

TEILNEHMER-CODE:

--	--	--	--	--

Bitte nicht ausfüllen!

Wichtiger Hinweis: Ihr Teilnehmer-Code, der von unserem TRUSTCENTER festgelegt und auf dem neutralen Kuvert aufnotiert wird, wird von unserer vom Trustcenter getrennt arbeitenden Auswertungsstelle – nach Öffnen dieses Kuverts - auf den Erhebungsbogen übertragen werden.

Ihre Anonymität ist damit absolut gewährleistet.

Für die Anonymisierung und Auswertung im Auftrag des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen zuständig: Prime Networks AG, Lautengartenstrasse 14, CH-4052 Basel
Dieser Erhebungsbogen ist urheberrechtlich geschützt. © 2009 Prime Networks AG

Struktur- und Kostenerhebung 2008

zum Versorgungsbereich der ambulanten Chirurgie

(Schwerpunkt: Bereich der niedergelassenen Vertragsärzte für Chirurgie)

Teil A Basisangaben zu Praxis und Tätigkeitsschwerpunkten

Erhebungsjahr

Sämtliche in diesem Bogen gemachten Angaben bitten wir, auf das **Erhebungsjahr 2008** zu beziehen. Sollte noch kein Jahresabschluss zu 2008 vorliegen, bitten wir bei **Teil B** um **Angaben zu 2007**.

A1 ALLGEMEINES

A1.1 ERÖFFNUNGSAHRE DER PRAXIS

⚠ Hier und in der Folge wird „Praxis“ als Synonym für sämtliche Organisationsformen im niedergelassenen Bereich verstanden.

Eröffnungsjahr

--	--	--

⚠ Bitte hier und bei allen nachfolgenden Fragen immer die Ziffern in die vorgesehenen Ziffernfelder eintragen!

☐ Beispiel „1991“:

1	9	9	1
---	---	---	---

A1.2 JAHR DES LETZTEN ORGANISATIONSWECHSELS DER PRAXIS

(z. B. Beitritt eines Partners, Umwandlung in überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft, Gründung einer Filiale, usw.)

Jahr des letzten

Organisationswechsel

--	--	--

A1.3 PRAXIS- BZW. ORGANISATIONSFORM

⚠ Bitte kreuzen Sie hier und in der Folge jeweils das zutreffende Kästchen an! Bei mehreren Betriebsstätten (siehe A1.4) sind **Mehrfachantworten möglich!**

- Einzelpraxis Gemeinschaftspraxis Praxisgemeinschaft Medizinisches Versorgungszentrum
 Filiale bzw. Zweitpraxis Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft

ZUSAMMENSETZUNG DER PARTNER

⚠ Im Falle einer Gemeinschaftspraxis (GP), Praxisgemeinschaft (PG), Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) oder eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) bitten wir Sie nachfolgend, das zutreffende Kästchen anzukreuzen.

- fachgleich fachübergreifend

⚠ Im Falle einer **Gemeinschaftspraxis** (mit einer einzigen, gemeinsamen KV-Nummer für alle Ärzte) bitten wir Sie, den Erhebungsbogen mit all Ihren Kollegen bzw. (Mit-)Inhabern **gemeinsam** auszufüllen und **nur einen einzigen, gemeinsam ausgefüllten Erhebungsbogen** an die Eingangsstelle zurückzusenden.

Arbeiten Sie mit mehreren Ärzten mit jeweils eigener, separater KV-Nummer in einer **Praxisgemeinschaft** zusammen (in diesem Fall nur das Feld „Praxisgemeinschaft“ ankreuzen), so bitten wir Sie darum, dass **jeder unter A1.6 aufgeführte Kollege für sich einen Erhebungsbogen** ausfüllt. Die Kosten für die Nutzung gemeinsamer Geräte, Räume, usw. sind hierbei anteilig auf die beteiligten Ärzte aufzusplitten.

Im Falle einer **fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis** (z. B. mit einem hausärztlich tätigen Allgemeinmediziner oder einem anderen Facharzt) bitten wir Sie, **nur jene Angaben** zu Ärzten, Personal, Raumsituation, technischer Ausstattung, Aufwendungen und Einnahmen bzw. Honoraren zu machen, welche den Versorgungsbereich der Chirurgie nach dem in **A1.6 angegebenen Teil Ihrer Gemeinschaftspraxis** betreffen. Angaben zu anderen Teilen der Praxis sind bitte wegzulassen. Gleiches gilt für ein **Medizinisches Versorgungszentrum**.

A1.4 ANZAHL DER BETRIEBSSTÄTTEN

Anzahl der Betriebsstätten

--	--

A1.5 ZUSTÄNDIGE KV

⚠ **Zuständige KV bitte unbedingt angeben**, um die Repräsentativität der Stichprobe hinsichtlich der Verteilung der Erhebungsteilnehmer auf die KVen überprüfbar zu machen. Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen wird lediglich Auswertungen in aggregierter Form erhalten.

K	V	
---	---	--

(Gängige Abkürzung genügt!)

oder **ersten beiden Stellen** Ihrer KV-Abrechnungsnummer

--	--

Falls Unterstützung durch unser **Helpdesk** erwünscht, kontaktieren Sie bitte:

www.primetrustcenter.eu

A1.6 ZUSAMMENSETZUNG DER PRAXISINHABER / PARTNER

A1.6.1 FACHARZTTITEL/BERUFSBEZEICHNUNG

⚠ Im Falle einer **Einzelpraxis** bitten wir Sie, Ihren Facharzttitel, Schwerpunkte, Teilgebietsbezeichnungen und ggf. Zusatzbezeichnungen gemäß der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer anzugeben (Arzt 1).

⚠ Im Falle einer **Gemeinschaftspraxis** bitten wir Sie, diese Angaben für jeden Partner bzw. Praxisinhaber vorzunehmen (Arzt 1,2,3, usw.). Sollte die Zahl der Antwortmöglichkeiten nicht ausreichen, bitten wir Sie, die Angaben auf einem separaten, beizulegenden Blatt fortzusetzen (in diesem Falle bitten wir Sie auch bei A2.1 so zu verfahren). Bitte halten Sie hier sowie bei Frage A2.1 die gleiche Reihenfolge der Ärzte ein.

Arzt	Lebensalter in Jahren	Facharzt für Chirurgie	Schwerpunkt/Teilgebiet (Bezeichnung gemäß Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer)	Zusatzbezeichnung (Bezeichnung gemäß Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer)	Ggf. weitere Facharzttitel (Bitte Bezeichnung angeben)
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A1.6.2 ZULASSUNGSSTATUS / ZUSÄTZLICHE ÄRZTLICHE TÄTIGKEIT

Arzt	Zulassung durch KV				Zusätzliche ärztliche Tätigkeit			
	Volle Zulassung	Teilzulassung	Job-sharing	Sonderbedarfszulassung (Bitte Bezeichnung angeben)	D-Arzt	H-Arzt	Belegarzt	Honorar-/Konsiliararzt
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A1.7 SELBSTEINSCHÄTZUNG DES LEISTUNGSSCHWERPUNKTES DER PRAXIS INSGESAMT

Nehmen Sie bitte eine Selbsteinschätzung des Leistungsschwerpunktes vor, in dem Sie **maximal zwei Bereiche** ankreuzen!

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Allgemeine Chirurgie | <input type="checkbox"/> Unfallchirurgie/Orthopädie |
| <input type="checkbox"/> Gefäßchirurgie | <input type="checkbox"/> Kinderchirurgie |
| <input type="checkbox"/> Phlebologie | <input type="checkbox"/> Viszeralchirurgie |
| <input type="checkbox"/> Proktologie | <input type="checkbox"/> Plastische Chirurgie |
| <input type="checkbox"/> Handchirurgie | <input type="checkbox"/> Fußchirurgie |
| <input type="checkbox"/> Chirotherapie | <input type="checkbox"/> Physikalische Medizin |
| <input type="checkbox"/> Rheumatologie | <input type="checkbox"/> Sportmedizin |
| <input type="checkbox"/> Akupunktur | <input type="checkbox"/> Medizinische Gutachten |
| <input type="checkbox"/> Hernienzentrum | <input type="checkbox"/> Sonstige: |

A1.8 PRIMÄRE AUSRICHTUNG DER PRAXIS

- rein konservativ auch operativ, jedoch überwiegend konservativ überwiegend operativ rein operativ

A1.9 TEILNAHME AN STRUKTURVERTRAG, MODELLVORHABEN UND/ODER INTEGRATIVE VERSORGUNG

- JA NEIN Wenn ja, bitte auf gesondertem Blatt angeben

A1.10 BETEILIGUNG AN PRAXISNETZ

- JA NEIN

A1.11 GRÖÖE DES ORTES DER PRAXIS (EINWOHNERZAHL)

- unter 5.000 5.001 bis 20.000 20.001 bis 100.000 100.001 bis 500.000 über 500.000

A1.12 QUALITÄTSMANAGEMENT/ZERTIFIZIERUNG

Verfügen Sie über ein praxisinternes Qualitätsmanagement? JA NEIN

Wenn ja, welches System ist in Ihrer Praxis im Einsatz? (z. B. QEP, DIN ISO):

A1.13 ANGESTELLTE ÄRZTE SOWIE PERSONALAUSSTATTUNG IM ERHEBUNGSJAHR 2008

i Köpfe ... Anzahl Personen i VZÄ ... Vollzeitäquivalente (38,5 Wochenstunden = 1,0 VZÄ; 24 Wochenstunden = 0,62 VZÄ)	⚠ Einträge bitte immer rechtsbündig vornehmen!	
	Beispiel „2 Köpfe“: <input type="text" value="- 2"/>	Beispiel „1,6 VZÄ“: <input type="text" value="- 1,6"/>
Erhebungsjahr 2008		
Angestellte Ärzte	Köpfe	VZÄ
Angestellte Fachärzte	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Angestellte ärztliche Weiterbildungsassistenten	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Angestelltes Praxispersonal		
Arzthelferinnen (MFA)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Auszubildende	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Krankenschwester	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Technische Assistentinnen (MTA)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Speziell qualifiziertes Praxispersonal (z. B. für Physiotherapie, Krankengymnastik)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sonstiges Personal (Schreibkräfte, Hilfs- und Reinigungspersonal, externe Mitarbeiter)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Unentgeltlich tätige Familienangehörige	<input type="text"/>	<input type="text"/>

A2 ARBEITSAUSMAß, LEISTUNGSSPEKTRUM UND VERSORGUNGSSCHWERPUNKTE

A2.1 ARBEITSAUSMAß UND ARBEITSZEITAUFEILUNG DER PRAXISINHABER

Das **regelmäßige Arbeitspensum** der in der Praxis auf dem Gebiet der Chirurgie **selbständig tätigen Kollegen mit Zulassung** beträgt erfahrungsgemäß:

⚠ Bitte geben Sie die Arbeitszeit **in ganzen Stunden** an (auch außerhalb der Praxisöffnungszeiten). Bitte geben Sie zunächst die Gesamt-Wochenarbeitszeit an und nehmen Sie dann eine Aufteilung vor.

Tätigkeit in Stunden/Woche Arzt	In Zusammenhang mit Beratungsgesprächen, Untersuchungen und Behandlungen (abrechenbare Leistungserbringung)			Praxismanagement, Führungstätigkeit, Teilnahme an Versorgungsforschung, u.ä.	Inhaltlich-med. Arbeit ohne Patienten: Gutachten, QM-Arbeit, Fachlektüre, Fortbildung*	Gesamte Wochenarbeitszeit (Std.)	DAVON: Übernahme von delegierbaren Personalfunktionen** (in % der Gesamt-Wochenarbeitszeit)	Durchschnittliche jährliche Abwesenheit (in Kalendertagen/Jahr) wegen		
	in den med. Funktionseinheiten (siehe 2.3)	praxisextern (z. B. Heimb- oder Hausbesuche)	in der Klinik (belegärztlich, honorarärztlich)					Urlaub, Krankheit	Fortbildung***	Sonstige Abwesenheit
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* Praxisinterne, wöchentliche Qualitätssicherung und Fortbildung mit stundenweiser Einbindung der Ärzte

** Übernahme von delegierbarer Personaltätigkeit durch Arzt. (Tätigkeiten wie Anlage von Verbänden, Fertigung von Röntgenbildern, eigenständiges Schreiben von Arztberichten, insgesamt Dienste, die vom medizinischen Hilfspersonal übernommen werden könnten, wenn dieses ausreichend zur Verfügung stünde)

***Praxisexterne Fortbildung mit tageweiser oder auch mehrtägiger Abwesenheit (auch am Wochenende und an Feiertagen)

A2.2 ÖFFNUNGSDAUER DER PRAXIS

Die Praxis war im Erhebungsjahr in der Regel im Rahmen der Sprechstunde für Patienten geöffnet / die Betriebsdauer, während der patientenbezogene Leistungen durch Ärzte und/oder Personal erbracht wurden (einschließlich Fallkonferenzen, Telefonate mit Patienten, usw.), betrug in der Regel:

⚠ Geben Sie bitte bei einer oder mehreren Betriebsstätten die **Gesamtdauer** in ganzen und ggf. in halben Stunden an

Tag	Öffnungsdauer bzw. Sprechstunde (in ganzen und halben Stunden)	Tatsächliche Betriebsdauer (in ganzen und halben Stunden)
Montag	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dienstag	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mittwoch	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Donnerstag	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tag	Öffnungsdauer bzw. Sprechstunde (in ganzen und halben Stunden)	Tatsächliche Betriebsdauer (in ganzen und halben Stunden)
Freitag	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Samstag	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sonntag	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Summe	<input type="text"/>	<input type="text"/>

A2.3 FUNKTIONSEINHEITEN DER PRAXIS IM ERHEBUNGSJAHR 2008

Die Praxis bestand im Erhebungsjahr 2008 aus folgenden **Arbeits- und Funktionsräumen** (= Funktionseinheiten), in denen abrechnungsfähige Leistungen erbracht wurden:

- △ Geben Sie bitte die Anzahl der Arbeits- und Funktionsräume gleichen Typs an.
- △ Geben Sie bitte bei mehreren Betriebsstätten die **Gesamtzahl aller Funktionseinheiten** gleichen Typs an

⚠ Verschiedene Funktionseinheiten können sich auch zusammen in einem einzigen Raum befinden (z.B. Sonographie und Endoskopie). Auch wenn in jedem Raum gesprochen wird, bitte Sprechzimmer nur ohne weitere Funktionsoption angeben)
 Kreuzen Sie bitte alle Funktionseinheiten unabhängig von der räumlichen Aufteilung Ihrer Arztpraxis an.

Falls vorhanden,
bitte ankreuzen

Funktionseinheit	Anzahl	Anmerkungen:
Allgemeine Funktionseinheiten		
<input type="checkbox"/> Sprechzimmer (ohne weitere apparative Ausstattung)	<input type="text"/>	△ Bitte angeben, auch wenn räumlich kombiniert bzw. zusätzlich verwendet als Arztbüro (für Befunde, Arztbriefe, ...).
<input type="checkbox"/> Untersuchungs- und Behandlungsraum UBR	<input type="text"/>	△ Bitte angeben, auch wenn räumlich kombiniert mit anderen Funktionen
<input type="checkbox"/> Röntgenraum	<input type="text"/>	△ Bitte angeben, auch wenn räumlich kombiniert mit einem Sprechzimmer oder einem UBR.
<input type="checkbox"/> Gipsraum	<input type="text"/>	△ Bitte angeben, auch wenn räumlich kombiniert mit anderen Funktionen
<input type="checkbox"/> Bestrahlung/physikalische Therapie	<input type="text"/>	△ Bitte angeben, auch wenn räumlich kombiniert mit anderen Funktionen
<input type="checkbox"/> Eingriffsraum (kleinchirurgische Eingriffe)	<input type="text"/>	△ Bitte angeben, auch wenn räumlich kombiniert mit anderen Funktionen
<input type="checkbox"/> OP-Raum gemäß §115b SGB V	<input type="text"/>	△ Keine anderweitige Nutzung erlaubt
<input type="checkbox"/> Aufwachraum	<input type="text"/>	△ Bitte angeben, auch wenn räumlich kombiniert mit anderen Funktionen
Weitere medizinische Funktionseinheiten		
<input type="checkbox"/> Spezieller Untersuchungs- und Behandlungsraum UBR Chirotherapie	<input type="text"/>	△ Bitte angeben, auch wenn räumlich kombiniert mit anderen Funktionen
<input type="checkbox"/> Spezieller Untersuchungs- und Behandlungsraum UBR Proktologie	<input type="text"/>	△ Bitte angeben, auch wenn räumlich kombiniert mit anderen Funktionen
<input type="checkbox"/> Spezieller Untersuchungs- und Behandlungsraum UBR Sonographie	<input type="text"/>	Bitte angeben, auch wenn räumlich kombiniert mit anderen Funktionen
<input type="checkbox"/> Spezieller Untersuchungs- und Behandlungsraum UBR Angiologie	<input type="text"/>	△ Bitte angeben, auch wenn räumlich kombiniert mit anderen Funktionen
<input type="checkbox"/> Gastroenterologische Endoskopie (außer Prokto-/Rektoskopie)	<input type="text"/>	△ Bitte angeben, auch wenn räumlich kombiniert mit anderen Funktionen
<input type="checkbox"/> Krankengymnastik	<input type="text"/>	△ Bitte angeben, auch wenn räumlich kombiniert mit anderen Funktionen
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	△ Bitte angeben, auch wenn räumlich kombiniert mit anderen Funktionen
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	△ Bitte angeben, auch wenn räumlich kombiniert mit anderen Funktionen
<input type="checkbox"/> Praxisexternes (häusliches) Arbeitszimmer	<input type="text"/>	

A2.4 Zusätzliche, praxisextern erbrachte Leistungen

(angeboten über Gemeinschaftseinrichtungen bzw. Vertragspartner)

i **Mehrfachantworten** möglich! falls ja, dann bitte ohne weitere Angaben ankreuzen

- Beteiligung an / Vertrag mit Krankenhaus
 - als Belegarzt
 - als Honorar-/Konsiliararzt
 - als ambulanter Operateur
- Beteiligung an / Vertrag mit externem ambulanten OP-Zentrum
- Beteiligung an / Vertrag mit Physiotherapie-Institut

- Beteiligung an / Vertrag mit Reha-Einrichtung
- Beteiligung an / Vertrag mit Fitnessstudio
- Beteiligung an / Vertrag mit Sanitätshaus
- Beteiligung an / Vertrag mit Gerätegemeinschaft (z.B. MRT, Osteodensitometrie)
- Beteiligung an Laborgemeinschaft

A3 MEDIZINISCH-TECHNISCHE GERÄTE- UND SONSTIGE AUSSTATTUNG

Die Praxis verfügte im Bereich der Chirurgie im Erhebungsjahr über folgende **spezielle**, medizinisch-technische sowie sonstige Ausstattung:

- △ Geben Sie bitte die Anzahl der Geräte bzw. der Ausstattungen gleichen Typs an. Bitte geben Sie bei mehreren Betriebsstätten die Gesamtanzahl der Geräte an.
- △ Kreuzen Sie bitte an, ob das Gerät gekauft oder gemietet bzw. geleast wurde. Geben Sie bitte die weiteren, in Ihrer Praxis im Einsatz befindlichen Geräte an. Bei mehreren Geräten gleichen Typs bitten wir Sie, das **letzte Anschaffungsjahr** sowie den **Gesamt-Anschaffungswert** aller Geräte anzugeben

Falls vorhanden, bitte ankreuzen	Geräte	Anzahl	Art der Anschaffung		Anschaffungsjahr / Geleast seit	Bei Kauf: Anschaffungswert (inkl. MwSt.)
			Kauf	Miete / Leasing		
Allgemeiner Bereich						
<input type="checkbox"/>	Ausstattung Personalraum	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> , – €
<input type="checkbox"/>	Ausstattung Wartezimmer	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> , – €
<input type="checkbox"/>	Behinderten-WC	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> , – €
<input type="checkbox"/>	Klimaanlage (außer OP-Bereich)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> , – €
<input type="checkbox"/>	Küche	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> , – €
<input type="checkbox"/>	Lager, Archiv	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> , – €
<input type="checkbox"/>	Praxissprechsystem	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> , – €
<input type="checkbox"/>	Waschmaschine, Trockner	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> , – €
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> , – €
Bürobereich						
<input type="checkbox"/>	Büromaschinen (Drucker, Kopierer, Diktiergerät, Scanner usw.)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> , – €
<input type="checkbox"/>	EDV-Anlage	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> , – €
<input type="checkbox"/>	Rezeptionsanlage	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> , – €
<input type="checkbox"/>	Telefonanlage	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> , – €
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> , – €
Untersuchungs- und Behandlungszimmer						
<input type="checkbox"/>	Funktionsmobiliar	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> , – €
<input type="checkbox"/>	Untersuchungs- und Behandlungsliege	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> , – €
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> , – €
Notfallausrüstung						
<input type="checkbox"/>	EKG	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> , – €
<input type="checkbox"/>	Defibrillator/Notfallausrüstung,	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> , – €
<input type="checkbox"/>	Intubationsbesteck	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> , – €

Falls vorhanden, bitte ankreuzen	Geräte	Anzahl	Art der Anschaffung		Anschaffungsjahr / Geleast seit	Bei Kauf: Anschaffungswert (inkl. MwSt.)
<input type="checkbox"/>	Sauerstoff-Spendegerät	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,- €
<input type="checkbox"/>	Pulsoxymetrie	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,- €
<input type="checkbox"/>	Überwachungsmonitor	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,- €
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,- €
Sterilisation / Geräteaufbereitung						
<input type="checkbox"/>	Autoklav	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,- €
<input type="checkbox"/>	Heißluftsterilisationsgerät	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,- €
<input type="checkbox"/>	Ultraschallreiniger	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,- €
<input type="checkbox"/>	Instrumentenwaschmaschine	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,- €
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,- €
Röntgen						
<input type="checkbox"/>	Röntgenanlage incl. Zubehör	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,- €
<input type="checkbox"/>	Entwicklungsanlage incl. Zubehör	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,- €
<input type="checkbox"/>	Digitale Bildverarbeitung incl. Zubehör	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,- €
<input type="checkbox"/>	C-Bogen	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,- €
<input type="checkbox"/>	Röntgenbildbetrachter	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,- €
<input type="checkbox"/>	Osteodensitometrie	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,- €
<input type="checkbox"/>	Qualitätssicherung (Sensi-Densi)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,- €
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,- €
Sonographie						
<input type="checkbox"/>	CW-Doppler	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,- €
<input type="checkbox"/>	Duplexsonographiegerät	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,- €
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,- €
Gipsraum						
<input type="checkbox"/>	Gipssäge	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,- €
<input type="checkbox"/>	Gipsinstrumente	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,- €
<input type="checkbox"/>	Aushangvorrichtung	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,- €
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,- €
Besondere Ausstattung (ohne OP-Betrieb)						
Proktologie						
<input type="checkbox"/>	Proktologischer Untersuchungsstuhl	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,- €
<input type="checkbox"/>	Proktoskop/Rektoskop	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,- €
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,- €
Physiotherapie/Chirotherapie						
<input type="checkbox"/>	Chirotherapieliege	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,- €
<input type="checkbox"/>	Krankengymnastik-Equipment	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,- €
<input type="checkbox"/>	Elektrotherapie	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,- €
<input type="checkbox"/>	Kryotherapie	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,- €

Falls vorhanden, bitte ankreuzen	Geräte	Anzahl	Art der Anschaffung		Anschaffungsjahr / Geleast seit	Bei Kauf: Anschaffungswert (inkl. MwSt.)
			Kauf	Miete / Leasing		
<input type="checkbox"/>	Ultraschall (therapeutisch)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,- €
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,- €
Angiologischer Arbeitsplatz						
<input type="checkbox"/>	Laufbandergometer	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,- €
<input type="checkbox"/>	Fahrradergometer	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,- €
<input type="checkbox"/>	Kompressions-Therapiegerät	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,- €
<input type="checkbox"/>	Verschlussplethysmographie	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,- €
<input type="checkbox"/>	LRR	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,- €
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,- €
Endoskopie						
<input type="checkbox"/>	Gastroskop	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,- €
<input type="checkbox"/>	Koloskop	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,- €
<input type="checkbox"/>	Zytoskop	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,- €
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,- €
OP-Ausstattung						
Allgemeine Ausstattung						
<input type="checkbox"/>	OP-Lampe	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,- €
<input type="checkbox"/>	OP-Tisch	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,- €
<input type="checkbox"/>	Eigenes Narkosegerät	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,- €
<input type="checkbox"/>	Absaugvorrichtung Narkose	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,- €
<input type="checkbox"/>	OP-Sauger	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,- €
<input type="checkbox"/>	HF-Chirurgie (Diathermie)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,- €
<input type="checkbox"/>	Instrumententisch	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,- €
<input type="checkbox"/>	Handtisch	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,- €
<input type="checkbox"/>	Beinhalter	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,- €
<input type="checkbox"/>	Blutleere	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,- €
<input type="checkbox"/>	OP-Mikroskop	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,- €
<input type="checkbox"/>	Klimaanlage	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,- €
<input type="checkbox"/>	Raumlufttechnische Anlage	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,- €
<input type="checkbox"/>	Schleuse	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,- €
<input type="checkbox"/>	Kaltlichtquelle	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,- €
<input type="checkbox"/>	Motorsystem	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,- €
<input type="checkbox"/>	Zentrale Gasversorgung	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,- €
<input type="checkbox"/>	Notstromaggregat	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,- €
<input type="checkbox"/>	Videoturm	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,- €
<i>Falls nicht im Videoturm enthalten, bitte einzeln angeben:</i>						
<input type="checkbox"/>	Monitor	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,- €

Falls vorhanden, bitte ankreuzen	Geräte	Anzahl	Art der Anschaffung		Anschaffungsjahr / Geleast seit	Bei Kauf: Anschaffungswert (inkl. MwSt.)
			Kauf	Miete / Leasing		
<input type="checkbox"/>	Printer	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,– €
<input type="checkbox"/>	Kamerasystem	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,– €
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,– €
Chirurgische Instrumente (Anzahl Sets, sonst nur Angabe der Gesamtwerte)						
<i>Allgemeines Instrumentarium:</i>						
<input type="checkbox"/>	Grundinstrumentarium kleine Chirurgie	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,– €
<input type="checkbox"/>	Standardset (Scheren, Pinzetten, Nadelhalter, Messer, Klemmen)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,– €
<i>Spezielles Instrumentarium:</i>						
<input type="checkbox"/>	Handchirurgie	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,– €
<input type="checkbox"/>	Knochenchirurgie	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,– €
<input type="checkbox"/>	Viszeralchirurgie	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,– €
<input type="checkbox"/>	Kinderchirurgie	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,– €
<input type="checkbox"/>	Proktologie	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,– €
<input type="checkbox"/>	Gefäßchirurgie	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,– €
<input type="checkbox"/>	Arthroskopie	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,– €
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,– €

A4 FLÄCHE IM ERHEBUNGSJAHR 2008

Die Fläche der Praxis betrug im Erhebungsjahr 2008 (einschließlich Zweigpraxen und ausgelagerte Praxisräume):

	Gesamtfläche aller Funktionseinheiten (siehe A2.3)	<input type="text"/> m ²
+	Fläche des allgemeinen Bereiches (Empfang, Wartebereich, Büro, Lager, Flure ...)	<input type="text"/> m ²
=	Gesamtfläche der Praxis	<input type="text"/> m ²

A5 GKV-VERSORGUNG

A5.1 GKV-BEHANDLUNGSFÄLLE IM ERHEBUNGSJAHR 2008

⚠ Tragen Sie bitte die Anzahl der **GKV-Behandlungsfälle** in den unten angeführten Quartalen ein.

Anzahl im Erhebungsjahr 2008							
I. Quartal:	<input type="text"/>	II. Quartal:	<input type="text"/>	III. Quartal:	<input type="text"/>	IV. Quartal:	<input type="text"/>

A5.2 Anzahl der Arzt-Patienten-Kontakte pro GKV-Behandlungsfall

Geben Sie bitte die erfahrungsgemäße Anzahl der Arzt-Patienten-Kontakte pro GKV-Behandlungsfall an:

A5.3 Anteil der GKV-Patienten an allen Patienten

Geben Sie bitte den Anteil der GKV-Patienten von allen in Ihrer Praxis behandelten Patienten an (neben Kassenpatienten auch Privat- und BG-Patienten): %