Krankenhausbudgets von 1993 bis 1995 mit Kopplung der Veränderungsrate an die Entwicklung der Grundlohnsumme</p> <p>Einführung von Fallpauschalen und weiteren Sonderentgelten</p> <p>Öffnung der Krankenhäuser für das ambulante Operieren sowie zur zeitlich begrenzten vor- und nachstationären ambulanten Behandlung der Patienten</p> <p>Auftrag an die Selbstverwaltung zur Entwicklung eines neuen Entgeltssystems</p>

1995	Bundespflegesatzverordnung (BpflV) Ersatz des tagesgleichen Pflegesatzes durch ein System aus Basis- und Abteilungspflegesätzen sowie Fallpauschalen und Sonderentgelten
1996	Gesetz zur Stabilisierung der Krankenhausausgaben (KHStabG) Deckelung des KH-Budgets für ein weiteres Jahr mit Kopplung der Veränderungsrate an die Erhöhung der Gehälter im öffentlichen Dienst (BAT) Einführung von Obergrenzen für individuelle Krankenhausbudgets ohne Recht auf Auszahlung bei Leistungsminderung
1996	Beitragsentlastungsgesetz (BeitrEntlG) pauschale Kürzung der Krankenhausbudgets um 1% für die Jahre 1997 – 1999 zur Finanzierung der Pflegeversicherung
1997	2. GKV-Neuordnungsgesetz Rückkehr zur leistungsorientierten Vergütung (Einbezug von Leistungsminderungen und Leistungsmehrungen) Einführung eines "Notopfers" von jeweils 20 Mark in den Jahren 1997 bis 1999 zur Finanzierung der Instandhaltungsinvestitionen der Krankenhäuser
2000	GKV-Gesundheitsreformgesetz Umstieg auf DRG-Fallpauschalensystem ab 2003 Aufnahme der §§ 140a ff. in das SGB V zur Integrierten Versorgung
2002	Fallpauschalengesetz (FPG) Festsetzung des Zeitplans zur Ersetzung des gültigen Finanzierungssystems durch das DRG-basierte Entgeltsystem bis Ende 2006 – Ersatz der Bundespflegesatzverordnung durch das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) Schrittweise Überleitung auf landeseinheitliche DRG-Preise
2003	Fallpauschalenänderungsgesetz (FPÄndG) Zeitlich befristete Herausnahme besonderer Einrichtungen, deren Leistungen mit dem neuen System nicht sachgerecht vergütet werden können, aus dem Vergütungssystem
2004	Zweites Fallpauschalenänderungsgesetz (2. FPÄndG) Verlängerung der Konvergenzphase um 2 Jahre Einführung einer Kappungsgrenze für die jährlichen Budgetabsenkungen weitere komplementäre Regelungen zur Optimierung und Weiterentwicklung des Fallpauschalensystems

2004	<p>GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)</p> <p>Förderung der Integrierten Versorgung durch Anschubfinanzierung</p> <p>Zulassung von Krankenhäusern zur ambulanten Versorgung in ausgewählten Bereichen</p> <p>Gründung von medizinischen Versorgungszentren durch Krankenhäuser möglich</p>
2007	<p>GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)</p> <p>Absenkung der Mindererlösquote</p> <p>Streichung der Rückzahlungspflicht von Kassen für nicht verwendete Mittel aus der Anschubfinanzierung der Integrierten Versorgung</p> <p>Sanierungsbeitrag der KH zum Gesundheitssystem durch Abschlag von 0,5% auf den Rechnungsbetrag für alle nach dem 31.12.2006 entlassenen Patienten</p> <p>Ausweitung der ambulanten Behandlung durch Krankenhäuser mit erleichtertem Zugang</p> <p>Förderung der flächendeckenden Integrierten Versorgung</p>
2009	<p>Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG)</p> <p>Verlängerung der Konvergenzphase des G-DRG-Systems um ein weiteres Jahr</p> <p>Festlegung eines Bundesbasisfallwert-Korridors von + 2,5 bis -1,25% um den BFW mit Konvergenzphase von 2010 – 2014</p> <p>Entwicklungsauftrag zur Reform der Investitionsfinanzierung (Investitionspauschalen)</p> <p>Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen</p> <p>Verbesserung der Finanzsituation der Krankenhäuser durch:</p> <ul style="list-style-type: none"> • anteilige Berücksichtigung der Tariflohnsteigerungen für die Jahre 2008 und 2009 im Landesbasisfallwert • Pflegeförderprogramm zur Schaffung zusätzlicher Pflegestellen • Wegfall des GKV-Rechnungsabschlages • verbesserte Finanzierung von Personalstellen in der Psychiatrien • Abschaffung der Grundlohnsteigerungsrate als Basis der Budgetdeckelung • Wegfall der 0,5%igen Rechnungskürzung für den Sanierungsbeitrag • Wegfall der 1%igen Rechnungskürzung für die Anschubfinanzierung der IV

2011	<p>GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG)</p> <p>Begrenzung des Ausgabenzuwachses für die Krankenhäuser 2011/2012 auf die Hälfte der Veränderungsrate der Grundlohnsumme</p> <p>Mehrleistungsabschläge ab 2011; diese sind ab 2012 mit den Krankenkassen zu verhandeln</p> <p>Berücksichtigung von bisher drittmittelfinanzierten Leistungen bei LBFW-Verhandlung</p> <p>Abkehr vom ursprünglich anvisierten bundeseinheitlichen Basisfallwerts</p> <p>Einzug der Patientenzahlungen durch die Krankenhäuser</p>
2012	<p>GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG)</p> <p>Modifikation der Zulassungsregeln für MVZ</p> <p>Ermächtigung der Krankenhäuser zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung</p> <p>Ermächtigung der Krankenhäuser zur ambulanten Versorgung bei Unterversorgung</p> <p>Förderung des Ausbaus der Telemedizin im ländlichen Raum</p> <p>Verbesserung des Entlassmanagements nach Krankenhausaufenthalten</p>

Quellen: In Anlehnung an Dietrich (2005), S. 16 ff.; Behrends (2009), S. 3 ff.; Fleßa (2010), S. 132 ff.

Anhang 10:

Neuere Literaturquellen zu den einzelnen Merkmalen

Merkmal	Informationen zum Krankenhaus
Ausgewählte Literaturquellen	Borges (2003), S. 269. Thill (2010), S. 18. Strotbek (2005), S. 104 f.
Merkmal	Informationen zu Ansprechpartnern im Krankenhaus
Ausgewählte Literaturquellen	Harms (2005), S. 113 f. Amedick (2008), S. 234. Thill (2010), S. 18. Saßen/Franz (2007), S. 10. Blum/Offermanns (2011), S. 139 f. Strotbek (2005), S. 104. Franz (2011), S. 228.
Merkmal	Möglichkeiten zur Integration Niedergelassener in den Behandlungsprozess
Ausgewählte Literaturquellen	Franz (2011), S. 228. Amedick (2008), S. 234. Thill (2010), S. 19.

	<p>Kripalani et al. (2007b)</p> <p>Saßen/Franz (2007), S. 10.</p> <p>Blum/Offermanns (2011), S. 139.</p>
Merkmal	Möglichkeiten zur Übertragung von Patientendaten
Ausgewählte Literaturquellen	<p>Franz (2011), S. 228.</p> <p>Strotbek (2005), S. 105 f.</p> <p>Raab/Drissner (2011), S. 105.</p> <p>Schüle (2006), S. 91 ff.</p>
Merkmal	gemeinsame Veranstaltungen
Ausgewählte Literaturquellen	<p>Blum/Offermanns (2011), S. 139.</p> <p>Strotbek (2005), S. 105.</p>
Merkmal	Einstellungen und Verhaltensweisen von Krankenhausmitarbeitern gegenüber Niedergelassenen
Ausgewählte Literaturquellen	<p>Amedick (2008), S. 234.</p> <p>Hesse/Schreyögg (2007), S. 311 f.</p> <p>Thill (2010), S. 17.</p> <p>Saßen/Franz (2007), S. 10 f.</p>

Literaturverzeichnis

- Adelman, S. (1962):** Orthogonal Main-Effect Plans for Asymmetrical Factorial Experiments, in: *Technometrics*, Vol. 4 (1962), S. 21 – 46.
- Adler, J. (1998):** Eine informationsökonomische Beziehung des Kaufverhaltens, in *WiSt – Wirtschaftswissenschaftliches Studium*, 27. Jg. (1998), S. 341 – 347.
- Agarwal, M.K. (1988):** Comparison of Conjoint Methods, in: *Sawtooth Software Conference Proceedings on Perceptual Mapping, Conjoint Analysis and Computer Interviewing*, Sawtooth Software Inc. 1988, S. 51 – 57.
- Alazri, M./Heywood, Ph./Neal, R./Leese, B. (2007):** Continuity of Care. Literature review and implications, in: *Sultan Qaboos University Medical Journal*, Vol. 7 (2007), Issue 3, S. 197 – 206.
- Albach, H. (1988):** Kosten, Transaktionen und externe Effekte im betrieblichen Rechnungswesen, in: *Zeitschrift für Betriebswirtschaft*, 58. Jg. (1988), S. 1143 – 1170.
- Albrecht, J. (2000):** Präferenzstrukturmessung. Ein empirischer Vergleich der Conjoint-Analyse mit einer kompositionellen Methode, Frankfurt am Main 2000.
- Alderton, M./Callen, J. (2007):** Are general practitioners satisfied with electronic discharge summaries?, in: *Health Information Management Journal*, Vol. 36 (2007), Issue 1, S. 7 – 12.
- Alpert, M. I. (1971):** Identification of determinant attributes. A comparison of methods, in: *Journal of Marketing Research*, Vol. 8 (1971), Issue 2, S. 184 – 191.
- Amedick, M. (2008):** Marketing ist Chefsache – auch in der Abteilungsführung, in: Hellmann, W./Baumann, H./Bienert, M.L./Wichelhaus, D. (Hrsg.): *Abteilungsmanagement für Leitende Ärzte*, Heidelberg et al. 2008, S. 204 – 245.
- Amelung, V.E./ Janus, K. (2006a):** Veränderte Marktstrukturen für Ärzte im ambulanten Sektor, in: *G +G Wissenschaft*, 6. Jg. (2006), Heft 3, S. 26 – 35.
- Amelung, V.E./ Janus, K. (2006b):** Modelle der integrierten Versorgung im Spannungsfeld zwischen Management und Politik, in: Klauber, J./Robra, B.-P./Schellschmidt, H. (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2005*. Schwerpunkt: Neue Wege zur Integration, Stuttgart 2005, S. 13 – 25.
- Amelung, V.E./Lägel, R. (2008):** Neue Versorgungsformen – Eine Idee setzt sich durch, in: Amelung, V.E./Meyer-Lutterloh, K./Schmid, E./Seiler, R./Weatherly, J.N. (Hrsg.): *Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren*, 2. Aufl., Berlin 2008, S. 35 – 76.

- Armstrong, D./Fry, J./Armstrong, P. (1991):** Doctors' perceptions of pressure from patient referral, in: *British Medical Journal*, Vol. 302 (1991), S. 1186 – 1188.
- Augurzky, B./Gülker, R./Krolop, S./Schmidt, Ch./Schmidt, H./Schmitz, H./Terkatz, S. (2011):** Krankenhaus Rating Report 2011, Essen 2011.
- Backhaus, K./Erichson, B./Plinke, W./Weiber, R. (2006):** *Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung*, 11. Aufl., Berlin/Heidelberg 2006.
- Backhaus, K./Erichson, B./Plinke, W./Weiber, R. (2011):** *Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung*, 13. Aufl., Berlin/Heidelberg 2011.
- Backhaus, K./Voeth, M. (2010):** *Industriegütermarketing*, 9. Aufl., München 2010.
- Baier, D./Brusch, M. (2009):** Erfassung von Kundenpräferenzen für Produkte und Dienstleistungen, in: Baier, D./Brusch, M. (Hrsg.): *Conjointanalyse. Methoden, Anwendungen, Praxisbeispiele*, Wiesbaden 2009, S. 3 – 17.
- Baier, D./Säuberlich, F. (1997):** Kundennutzenschätzung mittels individueller Hybrid-Conjointanalyse, in: *Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung*, 49. Jg. (1997), S. 951 – 972.
- BÄK – Bundesärztekammer (2012):** *Ärztestatistik 2011*, Online verfügbar unter <http://www.kbv.de>, Abruf am 15.11.2013.
- BÄK/KBV – Bundesärztekammer/Kassenärztliche Bundesvereinigung (2012):** Checklisten für das ärztliche Schnittstellenmanagement zwischen den Versorgungssektoren, Online verfügbar unter <http://www.bundesaerztekammer.de>, Abruf am 02.10.2012.
- Balderjahn, I. (1993):** *Marktreaktion von Konsumenten*, Berlin 1993.
- Bandura, A. (1976):** *Die Analyse von Modellierungsprozessen. Lernen am Modell*, Stuttgart 1976.
- Bauer, H. H. (1989):** *Marktabgrenzung. Konzeption und Problematik von Ansätzen und Methoden zur Abgrenzung und Strukturierung von Märkten unter besonderer Berücksichtigung von marketingtheoretischen Verfahren*, Berlin 1989.
- Bauer, H. H./Thomas, U. (1984):** Die Präferenzen von Arbeitnehmern gegenüber Tarifvertragskomponenten. Eine empirische Analyse mit Hilfe des Conjoint Measurement, in: *Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung*, 36. Jg. (1984), S. 200 – 228.
- Bayón, T. (1997):** *Neuere Mikroökonomie und Marketing, Eine wissenschaftstheoretisch geleitete Analyse*, Wiesbaden 1997.
- Beck, A. (2004):** *Die Einkaufsstättenwahl von Konsumenten unter transaktionskostentheoretischen Gesichtspunkten. Theoretische Grundlegung*

und empirische Überprüfung mittels der Adaptiven Conjoint-Analyse, Diss. Universität Passau, 2004.

- Becker, J. (2013):** Marketing-Konzeption. Grundlagen des zielstrategischen und operativen Marketing-Managements, 8. Aufl., München 2013.
- Behar, B.I. (2009):** Der Weg zur erfolgreichen Vermarktung von Krankenhausleistungen, in: Salfeld, R./Hegner, S./Wichels, R. (Hrsg.): Modernes Krankenhausmanagement. Konzepte und Lösungen, 2. Aufl., Berlin, Heidelberg 2009, S. 129 – 141.
- Behar, B.I./Wichels, R. (2009):** Einweisermanagement in Gesundheitsnetzwerken. Ein schmaler Grat zwischen Kooperation und Wettbewerb, in: Amelung, V.E./Sydow, J./Windeler, A. (Hrsg.): Vernetzung im Gesundheitswesen. Wettbewerb und Kooperation, Stuttgart 2009, S. 349 – 358.
- Behrends, B. (2009):** Praxis des Krankenhausbudgets, Berlin 2009.
- Bell, C.M./Schnipper, J.L./Auerbach, A.D./Kaboli, P.J./Wetterneck, T.B./Gonzales, D.V./Arora, V.M./Zhang, J.X./Meltzer, D.O. (2008):** Association of communication between Hospital-Based Physicians and Primary Care Providers with Patient Outcomes, in: Journal of General Internal Medicine, Vol. 24 (2008), S. 381 – 386.
- Benna, R. (1998):** Bedarfsorientiertes Filialbanking. Empirische Identifikation erforderlicher Leistungsstrukturen mit Hilfe der Conjoint-Analyse, Frankfurt am Main 1998.
- Berekoven, L./Eckert, W./Ellenrieder, P. (2009):** Marktforschung. Methodische Grundlagen und praktische Anwendung, 12. Aufl., Wiesbaden 2009.
- Berendsen, A.J./Kuiken, A./Benneker, W./Meyboom-de Jong, B./Voorn, T.B./Schuling, J. (2009):** How do general practitioners and specialists value their mutual communication? A survey, in: BMC Health Services Research, Vol. 9 (2009), 143.
- Berkeley, J.S. (1976):** Reasons for Referral to Hospital, in: Journal of the Royal College of General Practitioners, Vol. 26 (1976), S. 293 – 296.
- Beumers, A./Borges, P. (1997):** Was erwarten niedergelassene Ärzte vom Krankenhaus? in: f&w – führen und wirtschaften im Krankenhaus, 14. Jg. (1997), S. 221 – 223.
- Beutin, N. (2008):** Verfahren zur Messung der Kundenzufriedenheit im Überblick, in: Homburg, C. (Hrsg.): Kundenzufriedenheit. Konzepte, Methoden, Erfahrungen, 7. Aufl., Wiesbaden 2008, S. 121 – 171.
- Bichler, A./Trommsdorff, V. (2009):** Präferenzmodelle bei der Conjointanalyse, in: Baier, D./Brusch, M. (Hrsg.): Conjointanalyse. Methoden, Anwendungen, Praxisbeispiele, Wiesbaden 2009, S. 59 – 71.

- Bienert, M.L. (2012):** Professionelles Zuweisermarketing, in: Korff, U. (Hrsg.): Patient Krankenhaus. Wie Kliniken der Spagat zwischen Ökonomie und medizinischer Spitzenleistung gelingt, Wiesbaden 2012, S. 161 - 175.
- Bienert, M.L./Bienert, A./Saßen, S. (2009):** Zuweisermarketing von Kliniken: ein Win-Win-Modell?, in: Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 85. Jg. (2009), Heft 9, S. 364 – 368.
- Biller, M./Moos, G./Pauletzki, J./Polgar, R./Uick, S./Warweg, S. (2012):** Rahmenbedingungen und Stellschrauben im Strategieprozess von Krankenhäusern, in: Kuntz, L./Bazan, M. (Hrsg.): Management im Gesundheitswesen. Diskussionspapiere des Arbeitskreises „Ökonomie im Gesundheitswesen“ der Schmalenbach-Gesellschaft für Betriebswirtschaft e.V., Wiesbaden 2012, S. 3 – 48.
- Birk, H.O./Henriksen, L.O. (2012):** Which factors decide general practitioners' choice of hospital on behalf of their patients in an area with free choice of public hospital? A questionnaire study, in: BMC Health Services Research, Vol. 12 (2012), 126.
- Bitner, M.J. (1990):** Evaluating Service Encounters. The Effect of Physical Surroundings and Employee Responses, in: Journal of Marketing, Vol. 54 (1990), Issue 2, S. 69 – 82.
- Blackwell, R.D./Miniard, P.W./Engel, J.F. (2001):** Consumer Behavior, 9. Aufl., Fort Worth 2001.
- Blum, K. (2012):** Stationäre Versorgung, in: Thielscher, C. (Hrsg.): Medizinökonomie. Band 1: Das System der medizinischen Versorgung, Wiesbaden 2012, S. 147 – 175.
- Blum, K./Offermanns, M. (2011):** Zuweisermanagement im Krankenhaus, in: das Krankenhaus, 103. Jg. (2011), Heft 2, S. 135 – 140.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2012):** Krankenversicherung. Ambulante Versorgung. Ambulante Versicherung, Online verfügbar unter <http://www.bmg.bund.de>, Abruf am 08.10.2012.
- Böcker, F. (1986):** Präferenzforschung als Mittel marktorientierter Unternehmensführung, in: Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung, 38. Jg. (1986), S. 543 – 574.
- Böhler, H./Scigliano, D. (2009):** Traditionelle Conjointanalyse, in: Baier, D./Brusch, M. (Hrsg.): Conjointanalyse. Methoden, Anwendungen, Praxisbeispiele, Wiesbaden 2009, S. 101 – 112.
- Borges, P. (2003):** Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten. Kommunikation ist der Erfolgsfaktor Nr. 1, in: f&w – führen und wirtschaften im Krankenhaus, 20. Jg. (2003), S. 267 – 269.
- Borges, P./Müller, G. (o.J.):** Kommunikation und Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern, Online verfügbar unter <http://www.gerbera.de>, Abruf am 21.05.2003.

- Borges, P./Schmidt, R. (2002):** Die Balanced Scorecard als Steuerungsinstrument im Krankenhaus, in: BFuP – Betriebswirtschaftliche Forschung und Praxis, 54. Jg. (2002), Heft 2, S. 101 – 117.
- Bosnjak, M./Batinic, B. (1999):** Determinanten der Teilnahmebereitschaft an internet-basierten Fragebogenuntersuchungen am Beispiel E-Mail, in: Batinic, B./Werner, A./Gräf, L./Bandilla, W. (Hrsg.): Online research: Methoden, Anwendungen und Ergebnisse, Göttingen et al. 1999, S. 145 – 157.
- Bowers, M.R./Swan, J.E./Taylor, J.A. (1994):** Influencing physician referrals, in: Journal of Health Care Marketing, Vol. 14 (1994), Issue 3, S. 42 – 50.
- BQS (2009):** Entwicklung der integrierten Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 2004 - 2008, Online verfügbar unter <http://www.bqs-register140d.de>, Abruf am 15.10.2012.
- Brand, D. (1990):** Der Transaktionskostenansatz in der betriebswirtschaftlichen Organisationstheorie, Frankfurt am Main et al. 1990.
- Branger, P.J./van der Wouden, J.C./Schudel, B.R./Verboog, J.S./van der Lei, J./van Bommel, J.H. (1992):** Electronic communication between providers of primary and secondary care, in: British Medical Journal, Vol. 305 (1995), S. 1068 – 1070.
- Braun, B./Müller, Rolf (2003):** Auswirkungen von Vergütungsformen auf die Qualität der stationären Versorgung, St. Augustin 2003.
- Braun, G.E. (1997):** ABC-Analyse einweisender Ärzte und das „Schlüsselkunden-Management“ für Krankenhäuser – Möglichkeit einer speziellen Kundenorientierung, Diskussionspapier Nr. 8, Universität der Bundeswehr München 1997.
- Braun, G.E./Gewalt, K./Binder, A./Rong, O./Schwarzer, I. (2012):** Die Macht des Lotsen, in: f&w – führen und wirtschaften im Krankenhaus, 29. Jg. (2012), Heft 3, S. 302 – 304.
- Braun, G.E./Nissen, J. (2005):** Die Bedeutung der Einweiserzufriedenheit für Krankenhäuser und ihre erfolgreiche Messung, in: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, 10. Jg.(2005), Heft 6, S. 376 – 384.
- Bridger, S./Cairns, S.R. (1996):** Survey of general practitioners' view of consultants' non-urgent referral of outpatients to other consultants, in: British Medical Journal, Vol. 312 (1996), S. 821 – 822.
- Bridges, J.F.P./Dong, L./Gallego, G./Blauvelt, B.M./Joy, S.M./Pawlik, T.M. (2012):** Prioritizing strategies for comprehensive liver cancer control in Asia, in: BMC Health Services Research, Vol. 12 (2012), 376.
- Bridges, J.F.P./Hauber, A.B./Marshall, D./Lloyd, A./ Prosser, L.A./Regier, D.A./Johnson, F.R./Mauskopf, J. (2011):** Conjoint Analysis Applications in Health. A Checklist, in: Value in Health, Vol. 14 (2011), S. 403 – 413.

- Brinkmann, A./Pfaff, H. (2004):** Fachkompetenz oder Service – Welche Faktoren beeinflussen die Zufriedenheit einweisender Ärzte mit dem Krankenhaus?, in: Das Gesundheitswesen (2004), Heft 08-09, Abstracts zur Wissenschaftlichen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP). Gesundheit – Wirtschaftlichkeit und Gerechtigkeit. Magdeburg, 22.-24. September 2004.
- Brugha, R./Varvasovszky, Z. (2000):** Stakeholder analysis. A Review, in: Health Policy and Planning, Vol. 15 (2000), Issue 3, S. 239 – 246.
- Bruhn, M./Meffert, H. (2012):** Handbuch Dienstleistungsmarketing. Planung, Umsetzung, Kontrolle, Wiesbaden 2012.
- Brusch, M. (2005):** Präferenzanalyse für Dienstleistungsinnovationen mittels multimedialgestützter Conjointanalyse, Wiesbaden 2005.
- Brusch, M. (2009):** Präsentation der Stimuli bei der Conjointanalyse, in: Baier, D./Brusch, M. (Hrsg.): Conjointanalyse. Methoden, Anwendungen, Praxisbeispiele, Wiesbaden 2009, S. 83 – 98.
- Brusch, M./Baier, D. (2002):** Realitätsnähere Produktpräsentation in der Marktforschung. Multimedia und Conjointanalyse, in: Forum der Forschung, Wissenschaftsmagazin der BTU Cottbus, 6. Jg. (2002), Heft 13, S. 86 – 89.
- Bryson, J.M. (2004):** What to do when Stakeholders matter. Stakeholder Identification and Analysis Techniques, in: Public Management Review, Vol. 6 (2004), Issue 1, S. 21 – 53.
- Bühler, Ch. (1999):** Kommunikation als integrativer Bestandteil des Dienstleistungsmarketing. Eine systematische Analyse der Bedeutung, Wirkungsweise und Gestaltungsmöglichkeiten der Kommunikationspolitik im Dienstleistungsmarketing, Bern/Stuttgart/Wien 1999.
- Büschken, J. (1994):** Multipersonale Kaufentscheidungen. Empirische Analyse zur Operationalisierung von Einflussbeziehungen im Bying Center, Wiesbaden 1994.
- Busse, R./Schreyögg J./Tiemann, O. (2010):** Management im Gesundheitswesen, 2. Aufl., Berlin, Heidelberg 2010,
- BVA – Bundesversicherungsamt (2012):** DMP, Online verfügbar unter <http://www.bundesversicherungsamt.de>, Abruf am 12.10.2012.
- BVMed – Bundesverband für Medizintechnologie (2012):** Pressemitteilung zur MedInform-Konferenz zur ärztlichen Vergütung im niedergelassenen Bereich am 19.04.2012, Online verfügbar unter <http://www.bvmed.de>, Abruf am 11.10.2012.
- Carmone, F. (1987):** ACA System for Adaptive Conjoint Analysis, in: Journal of Marketing Research, Vol. 24 (1987), S. 325 – 327.

- Churchill, G.A./Suprenant, C. (1982):** An Investigation into the Determinants of Customer Satisfaction, in: *Journal of Marketing Research*, Vol. 19 (1982), S. 491 – 504.
- Coase, R. (1937):** The Nature of the Firm, in: *Economica*, 4. Jg. (1937), S. 368 – 405.
- Coiera, E./Tombs, V. (1998):** Communication behaviours in a hospital setting: an observational study, in: *British Medical Journal*, Vol. 316 (1998), S. 673 – 676.
- Conrad, T. (1997):** Preisbildung mittels der Conjoint-Analyse und eines Simulationsmodells am Beispiel eines Premiumanbieters der Automobilindustrie, Diss. Universität Tübingen 1997.
- Cornwall, P.L. (1993):** Communication between general practitioners and child psychiatrists, in: *British Medical Journal*, Vol. 306 (1993), S. 692 – 693.
- Corsten, H. (1990):** Betriebswirtschaftslehre der Dienstleistungsunternehmen. Einführung, 2. Aufl., München 1990.
- Corsten, H./Gössinger, R. (2007):** Dienstleistungsmanagement, 5. Aufl., München/Wien 2007.
- Cunningham, C.E./Deal, K./Chen, Y. (2010):** Adaptive Choice-Based Conjoint Analysis. A new patient-centered approach to the assessment of health service preferences, in: *The Patient: Patient-Centered Outcomes Research*, Vol. 3 (2010), S. 257 – 273.
- Damkowski, W./Meyer-Pannwitt, U./Precht, C. (2000):** Das Krankenhaus im Wandel. Konzepte, Strategien, Lösungen, Stuttgart, Berlin und Köln 2000.
- Darby, M./Karni, E. (1973):** Free Competition and the Optimal Amount of Fraud, in: *The Journal of Law and Economics*, Vol. 16 (1973), Issue 4, S. 67 – 89.
- Daub, D. (1999):** Kooperation statt Konfrontation. Allgemeine Modelle der Zusammenarbeit des ambulanten und stationären Sektors und konkrete Modelle der Kontaktpflege des Krankenhauses mit niedergelassenen Ärzten, in: Braun, G.E. (Hrsg.): *Handbuch Krankenhausmanagement, Bausteine für eine moderne Krankenhausführung*, Stuttgart 1999, S. 269 – 289.
- de Marco, P./Dain, C./Lockwood, T./Roland, M. (1993):** How valuable is feedback of information on hospital referral patterns?, in: *British Medical Journal*, Vol. 307 (1993), S. 1465 – 1466.
- Debreu, G. (1960):** Topological Methods in cardinal utility theory, Stanford 1960.
- Deutz, W. (1999):** Marketing als Erfolgsfaktor im Krankenhausmanagement, Frankfurt am Main et al. 1999.

- Dichtl, E./Thomas, U. (1986):** Der Einsatz des Conjoint Measurement im Rahmen der Verpackungsmarktforschung, in: Marketing ZFP, 8. Jg. (1986), S. 27 – 33.
- Dierkes, St./Lingenfelder, M. (2006):** Wertmanagement im Krankenhaus, in: Betriebswirtschaftliche Forschung und Praxis, 58. Jg. (2006), Heft 6, S. 541 – 565.
- Dietrich, M. (2005):** Qualität, Wirtschaftlichkeit und Erfolg von Krankenhäusern, zugl. Diss. Universität Freiburg 2004, Wiesbaden 2005.
- Dietrich, M./Grapp, O. (2005):** Qualitätsinformationen von Krankenhäusern, in: ZögU – Zeitschrift für öffentliche und gemeinnützige Unternehmen, Band 28, Heft 3 (2005), S. 211 – 233.
- Diller, H. (1995):** Beziehungs-Marketing, in: WiSt – Wirtschaftswissenschaftliches Studium, 24. Jg. (1995), S. 442 – 447.
- Diller, H. (1997):** Beziehungsmanagement, in: Die Betriebswirtschaft, 57. Jg. (1997), S. 572 – 575.
- Diller, H. (2001):** Beziehungsmarketing, in: Diller, H. (Hrsg.): Vahlens Großes Marketinglexikon, 2. Aufl., München 2001, S. 163 – 171.
- Diller, H./Haas, A./Ivens, B. (2005):** Verkauf und Kundenmanagement. Eine prozessorientierte Konzeption, Stuttgart 2005.
- Diller, H./Kusterer, M. (1988):** Beziehungsmanagement. Theoretische Grundlagen und empirische Befunde, in: Marketing ZFP, 10. Jg. (1988), S. 211 – 220.
- DKI – Deutsches Krankenhausinstitut (2007):** Krankenhaus Barometer. Umfrage 2007, Düsseldorf 2011.
- DKI – Deutsches Krankenhausinstitut (2011):** Krankenhaus Barometer. Umfrage 2011, Düsseldorf 2011.
- Dobbelstein, T. (2007):** Erreichbarkeit und schnelle Prozesse zeichnen gute Krankenhäuser aus, in: f&w – führen und wirtschaften im krankenhaus, 24. Jg. (2007), S. 22 – 26.
- Domrös, C. (1994):** Innovationen und Institutionen. Eine transaktionskostenökonomische Analyse unter besonderer Berücksichtigung strategischer Allianzen, Berlin 1994.
- Donabedian, A. (1980):** Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Vol. 1: The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Ann Arbor, 1980.
- Dorsch, M.J./Teas, R.K. (1992):** A Test of the Convergent Validity of Self-Explicated and Decompositional Conjoint Measurement, in: Journal of the Academy of Marketing Science, Vol. 20 (1992), Issue 1, S. 37 – 48.
- Drumm, S.G./Telker, B. (2007):** Einweisermarketing und MVZ. Perspektiven der Einweiserbindung mit den Möglichkeiten im Rahmen von MVZ und anderen Kooperationsformen, in: Saßen, S./Franz, M. (Hrsg.): Zuwei-

- sermarketing und sektorenübergreifende Kommunikation, Heidelberg et al. 2007, S. 278 – 292.
- Dunn, A.S./Markoff, B. (2009):** Physician – Physician Communication: What’s the Hang-up?, in: *Journal of General Internal Medicine* (2009), Vol. 24, Issue 3, S. 437 – 439.
- Eichhorn, P./Schuhen, A. (2001):** Marketing in der Altenhilfe, in: Tscheulin, D.K./Helmig, B. (Hrsg.): *Branchenspezifisches Marketing. Grundlagen, Besonderheiten, Gemeinsamkeiten*, Wiesbaden 2001, S. 289 – 312.
- Eichhorn, S. (1975):** Krankenhausbetriebslehre. Theorie und Praxis des Krankenhausbetriebes, Bd. I, 3. Aufl., Stuttgart et al. 1975.
- Eichhorst, S./Miserok, K./Rudolph, T. (2009):** Wege zur transsektoralen Versorgung, in: Salfeld, R./Hehner, S./Wichels, R. (Hrsg.): *Modernes Krankenhausmanagement. Konzepte und Lösungen*, 2. Aufl., Berlin, Heidelberg 2009, S. 193 – 212.
- Elfes, K. (2001):** Praxis des Klinik-Marketing, in: Kreyher, V.J. (Hrsg.): *Handbuch Gesundheits- und Medizinmarketing*, Heidelberg 2001, S. 389 – 409.
- Elmhorst, D. (2011):** Externe Analyse: Wie analysiert ein Krankenhaus sein Mikroumfeld?, in: Raab, A./Drissner, A. (Hrsg.): *Einweiserbeziehungsmanagement. Wie Krankenhäuser erfolgreich Win-Win-Beziehungen zu niedergelassenen Ärzten aufbauen*, Stuttgart 2011, S. 35 – 47.
- Elwyn, G.J./Stott, N.C.H. (1994):** Avoidable referrals? Analysis of 170 consecutive referrals to secondary care, in: *British Medical Journal*, Vol. 309 (1994), S. 576 – 578.
- Ernst, O. (2001):** Multimediale versus abstrakte Produktpräsentationsformen bei der Adaptiven Conjoint-Analyse. Ein empirischer Validitätsvergleich, zugl. Diss. Universität Jena 2000; Frankfurt am Main u.a. 2001.
- Ernst, O./Sattler, H. (2000):** Multimediale versus traditionelle Conjoint-Analysen. Ein empirischer Vergleich alternativer Produktpräsentationsformen, in: *Marketing ZFP*, 22. Jg. (2000), S. 161 – 172.
- Etesse, B./Jaber, S./Mura, T./Leone, M./Constantin, J.-M./Michelet, P./Zoric, L./Capdevila, X./Malavielle, F./Allaouchiche, B./Orban, J.-C./Fabbro-Peray, P./Lefrant, J.-Y. (2010):** How the relationships between general practitioners and intensivists can be improved: the general practitioners’ point of view, in: *Critical Care*, Vol. 14 (2010), S. R112 – R120.
- Evans, E.O./McBride, K. (1968):** Hospital Usage by a Group Practice, in: *Journal of the Royal College of General Practitioners*, Vol. 16 (1968), Issue 4, S. 294 – 306.
- Evans, K./Mayer, J./Treloar, C. (2000):** Who cares? A focus group study on follow up care after discharge from hospital, in: *Australian Family Physician*, Vol. 29 (2000), Issue 4, S. 384 – 388.

- Fenwick, J. (1978):** A User's Guide to Conjoint Measurement in Marketing, in: European Journal of Marketing, Vol. 12, Issue 2 (1978), S. 203 – 211.
- Fertig, A./Roland, M./King, H./Moore, T. (1993):** Understanding variation in rates of referral among general practitioners: are appropriate referrals important and would guidelines help to reduce rates?, in: British Medical Journal, Vol. 307 (1993), S. 1467 – 1470.
- Festinger, L. (1957):** A theory of cognitive dissonance, Stanford 1957.
- Festinger, L. (1978):** Theorie der kognitiven Dissonanz, in: M. Irle/V. Möntmann (Hrsg.): Theorie der kognitiven Dissonanz, Bern 1978, S. 183 – 273.
- Fishbein, M. (1963):** An Investigation of the Relationship between Beliefs about an Object and the attitude toward that Object, in: Human Relations, Vol. 16 (1963), S. 233 - 239.
- Fishbein, M. (1967):** A Behavior Theory Approach to the Relations between beliefs about an object and the attitude toward the object, in: M. Fishbein (Hrsg.): Readings in Attitude Theory and Measurement, New York 1967, S. 389 – 400.
- Fisk, R./ Brown, S./ Bitner, M. (1995):** Services Management Literature Overview: A Rationale for Interdisciplinary Study, in: Glynn, W./Barnes, J. (Hrsg.): Understanding Services Management, Chichester 1995, S. 1-32.
- Fleßa, S. (2010):** Grundzüge der Krankenhausbetriebslehre, 2. Aufl., München 2010.
- Forster, A.J./Clark, H.D./Menard, A./Dupuis, N./Chernish, R./Chandok, N./Khan, A./van Walraven, C. (2004):** Adverse events among medical patients after discharge from hospital, in: Canadian Medical Association Journal, Vol. 170 (2004), Issue 3, S. 345 – 349.
- Fottler, M.D./Blair, J.D./Whitehead, C.J./Laus, M.D./Savage, G.T. (1989):** Assessing key stakeholders: who matters to hospitals and why?, in: Hospital & Health Services Administration, Vol. 34 (1989), Issue 4, S. 525 – 546.
- Fraenkel, L. (2013):** Incorporating Patients' Preferences into Medical Decision Making, in: Medical Care Research and Review, Vol. 70 (2013), Issue 1, Supplement, S. 80S – 93S.
- Fraenkel, L./Bodardus, S./Wittink, D.R. (2001):** Understanding patient preferences for the treatment of lupus nephritis with adaptive conjoint analysis, in: Medical Care, Vol. 39 (2001), S. 1203 – 1216.
- Fraenkel, L./Gulanski, B./Wittink, D.R. (2006):** Patient Treatment Preferences for Osteoporosis, in: Arthritis Care & Research, Vol. 55 (2006), S. 729 – 735.

- Franz, M. (2011):** Trends: Was sind die zukünftigen Anforderungen der Einweiser an Zuweiserorientierung?, in: Raab, A./Drissner, A. (Hrsg.): Einweiserbeziehungsmanagement. Wie Krankenhäuser erfolgreich Win-Win-Beziehungen zu niedergelassenen Ärzten aufbauen, Stuttgart 2011, S. 226 - 232.
- Freter, H. (1979):** Interpretation und Aussagewert mehrdimensionaler Einstellungsmodelle im Marketing, in: Meffert, H./Steffenhagen, H./Freter, H. (Hrsg.): Konsumentenverhalten und Information, Wiesbaden 1979, S. 163 - 184.
- Fry, J. (1959):** Why Patients Go to Hospital. A Study of Usage, in: British Medical Journal, Vol. 280 (1959), S. 1322 - 1327.
- Gan, T.J./Lubarsky, D.A./Flood, E.M./Thanh, T./Mauskopf, J./Mayne, T./Chen, C. (2004):** Patient preferences for acute pain treatment, in: British Journal of Anaesthesia, Vol. 92 (2004), S. 681 - 688.
- Gandhi, T.K./Keating, N.L./Ditmore, M./Kiernan, D./Johnson, R./Burdick, E./Hamann, C. (2008):** Improving Referral Communication Using a Referral Tool Within an Electronic Medical Record, in: Henriksen, K./Battles, J.B./Keyes, M.A. (Hrsg.): Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches, Vol. 3, Rockville 2008, S. 63 - 74.
- Gandhi, T.K./Sittig, D.F./Franklin, M./Sussmann, A.J./Fairchild, D.G./Bates, D.W. (2000):** Communication Breakdown in the Outpatient Referral Process, in: Journal of General Internal Medicine, Vol. 15 (2000), S. 626 - 631.
- Garåsen, H./Johnsen, R. (2007):** The quality of communication about older patients between hospital physicians and general practitioners: a panel study assessment, in: BMC Health Services Research, Vol. 7 (2007), 133.
- Gelb, G.M./Gelb, B.D. (1987):** Physicians and Hospital Decision Making: A Two-Stage Technique for Improvement, in: Hospital & Health Service Administration, Vol. 32 (1987), Issue 2, S. 139 - 149.
- Gensler, S. (2003):** Heterogenität in der Präferenzanalyse. Ein Vergleich von hierarchischen Bayes-Modellen und Finite-Mixture-Modellen, Wiesbaden 2003.
- Geraedts, M. (2006):** Qualitätsberichte deutscher Krankenhäuser und Qualitätsvergleiche von Einrichtungen des Gesundheitswesens aus Versichertensicht, in: Böcken, J./Braun, B./Amhof, R./Schnee, M. (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2006, Gütersloh 2006, S. 154 - 170.
- Geraedts, M., Auras, S., Hermeling, P., de Cruppé, W. (2010):** Abschlussbericht zum Forschungsauftrag zur Verbesserung der gesetzlichen Qualitätsberichte auf der Basis einer Krankenhaus-, Patienten- und Einweiserbefragung, Arbeitspapier der Universität Witten-Herdecke, Witten 2010.

- Ghanaat, H. (2005a):** Die Branche braucht Marken. Von der Versorgungsleistung zum Medizinprodukt: Kassen und Kliniken entdecken den Kunden, in: KMA – Klinik Management Aktuell, 10. Jg. (2005), Heft 5, S. 26 – 37.
- Ghanaat, H. (2005b):** IT-Initiative. Basisarbeit, in: KMA – Klinik Management Aktuell, 10. Jg. (2005), Heft 7, S. 36 – 37.
- Giering, A. (2000):** Der Zusammenhang zwischen Kundenzufriedenheit und Kundenloyalität. Eine Untersuchung moderierender Effekte, Wiesbaden 2000.
- Gierl, H. (1995):** Marketing, Stuttgart 1995.
- Gizycki, V. (1999):** Informationsökonomische Determinanten der Zahlungsbereitschaft von Leistungsbündeln, Frankfurt am Main 1999.
- Goerdts, T. (1999):** Die Marken- und Einkaufsstättentreue der Konsumenten als Bestimmungsfaktoren des vertikalen Beziehungsmarketing. Theoretische Grundlegung und empirische Analysen für das Category Management, Nürnberg 1999.
- Goetz, Ch. (2003):** Telematik im Gesundheitswesen. Herausforderungen für eine Modernisierung, in: Deutsches Ärzteblatt, 100. Jg. (2003), S. A 756 – A 759.
- Goldschmidt, A. (2004):** Die elektronische Gesundheitskarte kann den Megamarkt „Gesundheitswesen“ revolutionieren, in: f&w – führen und wirtschaften im Krankenhaus, 21. Jg. (2004), Heft 3, S. 276 – 282.
- Gombeski, W.R./Carrol, P.A./Lester, J.A. (1990):** Influencing decision-making of referring physicians, in: Journal of Health Care Marketing, Vol. 10 (1990), Issue 4, S. 56 – 60.
- Gosbee, J. (1998):** Communication among health professionals, in: British Medical Journal, Vol. 316 (1998), S. 642.
- Graf, A./Helmig, B. (2003):** Die optimale Gestaltung einer Krankenhaus-Homepage aus der Sicht niedergelassener Ärzte, in: ZögU – Zeitschrift für öffentliche und gemeinnützige Unternehmen, Band 26, Heft 2 (2003), S. 160 – 175.
- Graf, M.A./Tanner, D.D./Swinyard, W.R. (1993):** Optimizing the delivery of patient and physician satisfaction: A conjoint analysis approach, in: Health Care Management Review, Vol. 18 (1993), Issue 4, S. 34 – 43.
- Green, P.E./Krieger, A.M. (1996):** Individualized Hybrid Models for Conjoint Analysis, in: Management Science, Vol. 42 (1996), S. 850 – 867.
- Green, P.E./Krieger, A.M./Agarwal, M. (1991):** Adaptive Conjoint Analysis. Some Caveats and Suggestions, in: Journal of Marketing Research, Vol. 28 (1991), S. 215 – 222.
- Green, P.E./Krieger, A.M./Bansal, P. (1988):** Completely unacceptable levels in Conjoint Analysis. A cautionary note, in: Journal of Marketing Research, Vol. 25 (1988), S. 293 – 300.

- Green, P.E./Rao, V. R. (1971):** Conjoint Measurement for quantifying judgemental data, in: *Journal of Marketing Research*, Vol. 8 (1971), S. 355 – 363.
- Green, P.E./Srinivasan, V. (1978):** Conjoint Analysis in consumer research, issues and outlook, in *Journal of Consumer Research*, Vol. 5 (1978), S. 103 – 123.
- Green, P.E./Srinivasan, V. (1990):** Conjoint Analysis in marketing. New developments with implications for research and practice, in: *Journal of Marketing*, Vol. 54 (1990), S. 3 – 19.
- Green, P.E./Tull, D.S. (1982):** *Methoden und Techniken der Marketingforschung*, 4. Aufl., Stuttgart 1982.
- Grönroos, C. (1990):** Relationship Approach to the Marketing Function in Service Contexts. The Marketing and Organizational Behavior Interface, in: *Journal of Business Research*, Vol. 20 (1990), Heft 1, S. 3 – 11.
- Grunwald, G./Hempelmann, B. (2012):** *Angewandte Marktforschung. Eine praxisorientierte Einführung*, München 2012.
- Günter, B. (2008):** Beschwerdemanagement als Schlüssel zur Kundenzufriedenheit, in: Homburg, C. (Hrsg.): *Kundenzufriedenheit. Konzepte, Methoden, Erfahrungen*, 7. Aufl., Wiesbaden 2008, S. 335 – 356.
- Gustafsson, A./Herrmann, A./Huber, F. (2003):** Conjoint Analysis as an Instrument of Market Research Practice, in: Gustafsson, A./Herrmann, A./Huber, F. (Hrsg.): *Conjoint Measurement. Methods and Applications*, 3. Aufl., Berlin u.a. 2003, S. 5 - 46.
- Gutsche, J. (1995):** *Produktpräferenzanalyse. Ein modelltheoretisches und methodisches Konzept zur Marktsimulation mittels Präferenzzerfassungsmodellen*, Berlin 1995.
- Hahn, Ch. (1997):** Conjoint- und Discrete Choice-Analyse als Verfahren zur Abbildung von Präferenzstrukturen und Produktauswahlentscheidungen. Ein theoretischer und computergestützter empirischer Vergleich, Münster 1997.
- Hair, J.F./Anderson, R.E./Tatham, R.L./Black, W.C. (2009):** *Multivariate Data Analysis*, 7th Ed., New Jersey 2009.
- Haller, S. (2005):** *Dienstleistungsmanagement. Grundlagen, Konzepte, Instrumente*, 3. Aufl., Wiesbaden 2005.
- Hamdad, H. (2004):** Frankfurter Klinikallianz, in: *KMA – Klinik Management Aktuell*, 9. Jg. (2004), Heft 2, S. 44 – 46.
- Hamm, M. (2002):** *Kooperation von Krankenhäusern und Lieferanten. Partnerschaftliche Formen der Zusammenarbeit*, Wiesbaden 2002.
- Harding, J. (1987):** Study of discharge communications from hospital doctors to an inner London general practice, in: *Journal of the Royal College of General Practitioners*, Vol. 37 (1987), S. 494 – 495.

- Harms, R. (2005):** Übergänge gestalten. Standards für eine einrichtungsübergreifende Patientenüberleitung, in: *krankenhaus Umschau*, 74. Jg. (2005), Heft 2, S. 152 – 158.
- Haubrock, M. (2007):** Struktur des Gesundheitswesens, in: Haubrock, M./Schär, W. (Hrsg.): *Betriebswirtschaft und Management im Krankenhaus*, 4. Aufl., Bern 2007, S. 46 – 61.
- Haubrock, M./Meiners, N./Albers, F. (1998):** *Krankenhaus-Marketing. Analysen, Methoden, Konzepte*, Stuttgart 1998.
- Heberer, M. (1998):** Erfolgsfaktoren der Krankenhausführung, in: *Der Chirurg*, 69. Jg. (1998), S. 1305 – 1312.
- Heinrich, D. (2011):** *Customer Relationship Management im Krankenhaus. Empirische Überprüfung eines Kundenwertmodells für niedergelassene Ärzte*, zugl. Diss. Universität Marburg 2010, Wiesbaden 2011.
- Helm, R./Steiner, M. (2008):** *Präferenzmessung. Methodengestützte Entwicklung zielgruppenspezifischer Produktinnovationen*, Stuttgart 2008.
- Helm, S. (1995):** *Neue Institutionenökonomik. Einführung und Glossar*, Arbeitspapier Nr. 2, *Düsseldorfer Schriften zum Marketing*, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf 1995.
- Helmig, B. (1997):** Patientenzufriedenheit messen und managen, Ein Leitfa- den für das Tagesgeschäft, in: *f&w - führen und wirtschaften im Kran- kenhaus*, 14. Jg. (1997), Heft 2, S. 112 – 120.
- Helmig, B./Hinz, V./Graf, A. (2013):** *Kundenmanagement in Krankenhäusern*, in: Busse, R./Schreyögg, J./Stargardt, T. (Hrsg.): *Management im Ge- sundheitswesen*, 3. Aufl., Berlin, Heidelberg 2013, S. 185 – 200.
- Helson, H. (1963):** *Adaption-Level Theory: An Experimental and Systematic Approach to Behavior*, New York 1963.
- Hensel-Börner, S. (2000):** *Validität computergestützter hybrider Conjoint- Analysen*, Wiesbaden 2000.
- Hensel-Börner, S./Sattler, H. (2000):** Ein empirischer Validitätsvergleich zwi- schen der Customized Computerized Conjoint Analysis (CCC), der Adaptive Conjoint Analysis (ACA) und Self-Explicated-Verfahren, in: *Zeitschrift für Betriebswirtschaft*, 70. Jg. (2000), S. 705 – 727.
- Hensen, P. (2009):** *Relationship Marketing im Krankenhaus. Strategische und operative Ansätze für das Management der Kundenbeziehungen*, in: *das Krankenhaus*, 101. Jg. (2009), S. 849 – 856.
- Hensen, P./Roeder, N. (2007):** *Strategische Planung im Krankenhaus*, in: Roeder, N./Rochell, B. (Hrsg.): *Case-Mix in der Praxis. Handbuch für die DRG-Umsetzung*, Band 3, Köln 2007, Kap. 16.1, S. 1 – 38.
- Hentschel, B. (1991):** *Beziehungsmarketing*, in *wisu – das wirtschaftsstudium*, 20. Jg. (1991), S. 25 – 28.

- Herkner, W. (1983):** Einführung in die Sozialpsychologie, 3. Aufl., Stuttgart 1983.
- Herrmann, A. (1995):** Produktqualität, Kundenzufriedenheit und Unternehmensrentabilität. Eine branchenübergreifende Analyse, in: Bauer, H./Diller, H. (Hrsg.): Wege des Marketing, Berlin 1995, S. 237 – 247.
- Herrmann, A./Huber, F./Regier, S. (2009):** Adaptive Conjointanalyse, in: Bailer, D./Brusch, M. (Hrsg.): Conjointanalyse. Methoden, Anwendungen, Praxisbeispiele, Wiesbaden 2009, S. 113 – 127.
- Herrmann, A./Johnson, M.D. (1999):** Die Kundenzufriedenheit als Bestimmungsfaktor der Kundenbindung, in: Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung, 51. Jg. (1999), Heft 6, S. 579 – 598.
- Herzberg, F. (1965):** The New Industrial Psychology, in: Industrial and Labor Relations Review, Vol. 18 (1965), S. 364 – 376.
- Herzberg, F. (1966):** Work and the Nature of Man, Cleveland 1966.
- Hesse, A./Schreyögg, J. (2007):** Determinanten eines erfolgreichen Einweisermarketings. Eine explorative empirische Analyse, in: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, 12. Jg. (2007), S. 310 – 314.
- Hillig, T. (2006):** Verfahrensvarianten der Conjoint-Analyse zur Prognose von Kaufentscheidungen, zugl. Diss. Universität Berlin 2004, Wiesbaden 2006.
- Hoffmann, E. (2004):** Befragung niedergelassener Ärzte 2004, Kurzauswertung der Studie, 11 Seiten, angefordert per E-Mail unter info@derma-jena.de am 18.08.2004.
- Homburg, C. (2012a):** Marketingmanagement. Strategie, Instrumente, Umsetzung, Unternehmensführung, 4. Aufl., Wiesbaden 2012.
- Homburg, C. (2012b):** Grundlagen des Marketingmanagements. Einführung in Strategie, Instrumente, Umsetzung, Unternehmensführung, 3. Aufl., Wiesbaden 2012.
- Homburg, C./Bruhn, M. (2010):** Kundenbindungsmanagement. Eine Einführung in die theoretischen und praktischen Problemstellungen, in: Bruhn, M./Homburg, C. (Hrsg.): Handbuch Kundenbindungsmanagement, 7. Aufl., Wiesbaden 2010, S. 3 – 39.
- Homburg, C./Bucerius, M. (2008):** Kundenzufriedenheit als Managementherausforderung, in: Homburg, C. (Hrsg.): Kundenzufriedenheit. Konzepte, Methoden, Erfahrungen, 7. Aufl., Wiesbaden 2008, S. 53 – 90.
- Homburg, C./Giering, A./Hentschel, F. (1999):** Der Zusammenhang zwischen Kundenzufriedenheit und Kundenbindung, in: Die Betriebswirtschaft, 59. Jg. (1999), S. 174 – 195.
- Homburg, C./Stock-Homburg, R. (2008):** Theoretische Perspektiven zur Kundenzufriedenheit, in: Homburg, C. (Hrsg.): Kundenzufriedenheit.

- Konzepte, Methoden, Erfahrungen, 7. Aufl., Wiesbaden 2008, S. 17 – 51.
- Hopkins, P. (1956):** Referrals in General Practice, in: *British Medical Journal*, Vol. 277 (1956), S. 873 – 877.
- Howard, J.A./Sheth, J.N. (1969):** The theory of buyer behavior, New York 1969.
- Huber, F./Herrmann, A./Braunstein, C. (2009):** Der Zusammenhang zwischen Produktqualität, Kundenzufriedenheit und Kundenbindung, in: Hinterhuber, H.H./Matzler, K. (Hrsg.): *Kundenorientierte Unternehmensführung. Kundenorientierung, Kundenzufriedenheit, Kundenbindung*, 6. Aufl., Wiesbaden 2009, S. 69 – 86.
- Hügens, T./Zelewski, S. (2006):** Eine Stakeholder-Analyse zur Ermittlung potenzieller Perspektiven für das Beziehungsmanagement mithilfe der Balanced Scorecard, in: *WiSt – Wirtschaftswissenschaftliches Studium*, 35. Jg. (2006), S. 368 - 373.
- Immes, S. (1993):** Wahrgenommenes Risiko bei der industriellen Kaufentscheidung, Trier 1993.
- Inderst, F. (2000):** Nachfrageorientierte Produktgestaltung mittels Conjoint-Measurement am Fallbeispiel, München 2000, S. 5.
- Jacobs, K./Kip, C. (2009):** Die ambulante ärztliche Profession – ein Beruf im Wandel, in: *G + G Wissenschaft*, 9. Jg. (2009), Heft 4, S. 7 – 15.
- Jacobs, L.G.H./Pringle, M.A. (1990):** Referral letters and replies from orthopaedic departments: opportunities missed, in: *British Medical Journal*, Vol. 301 (1990), S. 470 – 473.
- Javalgi, R./Joseph, W.B./Gombeski, W.R./Lester, J.A. (1993):** How Physicians make referrals, in: *Journal of Health Care Marketing*, Vol. 13 (1993), Summer, S. 6 – 17.
- Jobst, F. (2005):** Die Patientenakte in Zeiten der elektronischen Gesundheitskarte, in: *f&w – führen und wirtschaften im Krankenhaus*, 22. Jg. (1997), Heft 3, S. 305 – 308.
- Johnson, F.R./Özdemir, S./Mansfield, C./Hass, S./Miller, D.W./Siegel, C.A./Sands, B.E. (2007):** Crohn's Disease Patients' Risk-Benefit Preferences: Serious Adverse Event Risks versus Treatment Efficacy, in: *Gastroenterology*, Vol. 133 (2007), S. 769 – 779.
- Johnson, R.M. (1974):** Trade-Off Analysis of Consumer Values, in: *Journal of Marketing Research*, Vol. 11 (1974), S. 121 – 127.
- Johnson, R.M. (1987):** Adaptive Conjoint Analysis, in: *Proceedings of the Sawtooth Software Conference on Perceptual Mapping, Conjoint Analysis and Computer Interviewing*, 1987, S. 253 – 265.

- Johnson, R.M. (1991):** Comments on: Adaptive Conjoint Analysis. Some Caveats and Suggestions, in: Journal of Marketing Research, Vol. 28 (1991), S. 223 – 225.
- Jungblut-Wischmann, P. (1996):** Kunden im weißen Kittel – wie bilden sich Ärzte ihre Meinung über Kliniken. Befragungen als Basis für ein Kundenzufriedenheitsmanagement, in: Krankenhaus Umschau, 65. Jg. Heft 9 (1996), S. 676 – 697.
- Kaas, K. (1992):** Kontraktgütermarketing als Kooperation zwischen Prinzipalen und Agenten, in Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung, 44. Jg. (1992), S. 884 – 901.
- Kaas, K. (1995):** Marketing zwischen Markt und Hierarchie, in: K. Kaas (Hrsg.): Kontrakte, Geschäftsbeziehungen, Netzwerke. Marketing und Neue Institutionenökonomik, Düsseldorf 1995, S. 19 – 42.
- Kaiser, M.-O. (2005):** Erfolgsfaktor Kundenzufriedenheit. Dimensionen und Messmöglichkeiten, 2. Aufl., Berlin 2005.
- Kasper, N. (2011):** Einweiserwelten: Wie können Krankenhäuser langfristige Erfolg im Einweiserbeziehungsmanagement erreichen?, in: Raab, A./Drissner, A. (Hrsg.): Einweiserbeziehungsmanagement. Wie Krankenhäuser erfolgreich Win-Win-Beziehungen zu niedergelassenen Ärzten aufbauen, Stuttgart 2011, S. 220 - 226.
- Karapinar, F./van den Bemt, P./Zoer, J./Nijpels, G./Borgsteede, S.D. (2010):** Informational needs of general practitioners regarding discharge medication: content, timing and pharmacotherapeutic advices, in: Pharmacy World and Sciences, Vol. 32 (2010), S. 172 – 178.
- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2008):** Die KBV. Das System der KBV, Online verfügbar unter <http://www.kbv.de>, Abruf am 02.10.2012.
- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2011):** Grunddaten zur Vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2011, Online verfügbar unter <http://www.kbv.de>, Abruf am 02.10.2012.
- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2012a):** Themen A – Z: Ärztemangel, Online verfügbar unter <http://www.kbv.de>, Abruf am 06.10.2012.
- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2012b):** Medizinische Versorgungszentren aktuell, Online verfügbar unter <http://www.kbv.de>, Abruf am 16.10.2012.
- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2012c):** Entwicklung der Medizinischen Versorgungszentren, Online verfügbar unter <http://www.kbv.de>, Abruf am 16.10.2012.
- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2012d):** MVZ Survey 2011. Medizinische Versorgungszentren in ländlichen Regionen, Berlin 2012.

- Keller, T. (2002):** Beziehungsmanagement im Arzt-Patient-Verhältnis. Der Einfluss der Qualität ärztlicher Dienstleistung auf die Patientenbindung, zugl. Diss. Universität Mannheim 2002, Wiesbaden 2002.
- Kieffer, S. (2002):** Kundenzufriedenheit durch additive Dienstleistungen. Ein kaufphasenspezifischer Operationalisierungs- und Meßansatz für industrielle Märkte, zugl. Diss. Universität Rostock 2002, Wiesbaden 2002.
- Kievit, W./van Hulst, L./van Riel, P./Fraenkel, L. (2010):** Factors that influence rheumatologists' decision to escalate care in RA: Results from a choice based conjoint analysis, in: *Arthritis Care & Research*, Vol. 62 (2010), S. 842 – 847.
- Kinchen, K.S./Cooper, L.A./Levine, D./Wang, N.Y./Powe, N.R. (2004):** Referral of Patients to Specialists: Factors Affecting Choice of Specialists by Primary Care Physicians, in: *Annals of Family Medicine*, Vol. 2 (2004), Issue 3, S. 245 – 252.
- King, B. (1989):** *Better Designs in Half the Time*, Methuen 1989.
- Kirn, S./Kümmerling, U. (1998):** Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten. Ein prozessorientierter Ansatz zur Ermittlung der Zufriedenheit aus Sicht der Krankenhausärzte, der niedergelassenen Ärzte und Patienten, Arbeitsbericht Nr. 13, Technische Universität Ilmenau, Ilmenau 1998.
- Klages, M. (2010):** Personalmanagement, in: Debatin, J.F./Ekkernkamp, A./Schulte, B. (Hrsg.): *Krankenhausmanagement. Strategien, Konzepte, Methoden*, Berlin 2010, S. 103 – 131.
- Klauber, J./Robra, B.-P./Schellschmidt, H. (2005):** Wege zur Integration. Die deutsche Integrationsdebatte und ihre neuen Perspektiven, in: Klauber, J./Robra, B.-P./Schellschmidt, H. (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2005. Schwerpunkt: Neue Wege zur Integration*, Stuttgart 2005, S. 1 – 9.
- Kloss, C./Eichhorst, S./Möhlmann, T./Rowold, M. (2009):** Patientenzentrierte Behandlungsabläufe – Schlüssel zu mehr Wirtschaftlichkeit und Qualität, in: Salfeld, R./Hehner, S./Wichels, R. (Hrsg.): *Modernes Krankenhausmanagement. Konzepte und Lösungen*, 2. Aufl., Berlin, Heidelberg 2009, S. 49 – 63.
- Kohli, A.K./Jaworski, B.J. (1990):** Market Orientation. The Construct, Research Propositions, and Managerial Implications, in: *Journal of Marketing*, Vol. 54 (1990), April, S. 1 – 18.
- Koller, Ch. (2007):** Zuweisermarketing aus juristischer Sicht, in: Saßen, S./Franz, M. (Hrsg.): *Zuweisermarketing und sektorenübergreifende Kommunikation*, Heidelberg et al. 2007, S. 79 – 106.
- Kotler, P./Keller, K.L./Bliemel, F. (2007):** *Marketing-Management. Strategien für wertschaffendes Handeln*, 12. Aufl., München 2007.
- Kranzer, A. (2007):** Auswirkungen und Erfolgsfaktoren von Disease Management, zugl. Diss. Universität Mannheim, Wiesbaden 2007.

- Kreipl, C. (2004):** Efficient Consumer Response und die Bereitschaft zur Kooperation. Eine empirische Untersuchung an deutschen Krankenhäusern, zugl. Diss. Universität Marburg 2004, Wiesbaden 2004.
- Kreyer, V.J. (2001):** Gesundheits- und Medizinmarketing. Herausforderung für das Gesundheitswesen, in: Kreyer, V.J. (Hrsg.): Handbuch Gesundheits- und Medizinmarketing. Chancen, Strategien und Erfolgsfaktoren, Heidelberg 2001, S. 1 – 51.
- Kripalani, S./Jackson, A.T./Schnipper, J.L./Coleman, E.A. (2007b):** Promoting Effective Transitions of Care at Hospital Discharge. A Review of Key Issues for Hospitalists, in: Journal of Hospital Medicine, Vol. 2 (2007), Issue 5, S. 314 – 323.
- Kripalani, S./LeFevre, F./Phillips, C.O./Williams, M.V./Basaviah, P./Baker, D.W. (2007a):** Deficits in Communication and Information Transfer between Hospital-Based and Primary Care Physicians, in: Journal of the American Medical Association, Vol. 297 (2007), Issue 8, S. 831 – 841.
- Kroeber-Riel, W./Weinberg, P./Gröppel-Klein, A. (2013):** Konsumentenverhalten, 10. Aufl., München 2013.
- Krol, B. (2007):** Kundenbindung durch Kommunikation, in: Saßen, S./Franz, M. (Hrsg.): Zuweisermarketing und sektorenübergreifende Kommunikation, Heidelberg 2007, S. 56-77.
- Kronhardt, M. (2004):** Erfolgsfaktoren des Managements medizinischer Versorgungsnetze, Wiesbaden 2004.
- Kruskal, J. (1965):** Analysis of factorial experiments by estimating monotone transformations of the data, in: Journal of the Royal Statistical Society, Series B (1965), S. 251 – 263.
- Kulla, M. (2005):** Untersuchungen zur Patienten- und Zuweiserzufriedenheit an der Medizinischen Universitätsklinik Würzburg 2005.
- Kuntz, L. /Bazan, M. (2012):** Management im Gesundheitswesen. Diskussionspapiere des Arbeitskreises „Ökonomie im Gesundheitswesen“ der Schmalenbach-Gesellschaft für Betriebswirtschaft e.V., Wiesbaden 2012.
- Lang, K.M. (2007):** Strategieorientiertes, ganzheitliches Zuweisermarketing – im internationalen Vergleich, in: Saßen, S./Franz, M. (Hrsg.): Zuweisermarketing und sektorenübergreifende Kommunikation, Heidelberg et al. 2007, S. 343 – 364.
- Lausberg, I.C. (2002):** Kundenpräferenzen für neue Angebotsformen im Einzelhandel. Eine Analyse am Beispiel von Factory Outlet Centern, Diss. Universität Essen 2002.
- Legl, K. (2011):** Kooperationen: Welche Möglichkeiten bieten Kooperationen und Netzwerke sowie die Integrierte Versorgung?, in: Raab, A./Drissner, A. (Hrsg.): Einweiserbeziehungsmanagement. Wie Krankenhäuser er-

folgreich Win-Win-Beziehungen zu niedergelassenen Ärzten aufbauen, Stuttgart 2011, S. 156 - 169.

- Lingenfelder, M. (2001):** Irrungen und Wirrungen im Krankenhaus-Marketing, in: f&w – führen&wirtschaften im Krankenhaus, 18. Jg. (2001), S. 36 - 37.
- Lingenfelder, M./Kronhardt, M. (2001):** Marketing für vernetzte Systeme, in: Kreyher, V.J. (Hrsg.): Handbuch Gesundheits- und Medizinmarketing, Heidelberg 2001, S. 313 – 338.
- Lingenfelder, M./Lauer, A./Groh, S. (2000):** Kundenzufriedenheit im Business-to-Business-Marketing, in: Stauss, B./Bruhn, M. (Hrsg.): Jahrbuch für Dienstleistungsmanagement 2000, Wiesbaden 2000, S. 159 – 195.
- Lingenfelder, M./Wieseke, J./Wolf, L.J. (2004):** Zufriedenheitsdynamik im Business-to-Business-Marketing, in: Wiedmann, K.P./Fritz, W./Abel, B. (Hrsg.): Management mit Vision und Verantwortung: eine Herausforderung an Wissenschaft und Praxis ; Festschrift für Hans Raffée zum 75. Geburtstag, Wiesbaden 2004, S. 573 – 596.
- Long, A./Atkins, J.B. (1974):** Communications between General Practitioners and Consultants, in: British Medical Journal, Vol. 4 (1974), S. 456 – 459.
- Luce, R.D./Tukey, J.W. (1964):** Simultaneous Conjoint Measurement. A New type of Fundamental Measurement, in: Journal of Mathematical Psychology, Vol. 1 (1964), Issue 1, S. 1 – 27.
- Lüngen, M./Lauterbach, K.W. (2002a):** Zehn Thesen zum Strategiewandel im Krankenhaus, in: BFuP – Betriebswirtschaftliche Forschung und Praxis, 54. Jg. (2002), Heft 2, S. 156 – 171.
- Lüngen, M./Lauterbach, K.W. (2002b):** Wandel der Krankenhausfinanzierung, in: BFuP – Betriebswirtschaftliche Forschung und Praxis, 54. Jg. (2002), Heft 4, S. 419 – 431.
- Lüth, M. (1999):** Qualitätskriterien für Rindfleischprogramme aus Sicht des Lebensmitteleinzelhandels. Eine Anwendung der Adaptiven Conjoint-Analyse, Arbeitsbericht Nr. 15 des Lehrstuhls für Agrarmarketing, Institut für Agrarökonomie der Christian-Albrechts-Universität Kiel, Juli 1999.
- Lüthy, A./Lotze, I./Leiske, M./Rossi, R. (2000):** Qualitätsmanagement und Kundenorientierung. Befragung zuweisender Kinderärzte einer Berliner Kinderklinik, in: ZaeFQ – Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 94. Jg. (2000), S. 31 – 35.
- Mageean, R.J. (1986):** Study of „discharge communications“ from hospital, in: British Medical Journal, Vol. 293 (1986), S. 1281 – 1284.
- Mahon, A./Whitehouse, C./Wilkin, D./Nocon, A. (1993):** Factors that influence general practitioners' choice of hospital when referring patients for elective surgery, in: British Journal of General Practice, Vol. 43 (1993), S. 272 – 276.

- Maleri, R. (1997):** Grundlagen der Dienstleistungsproduktion, 4. Aufl., Berlin/Heidelberg 1997.
- Marinker, M./Wilkin, D./Metcalf, D.H. (1988):** Referral to hospital. Can we do better?, in: British Medical Journal, Vol. 297 (1988), S. 461 – 464.
- Marshall, M.N. (1998):** How well do general practitioners and hospital consultants work together? A qualitative study of cooperation and conflict within the medical profession, in: British Journal of General Practice, Vol. 48 (1998), S. 1379 – 1382.
- Maslove, D.M./Leiter, R.E./Griesman, J./Arnott, C./Mourad, O./Chow, C./Bell, C.M. (2009):** Electronic Versus Dictated Hospital Summaries: a Randomized Controlled Trial, in: Journal of General Internal Medicine, Vol. 24, Issue 9, S. 995 – 1001.
- Matzler, K./Sauerwein, E./Stark, C. (2004):** Methoden zur Identifikation von Basis-, Leistungs- und Begeisterungsfaktoren, in: Hinterhuber, H./Matzler, K. (Hrsg.): Kundenorientierte Unternehmensführung. Kundenorientierung, Kundenzufriedenheit, Kundenbindung, 4. Aufl., Wiesbaden 2004, S. 315 – 339.
- Mayer, A. (2005):** Marktorientierung im Krankenhaus der Zukunft. Erfolgsfaktoren für unternehmerisch geführte Kliniken, Kulmbach 2005.
- Mayer, A. (2007):** Einweisermarketing vom Nice-to-Have zum strategischen Erfolgsfaktor, in: Saßen, S./Franz, M. (Hrsg.): Zuweisermarketing und sektorenübergreifende Kommunikation, Heidelberg et al. 2007, S. 41 – 55.
- Mayers, J. (2005):** Stakeholder Power Analysis, Power Tools Series, International Institute for Environment and Development, London 2005.
- McGlade, K.J./Bradley, T./Murphy, G.J./Lundy, G.P. (1998):** Referrals to hospital by general practitioners: a study of compliance and communication, in: British Medical Journal, Vol. 297 (1998), S. 1246 – 1248.
- Meffert, H./Bruhn, M. (2009):** Dienstleistungsmarketing. Grundlagen, Konzepte, Methoden, 6. Aufl., Wiesbaden 2009.
- Meffert, H./Rohn, F. (2011):** Healthcare Marketing – Eine kritische Reflexion, in: Marketing Review St. Gallen, 28. Jg. (2011), Heft 6, S. 8 – 15.
- Melles, T. (2001):** Framing-Effekte in der Conjoint-Analyse. Ein Beispiel für Probleme der Merkmalsdefinition, Aachen 2001.
- Mengen, A. (1993):** Konzeptgestaltung von Dienstleistungsprodukten. Eine Conjoint-Analyse im Luftfrachtmarkt unter Berücksichtigung der Qualitätsunsicherheit beim Dienstleistungskauf, Stuttgart 1993.
- Mengen, A./Simon, H. (1996):** Produkt- und Preisgestaltung mit Conjoint Measurement, in: WiSt – Wirtschaftswissenschaftliches Studium, 25. Jg. (1996), S. 229 – 236.

- Merschbächer, G. (1999):** Instrumente der strategischen Planung, in: Braun, G.E. (Hrsg.): Handbuch Krankenhausmanagement, Bausteine für eine moderne Krankenhausführung, Stuttgart 1999, S. 387 – 417.
- Meyer, A./Mattmüller, R. (1987):** Qualität von Dienstleistungen. Entwurf eines praxisorientierten Qualitätsmodells, in: Marketing ZFP, 9. Jg. (1987), Heft 3, S. 187 – 195.
- Möhlmann, T. (2009):** Herausforderungen und Handlungsfelder für die Krankenhausführung, in: Salfeld, R./Hehner, S./Wichels, R. (Hrsg.): Modernes Krankenhausmanagement. Konzepte und Lösungen, 2. Aufl., Berlin, Heidelberg 2009, S. 17 – 25.
- Moore, T.A./Roland, M.O. (1989):** How much variation in referral rates among general practitioners is due to chance?, in: British Medical Journal, Vol. 298 (1989), S. 500 – 502.
- Morra, F. (1996):** Wirkungsorientiertes Krankenhausmanagement, St. Gallen 1996.
- Morrell, D.C./Gage, H.G./Robinson, N.A. (1971):** Referral to hospital by general practitioners, in: Journal of the Royal College of General Practitioners, Vol. 21 (1971), S. 77 – 85.
- Mutter, C./Keller, C./Morar, R. (2001):** Zuweisermarketing. Entwicklung einer Strategie zur Sicherung der Auslastung im Krankenhaus, in: f&w – führen und wirtschaften im Krankenhaus, 18. Jg. (2001), S. 600 – 601.
- Narver, J./Slater, S. (1990):** The Effect of a Market Orientation on Business Profitability, in: Journal of Marketing, Vol. 54 (1990), Issue 4, S. 20 – 35.
- Nelson, P. (1970):** Information and Consumer Behaviour, in: Journal of Political Economy, 78. Jg. (1970), S. 311 – 329.
- Neville, R.G. (1987):** Notifying general practitioners about death in hospital: an audit, in: Journal of the Royal College of General Practitioners, Vol. 37 (1987), S. 496 – 497.
- Newton, J./Eccles, M./Hutchinson, A. (1992):** Communication between general practitioners and consultants: what should their letters contain?, in: British Medical Journal, Vol. 304 (1992), S. 821 – 824.
- Nufer, G. (2002):** Wirkungen von Event-Marketing. Theoretische Fundierung und empirische Analyse, zugl. Diss. Universität Tübingen 2001, Wiesbaden 2002.
- O'Donnell, C. (2000):** Variation in GP referral rates: what can we learn from the literature?, in: Family Practice, Vol. 17 (2000), S. 462 – 471.
- Oberender, P.O./ Hacker, J. (1999):** Entwicklungsszenario für Krankenhäuser. „Das wettbewerbsorientierte Krankenhaus 2010“, in: Braun, G.E. (Hrsg.): Handbuch Krankenhausmanagement, Bausteine für eine moderne Krankenhausführung, Stuttgart 1999, S. 343 – 365.

- Oberreuter, P. (2010):** Einweisermanagement und -marketing, in: Debatin, J.F./Ekkernkamp, A./Schulte, B. (Hrsg.): Krankenhausmanagement. Strategien, Konzepte, Methoden, Berlin 2010, S. 161 – 165.
- OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development (2012):** OECD Health Data 2012, Online verfügbar unter <http://www.oecd.org>, Abruf am 22.10.2012.
- Oertel, C. (2000):** Stakeholder Orientierung als Prinzip der Unternehmensführung, München 2000.
- Olandt, H. (1998):** Dienstleistungsqualität in Krankenhäusern. Operationalisierung und Messung der Patientenwahrnehmung, Wiesbaden 1998.
- Oliver, R. (1980):** A cognitive Model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions, in: Journal of Marketing Research, Vol. 17 (1980), S. 460 – 469.
- Oppel, K. (2003):** Elektronische Beschaffung im Krankenhaus. Nutzung, Gestaltung und Auswirkungen von B – to – B – Marktplätzen, zugl. Diss. Universität Marburg 2002, Wiesbaden 2003.
- Oppewal, H./Timmermanns, H. J. P. (1999):** Modeling consumer perception of public space in shopping centers, in: Environment and Behavior, Vol. 31 (1999), Issue 1, S. 45 - 65.
- Orme, B. (1997):** ACA, CBC or Both? Effective Strategies for Conjoint Research, Online verfügbar unter <http://www.sawtoothsoftware.com>, Abruf am 07.09.2003.
- Orme, B. (2003):** Which Conjoint Method Should I use?, Research Paper Series, Sawtooth Software Inc. 2003.
- Pantilat, S.Z./Lindenauer, P.K./Katz, P.P./Wachter, R.M. (2001):** Primary Care Physician Attitudes Regarding Communication with Hospitalists, in: American Journal of Medicine, Vol. 111 (2001), S. 15S – 20S.
- Paterson, J.M./Allega, R.L. (1999):** Improving communication between hospital and community physicians, in: Canadian Family Physician, Vol. 45 (1999), S. 2893 – 2899.
- Patzak, M. (2009):** Alternative Finanzierungsinstrumente für Krankenhäuser, zugl. Diss. Universität Erlangen-Nürnberg 2008, Burgdorf 2009.
- Paul, T. (1989):** Misconceptions and Recommendations on Hospital Advertising, in: Journal of Health Care Marketing, Vol. 9 (1989), Issue 4, S. 2 – 4.
- Pelz, J.R. (2012):** Aussagefähigkeit und Aussagewilligkeit von Probanden bei der Conjoint-Analyse, zugl. Diss. Universität Hohenheim 2011, Wiesbaden 2012.
- Penney, T.M. (1988):** Delayed communication between hospitals and general practitioners: where does the problem lie?, in: British Medical Journal, Vol. 297 (1988), S. 28 – 29.

- Peyton, R.M./Pitts, S./Kamery, R.H. (2003):** Consumer Satisfaction/Dissatisfaction (CS/D). A Review of the Literature prior to the 1990s, in: Proceedings of the Academy of Organizational Culture, Communications and Conflict, Vol. 7 (2003), Issue 2, S. 41 – 45.
- Pfaff, H./Brinkmann, A./Lütticke, J./Nitzsche, A./Steffen, P. (2004):** Der Kölner Einweiserfragebogen (KEF), Veröffentlichungsreihe der Abteilung Medizinische Soziologie des Instituts für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Sozialhygiene der Universität zu Köln, Forschungsbericht 2/2004.
- Picot, A. (1982):** Transaktionskostenansatz in der Organisationstheorie, in: Die Betriebswirtschaft, 42. Jg. (1982), S. 267 – 284.
- Picot, A. (1991):** Ökonomische Theorien der Organisation. Ein Überblick über neuere Ansätze und deren betriebswirtschaftliches Anwendungspotential, in: Ordeltshede, D./Rudolph, B./Büselmann, E. (Hrsg.): Betriebswirtschaft und ökonomische Theorie, Stuttgart 1991, S. 143 – 170.
- Pöhls, K. (2012):** Lean Management in Krankenhäusern, zugl. Diss. Universität Marburg 2011, Wiesbaden 2012.
- Porter, M.E. (2004):** Wie die Kräfte des Wettbewerbs Strategien beeinflussen, in: Harvard Business manager, Oktober 2004, S. 49 – 61.
- Porter, M.E./Guth, C. (2012):** Chancen für das deutsche Gesundheitssystem, Berlin/Heidelberg 2012.
- Porzolt, F./Clouth, J./Deutschmann, M./Hippler, H.-J. (2010):** Preferences of diabetic patients and physicians: a feasibility study to identify the key indicators for appraisal of health care values, in: Health and Quality of Life Outcomes, Vol. 8 (2010), 125.
- Preusker, U.K. (2013):** Lexikon des deutschen Gesundheitssystems, 4. Aufl., Heidelberg 2013.
- Quack, H. (1980):** Die Einstellungsrelevanz von Produktmerkmalen. Multidimensionale Messung und Bedeutung für die Wirkung von Werbebotschaften, Frankfurt 1980.
- Raab, A. (2011):** Sieben Erfolgsfaktoren zur Optimierung des Einweiserbeziehungsmanagements, in: das Krankenhaus, 103. Jg. (2011), Heft 6, S. 591 – 594.
- Raab, A./Drissner, A. (2011):** Einweiserbeziehungsmanagement. Wie Krankenhäuser erfolgreich Win-Win-Beziehungen zu niedergelassenen Ärzten aufbauen, Stuttgart 2011.
- Raaij, F.W. van (1977):** Consumer Choice Behavior. An information-processing Approach, Tilburg 1977.
- Raffée, H./Sauter, B./Silberer, G. (1973):** Theorie der kognitiven Dissonanz und Konsumgüter-Marketing. Der Beitrag der Theorie der kognitiven Dissonanz zur Erklärung und Gestaltung von Kaufentscheidungen bei Konsumgütern, Wiesbaden 1973.

- Rawal, J./Barnett, P./Lloyd, B.W. (1993):** Use of structured letters to improve communication between hospital doctors and general practitioners, in: *British Medical Journal*, Vol. 307 (1993), S. 1044.
- Reiners, W. (1996):** Multiattributive Präferenzstrukturmodellierung durch die Conjoint Analyse. Diskussion der Verfahrensmöglichkeiten und Optimierung von Paarvergleichsaufgaben bei der adaptiven Conjoint Analyse, Münster 1996.
- Reynolds, G.A./Chitnis, J.G./Roland, M.O. (1991):** General practitioner outpatient referrals: do good doctors refer more patients to hospital?, in: *British Medical Journal*, Vol. 302 (1991), S. 1250 – 1252.
- Richter, R./Bindseil, U. (1995):** Neue Institutionenökonomik, in *WiSt – Wirtschaftswissenschaftliches Studium*, 24. Jg. (1995), S. 132 – 140.
- Riegl, G.F. (2011):** Strategische Umsetzung: Wie mit einem maßgeschneiderten Einweiser-Service-Zentrum (ESZ) erfolgreiches Einweisermarketing zur Klinikrealität wird, in: Raab, A./Drissner, A. (Hrsg.): *Einweiserbeziehungsmanagement. Wie Krankenhäuser erfolgreich Win-Win-Beziehungen zu niedergelassenen Ärzten aufbauen*, Stuttgart 2011, S. 211 – 220.
- Riegl, G.F. (2000):** *Krankenhaus-Marketing und Qualitäts-Management*, Augsburg 2000.
- Roland, M. (1988):** General practitioner referral rates, in: *British Medical Journal*, Vol. 297 (1988), S. 437 – 438.
- Roland, M.O./Morris, R. (1988):** Are referrals by general practitioners influenced by the availability of consultants?, in: *British Medical Journal*, Vol. 297 (1988), S. 599 – 600.
- Roland, M.O./Porter, R.W./Matthews, J.G./Redden, J.F./Simonds, G.W./Bewley, B. (1991):** Improving care: a study of orthopaedic outpatient referrals, in: *British Medical Journal*, Vol. 302 (1991), S. 1124 – 1128.
- Rosenberg, J.M. (1956):** Cognitive Structure and Attitudinal Affect, in: *Journal of Abnormal and Social Psychology*, Vol. 53 (1956), S. 367 – 372.
- Rosko, M.D./DeVita, M./McKenna, W./Walker, L.R. (1985):** Strategic Marketing Applications of Conjoint Analysis: A HMO Perspective, in: *Journal of Health Care Marketing*, Vol. 5 (1985), Issue 4, S. 27 – 38.
- Rost, M. (2002):** Zur Effizienz des Einweisungsverhaltens niedergelassener Ärzte unter besonderer Berücksichtigung vernetzter Praxen, Baden-Baden 2002.
- Rowlands, S./Callen, J./Westbrook, J. (2010):** What information do general practitioners need to care for patients with lung cancer? A survey of general practitioners perceptions, in: *Health Information Management Journal*, Vol. 39 (2010), Issue 1, S. 8 – 16.

- Rowlands, S./Callen, J./Westbrook, J. (2012):** Are General Practitioners getting the information they need from hospitals to manage their lung cancer patients? A qualitative exploration in: *Health Information Management Journal*, Vol. 41 (2012), Issue 2, S. 4 – 13.
- Rudolph, B. (1998):** Kundenzufriedenheit im Industriegüterbereich, Wiesbaden 1998.
- Rusbult, C. (1980):** Commitment and Satisfaction in Romantic Associations. A Test of the Investment Model, in: *Journal of Experimental Social Psychology*, Vol. 16 (1980), S. 172 – 186.
- Ryan, M./Farrar, S. (2000):** Using conjoint analysis elicit preferences for health care, in: *British Medical Journal*, Vol. 320 (2000), S. 1530 – 1533.
- Ryan, M./Hughes, J. (1997):** Using conjoint analysis to assess women's preferences for miscarriage management, in: *Health Economics*, Vol. 6 (1997), S. 261 – 273.
- Saßen, S./Franz, M. (2007):** Grundlagen des Zuweisermarketings – Methoden und Instrumente in der Zuweiserkommunikation, in: Saßen, S./Franz, M. (Hrsg.): *Zuweisermarketing und sektorenübergreifende Kommunikation*, Heidelberg et al. 2007, S. 1 – 37.
- Schaarschmidt, H. (2002):** Zentrale Parameter im Handlungsfeld der einrichtungsübergreifenden Kooperation im Gesundheitssystem, in: Dieffenbach, S./Landenberger, M./von der Weiden, G. (Hrsg.): *Kooperation in der Gesundheitsversorgung*, Neuwied und Kriftel 2002.
- Schmeißer, N. (2002):** Bestimmung der Präferenzstruktur konkurrierender Beratungs- und Informationsangebote im Rahmen der Gestaltung ärztlicher Netzwerke, zugl. Diss. Universität Köln 2002, Aachen 2002.
- Schmid, S.: (2005):** Kooperation: Erklärungsperspektiven interaktionstheoretischer Ansätze, in: Zentes, J./Swoboda, B./Moschett, D. (Hrsg.): *Kooperationen, Allianzen und Netzwerke*, 2. Aufl., Wiesbaden 2005, S. 235 – 256.
- Schmidt, C./Möller, J. (2007):** Katalysatoren des Wandels, in: Klauber, J./Robra, B.-P./Schellschmidt, H. (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2006. Schwerpunkt: Krankenhausmarkt im Umbruch*, Stuttgart 2007, S. 3 – 19.
- Schmitz, Ch. (2006):** Zielgruppen erfolgreich bearbeiten, in: *Orthopädie-Technik*, 57. Jg. (2006), S. 408 - 411.
- Schnack, D. (2001):** Krankenhäuser sollten einweisende Ärzte besser ansprechen, in: *Ärzte-Zeitung*, 31.08.2001.
- Schneider, C. (1997):** Präferenzbildung bei Qualitätsunsicherheit. Das Beispiel Wein, zugl. Diss. Universität Mannheim 1996, Berlin 1997.
- Scholz, H. (1999):** Kommunikation im Gesundheitswesen. Handbuch zur Konfliktvermeidung, Göttingen 1999.

- Schreiber, W./Hadersdorfer, H. (2010):** Was wünschen sich niedergelassene Ärzte von dem psychiatrischen Krankenhaus, in das sie ihre Patienten überweisen? Auswertung einer Einweiserbefragung, in: Psychiatrische Forschung, 1. Jg. (2010), Supplement 1, S. 100 – 103.
- Schreyögg, J./Weinbrenner, S./Busse, R. (2010):** Leistungsmanagement in der Integrierten Versorgung, in: Busse, R./Schreyögg, J./Tiemann, O. (Hrsg.): Management im Gesundheitswesen, 2. Aufl., Berlin, Heidelberg 2010, S. 101 – 121.
- Schröder, R.W. (2009):** Neue Perspektive für das Medizincontrolling. Konzeptionen des Patientenwerts, in: Wall, F./Schröder, R.W. (Hrsg.): Controlling zwischen Shareholder Value und Stakeholder Value, München 2009.
- Schröder, R.W. (2012):** Mitarbeiter als strategischer Erfolgsfaktor im Krankenhaus, in: Kuntz, L./Bazan, M. (Hrsg.): Management im Gesundheitswesen, Diskussionspapiere des Arbeitskreises „Ökonomie im Gesundheitswesen“ der Schmalenbach-Gesellschaft für Betriebswirtschaft e.V., Wiesbaden 2012, S. 409 – 438.
- Schubert, B. (1991):** Entwicklung von Konzepten für Produktinnovationen mittels Conjoint-Analyse, Stuttgart 1991.
- Schubert, B. (1995):** Conjoint-Analyse, in: Tietz, B./Köhler, R./Zentes, J. (Hrsg.): Handwörterbuch des Marketing, 2. Aufl., Stuttgart 1995, Sp. 376 – 389.
- Schüle, H. (2006):** E-Health. Entwicklungsstand, Kosten und Nutzen, in wisu – das wirtschaftsstudium, 35. Jg. (2006), Heft 1, S. 91 – 98.
- Schütze, R. (1992):** Kundenzufriedenheit – After-Sales-Marketing auf industriellen Märkten, Wiesbaden 1992.
- Schwarz, U./Hutter, K. (2012):** Marketing-Management. Wie sich das Verhalten von Konsumenten beeinflussen lässt, in: Hoffmann, S./Schwarz, U./Mai, R. (Hrsg.): Angewandtes Gesundheitsmarketing, Wiesbaden 2012, S. 45 – 55.
- Schweikl, H. (1985):** Computergestützte Präferenzanalyse mit individuell wichtigen Produktmerkmalen, Berlin 1985.
- Schwing, C. (2004):** Hospital am seidenen Faden. Einweisermanagement: Der Vertragsarzt spielt die erste Geige, in: krankenhaus Umschau, 73. Jg. (2004), Verlagsbeilage zum Heft 6, S. 1 – 2.
- Schwing, C. (2006):** Der Allmacht der Überweiser ausgeliefert, in: krankenhaus Umschau, 75. Jg. (2006), Heft 8, S. 724 – 726.
- Shepherd, C.D./Fell, D. (1996):** Hospital Marketing and the Internet, in: Journal of Health Care Marketing, Vol. 16 (1996), S. 47 – 48.
- Sherif, M./Hovland, C.I. (1961):** Social Judgements. Assimilation and Contrast Effects in Communication and Attitude Change, New Haven 1961.

- Sheth, J./Mittal, B./Newman, B. (1999):** Customer Behavior. Consumer Behavior and Beyond, Orlando 1999.
- Sheth, J./Raju, P.S. (1979):** Wahlentscheidungen und Prozessmodelle des Informationsverhaltens von Konsumenten, in: Meffert, H./Steffenhagen, H./Freter, H. (Hrsg.): Konsumverhalten und Information, Wiesbaden 1979, S.147 – 159.
- Shortell, S.M. (1974):** Determinants of Physician Referral Rates. An Exchange Theory Approach, in: Medical Care, Vol. 12 (1974), Issue 1, S. 13 – 31.
- Shortell, S.M./Anderson, O.W. (1971):** The Physician Referral Process. A Theoretical Perspective, in: Health Services Research, Vol. 6 (1971), Issue 1, S. 39 – 48.
- Simon, A. (2010):** Der Informationsbedarf von Patienten hinsichtlich der Krankenhausqualität. Eine empirische Untersuchung zur Messung des Involvements und der Informationspräferenzen, zugl. Diss. Universität Marburg 2009, Wiesbaden 2010.
- Sisignano, A. (2001):** Kommunikationsmanagement im Krankenhaus, Neuwied 2001.
- Smith, B./Siebert, D. (2004):** Warum benutzen Ärzte keinen Computer, in: Deutsches Ärzteblatt, 101. Jg. (2004), Heft 11, Supplement: Praxis Computer, S. 18 – 20.
- Sommerhoff, P./Clausen, C.C. (2012):** Fallstudie: Krankenhausmanagement, in: Thielscher, C. (Hrsg.): Medizinökonomie. Band 2: Unternehmerische Praxis und Methodik, Wiesbaden 2012, S. 243 – 262.
- Spremann, K. (1988):** Reputation, Garantie, Information, in: Zeitschrift für Betriebswirtschaft, 58. Jg. (1988), S. 613 – 629.
- Spremann, K. (1990):** Asymmetrische Information, in: Zeitschrift für Betriebswirtschaft, 60. Jg. (1990), S. 561 – 586.
- Srinivasan, V./Jain, A.K./Malhotra, N.K. (1983):** Improving predictive power of conjoint analysis by constrained parameter estimation, in: Journal of Marketing Research, Vol. 20 (1983), S. 433 – 438.
- Srinivasan, V./Shocker, A. D. (1973):** Linear programming techniques for multidimensional analysis of preference, in: Psychometrika, Vol. 38 (1973), S. 337 – 369.
- Stadtler, K. (1993):** Conjoint Measurement, in: Planung und Analyse, 2. Jg. (1993), Heft 4, S. 32 – 38.
- Stallmeier, C. (1993):** Die Bedeutung der Datenerhebungsmethode und des Untersuchungsdesigns für die Ergebnisstabilität der Conjoint-Analyse, Regensburg 1993.
- Starey, C.J.H. (1961):** A Hospital Outpatient Referral Survey, in: Journal of the College of General Practitioners, Vol. 4 (1961), Issue 2, S. 214 – 222.

- Stauss, B. (1999):** Kundenzufriedenheit, in: Marketing ZFP, 21. Jg. (1999), S. 5 – 24.
- StBA – Statistisches Bundesamt (2006):** Fachserie 12/Reihe 6.1 und 6.1.1 Gesundheitswesen. Grunddaten der Krankenhäuser, Online verfügbar unter <http://www.destatis.de>, Abruf am 21.03.2007.
- StBA – Statistisches Bundesamt (2009):** Der Dienstleistungssektor. Wirtschaftsmotor in Deutschland. Ausgewählte Ergebnisse von 2003 – 2008, Wiesbaden 2009.
- StBA – Statistisches Bundesamt (2011):** Gesundheitsausgabenrechnung. Methoden und Grundlagen 2008, Wiesbaden 2011.
- StBA – Statistisches Bundesamt (2012a):** Statistisches Jahrbuch 2012. Deutschland und Internationales, Wiesbaden 2012.
- StBA – Statistisches Bundesamt (2012b):** Zahlen & Daten zur Gesundheit, Online verfügbar unter <http://www.destatis.de>, Abruf am 28.09.2012.
- StBA – Statistisches Bundesamt (2012c):** Gesundheitsberichtserstattung des Bundes, Online verfügbar unter <http://www.gbe-bund.de>, Abruf am 28.09.2012.
- StBA – Statistisches Bundesamt (2012d):** Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12, Reihe 6.1.1, Wiesbaden 2012.
- Steiner, M. (2007):** Nachfragerorientierte Präferenzmessung, zugl. Diss. Universität Jena 2007, Wiesbaden 2007.
- Stille, C.J./McLaughlin, T.J./Primack, W.A./Mazor, K.M./Wasserman, R.C. (2006):** Determinants and Impact of Generalist-Specialist Communication About Pediatric Outpatient Referrals, in: Pediatrics, Vol. 118 (2006), Issue 4, S. 1341 – 1349.
- Stock-Homburg, R. (2012):** Der Zusammenhang zwischen Mitarbeiter- und Kundenzufriedenheit, 5. Aufl., Wiesbaden 2012.
- Strehlau-Schwoll, H. (2001):** Unterschiedliche Formen der Kooperationen für das Krankenhaus. Möglichkeiten und Grenzen, in: Hellmann, W. (Hrsg.): Management von Gesundheitsnetzen. Theoretische und praktische Grundlagen für ein neues Berufsfeld, Stuttgart, Berlin und Köln 2001, S. 10 – 20.
- Strotbek, J. (2004):** Die Kommunikation von Krankenhausärzten mit niedergelassenen Ärzten am Beispiel eines Kreiskrankenhauses, Studie, Berlin 2004.
- Surender, R./Bradlow, J./Coulter, A./Doll, H./Brown (1995):** Prospective study of trends in referral patterns in fundholding and non-fundholding practices in the Oxford region, in: British Medical Journal, Vol. 311 (1995), S. 1205 – 1208.
- SVR – Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001):** Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirt-

schaftlichkeit, Band III: Über- Unter- und Fehlversorgung, Baden-Baden 2001.

- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2003):** Gutachten 2003. Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, Kurzfassung, Online verfügbar unter <http://www.svr-gesundheit.de>, Abruf am 25.10.2012.
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007):** Gutachten 2007. Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Kurzfassung, Online verfügbar unter <http://www.svr-gesundheit.de>, Abruf am 18.10.2012.
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009):** Sondergutachten 2009. Koordination und Integration, Kurzfassung, Online verfügbar unter <http://www.svr-gesundheit.de>, Abruf am 15.10.2012.
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012):** Sondergutachten 2012. Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Kurzfassung, Online verfügbar unter <http://www.svr-gesundheit.de>, Abruf am 15.10.2012.
- Swayne, L.E./Duncan, W.J./Ginter, P.M. (2006):** Strategic Management of Health Care Organizations, Oxford 2006.
- Sweeney, B. (1994):** The referral system, in: British Medical Journal, Vol. 309 (1994), S. 1180 – 1181.
- Szymanski, D./Henard, D. (2001):** Customer Satisfaction. A Meta-Analysis of the Empirical Evidence, in: Journal of the Academy of Marketing Science, Vol. 29 (2001), S. 16 – 35.
- Tandjung, R./Roseman, Th./Badertscher, N. (2011):** Gaps in continuity of care at the interface between primary care and specialized care: general practitioners' experiences and expectations, in: International Journal of General Medicine, Vol. 4 (2011), S. 773 – 778.
- Teece, D.J. (1984):** Economic Analysis and Strategic Management, in: California Management Review, 26. Jg. (1984), Heft 3, S. 87 – 110.
- Teichert, T./Sattler, H./Völckner, F. (2008):** Traditionelle Verfahren der Conjoint-Analyse, in: Herrmann, A./Homburg, C./Klarmann, M. (Hrsg.): Handbuch Marktforschung. Methoden, Anwendungen, Praxisbeispiele, Wiesbaden 2008, S. 651 – 685.
- Theuerkauf, I. (1989):** Kundennutzenmessung mit Conjoint, in: Zeitschrift für Betriebswirtschaft, 59. Jg. (1989), S. 1179 – 1192.
- Thibaut, J./Kelley, H. (1959):** The Social Psychology of Groups, New York, London, Sydney 1959.

- Thill, K.-D. (1996):** Ideenhandbuch für ein erfolgreiches Krankenhaus-Marketing. Kommunikationsmanagement für Krankenhäuser, Kulmbach 1996.
- Thill, K.-D. (2010):** Einweisermarketing für Krankenhäuser. Niedergelassene Ärzte professionell gewinnen und binden, 2. Aufl., Wiesbaden 2010.
- Thomas, L. (1979):** Conjoint Measurement als Instrument der Absatzforschung, in: Marketing ZFP, 1. Jg. (1979), S. 199 – 211.
- Thomas, L. (1983):** Der Einfluss von Kindern auf Produktpräferenzen ihrer Mütter, Berlin 1983.
- Tiemann, O./Schreyögg, J./Wörz, M./Busse, R. (2010):** Leistungsmanagement in Krankenhäusern, in: Busse, R./Schreyögg, J./Tiemann, O. (Hrsg.): Management im Gesundheitswesen, 2. Aufl., Berlin, Heidelberg 2010, S. 47 – 75.
- Tscheulin, D.K. (1992):** Optimale Produktgestaltung. Erfolgsprognose mit Analytic Hierarchy Process und Conjoint Analyse, Wiesbaden 1992.
- Tscheulin, D.K./Dietrich, M. (2010):** Das Management von Kundenbeziehungen im Gesundheitswesen, in: Georgi, D./Hadwich, K. (Hrsg.): Management von Kundenbeziehungen, Wiesbaden 2010.
- Tscheulin, D.K./Rost, M. (2001):** Versorgungsnetze als Weg zu marktwirtschaftlicher Entwicklungsdynamik, in: Kreyher, V.J. (Hrsg.): Handbuch Gesundheits- und Medizinmarketing, Heidelberg 2001, S. 339 – 363.
- Umar, N./Litaker, D./Schaarschmidt, M.-L./Peitsch, W.K./Schmieder, A./Terris, D.D. (2012):** Outcomes associated with matching patients' preferences to physicians' recommendations: study methodology, in: BMC Health Services Research, Vol. 12 (2012), 1.
- van Lente, E.J./Willenborg, P. (2012):** Das Alphabet der Versorgung, in: Gesundheit und Gesellschaft, 15. Jg. (2012), Heft 1, S. 38 – 41.
- van Walraven, C./Seth, R./Austin, P.C./Laupacis, A. (2002):** Effect of discharge summary availability during post-discharge visits on hospital re-admission, in: Journal of General Internal Medicine, Vol. 17 (2002), S. 186 – 192.
- Vera, A. (2006):** Strategische Allianzen im deutschen Krankenhauswesen – Ein empirischer Vergleich von horizontalen und vertikalen Kooperationen, in: ZfB – Zeitschrift für Betriebswirtschaft, 76. Jg. (2006), Heft 9, S. 835 – 865.
- Vera, A./Warnebler, P. (2006):** Strategisches Management in deutschen Krankenhäusern – Ergebnisse einer empirischen Trendstudie, in: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, 11. Jg. (2006), Heft 5, S. 285 – 291.

- von Eiff, W. (1997):** Krankenhausbetriebsvergleich. Controllinginstrument zur Planung und Steuerung von Leistungsprozessen, in: das Krankenhaus, Heft 10 (1997), S. 613 – 620.
- Weiber, R. (1996):** Was ist Marketing? Ein informationsökonomischer Erklärungsansatz, Arbeitspapier zur Marketingtheorie Nr. 1 des Lehrstuhls für Marketing an der Universität Trier, hrsg. von Rolf Weiber, 2. Aufl., Trier 1996.
- Weiber, R./Adler, J. (1995a):** Informationsökonomisch begründete Typologisierung von Kaufprozessen, in Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung, 47. Jg. (1995), S. 43 – 65.
- Weiber, R./Adler, J. (1995b):** Positionierung von Kaufprozessen im informationsökonomischen Dreieck. Operationalisierung und verhaltenswissenschaftliche Prüfung, in: Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung, 47. Jg. (1995), S. 99 – 123.
- Weiber, R./Adler, J. (1995c):** Der Einsatz von Unsicherheitsreduktionsstrategien im Kaufprozess. Eine informationsökonomische Analyse, in: K. Kaas (Hrsg.): Kontrakte, Geschäftsbeziehungen, Netzwerke. Marketing und Neue Institutionenökonomik, Düsseldorf 1995, S. 61 – 77.
- Weiber, R./Mühlhaus, D. (2009):** Auswahl von Eigenschaften und Ausprägungen bei der Conjointanalyse; in: Baier, D./Brusch, M. (Hrsg.): Conjointanalyse. Methoden, Anwendungen, Praxisbeispiele, Wiesbaden 2009, S. 43 – 58.
- Weiber, R./Rosendahl, T. (1996):** Einsatzmöglichkeiten alternativer Untersuchungsansätze der Conjoint-Analyse, in: Ahsen, A./Czenskowsky, T. (Hrsg.): Marketing und Marktforschung. Entwicklungen, Erweiterungen und Schnittstellen im nationalen und internationalen Kontext, Hamburg 1996, S. 557 – 584.
- Weiber, R./Rosendahl, T. (1997):** Anwendungsprobleme der Conjoint-Analyse, in: Marketing ZFP, 19. Jg. (1997), S. 107 – 118.
- Weiner, B. (2000):** Attributional Thoughts about Consumer Behavior, in: Journal of Consumer Research, Vol. 27 (2000), S. 382 – 387.
- Weippert, D.R./Garbrecht, M. (o.J.):** Die koordinierte Entlassung – ein richtiger Schritt zur Integrierten Versorgung, Online verfügbar unter <http://www.kh-neuperlach.de>, Abruf am 26.08.2003.
- Weisenfeld, U. (1989):** Die Einflüsse von Verfahrensvariationen und der Art des Kaufentscheidungsprozesses auf die Reliabilität der Ergebnisse bei der Conjoint Analyse, Berlin 1989.
- Westerman, R.F./Hull, F.M./Bezemer, P.D./Gort, G. (1990):** A study of communication between general practitioners and specialists, in: British Journal of General Practice, Vol. 40 (1990), S. 445 – 449.

- Weymier, R.E. (2004):** The Hospital/Physician Divide. Understanding the Drivers of their Relationships, in: *The Physician Executive*, Vol. 30 (2004), S. 60 – 62.
- Wieseke, J. (2004):** Implementierung innovativer Dienstleistungsmarken. Erfolgsfaktoren und Gestaltungsvorschläge auf Basis einer empirischen Mehrebenenanalyse, Wiesbaden 2004.
- Williamson, O.E. (1985):** *The Economic Institutions of Capitalism. Firms, Markets, Relational Contracting*, New York, London 1985.
- Williamson, O.E. (1991):** Comparative Economic Organization. Vergleichende ökonomische Organisationstheorie. Die Analyse diskreter Strukturalternativen, in: Ordelheide, D./Rudolph, B./Büßelmann, E. (Hrsg.): *Betriebswirtschaft und ökonomische Theorie*, Stuttgart 1991, S. 13 – 49.
- Wiswede, G. (1995):** *Einführung in die Wirtschaftspsychologie*, 2. Auflage, München 1995.
- Wittink, D.R./Krishnamurthi, L./Reibstein, D.J. (1989):** The Effect of Differences in the Number of Attribute Levels on Conjoint Results, in: *Marketing Letters*, Vol. 1 (1989), Issue 2, S. 113 – 123.
- Wittink, M.N./Cary, M./TenHave, T./Baron, J./Gallo, J.J. (2010):** Towards Patient-Centered Care for Depression. Conjoint Methods to tailor treatment based on Preferences, in: *The Patient: Patient-Centered Outcomes Research*, Vol. 3 (2010), Issue 3, S. 145 – 157.
- Wöhe, G. (2005):** *Einführung in die Allgemeine Betriebswirtschaftslehre*, 22. Aufl., München 2005.
- Wolf, J. (2003):** *Organisation, Management, Unternehmensführung. Theorien und Kritik*, Wiesbaden 2003.
- Wolf, L. J. (2005):** *Mitarbeiterzufriedenheit als Determinante der wahrgenommenen Dienstleistungsqualität*, zugl. Diss. Universität Marburg 2004, Wiesbaden 2005.
- Woratschek, H. /Horbel, C. (2011):** Relationship Management im Gesundheitswesen – ein theoretischer Rahmen zur Analyse der Beziehungen, in: G. Rüter, P. Da-Cruz, Ph. Schwegel (Hrsg.): *Gesundheitsökonomie und Wirtschaftspolitik*, Stuttgart 2011, S. 289 – 303.
- Zapotoczky, K./Gampenrieder, W./Schöppl, I. (2002):** *Schnittstellenoptimierung im Gesundheitswesen*, Linz 2002.
- Zimmer, D. (2010):** *Der Multilevel-Charakter der Reputation von Unternehmen. Eine empirische Analyse der Krankenhaus- und Fachabteilungsreputation bei niedergelassenen Ärzten*, zugl. Diss. Universität Marburg 2009, Wiesbaden 2010.
- Zinn, W./Messner, Th. (2004):** Wie müssen Krankenhäuser ihre Beziehungen zu den niedergelassenen Ärzten in Zukunft gestalten?, in: *das Krankenhaus*, 96. Jg. (2004), Heft 3, S. 196 – 199.

Verzeichnis der Rechtsquellen

2. FPÄndG	Zweites Fallpauschalenänderungsgesetz
BeitrEntlG	Gesetz zur Entlastung der Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung (Beitragsentlastungsgesetz)
BpflV	Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespfllegesatzverordnung)
FPÄndG	Gesetz zur Änderung der Vorschriften zum diagnose-orientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser und zur Änderung anderer Vorschriften (Fallpauschalenänderungsgesetz)
FPG	Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz)
GKV-FinG	Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz)
GKVRefG	Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Gesundheitsreformgesetz)
GKV-VStG	Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz)
GKV-WSG	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
GMG	Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz)
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte

GRG	Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheitsreformgesetz)
GSG	Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz)
KHEntgG	Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz)
KHG	Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz)
KHKG	Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhauskostendämpfungsgesetz)
KHNG	Gesetz zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung (Krankenhaus-Neuordnungsgesetz)
KHRG	Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz)
KHStabG	Gesetz zur Stabilisierung der Krankenhausaussgaben (Krankenhausstabilisierungsgesetz)
SGB V	Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung