

Aus dem Lehrstuhl für Tierschutz, Verhaltenskunde, Tierhygiene und Tierhaltung

Veterinärwissenschaftliches Department

der Tierärztlichen Fakultät

der Ludwig-Maximilians-Universität München

Vorstand: Prof. Dr. M. Erhard

Angefertigt unter Leitung von

Prof. Dr. M. Erhard

**Verhaltenstherapie im Praxismanagement
einer Tierarztpraxis/ -klinik**

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der tiermedizinischen Doktorwürde

der Tierärztlichen Fakultät

der Ludwig-Maximilians-Universität München

von

Stefanie Daniela Sprauer

aus Ulm

München 2008

Gedruckt mit Genehmigung der Tierärztlichen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität München

Dekan: Univ.-Prof. Dr. Braun

Berichterstatter: Univ.-Prof. Dr. Erhard

Korreferent/en: Univ.-Prof. Dr. Hartmann

Tag der Promotion: 18. Juli 2008

Meiner Familie

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----------|
| 1. Einleitung | 1 |
| 2. Literaturübersicht | 2 |
| 2.1. Begriffliche Abgrenzung | 2 |
| 2.1.1. Praxismanagement | 2 |
| 2.1.2. Verhaltenstherapie | 2 |
| 2.1.3. Verhalten | 2 |
| 2.1.4. Verhaltensprobleme | 3 |
| 2.2. Praxisorganisation und Suche nach Nischen | 4 |
| 2.3. Kundenorientierung | 4 |
| 2.3.1. Potentielle Kunden | 5 |
| 2.3.2. Treue Kunden | 5 |
| 2.4. Praxismarketing | 7 |
| 2.4.1. Verkaufsförderung und Kommunikation (Werbung, Public Relation, After Sales) | 9 |
| 2.4.2. Rechtliche Vorschriften für Tierärzte | 11 |
| 2.4.3. „Mund-zu-Mund-Propaganda“ | 11 |
| 2.5. Bedeutung der Verhaltenstherapie | 12 |
| 2.6. Häufigkeit von Verhaltensproblemen bei Hund und Katze – Relevanz für Tierärzte | 15 |
| 2.7. Durchführung der Verhaltenstherapie | 16 |
| 2.7.1. Diagnose, Therapie und Hilfsmittel | 16 |
| 2.7.2. Praxismanagement hinsichtlich Verhaltenstherapie | 18 |
| 2.8. Finanzielle Aspekte der Verhaltenstherapie | 20 |
| 2.9. Fort- und Weiterbildung im Bereich Verhaltenstherapie | 20 |
| 2.9.1. Fachtierärzte Verhaltenskunde | 20 |
| 2.9.2. Tierärzte mit Zusatzbezeichnung Verhaltenstherapie | 21 |
| 2.9.3. Fortbildungsveranstaltungen im Jahresverlauf | 21 |
| 3. Material und Methodik | 23 |
| 3.1. Fragestellung und Methodenwahl | 23 |
| 3.2. Datenerhebung in Form eines Fragebogens | 23 |
| 3.2.1. Fragebogen für praktische Tierärzte 1998/ 1999 | 24 |
| 3.2.2. Fragebogen für Tierärzte mit der Fachtierarztanerkennung Verhaltenskunde oder der Zusatzbezeichnung Verhaltenstherapie | |

| | |
|--|------------|
| im Jahr 2001 | 25 |
| 3.2.3. Fragebogen für Tierärzte mit der Fachtierarztanerkennung Verhaltenskunde oder der Zusatzbezeichnung Verhaltenstherapie im Jahr 2005 | 25 |
| 3.3. Fragebogenverteilung und Fragebogenrücklauf | 25 |
| 3.4. Datenerfassung und statistische Auswertung | 27 |
| 3.5. Darstellung der Ergebnisse | 29 |
| | |
| 4. Ergebnisse | 30 |
| 4.1. Vergleich der Tierärzte nach Angebot der Verhaltenstherapie | 30 |
| 4.1.1. Soziodemographische Daten | 30 |
| 4.1.2. Angebot der Verhaltenstherapie | 38 |
| 4.1.3. Einstellung zur Verhaltenstherapie im Praxismanagement | 59 |
| 4.2. Vergleich der Tierärzte nach Einschätzung der Wirtschaftlichkeit von Verhaltenstherapie | 83 |
| 4.2.1. Soziodemographische Daten | 83 |
| 4.2.2. Angebot der Verhaltenstherapie | 83 |
| 4.2.3. Einstellung zur Verhaltenstherapie im Praxismanagement | 83 |
| 4.3. Tierärzte mit Fachtierarztanerkennung Verhaltenskunde oder Zusatzbezeichnung Verhaltenstherapie | 86 |
| 4.3.1. Soziodemographische Daten | 86 |
| 4.3.2. Angebot der Verhaltenstherapie | 89 |
| 4.3.3. Einstellung zur Verhaltenstherapie im Praxismanagement | 95 |
| | |
| 5. Diskussion | 101 |
| 5.1. Methodendiskussion | 101 |
| 5.1.1. Fragebogen und Befragung | 101 |
| 5.2. Ergebnisdiskussion | 102 |
| 5.2.1. Vergleich der Tierärzte nach Angebot der Verhaltenstherapie | 102 |
| 5.2.2. Vergleich der Tierärzte nach Einschätzung der Wirtschaftlichkeit von Verhaltenstherapie | 108 |
| 5.2.3. Tierärzte mit Fachtierarztanerkennung Verhaltenskunde oder Zusatzbezeichnung Verhaltenstherapie | 111 |
| 5.3. Gesamtdiskussion | 116 |
| 5.3.1. Soziodemographische Daten | 116 |
| 5.3.2. Angebot der Verhaltenstherapie | 116 |
| 5.3.3. Einstellung zur Verhaltenstherapie im Praxismanagement | 118 |

| | |
|--|------------|
| 5.4. Schlussfolgerung | 120 |
| 5.5. Empfehlungen | 120 |
| 6. Zusammenfassung | 122 |
| 7. Summary | 126 |
| 8. Literaturverzeichnis | 130 |
| 9. Anhang | 140 |
| 9.1. Ergebnistabellen | 140 |
| 9.1.1. Ergebnistabellen Vergleich der Tierärzte nach Einschätzung der Wirtschaftlichkeit | 140 |
| 9.1.2. Ergebnistabellen der Tierärzte mit Fachtierarztanerkennung Verhaltenskunde oder Zusatzbezeichnung Verhaltenstherapie | 147 |
| 9.2. Fragebogen | 168 |
| 9.2.1. Fragebogen praktische Tierärzte | 168 |
| 9.2.2. Fragebogen Tierärzte mit Fachtierarztanerkennung Verhaltenskunde oder Zusatzbezeichnung Verhaltenstherapie | 178 |
| Danksagung | 188 |

1. EINLEITUNG

Verhaltenstherapie stellt einen Bereich mit zunehmender Bedeutung dar, der sich mit dem Wohlbefinden von Tier und Besitzer im sozialen Umfeld auseinandersetzt und dabei einen wichtigen Beitrag zum Tierschutz leistet, indem die Beziehung zwischen Mensch und Tier verbessert und die Abgabe oder Euthanasie des Tieres verhindert werden kann.

Da sich immer mehr Tierärzte in der Praxis mit Verhaltensproblemen konfrontiert sehen, könnte in einer Zeit zunehmender Konkurrenz unter niedergelassenen Tierärztinnen und Tierärzten das Einbinden des Bereiches Verhaltenstherapie in das Praxismanagement durch die Verbesserung des Befindens von Mensch und Tier einen Beitrag zur Erhöhung der Kundentreue leisten.

Dem praktischen Tierarzt stellt sich vermehrt die Frage nach neuen, wirtschaftlich ertragreichen Bereichen der Tiermedizin, die vom Kunden nachgefragt, von den Tierärzten jedoch in einem noch nicht ausreichenden Maße angeboten werden und die eine Möglichkeit bieten, den Umsatz der Praxis mittel- bis langfristig zu erhöhen.

Ziel der vorliegenden Arbeit war daher, die Einschätzung der Rentabilität des Einsatzes von Verhaltenstherapie hinsichtlich der Relation des zeitlichen Aufwands und der Wirtschaftlichkeit anhand folgender Fragen zu klären:

- § In welcher Dimension wird Verhaltenstherapie in der Praxis bereits eingesetzt?
- § Wird Verhaltenstherapie in Bezug auf Wirtschaftlichkeit im Praxismanagement berücksichtigt?
- § Stellt Verhaltenstherapie bei entsprechender Erwartungshaltung der Patientenbesitzer eine wirtschaftliche Nische innerhalb des Praxismanagements dar?

Zu diesem Zweck wurden mittels eines Fragebogens, der allgemeine Fragen, Fragen zur Durchführung der Verhaltenstherapie und Fragen zur Wirtschaftlichkeit der Verhaltenstherapie enthielt, praktische Tierärzte sowie auf Verhaltenstherapie spezialisierte Tierärzte zu deren Einschätzungen und Erfahrungen bezüglich des Einsatzes von Verhaltenstherapie befragt.

2. LITERATURÜBERSICHT

2.1. Begriffliche Abgrenzung

2.1.1. Praxismanagement

Praxismanagement ist der zusammengesetzte Begriff aus Praxis und Management.

Unter Praxis versteht man allgemein das gewerbliche Unternehmen bzw. den Tätigkeitsbereich eines Arztes oder Tierarztes. Management hingegen ist die Betriebsführung, also das Leiten und die Organisation eines Unternehmens (DUDEN, 2003). Organisation von Aufgaben und Arbeitsabläufen einer Praxis beinhaltet Nützlichkeit, Zielrichtung und Permanenz als entscheidende Kriterien (GOLDMANN, 1997).

Nach Zusammensetzen beider Begriffe leitet sich dabei das Organisieren und Leiten, also die Betriebsführung einer Arzt- bzw. Tierarztpraxis ab, die alle betriebswirtschaftlichen Elemente, wie Materialwirtschaft, Marketing, Vertrieb inklusive Service und Rechnungswesen beinhaltet.

2.1.2. Verhaltenstherapie

Unter Verhaltenstherapie versteht man die Behandlung von Verhaltensproblemen, wie einer Verhaltensstörung oder eines für den Besitzer unerwünschten Verhaltens von Tieren, mittels Training des Tieres und Beratungsgesprächen zur Verhaltensänderung des Patientenbesitzers (UNSHELM, 1997).

2.1.3. Verhalten

Jedes von Außen wahrnehmbare Handeln eines Menschen oder Tieres kann als Verhalten definiert werden (REISNER, 1991) und wird durch Genetik, Umwelt und Erziehung beeinflusst (SCHMIDT, 2002a). Durch seine Komplexität ist Verhalten nur schwer in normales und anormales Verhalten einzuteilen (ODENDAAL, 1997). Das Verhalten, das ein Tier im statistisch ermittelten mittleren Bereich einer Population zeigt, wird als Normalverhalten bezeichnet (BRUMMER, 1978) und zeichnet sich durch Anpassungsfähigkeit an Umweltveränderungen sowie durch Flexibilität aus (DEHASSE, 2002a; SCHROLL und DEHASSE, 2004).

2.1.4. Verhaltensprobleme

Verhaltensprobleme können als von der Erwartungshaltung des Tierhalters abweichendes Verhalten bezeichnet werden (MUGFORD, 1984; FEDDERSEN-PETERSEN, 1991b; SCHMIDT, 2002a) und treten sowohl in Form normalen als auch anormalen Verhaltens in Erscheinung (REISNER, 1991).

2.1.4.1. Verhaltensstörungen

Bei Verhaltensstörungen spricht man von Verhaltensweisen, die in der Häufigkeit ihres Auftretens und ihrem Ablauf von einer arttypischen Bewegungskoordination abweichen, von einer Minderheit der Population gezeigt und weder durch eine sichtbare neurologische Veränderung noch durch die Situation verursacht werden (HETTS, 1991). Das Verhalten eines verhaltensgestörten Tieres ist unflexibel, seine Lernfähigkeit ist eingeschränkt und seine normalen sozialen Interaktionen sind gestört. Gestörtes Verhalten wird in diesem Zusammenhang als pathologisches Verhalten definiert (DEHASSE, 2002a; SCHROLL und DEHASSE, 2004), das genetisch determiniert sein kann, eventuell dauerhaft abweicht (BRUMMER, 1978) und sich negativ auf das Tier selbst, andere Tiere oder Menschen auswirkt (ODENDAAL, 1997). Man unterscheidet symptomatische Verhaltensstörungen, bedingt durch die Erkrankung eines Tieres, Verhaltensstörungen aufgrund angeborener oder erworbener Organschäden, endogene Verhaltensstörungen durch vegetative und hormonelle Dysfunktionen, exogene Verhaltensstörungen, die alimentären, iatrogenen, toxischen oder umweltreaktiven Ursprungs sind, und zuletzt die speziellen Verhaltensstörungen, wie Stereotypien aufgrund eines erhöhten Erregungszustands (BRUMMER, 1978; MUGFORD, 1984; HART und HART, 1991).

2.1.4.2. Unerwünschtes Verhalten

Unerwünschtes Verhalten entspricht einem Verhalten, das zwar speziesspezifisch ist und von anderen Artgenossen häufig in einem anderen Zusammenhang gezeigt wird (MUGFORD, 1984; HART und HART, 1991), von den Menschen in ihrer Interaktion mit den Tieren jedoch als störend empfunden wird (MUGFORD, 1984; HART und HART, 1991; EDNEY und ROBINSON, 1998). Es handelt sich dabei oft um instinktive Verhaltensweisen des Tieres, die dem Menschen als solche nicht bekannt sind, oder um Verhaltensweisen, die das Tier durch Erfahrungen oder durch Trainings- und Haltungsfehler erworben hat (BRUMMER, 1978).

2.2. Praxisorganisation und Suche nach Nischen

Praxisorganisation bedeutet, eine Praxis so zu gestalten, dass der größtmögliche wirtschaftliche Effekt hinsichtlich Aufwand und Erfolg erzielt werden kann. Dies erfordert die Zufriedenstellung der Patientenbesitzer durch Fachkompetenz, Freundlichkeit und ein entsprechendes Diagnose- und Therapieangebot (Jevring, 1996).

Auch das Abheben von der Konkurrenz, durch Berücksichtigung vorhandener Nischen im bestehenden Praxismanagement, kann einen wirtschaftlichen Vorteil darstellen. Wichtig ist, neue Tätigkeitsbereiche als Nische zu identifizieren und zu explorieren, ob einerseits durch Einbeziehung dieses Tätigkeitsbereichs eine Abhebung von den Wettbewerbern möglich ist und andererseits potentielle Kunden für diesen Tätigkeitsbereich vorhanden sind, die eine Wirtschaftlichkeit garantieren (JEVRING, 1996). Um den Geschäftserfolg langfristig sichern zu können, müssen Praxisinhaber daher lernen, entsprechend der sich ständig verändernden Marktbedürfnisse zu planen und zu organisieren und die Praxis demzufolge anzupassen und zu modifizieren (JEVRING, 1996).

Tierarztpraxen müssen wirtschaftlich betrachtet kundenorientierter werden und sich davon lösen, sich in erster Linie am Verkauf ihrer vorhandenen Praxisleistungen zu orientieren (LANE, 1999; PRAUSE, 2001). In diesem Zusammenhang muss vom Tierarzt in einem Soll-Ist-Vergleich ermittelt werden, welche Serviceleistungen für die Patientenbesitzer bereitgestellt und ob mit diesem Angebot deren Bedürfnisse befriedigt werden (MAHAN, 1983; SLOWAK, 1996; THIELE, 1999). Tierärzte, insbesondere Kleintierärzte, waren sich schon immer bewusst, dass vor allem Menschen, die Heim- und Begleittiere halten, eine sehr enge Beziehung zu diesen Tieren haben und bereit sind, in präventive und akute tierärztliche Versorgung zu investieren (VOITH, 1985; MAYR, 1999). Vor allem in Großstädten finden sich finanziell besser gestellte und oftmals alleine lebende Tierhalter, die bereit sind, diesbezügliche Kosten für ihre Tiere zu übernehmen (MEYER und PAKUR, 2000).

2.3. Kundenorientierung

Bezüglich der Kundenorientierung hat sich in der Tiermedizin im Laufe der Zeit durch die steigende Anzahl von Tierärzten in städtischen Ballungsgebieten ein Wandel vollzogen (MAHAN, 1983; MCCULLOCH, 1985). Da es sich bei einer Tierarztpraxis ähnlich einer Arztpraxis um ein Dienstleistungsunternehmen handelt, ist es notwendig, sich an den Belangen und Bedürfnissen der Kunden, in diesem Fall der Tierbesitzer, zu orientieren (MAHAN, 1983; LAGONI et al., 1994; JEVING, 1996; HOFFMANN, 1998). Es gilt herauszufinden, welche Ansprüche von bestehenden und potentiellen Kunden an eine Tierarztpraxis gestellt werden und inwieweit diese von der eigenen und den konkurrierenden Praxen bereits abgedeckt werden (MAHAN, 1983; JEVING, 1996; SLOWAK, 1996). Um ein effektives

Dienstleistungsangebot bieten zu können, müssen die von der Praxis nicht angebotenen Kundenbedürfnisse als Lücke identifiziert werden (JEVRING, 1996; RIEGL, 1998b; RIEPL, 1998) und die Nachfragen des Patientenbesitzers ermittelt werden (MAHAN, 1983). Die Mensch-Tier-Beziehung gewinnt dabei immer mehr an Bedeutung (HINES, 1985; MCCULLOCH, 1985; LAGONI et al., 1994; MAYR, 1999; MEYER und PAKUR, 2000). Nach einer Studie von ODENDAAL (1996) sind sich jüngere, weibliche, urbane Tierärzte für Kleintiere der Bedürfnisse ihrer Patienten und Patientenbesitzer und der daraus entstehenden Mensch-Tier-Beziehung bewusster.

2.3.1. Potentielle Kunden

Um potentielle Kunden zu interessieren und auf sich aufmerksam zu machen, ist die Beratung und Betreuung vor und nach der Anschaffung eines Tieres vorteilhaft (HART und HART, 1991; LAGONI et al., 1994; JEVRING, 1996; BECKER, 1999b). Da der zukünftige Tierhalter häufig zu wenige Vorkenntnisse hat (PODBERSCEK, 1997), umfasst dies sowohl medizinische Vorsorge und Versorgung, als auch Informationen bezüglich des Verhaltens, wie z. B. Welpen- und Kitten-Training, sowie Rasseberatung (HART und HART, 1991; SPENCER, 1993; LAGONI et al., 1994; BOWER, 1996; JEVRING, 1996; BECKER, 1999b). Dies führt schon vor Inanspruchnahme tierärztlicher Leistungen zu einer Bindung zwischen Tierbesitzer und Tierarzt und damit zur Werbung potentieller Kunden. Durch rassespezifische Informationen und die Empathie des Tierarztes bezüglich Tierbesitzer-Tier-Beziehung, kann der potentielle Kunde sowohl emotional als auch fachlich gebunden werden (LAGONI et al., 1994; BECKER, 1999b). Das gleichzeitige Anbieten kundenfreundlicher Produkt- und Leistungspakete ermuntern den Kunden ferner zum Kauf in der Praxis (BECKER, 1999b).

Es muss also ein außergewöhnliches Leistungsangebot aufgezeigt (JEVRING, 1996; RIEPL, 1998) oder der Bekanntheitsgrad der Praxis, durch oben angeführte Maßnahmen, verbessert werden (BECKER, 1999b). Da Kunden immer mehr Vergleiche zwischen Praxisangeboten heranziehen, kann dadurch eine quantitativ oder qualitativ starke Konkurrenz überwunden werden (BECKER, 1999b).

2.3.2. Treue Kunden

Zukunftsorientierte Tierärzte legen gesteigerten Wert auf langfristige Gewinne und eine lebenslange Beziehung zu ihren Patienten, da treue Kunden einen dauerhaften Umsatz und Gewinn sichern (BECKER, 1999b). Dabei wird nicht versucht, möglichst vielen Patientenbesitzern eine Leistung zu verkaufen (BECKER, 1999b; MÜLLER, 2002), sondern wenigen treuen Patientenbesitzern ein komplettes Servicepaket anzubieten (BECKER, 1999b). Hierbei ist, wie bei den potentiellen Kunden, eine Beratung und Betreuung vor und

nach der Anschaffung eines Tieres sinnvoll (HART und HART, 1991; LAGONI et al., 1994; JEVRING, 1996; BECKER, 1999b). Eine kontinuierliche, lebenslange Betreuung des Patienten und seines Besitzers führt dazu, dass der Kunde auch mit dem nachfolgenden Tier der Praxis treu bleibt (HOSKINS und MCCURNIN, 1998). Die Wertschöpfung pro Patient spielt hier eine entscheidende Rolle (RIEGL, 1998b; MÜLLER, 2002), wobei es nicht nur um fachliche Qualität, sondern auch um die Qualität der Kundenbeziehung mittels Aufbau einer individuellen möglichst langen Kundenbindung geht (SLOWAK, 1996; BECKER, 1999b). Das bedeutet nach BECKER (1999b) „Verkaufen, indem man Vertrauen schafft, Vertrauen schaffen, indem man Beziehungen aufbaut, und Beziehungen aufbauen, indem man zum lebenslangen Partner wird“.

Den meisten Patienten in der Humanmedizin ist die persönliche Betreuung wichtiger als der therapeutische Erfolg, dem Patientenbesitzer in der Tierarztpraxis hingegen ist es wichtig, dem Tierarzt vertrauen zu können (LAGONI et al., 1994). Da die Tierbesitzer auch in der Tiermedizin mittlerweile einen qualitativ hochwertigen, beinahe humanmedizinischen Standard erwarten, überrascht es daher nicht, dass sie sich moderne Betreuung und Prävention wünschen (MCCURNIN, 1998). Der dadurch entstehende zwischenmenschliche Kontakt würde einen Beitrag zur Kundenbindung leisten und letztendlich zu treuen Kunden führen (SPENCER, 1993; OEHME, 1995; HORWITZ, 1997; TRIPP, 1998; SCHUBERT, 2006). Nur zufriedene Kunden kommen auf Dauer in die Praxis zurück (RIEGL, 1987; LAGONI et al., 1994; JEVRING, 1996; SLOWAK, 1996; RIEPL, 1997; BARUCH und ELLERMANN, 1998), berichten in ihrem Umfeld von den Vorzügen der Praxis und fungieren als Werbeträger für die Praxis (JEVRING, 1996; RIEPL, 1997; BARUCH und ELLERMANN, 1998). Dafür müssen die Leistungen der Praxis auf die Bedürfnisse der Patienten und deren Besitzer abgestimmt (RIEGL, 1987; LAGONI et al., 1994; SLOWAK, 1996) und leicht verständlich dargestellt werden (RIEGL, 1987).

Viele Tiere werden aufgrund inakzeptablen Verhaltens ausgesetzt, ins Tierheim abgegeben oder euthanasiert (MARDER und MARDER, 1985). Nach ARKOW und DOW (1984) würden die meisten Tierbesitzer ihre Tiere behalten, wenn das Verhaltensproblem gelöst werden würde. Eine verhaltenstherapeutische Beratung zur Lösung von Verhaltensproblemen und Verbesserung der Situation für Mensch und Tier wären dabei von Vorteil (SPENCER, 1993; HORWITZ, 1997; TRIPP, 1998; DÖRING und ERHARD, 2006; SCHUBERT, 2006) und würde zusätzlich das Image des Tierarztes und seiner Praxis als Verhaltensspezialisten aufbauen (SPENCER, 1993; TRIPP, 1998; SCHUBERT, 2006). Das Angebot von Verhaltenstherapie oder von Welpensozialisierungskursen, kann somit indirekt als Mund-zu-Mund-Propaganda und als Werbung dienen (BOWER, 1996). Gleiches gilt für die Weiterempfehlung an gut ausgesuchte Tiertrainer oder Verhaltenstherapeuten zur Sicherung der besten Betreuung der Patienten und der dadurch resultierenden Erhöhung der Kundenbindung (MYLES, 1991;

LAGONI et al., 1994; TRIPP, 1998; SCHUBERT, 2006). Das Resultat dieses Beziehungsmarketings ist ein aus Empfehlungen entstandenes Praxisklientel (RIEPL, 1997).

2.4. Praxismarketing

Das klassische Marketing setzt sich aus den vier Pfeilern Produkt, Preis, Werbung und Vertrieb zusammen (BARUCH und ELLERMANN, 1998; BECKER, 1999b). Fakten, Einflüsse und Überzeugungen werden berücksichtigt, um bestimmte Serviceleistungen vom Anbieter zum Kunden weitergeben zu können (MAHAN, 1983). Dafür notwendig sind Verfahren wie Marktforschung, Marktanalysen, Erhebungen zu Bevölkerungsverhalten (MAHAN, 1983; RIEGL, 1998a), Werbung, Verkaufsförderung, Public Relation und Überzeugungsarbeit (MAHAN, 1983).

Praxismarketing beinhaltet Praxismanagement und Praxiskommunikation. Eine Aufgabe des Praxismanagements ist die Gestaltung einer erfolgreichen Praxiskommunikation, die mit den Praxisleistungen harmoniert und von allen Mitarbeitern durchgeführt wird (RIEGL, 1987; RIEGL, 1998b; RIEPL, 1998).

Die Leistungen einer Praxis sind in der Regel nicht sichtbar und medizinische Fachkenntnis wird vom Kunden vorausgesetzt. Dadurch entsteht eine hohe Entscheidungsunsicherheit beim Patienten (RIEGL, 1987; JEVING, 1996; RIEPL, 1998). Die Vertrauensbildung zwischen Arzt und Kunden ist deshalb entscheidend bei der Auswahl einer Praxis (RIEGL, 1987; RIEPL, 1998). Nur wenn die Praxis als glaubwürdig empfunden wird, wird ihr auch vertraut (RIEGL, 1987; RIEPL, 1998). Dieses Vertrauen kann durch Darstellen, Erklären, Erläutern und Präsentieren der Praxisleistung und des Praxiseinsatzes, aber auch durch Praxisatmosphäre und Praxisteam gebildet werden (SCHMIDTKE, 1973; RIEGL, 1987; RIEPL, 1998). Die entsprechende Praxisdarstellung bietet dem Kunden nun die Möglichkeit, die Praxis zu beurteilen und bei vorhandenem Vertrauen eventuell weiterzuempfehlen (RIEGL, 1987; JEVING, 1996; RIEPL, 1998; KRELING, 2001).

Praxisdienstleistungen verschiedener Praxen sind zudem oft sehr ähnlich (OEHME, 1995; JEVING, 1996; MÜLLER, 2002), so dass Emotionen beim Kunden eine große Rolle bei der Entscheidung für oder gegen die Praxis spielen (RIEGL, 1987; OEHME, 1995; RIEPL, 1998; PRAUSE, 2001). Dies führt zu einer zusätzlichen unternehmerischen Herausforderung in der Praxisdarstellung (RIEGL, 1987; RIEPL, 1998). Beurteilungskriterien für den Kunden sind neben oben genannten fachlich-menschlichen Qualifikationen (RIEGL, 1987; JEVING, 1996; RIEPL, 1998; KRELING, 2001), auch das Angebot neuer Ideen und entsprechender Nischen (RIEGL, 1987; RIEPL, 1998), die zur Einzigartigkeit und Unterschiedlichkeit der eigenen Praxis im Vergleich zu anderen Praxen führen (JEVING, 1996).

Das Praxismarketing gestaltet somit die Beziehungen der Praxis zur gesamten Umwelt, sowie die Erforschung der Kundenbedürfnisse und Maßnahmen des Tierarztes zur Verbesserung der therapieunterstützenden Compliance der Kunden. Die Praxis ist ein Dienstleistungsunternehmen, bei dem der Patient im Mittelpunkt der Leistung steht, deren Leistungen aber auch berufsrechtlichen und ethischen Grundsätzen unterliegen (RIEGL, 1987; RIEPL, 1998). Die Leistungen werden dabei für den Kunden eher von der persönlichen Ausstrahlung des Praxisteams beeinflusst als von medizinischen Komponenten (EVERTZ, 1989).

Praxismarketing soll gleichzeitig auch die Beliebtheit der Praxis erhöhen, bestehende Kunden an die Praxis binden und das Einzugsgebiet der Praxis durch das Gewinnen neuer Kunden vergrößern (RIEGL, 1987; JEVING, 1996; RIEPL, 1998). Langfristig zufriedene Stammpatienten sind hierbei ein primäres Ziel (RIEGL, 1987). Standortbedingte Schwierigkeiten können durch Hausbesuche und Telefonberatungen behoben werden. Durch Einschränkungen aufgrund der Berufsordnung entsteht ein, den Vorschriften der Berufsordnung angepasstes, aber dennoch wirksames Marketing (RIEGL, 1987; RIEPL, 1998).

Um ein praxisorientiertes Marketing entwickeln und die entsprechende Marktnische für die Praxis finden zu können, bedarf es der Ermittlung des Praxis-Ist-Zustandes und einer Analyse des Wettbewerbs (RIEGL, 1987; JEVING, 1996; RIEPL, 1998; THIELE, 1999; BLÄTTNER und MATZNER, 2003). Danach ist die Erarbeitung eines Praxiskonzeptes notwendig, das vor allem die Zielgruppenfrage, die Praxisleistung und die Umsetzung des Konzeptes klärt (RIEGL, 1987; BARUCH und ELLERMANN, 1998). Im Mittelpunkt stehen hier immer die bestehenden und potentiellen Kunden (RIEGL, 1987). Danach müssen erlaubte Kommunikationsmittel gefunden werden, die den Kunden, aber auch den Kollegen aufzeigen, was die entsprechende Praxis anzubieten hat (RIEGL, 1987; BOWER, 1996; RIEPL, 1998). Hier soll Aufmerksamkeit erregt und Interesse erzeugt werden (RIEGL, 1987; 1998b). Bei allen Punkten spielt das Praxisteam eine große Rolle (RIEGL, 1987; 1998b), weshalb innerhalb des Teams auf hohe Motivation und hohen Fortbildungsstandard zu achten ist (RIEGL, 1987) und bestimmte Leistungen an qualifizierte Mitarbeiter weitergegeben werden können (OEHME, 1995).

Im Anschluss an die primäre Praxis-Ist-Aufnahme und die Erstellung des Praxiskonzeptes, ist ein erneuter Soll-Ist-Vergleich zur Kontrolle der durchgeführten Maßnahmen notwendig (RIEGL, 1987; BARUCH und ELLERMANN, 1998; RIEPL, 1998). Da die Patienten immer im Mittelpunkt stehen, müssen Patiententrends ständig beobachtet und erkannt werden (MAHAN, 1983; RIEGL, 1987; BARUCH und ELLERMANN, 1998; RIEPL, 1998). Die Aufgabe des Marketings ist es dabei, Praxisleistungen besser, schneller und effizienter als die Konkurrenz anzubieten (OEHME, 1995). Bevor diese jedoch in das Praxismanagement aufgenommen

werden, müssen sie auf Machbarkeit, Praxiseignung, Erfolgsaussichten und Risiken geprüft werden (RIEGL, 1987; RIEPL, 1998). „Durch Marketing muss – und kann – ein Unternehmen erreichen, anders als die anderen konkurrierenden Unternehmen zu sein, es kann sich ein unverwechselbares Profil schaffen“ (OEHME, 1995).

2.4.1. Verkaufsförderung und Kommunikation (Werbung, Public Relation, After Sales)

Verkaufsförderung beinhaltet alle Komponenten, die dazu beitragen, dass der Patientenbesitzer die Praxisdienstleistungen in Anspruch nimmt (MAHAN, 1983).

Kommunikation ist der Austausch von Informationen (JEVRING, 1996; ZIFFUS, 2000), Ideen und Gefühlen und nimmt dadurch eine zentrale Rolle ein (JEVRING, 1996). Sie muss intern innerhalb des Praxisteam und extern zu den Kunden stattfinden (JEVRING, 1996; ZIFFUS, 2000). Das Anpreisen der Praxisdienstleistungen wird von der Kommunikation zwischen Tierarzt und Kunden übernommen und soll den Kunden überzeugen, sich für die angebotenen Praxisleistungen zu entscheiden (EVERZT, 1989; JEVING, 1996). Gute Kommunikation ist Teil eines guten Kundenservices, der an der Vertrauensbildung maßgeblich beteiligt ist (JEVRING, 1996).

Werbung stellt eine Form der Kommunikation dar (RIEGL, 1987; JEVING, 1996; BARUCH und ELLERMANN, 1998). Das Mitgeben von schriftlichen Informationen an Kunden zu Gesundheitsvorsorge, Verhalten oder Welpenbetreuung oder das Anbieten von Welpenspielgruppen kann als Werbung angesehen werden. Durch solche Maßnahmen kann es bei Kunden zu einem Vorzeigebedürfnis bezüglich der erhaltenen Informationen kommen (RIEGL, 1987; SPENCER, 1993; JEVING, 1996; BARUCH und ELLERMANN, 1998). Der zufriedene, interessierte Kunde dient daher als Werbeträger, der positive Erfahrungen an potentielle Kunden weiter gibt (RIEGL, 1987; RIEPL, 1998) und in Form von Mund-Zu-Mund-Propaganda zur Gewinnung neuer Kunden beiträgt (RIEGL, 1987; SPENCER, 1993; BARUCH und ELLERMANN, 1998). Eine Praxis wird nicht zwingend an ihrer fachlichen Kompetenz gemessen, sondern oft anhand subjektiver Eindrücke (RIEGL, 1987; RIEPL, 1998; KRELING, 2001; PRAUSE, 2001; BLÄTTNER, 2003). Die, durch die Weitergabe von Erfahrungen, entstehende Praxiseinschätzung der Kunden und die daraus resultierende Positionierung der Praxis innerhalb des Konkurrenzfeldes, kann durch strategische Kommunikation, wie Werbemaßnahmen innerhalb und außerhalb der Praxis beeinflusst werden (RIEPL, 1998). Das entstandene Praxisimage spiegelt nicht immer die Realität wider, kann aber durch gezielte Werbung und Öffentlichkeitsarbeit in die entsprechende Richtung gelenkt werden (RIEGL, 1987). Auch spezielle Behandlungsformen oder Diagnosemöglichkeiten können als

Serviceangebot innerhalb des Praxismarketings zur Darstellung der Praxis beitragen (RIEPL, 1998).

Reklame bzw. Anzeigen sind nur ein Teil der Werbung und werden oft mit Werbung an sich verwechselt (RIEPL, 1997). Zur Werbung zählen jedoch noch andere, für den Kunden wichtige Elemente, wie Vorträge, Schulungen, Informationsbroschüren und Ähnliches (OHME, 1995; RIEPL, 1997). Das Reduzieren der Patientenängste, telefonische Rückrufe der Praxis zur Terminbestätigung oder zum Erhalt von Follow-up-Informationen stellen weitere Werbemittel dar (RIEGL, 1987; RIEPL, 1998).

Public Relation oder auch Öffentlichkeitsarbeit hingegen bezieht in ihrer Kommunikation nicht nur den Kunden, sondern die Öffentlichkeit, also das gesamte soziale Umfeld ein (RIEGL, 1987; OEHME, 1995). Das soziale Umfeld einer Praxis besteht aus fachlicher und allgemeiner Umwelt (RIEGL, 1987). Öffentlichkeitsarbeit soll die Öffentlichkeit interessieren und eine positive Einstellung zur Praxis schaffen (RIEGL, 1987; BARUCH und ELLERMANN, 1998). Es ist somit hilfreich, zu wissen, von wem der potentielle bzw. der neue Kunden die positive Meinung bezieht und wo diese Meinungen bezüglich der Praxis ausgetauscht werden (RIEGL, 1987; RIEPL, 1998).

Nach RIEGL (1987) und RIEPL (1998) gibt es verschiedene Personen, die die Praxismeinung beeinflussen:

Praxismeinungsbildner, die eine Vorbildfunktion in der Gesellschaft innehaben und imagebildend sind, wie z.B. in der Öffentlichkeit stehende Personen. Praxisbeurteiler, wie z.B. Kollegen oder Tiertrainer, die über fachliche Kompetenz verfügen. Praxisvermittler, wie z.B. Freunde oder Verwandte, die mit der Praxis und den Kunden nicht medizinisch in Kontakt stehen. Und Praxiskenner, die entsprechende Praxiserfahrung als Praxiskunden haben und Meinungsführer sind (RIEGL, 1987; RIEPL, 1998).

Um den richtigen Werbeweg einschlagen zu können, müssen die auf die Praxismeinung Einfluss nehmenden Personen erkannt und einbezogen werden (RIEGL, 1987; RIEPL, 1998). Mitgliedschaften in örtlichen Vereinen, Kollegentreffen oder die Anzeigengestaltung im Telefonbuch bieten hierfür Möglichkeiten der Öffentlichkeitsarbeit als Kommunikation innerhalb des Praxismarketings (OEHME, 1995; BOWER, 1996; JEVING, 1996; RIEPL, 1998).

Werbung und Öffentlichkeitsarbeit arbeiten eng zusammen und sind oft nur schwer trennbar (OHME, 1995; RIEPL, 1997). Ziel von Werbung und Öffentlichkeitsarbeit ist der Wechsel von einer neutralen Einstellung gegenüber der Praxis in eine sich mit der Praxis identifizierende Einstellung (RIEGL, 1987) und das Erzeugen eines bestimmten Praxisimages beim Kunden (RIEGL, 1987; JEVING, 1996; BARUCH und ELLERMANN, 1998). Die Redundanz der Praxiswerbung führt schließlich zur Einprägung beim Kunden und so zur Erinnerung an die Praxis (RIEPL, 1998).

„After Sales“ beinhaltet die Beantwortung von Fragen nach der Behandlung und die Kontaktpflege zum Kunden z. B. in Form eines telefonischen oder schriftlichen Follow up. Bei der Bildung von Vertrauen zwischen Kunden und Praxis und einer langfristigen Kundenzufriedenheit spielt es neben den bereits erwähnten Faktoren Werbung und Öffentlichkeitsarbeit eine entscheidende Rolle. Ein überzeugendes „After Sales“ bestätigt den Kunden darin, die richtige Entscheidung bei der Auswahl der Praxis getroffen zu haben (MAHAN, 1983).

2.4.2. Rechtliche Vorschriften für Tierärzte

Das Wissen um Werbewirkung im Praxisbereich war aufgrund lange bestehender rechtlicher Beschränkungen sehr gering. Durch die langsame Entspannung in diesem Bereich gewinnt die Werbung immer mehr an Bedeutung (JEVRING, 1996). Da eine medizinische Praxis kein Gewerbe darstellt, dürfen dabei ausschließlich durch die Berufsordnung erlaubte Mittel verwendet werden (EVERTZ, 1989). Nach der BUNDESTIERÄRZTEKAMMER (2000) ist den Tierärzten wahrheitswidrige, irreführende und standeswidrige Werbung untersagt.

Informationswerbung, wie Newsletter oder Praxisbroschüren zur Auslage in der Praxis, bieten erlaubte Möglichkeiten, die Praxis standesgemäß darzustellen (EVERTZ, 1989; JEVRING, 1996; BTK, 2000; KRELING, 2001).

Des Weiteren kann ein partielles Werbeverbot in diesem Zusammenhang nicht einem Marketingverbot gleichgesetzt werden, da Marketing alle Unternehmensmaßnahmen beinhaltet, die dem Absatz von Unternehmensleistungen zuträglich sind (MAHAN, 1983; BARUCH und ELLERMANN, 1998) und auch Möglichkeiten der paralingualen Kommunikation, wie z. B. emotionalem Ausdruck, Geschwindigkeit der Sprache oder Tonfall innerhalb eines Kundengespräch, beinhaltet (ZIFFUS, 2000; PRAUSE, 2001). Ein weiterer Bestandteil des Marketings bildet die Marktforschung, deren Aufgabe es ist, Veränderungen der Kundenbedürfnisse und Trends wahrzunehmen, so dass diese Informationen ins Praxismarketing einfließen (MAHAN, 1983; JEVRING, 1996; BARUCH und ELLERMANN, 1998) und über die Marktforschung, die Wirksamkeit der durchgeführten Kommunikation überprüft werden kann (OEHME, 1995).

2.4.3. „Mund-zu-Mund-Propaganda“

Ein wichtiger Kommunikationsfaktor ist die unentgeltliche Mund-zu-Mund-Propaganda (RIEGL, 1987; JEVRING, 1996; RIEGL, 1998a; 1998b; RIEPL, 1998). Dafür bedarf es der Pflege von Stammkunden, die durch gezielt verteilte Informationen zur Gewinnung von Neukunden beitragen (RIEGL, 1987; RIEPL, 1998) und ihre Erfahrungen im Schneeballsystem weiter geben (KRELING, 2001). Studien belegen, dass positive Erlebnisse im Durchschnitt an drei

Personen und negative Erlebnisse sogar an neun Personen weitergegeben werden (THIELE, 1999).

Die Mund-zu-Mund-Propaganda ist eine der wichtigsten Umstände, warum sich Patientenbesitzer für eine bestimmte Praxis entscheiden oder die Praxis wechseln (MANGOLD et al., 1987; COATES und WILLANS, 1992; FARRAN, 1994; AMERICAN ANIMAL HOSPITAL ASSOCIATION, 1995; STEVENS et al., 1995). Persönliche Empfehlungen vor dem ersten Praxisbesuch können die Wahrnehmung der genauen Praxisqualität ersetzen (CRANE und LYNCH, 1988; HILL et al., 1990; JEVRING, 1996), aber auch die richtigen Umgangsformen mit den individuellen Kunden und ihren unterschiedlichen Verhaltensweisen spielen eine entscheidende Rolle. Sie können wesentlich zur Kundenzufriedenheit beitragen und dadurch als Werbemaßnahme eingesetzt werden (GOLDMANN, 1997).

Der mündliche Informationsaustausch bietet jedoch Vor- und Nachteile. Es handelt sich einerseits um eine einfache, wirksame und zielgruppenspezifische Maßnahme, die keine Kosten und keinen Aufwand für die Praxis erfordert und gegen kein Werbeverbot verstößt. Sie motiviert sowohl das gesamte Praxisteam als auch die Kunden, da alle die Möglichkeit haben, sich einzubringen und einzusetzen (RIEGL, 1987; RIEPL, 1998). Andererseits ist die Reichweite und Geschwindigkeit der Informationsverbreitung begrenzt und der Informationsgehalt lückenhaft und schlecht steuerbar (RIEGL, 1987).

2.5. Bedeutung der Verhaltenstherapie

Die Verhaltenstherapie bei Haustieren hat sich zu einem expandierenden Tätigkeitsbereich entwickelt (HENS, 1988; CHAPMAN, 1990; BURGHARDT, 1991; REHAGE, 1992; UNSHELM, 1993; ASKEW, 1997; LEBELT, 1999), bei dem das Wohlbefinden von Tier und Halter in einem gut funktionierenden sozialen Umfeld im Vordergrund steht (MCCULLOCH, 1985; ASKEW, 1997). Vor allem im Kleintiersektor hat sich die Verhaltenstherapie zu einem eigenständigen Bereich entwickelt (LEBELT, 1998). Die Informationsnachfrage von Tierärzten und Tierbesitzer ist groß, und das Gebiet der Tierverhaltenstherapie wird mehr und mehr Teil der tierärztlichen Leistung (Voith, 1991). Erfahrungsgemäß suchen immer mehr Tierbesitzer Beratungen zum Thema Verhalten (REHAGE, 1992; BEAVER, 1994; NIEMAND und SUTER, 1994; MERTENS und DODMAN, 1996; JUARBE-DÍAZ, 1997), wenn es sich um bedrohliches oder zerstörerisches Verhalten handelt (BEAVER, 1994) oder auch bei sozialer Konfrontation mit Nachbarn oder Vermietern (JUARBE-DÍAZ, 1997). Hierbei sehen sie sich oft mit einem Problem konfrontiert, das sie alleine nicht bewältigen können (HENS, 1988; BEAVER, 1994). Die Therapie muss daher von Tierärzten mit fundiertem ethologischem Wissen übernommen werden (NIEMAND und SUTER, 1994). Nach einer 1997 gemachten Umfrage von MERTENS und UNSHELM bevorzugten über 90% von 1118 Befragten einen festen Haustierarzt. 69% der

597 befragten Katzenbesitzer und 30% der 521 befragten Hundebesitzer wendeten sich bei einem Verhaltensproblem an einen Tierarzt bzw. eine Tierärztin. Über die Hälfte aller Befragten hätten den Haustierarzt in Anspruch genommen, wenn dieser Verhaltenstherapie anbieten oder an einen darauf spezialisierten Tierarzt überweisen würde (MERTENS und UNSHELM, 1997). Die Verhaltensprobleme werden von beinahe allen Besitzern als ernst bis sehr ernst eingestuft und bestehen oft schon seit mehreren Monaten oder sogar Jahren (VOITH, 1985). Viele Verhaltensprobleme sind umweltbedingt und können durch die Beratung des Patientenbesitzers bereits vor Anschaffung des Tieres oftmals ausgeschlossen werden (UNSHELM, 1997). Selten handelt es sich dabei um ein Problem ausschließlich verursacht durch das Tier oder alleine verursacht durch den Besitzer. Meist entspringt das Problem als Konsequenz aus dem Beziehungsverhältnis beider (MARDER und MARDER, 1985). Da der Patientenbesitzer häufig ursächlich am Verhaltensproblem mitwirkt, muss auch dessen Verhalten in die Verhaltenstherapie miteinbezogen werden (NIEMAND und SUTER, 1994; UNSHELM, 1997). Oft besteht eine Verbindung zwischen psychischen und physischen Problemen, wodurch sich das Tätigkeitsfeld des Tierarztes in den psychischen Bereich erweitert (HART und HART, 1991; LAGONI et al., 1994; MERTENS und UNSHELM, 1997; SCHMIDT, 2002a; SCHUBERT, 2006). Jedoch müssen auch bei einem bestehenden Verhaltensproblem, physische Differentialdiagnosen aufgestellt und ausgeschlossen werden (BURGHARDT, 1991; HART und HART, 1991; REISNER, 1991; BOWER, 1996; UNSHELM, 1997; SCHUBERT, 2006), bevor eine verhaltenstherapeutische Diagnose und Therapie in Erwägung gezogen wird (BOWER, 1996; UNSHELM, 1997). Dies erfordert einerseits medizinische Fachkompetenz des Therapeuten als auch ethologisches Bewusstsein des Tierarztes oder zumindest die Zusammenarbeit eines überweisenden Tierarztes mit einem Therapeuten (BOWER, 1996; UNSHELM, 1997). Ein Informationsaustausch zwischen Personen mit wissenschaftlichen Erkenntnissen im Bereich Tierverhalten und Personen, die sich um das physische Wohlergehen von Tieren kümmern, ist deshalb unerlässlich (STEPHAN, 1990).

Der Tierarzt nimmt insofern eine Expertenrolle ein, da er einerseits zwischen psychischen und physischen Symptomen und andererseits zwischen Physiologie und Pathologie unterscheidet. Er hat die Möglichkeit, durch seinen Zugang zu unterschiedlichen Bereichen, Wissen aus verschiedenen Wissenschaften in die tierärztliche Verhaltensmedizin einfließen zu lassen (DEHASSE, 2002b).

Die Ethologie ist der Grundstein für das ethische Wohlergehen des Tieres. Durch das Beobachten von Tierverhalten kann der Tierarzt Fehler im Management der Tierhaltung feststellen, bevor Schmerzen, Leiden und Verletzungen entstehen (STEPHAN, 1990). Störungen in der Mensch-Tier-Beziehung können aufgrund ethologischer Beobachtungen spezifischer Verhaltensweisen und der daraus resultierenden Empfehlungsmöglichkeiten zur Haltung, verringert werden (TURNER, 1995). Ethologisches Wissen über Normalverhalten der

Tierarten und über die Beziehung, die sich zwischen Mensch und Tier entwickelt hat, ist wesentlich zur Prävention möglicher Verhaltensprobleme (MARDER und MARDER, 1984; SCHMIDT, 2002a) und muss daher beim Tierarzt vorhanden sein (BURGHARDT, 1991; KNOL, 1994; UNSHELM, 1997). Kenntnisse der Ethologie einzelner Tierarten verbessern den diagnostischen und therapeutischen Praxisablauf (SCHMIDTKE, 1973; HART und HART, 1991; MYLES, 1991; VOITH, 1991; SPENCER, 1993) und erhöhen das Problemverständnis gegenüber dem Tierbesitzer (OWREN, 1984). Der Tierarzt alleine hat direkten Kontakt zum Tierbesitzer und kann unmittelbare Hilfe während des kurativen Prozesses leisten (REHAGE, 1992). Er sollte in Form von Ratschlägen, eine harmonische Mensch-Tier-Beziehung unterstützen (BURGHARDT, 1991; UNSHELM, 1997). Die tierärztliche Tätigkeit beinhaltet dabei sowohl beratende, präventive, kurative (BRUMMER, 1978; BURGHARDT, 1991) als auch rechtliche Komponenten (BRUMMER, 1978).

Der Tierverhaltenstherapeut in der tierärztlichen Praxis dient als Informationsquelle und ist für die Behandlung von Problemtieren zuständig (ASKEW, 1991; MUGFORD, 1991), wobei medizinische und ethologische Bedürfnisse von Patienten, sowie emotionale Bedürfnisse der Patientenbesitzer zu berücksichtigen sind (BUTLER et al., 1991; LAGONI et al., 1994; PRAUSE, 2001), weil das Tier meist ein Mitglied der Familie ist (SCHMIDTKE, 1973; VOITH, 1984a; QUACKENBUSH, 1985; LAGONI et al., 1994). Allerdings sind in einer menschenorientierten Welt nicht alle Verhaltensweisen des natürlichen Verhaltensrepertoires des Tieres akzeptabel, so dass auch natürliches Verhalten zum Problem werden kann (ASKEW, 1991) und häufig in der Praxis als Verhaltensproblem vorgestellt wird (MUGFORD, 1984). Für Tierbesitzer sind Verhaltensprobleme zwar meist ärgerliche, negative Aspekte der Mensch-Tier-Partnerschaft (LAGONI et al., 1994), trotzdem arrangieren sie sich in den meisten Fällen lieber mit dem Verhaltensproblem, als sich von dem geliebten Tier zu trennen (MUGFORD, 1984; VOITH, 1984a; 1985). Zuneigung, Verantwortung gegenüber dem Tier, aber auch die Angst vor dem Alleinsein sind dabei die am häufigsten aufgeführten Gründe (VOITH, 1984a; 1985; FEDDERSEN-PETERSEN, 1991b). Diese stehen den Unannehmlichkeiten wie finanziellen Kosten, sozialen und emotionalen Belastungen gegenüber und wiegen diese offenbar auf (VOITH, 1984a; 1985).

Die Eingliederung der Verhaltensmedizin ermöglicht das Anbieten eines einzigartigen, generellen Services, erhöht den Wiedererkennungswert der Praxis und dient als indirekte Werbung. Sie schafft annehmbare, angepasste Tiere und glücklichere Besitzer, was dazu führt, dass die Tiere länger bei ihren Besitzern bleiben und dadurch letztendlich die tierärztlichen Aktivitäten erhöhen (BURGHARDT, 1991). Der Kleintierpraktiker kann somit Teil des verhaltensmedizinischen Teams werden, sein Praxisniveau erhöhen, dem Kunden bzw. Patientenbesitzer einen wertvollen Service anbieten, wodurch sich der Patientenstamm seiner Praxis und damit sein Praxiseinkommen erhöhen (BURGHARDT, 1991).

2.6. Häufigkeit von Verhaltensproblemen bei Hund und Katze – Relevanz für Tierärzte

In der tierärztlichen Praxis wird man mit einer Vielzahl unterschiedlichster Verhaltensprobleme und deren Behandlung konfrontiert (HART und HART, 1991; KNOL, 1994).

International wird das Aggressionsverhalten als häufigstes Symptom bei Hunden beschrieben (MUGFORD, 1984; VOITH, 1984a; 1985; FEDDERSEN-PETERSEN, 1991a). Auch nach einer Untersuchung des damaligen Instituts für Tierhygiene, Verhaltenskunde und Tierschutz der LMU München, aus dem Jahr 1997 tauchen bei Hunden verschiedene Formen der Aggression am häufigsten auf (BONENDEL, 1997). Eine weitere große Gruppe von Verhaltensproblemen bildet die Trennungsangst (VOITH, 1984a; 1985; BONENDEL, 1997). Stereotypie, Leckdermatitis, Hyperaktivität, „Zerstörungswut“, gestörtes Sozialverhalten und gestörtes maternales Verhalten, Koprophagie und abnormes Sexualverhalten stellen hingegen nur selten ein Verhaltensproblem dar (BONENDEL, 1997).

Bei Katzen stellen gestörtes Ausscheidungsverhalten und Aggressionen die größten Gruppen der Verhaltensprobleme (VOITH, 1984a; 1984b; 1985; BEAVER, 1989; BONENDEL, 1997). Diesen folgen Hyperaktivität, intraspezifische Aggression, exzessives Kauen und unangemessene Nahrungsaufnahme (VOITH, 1984a). Auch andere Autoren nennen bei Katzen Unsauberkeit an erster (BEAVER, 1989; CHAPMAN, 1991; SCHILDER, 1991; ASKEW, 1993; COOPER, 1997) und Aggressionsprobleme an zweiter Stelle (BEAVER, 1989; Chapman, 1991; SCHILDER, 1991; ASKEW, 1993; CROWELL-DAVIS et al., 1997). Viele Tiere mit inakzeptablem Verhalten werden ausgesetzt (MARDER und MARDER, 1985), in Tierheimen abgegeben (MARDER und MARDER, 1985; LAGONI et al., 1994; JUARBE-DÍAZ, 1997; LINDELL, 1997) oder euthanasiert (MARDER und MARDER, 1985; LAGONI et al., 1994; JEVING, 1996; REISNER, 1997). Eine Metaanalyse verschiedener Studien von BURGHARDT (1991) zeigt, dass 50 bis 80% der Tierheimtiere aufgrund von Verhaltensproblemen abgegeben wurden (BURGHARDT, 1991). Nach HORWITZ (1997) wurden 60% der Tierheimhunde in den USA aufgrund von Verhaltensproblemen in einem Alter unter einem Jahr abgegeben. 80% der Tierheimkatzen in Amerika zeigten laut der veterinärmedizinischen Hochschule in Philadelphia Auffälligkeiten im Verhalten, vor allem im Bereich Ausscheidung (SCHMIDT, 2002b). Nach LANDSBERG (1993) wurden 50 bis 70% aller euthanasierten Tiere aufgrund von Verhaltensproblemen eingeschläfert, und 42 bis 90% der Tierbesitzer haben während der Lebensdauer ihres Tieres mindestens ein Verhaltensproblem. Auch SPENCER (1993) geht bei 50 bis 70% aller euthanasierten Tiere von einem Verhaltensproblem als Euthanasiegrund aus. Wie bereits erwähnt, würden die meisten Tierbesitzer ihre Tiere jedoch behalten, wenn das Verhaltensproblem gelöst werden könnte (ARKOW und DOW, 1984). Tierärztliche

Aufgabe aus ethischer Sicht muss daher der Versuch sein, solche Verhaltensprobleme zu lösen, um eine Euthanasie zu vermeiden (TANNENBAUM, 1985).

2.7. Durchführung der Verhaltenstherapie

2.7.1 Diagnose, Therapie und Hilfsmittel

Ziel der Therapie ist immer die Veränderung des Verhaltens, das dem Patientenbesitzer Probleme bereitet. Die Problemlösung steht hierbei im Vordergrund und kann durch Veränderungen in der Umgebung des Tieres und durch das Verhalten des Tierbesitzers erzielt werden. Der Tierbesitzer selbst wird zum Mittel der Veränderung, da er die empfohlene Behandlungsmethode durchführen muss (ASKEW, 1991; LAGONI et al., 1994). Nach RHEDEERS (2005) und der WHO (2003) ist die beste Therapie nutzlos, wenn sie der Patient nicht befolgt. Somit ist der Erfolg einer Behandlung von der Compliance des Patienten abhängig (REHDEERS, 2005). Ebenfalls nach RHEDEERS (2005) wird in der Tiermedizin die Non-Compliance, also das Nichtbefolgen der Therapieempfehlungen, auf mindestens 50% geschätzt. Daher bildet die Complianceförderung der Patientenbesitzer einen wichtigen Bestandteil der Therapie. Neben Therapiebefolgung bedeutet Compliance ursprünglich auch Einverständnis (REHDEERS, 2005). Die Compliance bzw. das Einverständnis setzt das Verstehen des Problems und dessen Lösung voraus (ASKEW, 1991; REHDEERS, 2005), wofür es des Vertrauens des Tierbesitzers zu seinem betreuenden Tierarzt bedarf (ASKEW, 1997; REHDEERS, 2005). Hierbei leistet auch die regelmäßige Kontrolle der Kundencompliance einen Beitrag zur Tierarzt-Kunden-Beziehung, da sie durch kontinuierliche und strukturierte Betreuung, die tierärztliche Kompetenz für den Kunden widerspiegelt (GOLDMANN, 1997). Fachliche Kompetenz oder die Wirksamkeit und der Erfolg der medizinischen Leistung sind dabei eher sekundär (BLÄTTNER, 2003; REHDEERS, 2005). Bei der Beaufsichtigung der Therapiedurchführung und der Überprüfung der Kundencompliance kann ein zusätzliches Anfertigen eines schriftlichen Tagebuchs durch den Tierbesitzer hilfreich (BOWER, 1996) oder weitere kurze Konsultationen zur Auffrischung der Therapievereinbarungen von Nöten sein (HART und HART, 1991).

Der Tierarzt hat sich im Gespräch mit dem Patientenbesitzer möglichst einfach auszudrücken und sollte versuchen, das Verwenden von Fachtermini zu vermeiden (HART und HART, 1991; SLOWAK, 1996; REHDEERS, 2005). Innerhalb des Gesprächs sollte er sich immer wieder versichern, dass der Patientenbesitzer auch wirklich alles verstanden hat, und ihn zur aktiven Gesprächsteilnahme in Form von Fragen ermuntern. Dadurch wird dem Patientenbesitzer eine aktive Beteiligung an der Lösung des Problems ermöglicht, was das konsequente Durchführen der Therapie erhöht (REHDEERS, 2005). Um den Verlust von Information zu vermeiden, ist das Anfertigen eines Therapieplans mit allen besprochenen

Therapiepunkten (MUGFORD, 1984; HART und HART, 1991; BOWER, 1996; REHDERS, 2005) und das Anmerken, dass der behandelnde Tierarzt weiterhin jederzeit zur Klärung entstandener Fragen zur Verfügung steht, empfehlenswert (MUGFORD, 1984; BOWER, 1996; REHDERS, 2005). Das Mitgeben schriftlicher Informationen in Form eines Therapieplans materialisiert einerseits die zunächst nicht sichtbare Dienstleistung, andererseits werden dadurch Verständnis- und Wiederholungsfragen vermieden, was wiederum die Kundencompliance erhöht (RIEGL, 1987). Ein Therapieplan vermeidet jedoch nicht nur Missverständnisse, sondern ist zusätzlich auch bei Rechtsstreitigkeiten hilfreich (MUGFORD, 1984).

Detaillierte Fragen über die Herkunft des Tieres, eventuelle Vorbesitzer und Haltungsbedingungen sind erforderlich (HART und HART, 1991; LAGONI et al., 1994; BOWER, 1996). Da das Tier für den Tierbesitzer ein Familienmitglied (VOITH, 1984a; QUACKENBUSH, 1985; VOITH, 1985; HART und HART, 1991; VOITH, 1991; LAGONI et al., 1994; JEVING, 1996; ASKEW, 1997; THIELE, 1999; MÜLLER, 2002; REHDERS, 2005) oder einen Kindersatz darstellt (MUGFORD, 1984; BERRYMAN et al., 1985; QUACKENBUSH, 1985; ROBINSON, 1992; LAGONI et al., 1994; ASKEW, 1997; MEYER und PAKUR, 2000), wird Streicheln und Kenntnis des Tiernamens durch den Tierarzt vom Tierbesitzer als sehr positiv empfunden (JEVING, 1996; REHDERS, 2005). Kritik am Patientenbesitzer sollte vermieden werden, da dies zur Verschlechterung der gewünschten Compliance führen kann (HAMILTON und ROBINSON, 1981; MUGFORD, 1984; HART und HART, 1991; SLOWAK, 1996; STEIDL, 1996; ASKEW, 1997). Entgegengebrachte Empathie für den Patientenbesitzer hilft hingegen, möglichst viele Informationen seinerseits zu erhalten (BOWER, 1996). Die intensive und zeitaufwendige Befragung ermöglicht dem Verhaltenstherapeuten, sich ein Bild von der individuellen Situation zu machen und daraus nach Abschluss der Diagnose einen möglichst wenig zeit- und arbeitsintensiven Therapieplan zu erstellen. Die exakte Beobachtung des Patientenbesitzers sowie eine genaue Interpretation seiner Antworten sind hierfür notwendig (ASKEW, 1991; LAGONI et al., 1994). Oft scheitert die Compliance an einer Kombination aus mangelnder Kommunikation zwischen Patientenbesitzer und Tierarzt, einer schwer durchführbaren Therapie und finanziellen Belangen. Nur durch Verbessern aller drei Komponenten ist die Erhöhung der Compliance des Patientenbesitzers möglich (REHDERS, 2005).

Die Verhaltensdiagnose ist stark von der Problemwahrnehmung des Patientenbesitzers und dessen Setzen von Prioritäten abhängig, so dass sich die ursprüngliche Diagnose nach weiteren, eingehenden Gesprächen und der Reaktion auf die begonnene Therapie nochmals verändern kann (COOPER, 1997).

Eine Erstkonsultation zur Anamnese kann in Abhängigkeit von dem bestehenden Problem entweder in einer, meist ein bis drei Stunden dauernden Besprechung stattfinden (MUGFORD,

1984; ASKEW, 1991; LAGONI et al., 1994) oder mehrere kurze Konsultationen in Anspruch nehmen (ASKEW, 1991). Nach BOWER (1996) reicht meist das Durchführen einer langen Konsultation mit ein bis zwei nachfolgenden Telefonaten für die Behandlung aus, und nur manchmal wird eine zweite lange Konsultation mit Therapiemodifikationen notwendig. Für SCHROLL und DEHASSE (2004) hat sich die einstündige verhaltensmedizinische Erstkonsultation mit monatlichen Folgekonsultationen, die eine halbe Stunde bis Stunde dauern, zumindest bei Katzen bewährt.

Nach den amerikanischen „Clinical Animal Behavior“-Praktiken gehen die Meinungen bezüglich der Örtlichkeit, in der die Besprechungen stattfinden sollten, auseinander (ASKEW, 1991). Sie können sowohl in den Praxisräumen als auch in Form von Hausbesuchen abgehalten werden (MUGFORD, 1984; ASKEW, 1991; LAGONI et al., 1994). Nach einer Umfrage durch MERTENS und UNSHELM (1997) bevorzugen mehr als die Hälfte der befragten Tierbesitzer die Konsultation in der Tierarztpraxis und nicht in Form eines Hausbesuches. MUGFORD (1984) empfiehlt bei Hunden mit Verhaltensproblemen die Konsultation Zuhause unter Teilnahme aller Familienmitglieder. Nach BOWER (1996) benötigen manche Fälle, hier vor allem Katzenpatienten, Hausbesuche, um familiäre und umweltbedingte Gegebenheiten und Zusammenhänge beurteilen zu können. SCHROLL und DEHASSE (2004) stellen die Vorteile des Hausbesuches bei Katzen, dem zeitlichen und finanziellen Aufwand und der Ablenkung gegenüber. Sie erwähnen die Möglichkeit spezieller Praxisräume und das Arbeiten mit Hilfe eines Wohnungsplans.

Ausschlaggebend ist letztendlich, dass alle erforderlichen Themen besprochen und in Form eines Fragenkatalogs zum Problemverhalten und den Umständen, bei denen das Problemverhalten auftritt, erörtert werden (ASKEW, 1991).

2.7.2. Praxismanagement hinsichtlich Verhaltenstherapie

Da die Bindungen innerhalb Familie und Gesellschaft immer schwächer werden, entwickeln sich Haustiere zu einer sozialen Notwendigkeit (LAGONI et al., 1994; BECKER, 1999a), so dass sich die Besitzer-Tier-Tierarzt-Bindung zwangsläufig vertieft (BECKER, 1999a). Diese enge Beziehung eröffnet neue Arbeitsgebiete und trägt zum weiteren Praxiserfolg und zu steigenden Unternehmensgewinnen bei (BECKER, 1999a; MEYER und PAKUR, 2000). Um eine Praxis erfolgreich zu führen, muss der Tierarzt als Praxismanager tätig sein (ODENDAAL, 1998), und wirtschaftliche Aspekte einer modernen, umweltbezogenen Unternehmenspolitik müssen in die tiermedizinische Praxis miteinbezogen werden (VAARKAMP, 1991).

Der Tierbesitzer entscheidet letztlich über die Notwendigkeit der Inanspruchnahme des tierärztlichen Angebots. Daher entscheidet die Organisation sozialer und fachspezifischer Fähigkeiten der Praxismitglieder, sowie die tierärztliche Kompetenz, Imbalancen bei Besitzer, Tier und Tierarzt auszugleichen, über den Erfolg oder den Misserfolg der Praxis.

Hier sind alle drei Einheiten, Besitzer, Tier und Tierarzt mit ihren speziellen Einflussfaktoren bedeutsam (ODENDAAL, 1998).

Die jährlichen Routinebesuche reichen in der Regel nicht aus, um eine individuelle Bindung zwischen Besitzer, Tier und Tierarzt aufbauen zu können (BECKER, 1999a; KRELING, 2001). Ein wichtiges Element der tierärztlichen Betreuung muss daher das Bestreben sein, dem Patientenbesitzer immer wieder deutlich zu machen, wie wichtig die Vorsorge in der tierärztlichen Praxis ist, um Krankheitssymptome und Problemsignale frühzeitig erkennen und behandeln zu können (MAHAN, 1983). Dabei bietet die Verhaltenstherapie eine Möglichkeit, Tierbesitzer dazu zu bewegen, zusätzlich zu den jährlichen Impfterminen in die Praxis zu kommen. Das kann z.B. durch persönliches Auffordern oder Mitteilungen über Verhaltenstherapie erfolgen (BECKER, 1999a). Die Integration einer verhaltenstherapeutischen Sprechstunde, wie häufig im Ausland schon gängige Praxis (HENS, 1988), das Abhalten von Kursen zur Verhaltenstherapie und zur Erziehung durch ein gut ausgebildetes, engagiertes und gut bezahltes Mitglied des Teams (BECKER, 1999a), tragen langfristig zur Kundenzufriedenheit bei und wirken sich positiv auf Tier und Besitzer, Praxis und Berufsstand aus (HENS, 1988; BECKER, 1999a). Das Anbieten von Rasseberatung oder von Welpensozialisierungskursen ermöglicht die frühzeitige Bindung des Tierbesitzers an die Praxis (BOWER, 1996; TRIPP, 1998; SCHUBERT, 2006) und die Kontaktherstellung, bevor Probleme entstehen (BOWER, 1996). Nach BECKER (1999a) wäre eine Einkommenssteigerung von 25% zu erwarten, wenn das Leben von 50% aller, aufgrund von Verhaltensproblemen einzuschläfernder Tiere mit entsprechendem Zeitaufwand verlängert werden könnte (BECKER, 1999a).

Durch Kastration oder Verabreichung von Psychopharmaka greift der Tierarzt schon lange in das Verhalten der Patienten ein und wird so konsekutiv zum Ansprechpartner für Verhaltensprobleme (VOITH, 1991). Dieser oftmals notwendige, nur dem approbierten Tierarzt erlaubte Ansatz bei der Behandlung von Verhaltensproblemen, schafft eine weitere einzigartige Position in diesem Bereich und erfordert einen hohen medizinischen Kenntnisstand (HART und HART, 1991; VOITH, 1991; SCHUBERT, 2006). Ebenso kann die Empfehlung an einen qualifizierten Trainer oder einen Verhaltenstherapeuten von Vorteil sein (MUGFORD, 1984; MYLES, 1991; VOITH, 1991; LAGONI et al., 1994; TRIPP, 1998), der sich den Tieren in individuellen Trainingseinheiten annimmt und mit dem eine tierärztliche Zusammenarbeit bei medizinischen Problemen und dem Einsatz psychotroper Medikamente möglich ist (TRIPP, 1998).

2.8. Finanzielle Aspekte der Verhaltenstherapie

Die Eingliederung anderer oder neuer Einkunftsmöglichkeiten, wie der Verhaltenstherapie, bieten die Möglichkeit, die Kosten der bisherigen Leistungen, wie z.B. Impfungen, zu reduzieren und über andere, neue Fachbereiche wie der Verhaltenstherapie auszugleichen. Behandlungen bzw. Beratungen außerhalb der normalen Sprechzeiten oder spezielle Angebote, wie telefonische Beratungen zu speziellen Bereichen, die berechnet werden können, sind Beiträge zur besseren Patientenbetreuung und zur Erhöhung der Einnahmen einer Tierarztpraxis im Laufe der Zeit (LANE, 1999). Auch die Weiterempfehlung an gut ausgesuchte Tiertrainer oder Verhaltenstherapeuten ist für beide Seiten gewinnbringend (MYLES, 1991; TRIPP, 1998).

Bei einer von MERTENS und UNSHELM (1997) gemachten Befragung, stellte sich auch heraus, dass fast 90% der Befragten bereit waren, eine verhaltenstherapeutische Behandlung entsprechend dem zeitlichen Aufwand zu bezahlen.

Von SCHROLL und DEHASSE (2004) wird die verhaltensmedizinische Konsultation nach Zeitaufwand berechnet und beträgt 100 bzw. 110 Euro pro Stunde.

Bei Hausbesuchen müssen zusätzlich die entstandenen Anfahrtkosten berechnet werden (BOWER, 1996).

Die Gebührenordnung für Tierärzte ermöglicht mit der Gebührenziffer 11 „Eingehende Anamneseerhebung oder Beratung (...) bei Verhaltenstherapie“ die Berechnung von Leistungen, wie Verhaltenstherapie, bis zum dreifachen Satz. Eine zusätzliche Zeitgebühr kann dabei zusammen mit der eigentlichen Leistung, ebenfalls bis zum dreifachen Satz, in Rechnung gestellt werden (GOT, 1999). Nach GOT (1999) berechnet sich der einfache Stundensatz für Verhaltenstherapie auf 66,46 Euro.

2.9. Fort- und Weiterbildung im Bereich Verhaltenstherapie

2.9.1. Fachtierärzte Verhaltenskunde

Die Zahl der Fachtierärztinnen und Fachtierärzte stieg laut Bundestierärztekammer im Laufe der Jahre 1999 bis 2004 kontinuierlich an (s. Tab. 1). Zwischen 1999 und 2004 konnte ein Zuwachs von etwa 63% festgestellt werden. Die meisten Fachtierärzte für Verhaltenskunde gibt es in Bayern (BUNDESTIERÄRZTEKAMMER, 2005. S. Tab. 1).

Tab.1: Anzahl der Fachtierärzte für Verhaltenskunde in Deutschland nach Angaben der BUNDESTIERÄRZTEKAMMER (2005)

| Fachtierarzt für Verhaltenskunde | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|----------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Baden-Württemberg | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 |
| Bayern | 6 | 7 | 8 | 9 | 9 | 10 |
| Berlin | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Brandenburg | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Hamburg | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Hessen | 0 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 |
| Westfalen-Lippe | 1 | 1 | 1 | 3 | 3 | 3 |
| Saarland | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Sachsen | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Schleswig-Holstein | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Niedersachsen | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| Gesamt | 14 | 17 | 18 | 22 | 22 | 23 |

2.9.2. Tierärzte mit Zusatzbezeichnung Verhaltenstherapie

Im März 2004 hatten insgesamt 47 Tierärztinnen bzw. Tierärzte in Deutschland die Zusatzbezeichnung Verhaltenstherapie erlangt. Im Vergleich dazu erhöhte sich die Zahl bis März 2005 auf 58 Tierärzte (s. Tab. 2). Das entspricht einem Zuwachs von etwa 23% innerhalb eines Jahres. Die meisten Tierärzte mit Zusatzbezeichnung Verhaltenstherapie befinden sich in Bayern und in Rheinland-Pfalz (BUNDESTIERÄRZTEKAMMER, 2005. S. Tab. 2).

Tab. 2: Anzahl der Tierärzte mit Zusatzbezeichnung Verhaltenstherapie in Deutschland nach Angaben der BUNDESTIERÄRZTEKAMMER (2005)

| Tierärzte mit Zusatzbezeichnung Verhaltenstherapie | 2004 | 2005 |
|--|-----------|-----------|
| Baden-Württemberg | 3 | 2 |
| Bayern | 10 | 12 |
| Berlin | 0 | 1 |
| Brandenburg | 0 | 1 |
| Hamburg | 1 | 1 |
| Hessen | 4 | 4 |
| Niedersachsen | 3 | 5 |
| Nordrhein | 2 | 5 |
| Westfalen-Lippe | 3 | 3 |
| Rheinland-Pfalz | 16 | 16 |
| Saarland | 1 | 1 |
| Sachsen | 1 | 1 |
| Thüringen | 0 | 1 |
| Schleswig-Holstein | 3 | 5 |
| Gesamt | 47 | 58 |

2.9.3. Fortbildungsveranstaltungen im Jahresverlauf

Fortbildungsangebote zu Verhalten (z. B. Internationale Tagung Angewandte Ethologie in Freiburg) und Verhaltenstherapie nahmen von 1999 bis 2001 stetig zu und verdreifachten

sich innerhalb dieser Zeit. Zwischen 2002 und 2004 gingen sie wieder auf etwa die Hälfte zurück. Im Jahr 2001 wurden zum ersten Mal Fortbildungsmodule zur Verhaltenstherapie von der Akademie für tierärztliche Fortbildung angeboten, die seitdem jährlich stattfinden. Auch Fortbildungsveranstaltungen im Bereich Großtierverhalten wurden 2001 erstmalig veranstaltet (AKADEMIE FÜR TIERÄRZTLICHE FORTBILDUNG, 2005. S. Tab. 3).

Tab. 3: Anzahl der Fortbildungen zu Verhalten von 1999 bis 2004 nach Angaben der AKADEMIE FÜR TIERÄRZTLICHE FORTBILDUNG ATF (2005)

| Fortbildungsveranstaltungen zu Verhalten | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| ATF-Fortbildungen | 2 | 4 | 19 | 17 | 11 | 12 |
| Sonstige Fortbildungen | 12 | 26 | 25 | 24 | 25 | 13 |
| Großtier-Fortbildungen | 0 | 0 | 3 | 1 | 1 | 0 |
| Gesamt | 14 | 30 | 47 | 42 | 37 | 25 |

3. Material und Methodik

3.1. Fragestellung und Methodenwahl

Verhaltenstherapie, die einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung des Wohlbefindens von Tier und Besitzer als auch zum Tierschutz leistet, gewinnt zunehmend an Bedeutung.

Ziel der Arbeit war es, herauszufinden, ob der Einsatz der Verhaltenstherapie im Praxismanagement die Möglichkeit bieten kann, den Umsatz des Unternehmens Tierarztpraxis auf mittel- oder langfristige Sicht zu verbessern.

Mittels einer Umfrage unter Tierärztinnen und Tierärzten sollten Einschätzungen und Erfahrungen bezüglich des Einsatzes von Verhaltenstherapie im Praxismanagement, dessen wirtschaftliche Rentabilität und die Möglichkeit, ob Verhaltenstherapie bei entsprechender Erwartungshaltung der Patientenbesitzer eine Nische zur Konkurrenzabhebung darstellt, herausgefunden werden.

Es sollte eruiert werden, in welcher Dimension Verhaltenstherapie bereits eingesetzt und in wieweit Verhaltenstherapie in Bezug auf Wirtschaftlichkeit im Praxismanagement berücksichtigt wurde.

3.2. Datenerhebung in Form eines Fragebogens

Anhand der Fragestellung und der Literaturrecherche zum Thema Verhaltenstherapie und Praxismanagement wurde ein Fragebogenkonzept erstellt, das dem Befragten die Möglichkeit bot, Fragen zur Verhaltenstherapie und deren wirtschaftlichen Effizienz zu beantworten. Der Fragebogen gliederte sich in drei Teile. Den ersten Teil bildete der allgemeine, persönliche Abschnitt, darauf folgte ein Abschnitt mit speziellen Fragen zur Verhaltenstherapie, und den Schluss bildeten Fragen zur Wirtschaftlichkeit. Dabei wurden sowohl geschlossene Fragen gestellt, die den Befragten die Möglichkeit boten, sich und den thematisierten Bereich einzuschätzen und einzuordnen, als auch offene Fragen, die eine Meinungsäußerung ermöglichten. In einem institutsinternen Umlauf wurde der fertige Fragebogen im Vorfeld auf Akzeptanz und Verständlichkeit durch die Mitarbeiter geprüft und auf deren kritischen Anregungen hin auch korrigiert.

Für die Untersuchung wurden drei Befragungsaktionen durchgeführt. Zunächst wurden praktische Tierärztinnen und Tierärzte zum Thema Verhaltenstherapie und Praxismanagement befragt. Von deren Antworten wurden, wegen des mangelnden Einsatzes von Verhaltenstherapie, zum Teil nur Mutmaßungen und Einschätzungen ohne ausreichende Begründung und Erfahrung erwartet. Deshalb wurde zu einem späteren Zeitpunkt die Befragung von Tierärztinnen und Tierärzten mit der Fachtierarztanerkennung

für Verhaltenskunde und Tierärztinnen bzw. Tierärzten mit der Zusatzbezeichnung Verhaltenstherapie angeschlossen. Diese Gruppe diente als Vergleichsgruppe, da sie durch ihren tatsächlichen Einsatz von Verhaltenstherapie in ihrer Praxis konkrete Aussagen zum Einsatz und zur Wirtschaftlichkeit von Verhaltenstherapie bieten konnte. Um eine Vergleichbarkeit der beiden Gruppen gewährleisten zu können, handelte es sich bei den Fragebögen dieser Gruppen um identische Exemplare. Bei der dritten Befragungsaktion wurden in einem zeitlichen Abstand von vier Jahren erneut Fachtierärzte für Verhaltenskunde und Tierärzte mit der Zusatzbezeichnung Verhaltenstherapie befragt. Der ursprüngliche Fragebogen wurde dafür aktualisiert und angepasst. Auf einige Fragen wurde dabei verzichtet und innerhalb bestimmter Fragen zwischen verhaltenstherapeutischer und kurativer Praxis unterschieden.

3.2.1. Fragebogen für praktische Tierärzte 1998/ 1999

Der Fragebogen bestand aus 44 Fragen. Er begann mit allgemeinen Fragen zu Person, Praxis und Patienten. Dabei wurde auf die freiwillige Angabe von Name und Adresse hingewiesen, so dass es prinzipiell zu einer anonymen Behandlung der gemachten Angaben kam. Dann folgten Fragen zu Patienten mit Verhaltensproblemen und darauf Fragen die sich mit Verhaltenstherapie in der eigenen Praxis beschäftigten. Bot der Befragte keine Verhaltenstherapie in seiner Praxis an, übersprang er die folgenden Fragen bis zur Frage 21 und stieg erst dort wieder ein. Wurde Verhaltenstherapie in der eigenen Praxis angeboten, folgten Fragen zur Durchführung der Verhaltenstherapie. Die Fragen 21 bis 24 behandelten die Zusammenarbeit mit Personen und Einrichtungen, die sich mit verhaltenstherapeutischen Problemen befassten. Ab Frage 25 beschäftigte sich der Fragebogen mit den wirtschaftlichen Aspekten des Bereiches Verhaltenstherapie in der Tierarztpraxis. Dabei standen Wettbewerb, Werbeträger, Umsatz, Kundenzufriedenheit, Kundentreue und Neukunden im Vordergrund. Bei der Frage 44 blieb dem Befragten Spielraum für weitere, eigene Anmerkungen. Bei den meisten Fragen handelte es sich um geschlossene Fragen, die oft die Möglichkeit der offenen Meinungsäußerung am Ende boten. Aber auch einzelne offene Fragen kamen vor. Mehrfachnennungen waren bei einigen Fragen möglich (Fragebogen siehe Anhang).

3.2.2. Fragebogen für Tierärzte mit der Fachtierarztanerkennung Verhaltenskunde oder der Zusatzbezeichnung Verhaltenstherapie im Jahr 2001

Um eine Vergleichbarkeit gewährleisten zu können, glich der Fragebogen strukturell und inhaltlich dem an die praktischen Tierärzte gerichteten Fragebogen (Fragebogen siehe Anhang).

3.2.3. Fragebogen für Tierärzte mit der Fachtierarztanerkennung Verhaltenskunde oder der Zusatzbezeichnung Verhaltenstherapie im Jahr 2005

Dieser Fragebogen differenzierte zwischen Fragen, die speziell auf die verhaltenstherapeutische Praxis gerichtet, und Fragen, die spekulativ für die kurative Praxis zu beantworten waren. Dabei wurde der ursprüngliche Fragebogen nur unwesentlich verändert, so dass eine Vergleichbarkeit zu den Fragebögen aus 1999 und 2001 in den relevanten Fragen gewährleistet war. Die Frage nach der Anzahl der verhaltenstherapeutischen Patienten pro Woche und detaillierte Angaben zu Pharmaka in Frage 3 wurden zusätzlich gestellt, während Frage 4 zur Therapie diagnostizierter Verhaltensprobleme weggelassen wurde. Diese Frage erschien überflüssig, da es sich bei den Befragten um Tierärztinnen und Tierärzte handelte, die auf diesen Fachbereich spezialisiert sind. Deshalb wurde das Behandeln von diagnostizierten Verhaltensproblemen vorausgesetzt. In Frage 19, wurde im Zuge der Umstellung von DM auf EURO im Jahre 2002, im Antwortbereich auf Euro umgestellt (Fragebogen siehe Anhang).

3.3. Fragebogenverteilung und Fragebogenrücklauf

In der Zeit von November 1998 bis September 1999 wurden im Rahmen einer Fragebogenaktion Daten von 312 Tierärztinnen und Tierärzten gesammelt.

Dazu wurden die Fragebögen an 1000 praktische Tierärzte postalisch verschickt. Die Adressen der angeschriebenen Tierärzte wurden nach Bundesländern per randomisiertem Verfahren aus einer vorselektierten Datei von 3000 Adressen ausgewählt. Die Adressen der vorselektierten Datei wurden ebenfalls nach randomisiertem Verfahren aus dem Adressbuch der deutschen Tierärzteschaft entnommen und schon mehrfach für andere Fragebogenaktionen verwendet.

Des Weiteren wurden die Fragebögen auf verschiedenen Veranstaltungen, wie einem ethologischen Seminar in München (1998), dem Kleintierkongress in Stuttgart (1998), dem

Verhaltensseminar in Bonn (1998) und dem Einführungsseminar des Medikaments Selgian der Firma Sanofi in Süddeutschland (1998 bis 1999), verteilt.

Die postalische Versendung brachte einen Rücklauf von 167 Fragebögen, die Verteilung auf Kongressen und Seminaren von 145.

Dadurch entstanden zwei Gruppen von Befragten. Bei Gruppe 1 handelte es sich um zufällig ausgewählte Tierärzte mit oder ohne Interesse an dem Bereich Verhaltenstherapie. Bei Gruppe 2 waren es Tierärzte, die bereits durch ihre Teilnahme an Veranstaltungen, Interesse an Fortbildungsveranstaltungen, auch zu verhaltenstherapeutischen Veranstaltungen, zeigten.

2001 wurden die Adressen aller Tierärzte mit Fachtierarztanerkennung für Verhaltenskunde und Zusatzbezeichnung Verhaltenstherapie über die Landestierärztekammern ausfindig gemacht. Es wurden 13 Fragebögen verschickt. Der Rücklauf bei dieser Aktion belief sich auf vier beantwortete Fragebögen.

Nach demselben Verfahren wurden 2005 nochmals die aktuellen Adressen der Tierärzte mit Fachtierarztanerkennung für Verhaltenskunde und Zusatzbezeichnung Verhaltenstherapie über die Landestierärztekammern eruiert. Dabei wurden 54 Fragebögen verschickt. Der Rücklauf bei dieser Aktion belief sich auf 23 Fragebögen (s. Abb. 1).

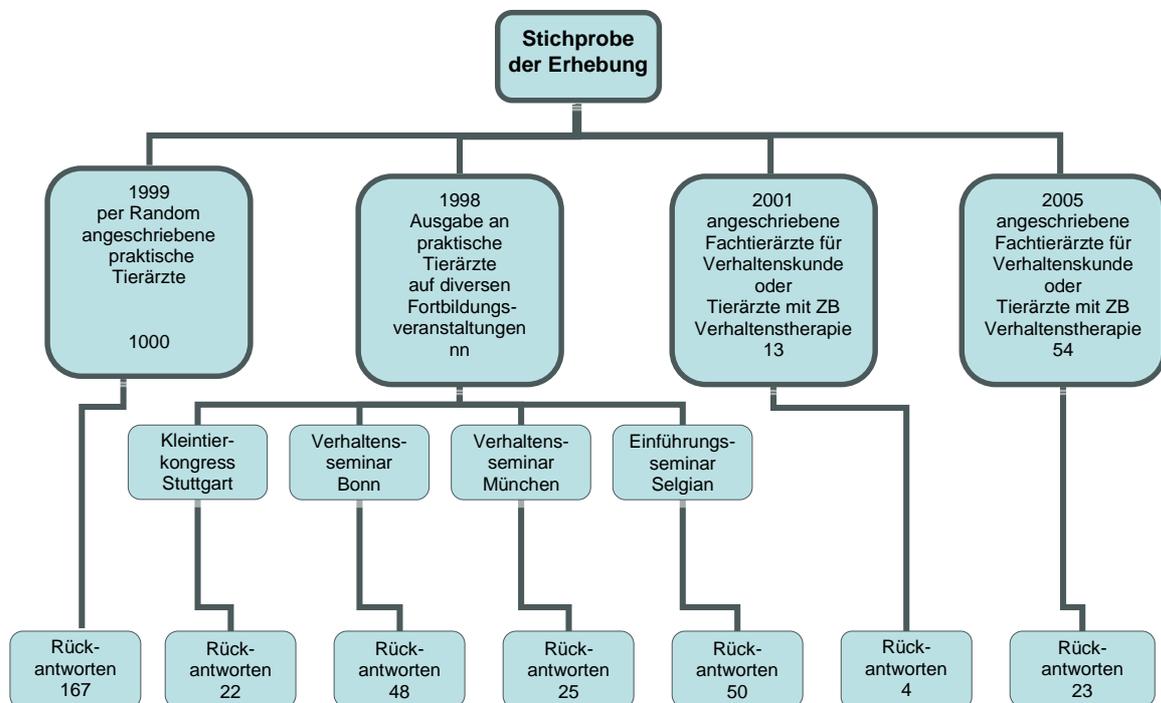


Abbildung 1: Übersicht über die Datenerhebung mittels Fragebögen sowie über den Rücklauf an ausgefüllten Fragebögen

3.4. Datenerfassung und statistische Auswertung

Die Datenerfassung erfolgte über eine Kalkulationstabelle (Microsoft® Excel Office XP). Die verschiedenen Antwortmöglichkeiten wurden mit Zahlen und Buchstaben kodiert und in die Exceltabelle eingegeben. Die Antworten der offenen Fragen und der Fragen mit freien Meinungsäußerungen wurden in Kategorien zusammengefasst. Für jede Kategorie stand ebenfalls eine Kodierung in der Exceltabelle zur Verfügung.

Da es nicht möglich war, von der gegebenen Stichprobe auf die Gesamtheit aller Tierärzte in Deutschland zu schließen, war nur eine explorative, deskriptive Statistik möglich.

Die Aufbereitung der Daten im Statistikprogramm SPSS® 13.0 erfolgte im Rahmen eines Statistikprojekts des Statistischen Beratungslabors der LMU (STABLAB). Unter vorgegebenen Aufbereitungskriterien übernahm eine studentische Gruppe die notwendigen Daten aus Microsoft® Excel Office XP ins Statistikprogramm SPSS® 13.0 und erstellte die, zur statistischen Auswertung notwendigen Daten und Variablen. Vorgabe zur Auswertung war die Einteilung der Stichprobe in Befragte, die aus der randomisierten Befragung stammten (Gruppe 1 = Zufallsbefragte) und Befragte, die ihren Fragebogen auf Fortbildungsveranstaltungen ausgefüllt hatten (Gruppe 2 = Kongressbefragte). Einerseits wurden diese beiden Gruppen weiter unterteilt, in Tierärzte, die Verhaltenstherapie anboten und solche, die keine Verhaltenstherapie in ihrer Praxis anboten. Andererseits wurden die beiden Gruppen eingeteilt in Tierärzte, die Verhaltenstherapie als wirtschaftlich erachteten und solche, die Verhaltenstherapie als unwirtschaftlich erachteten. Dadurch entstand eine Auswertung zum Angebot der Verhaltenstherapie in der eigenen Praxis (nach Frage Nr. 4, siehe Fragebogen im Anhang) mit zwei Hauptgruppen (Gruppe 1 = Zufallsbefragte und Gruppe 2 = Kongressbefragte) und jeweils zwei dazugehörigen Untergruppen (s. Abb. 2), sowie eine Auswertung zur Einschätzung der Wirtschaftlichkeit (nach Frage Nr. 26, siehe Fragebogen im Anhang) mit ebenfalls zwei Hauptgruppen (Gruppe 1 = Zufallsbefragte und Gruppe 2 = Kongressbefragte) und den dazugehörigen Untergruppen (s. Abb. 3).

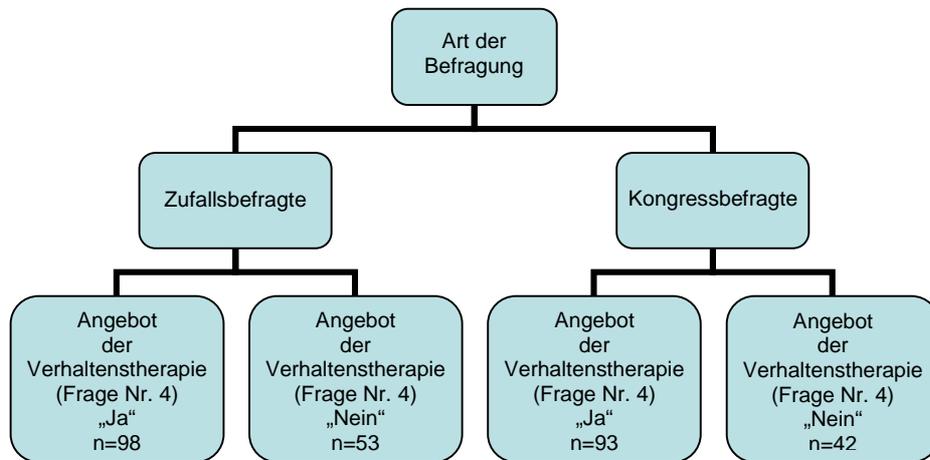


Abbildung 2: Aufteilung der Befragten nach Art der Befragung (Zufallsbefragte/ Kongressbefragte) und nach Angebot der Verhaltenstherapie (Frage Nr. 4)

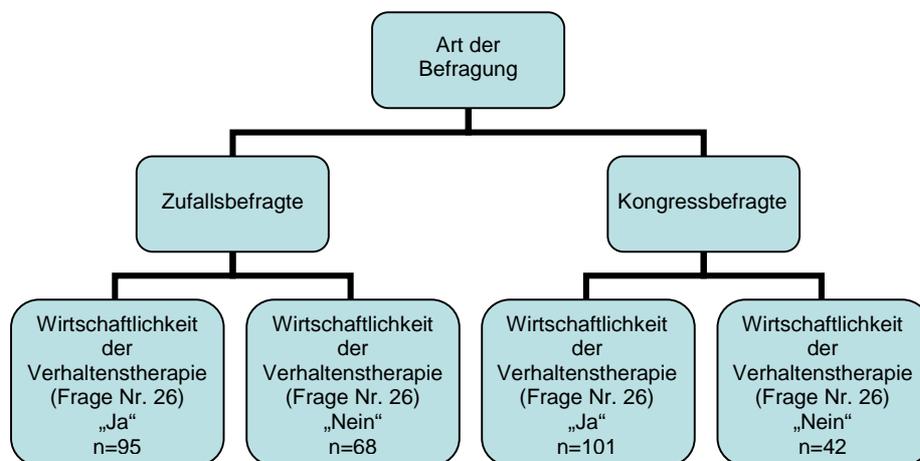


Abbildung 3: Aufteilung der Befragten nach Art der Befragung (Zufallsbefragte/ Kongressbefragte) und nach Einschätzung der Wirtschaftlichkeit der Verhaltenstherapie (Frage Nr. 26)

Die von der studentischen Statistikgruppe des Statistischen Beratungslabors der LMU (STABLAB) aufbereiteten Daten wurden übernommen und mit Hilfe des Programms SPSS® 14.0 und 15.0 statistisch ausgewertet.

Die Daten der Tierärzte mit Fachtierarztanerkennung für Verhaltenskunde oder Zusatzbezeichnung Verhaltenstherapie wurden ebenfalls mit SPSS® 14.0 aufbereitet und statistisch ausgewertet.

Die Stichprobe **n** der Ergebnisse pro Frage steht für die gültigen Antworten unter Ausschluss von „keine Angabe“, weshalb keine uniforme Stichprobenzahl über die Fragen hinweg erreicht werden konnte.

Bei der Auswertung von Fragen mit offenen Antworten bzw. der Möglichkeit zu Mehrfachantworten wurde der statistische Mittelwert der Stichprobe **n** aller gültigen Antworten unter Ausschluss von „keine Angabe“ ermittelt.

3.5. Darstellung der Ergebnisse

Die Ergebnisse der Tierärzte mit Aufteilung nach Art der Befragung und Angebot der Verhaltenstherapie (s. Abb. 2) wurden unter zu Hilfenahme des Programms SPSS® 14.0 und 15.0 in Grafiken dargestellt.

Die Ergebnisse der Tierärzte mit Aufteilung nach Art der Befragung und Einschätzung der Wirtschaftlichkeit der Verhaltenstherapie (s. Abb. 3) wurden im Text genannt und im Anhang mit SPSS® 14.0 und 15.0 erstellten Tabellen ergänzt. Dabei wurden nur Ergebnisse dargestellt, bei denen es sich um Auffälligkeiten innerhalb der Aufteilung nach Einschätzung der Wirtschaftlichkeit der Verhaltenstherapie handelte und die gleichzeitig innerhalb der Art der Befragung, also bei den Zufallsbefragten und den Kongressbefragten gleichsinnig vorkamen.

Bei den Ergebnissen der Tierärzte mit Fachtierarztanerkennung für Verhaltenskunde oder Zusatzbezeichnung Verhaltenstherapie wurden aufgrund der geringen Stichprobe der 2001 befragten Tierärzte, nur die 2005 Befragten Tierärzte berücksichtigt und im Text erwähnt. Die Ergebnisse der 2005 befragten Tierärzte, als auch die, der 2001 befragten Tierärzte wurden mit Tabellen ergänzend im Anhang veranschaulicht.

4. Ergebnisse

4.1. Vergleich der Tierärzte nach Angebot der Verhaltenstherapie

Die befragten Tierärzte wurden zusätzlich zur Aufteilung in Zufallsbefragte und Kongressbefragte, nach dem Angebot der Verhaltenstherapie eingeteilt. Dabei entstanden die Gruppe der Befragten, die Verhaltenstherapie anboten und die Gruppe der Befragten, die keine Verhaltenstherapie anboten.

4.1.1. Soziodemographische Daten

4.1.1.1. Geschlecht

Bei der Zufallsbefragung waren, unabhängig vom Angebot der Verhaltenstherapie, etwa 1/3 weiblich und 2/3 männlich. Bei der Kongressbefragung waren die Tierärzte, die Verhaltenstherapie anboten, ungefähr zu 2/3 weiblich. Bei denen, die keine Verhaltenstherapie anboten, war die Verteilung zwischen weiblich und männlich in etwa gleich (s. Abb. 4).

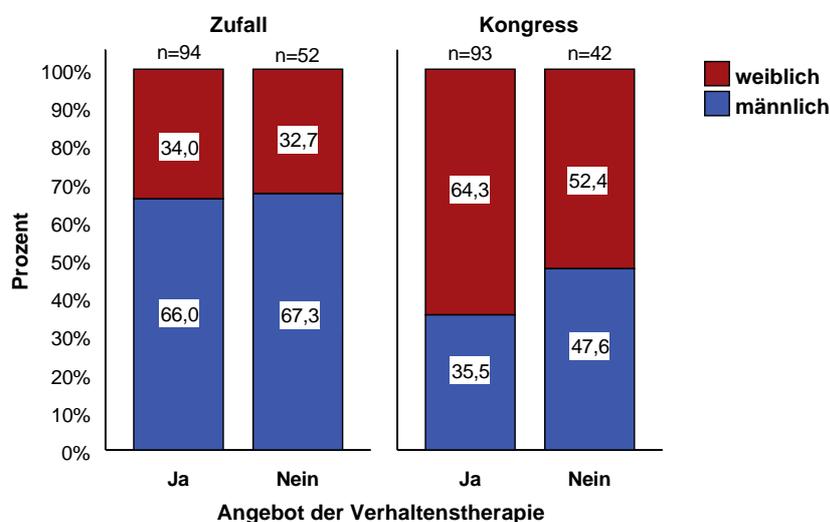


Abbildung 4: Geschlechtsverteilung der Tierärzte bei der Befragung per Zufall (n=146) und auf Kongressen (n=135) mit zusätzlicher Unterteilung nach Angebot der Verhaltenstherapie, prozentualer Anteil an Befragten der jeweiligen Gruppe

4.1.1.2. Alter

Die Zufallsbefragten waren älter als die Kongressbefragten. Innerhalb der Zufallsbefragten waren die, die Verhaltenstherapie anboten, jüngeren Alters (s. Abb. 5).

Die Zufallsbefragten (n=127) waren durchschnittlich 45,3 Jahre alt, die Kongressbefragten (n=119) mit durchschnittlich 40,2 Jahren etwas jünger. Die Befragten, die Verhaltenstherapie anboten (n=166), wiesen mit 42,4 Jahren im Mittel eine ähnliche Altersstruktur auf wie die

Befragten, die keine Verhaltenstherapie anboten (n=80) und durchschnittlich 43,1 Jahre alt waren.

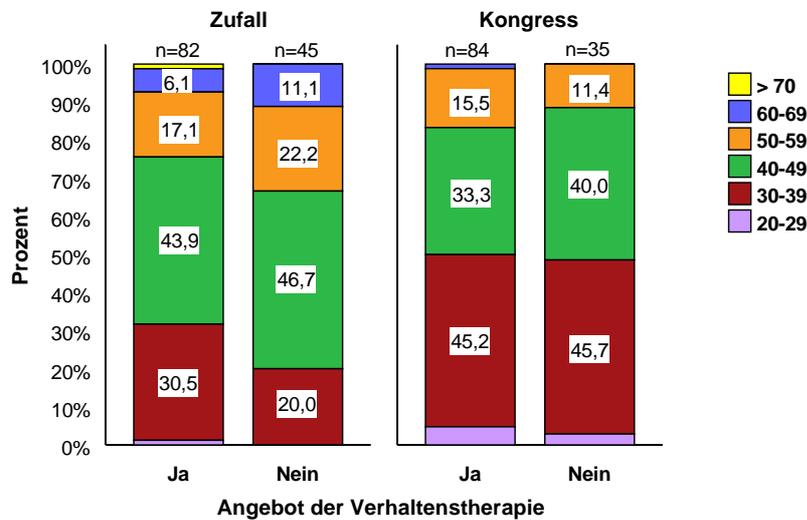


Abbildung 5: Altersverteilung der Tierärzte bei der Befragung per Zufall (n=127) und auf Kongressen (n=119) mit zusätzlicher Unterteilung nach Angebot der Verhaltenstherapie, Aufteilung nach Alterskategorien, prozentualer Anteil an Befragten der jeweiligen Gruppe

4.1.1.3. Unternehmensform

Die meisten der Befragten aller vier Gruppen arbeiteten in einer Tierarztpraxis, nur sehr wenige in einer Tierklinik. Bei den Zufallsbefragten, die Verhaltenstherapie anboten, war die Zahl derer, die in einer Klinik arbeiteten, unerheblich größer (s. Abb. 6).

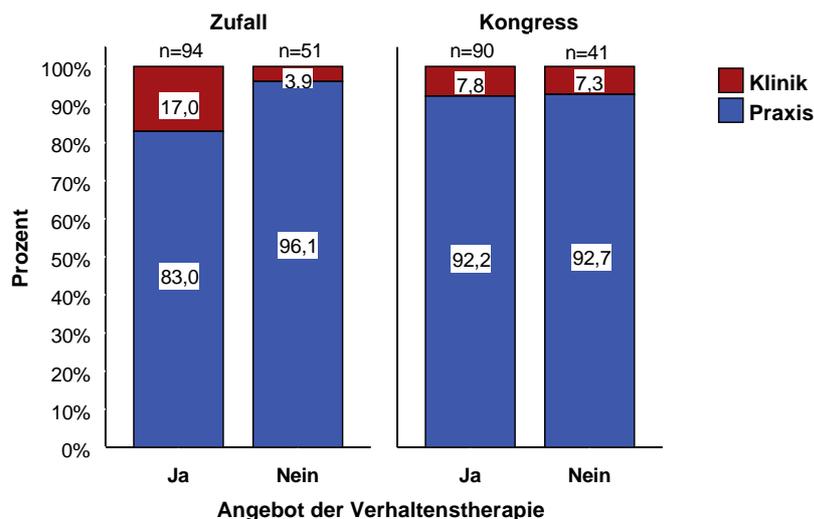


Abbildung 6: Verteilung der Tierärzte nach Unternehmensform bei der Befragung per Zufall (n=145) und auf Kongressen (n=131) mit zusätzlicher Unterteilung nach Angebot der Verhaltenstherapie, prozentualer Anteil an Befragten der jeweiligen Gruppe

4.1.1.4. Kammergebiet

Viele der Zufallsbefragten kamen aus den Kammergebieten Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Niedersachsen und Nordrhein. Die Kongressbefragten kamen hauptsächlich aus Bayern, Nordrhein und Niedersachsen (s. Abb. 7).

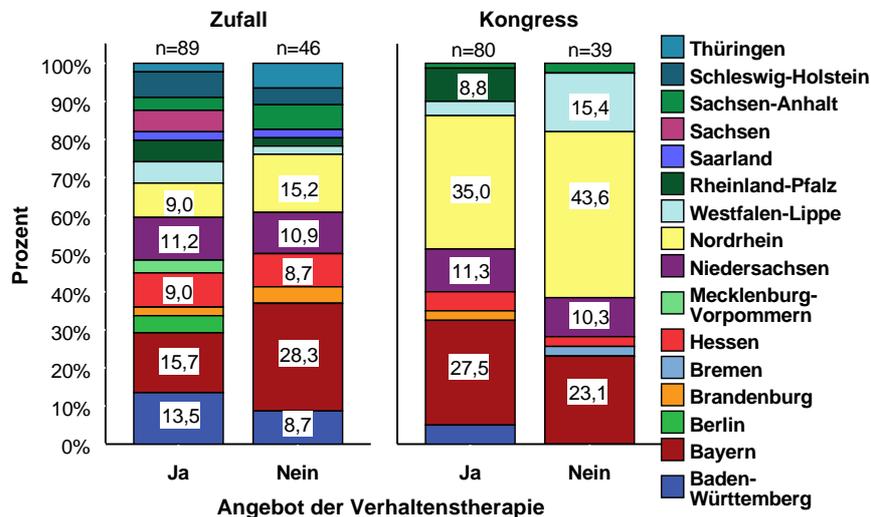


Abbildung 7: Verteilung der Tierärzte nach Kammergebieten bei der Befragung per Zufall (n=135) und auf Kongressen (n=119) mit zusätzlicher Unterteilung nach Angebot der Verhaltenstherapie, prozentualer Anteil an Befragten der jeweiligen Gruppe

4.1.1.5. Stadt oder Land

Der Großteil aller Befragten hatte ihre Praxis in der Stadt (s. Abb. 8).

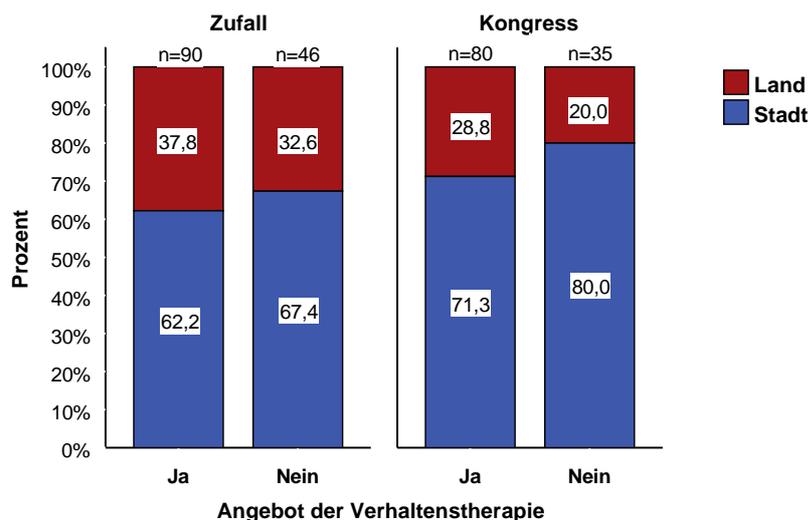


Abbildung 8: Verteilung der Tierärzte nach Praxissitz bei der Befragung per Zufall (n=136) und auf Kongressen (n=115) mit zusätzlicher Unterteilung nach Angebot der Verhaltenstherapie, prozentualer Anteil an Befragten der jeweiligen Gruppe

4.1.1.6. Einwohner

Abbildung 6 bietet einen Überblick über die Größe der Städte, in denen sich die Befragten mit ihrer Praxis oder Klinik befanden (s. Abb. 9).

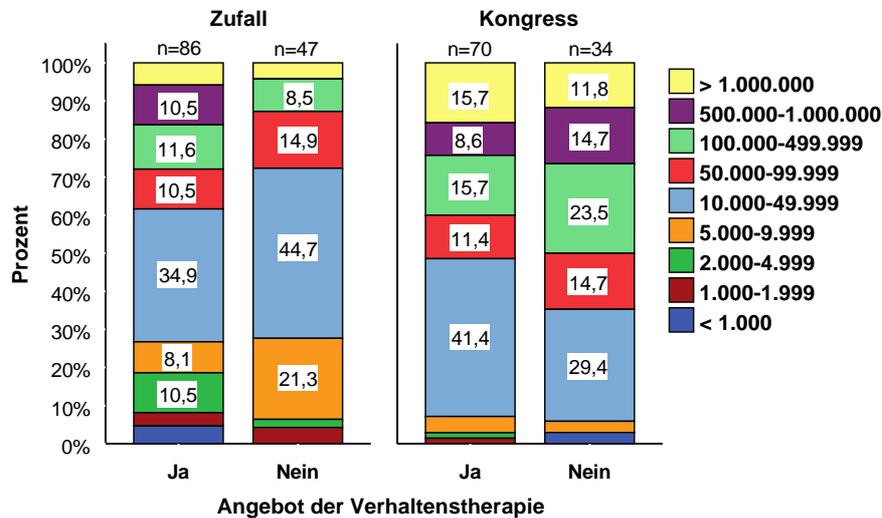


Abbildung 9: Verteilung der Tierärzte nach Einwohnern bei der Befragung per Zufall (n=133) und auf Kongressen (n=104) mit zusätzlicher Unterteilung nach Angebot der Verhaltenstherapie, Aufteilung nach Einwohnerkategorien, prozentualer Anteil an Befragten der jeweiligen Gruppe

4.1.1.7. Gründungsjahr

3/4 aller Praxen wurden zwischen 1980 und 1999 gegründet (s. Abb. 10).

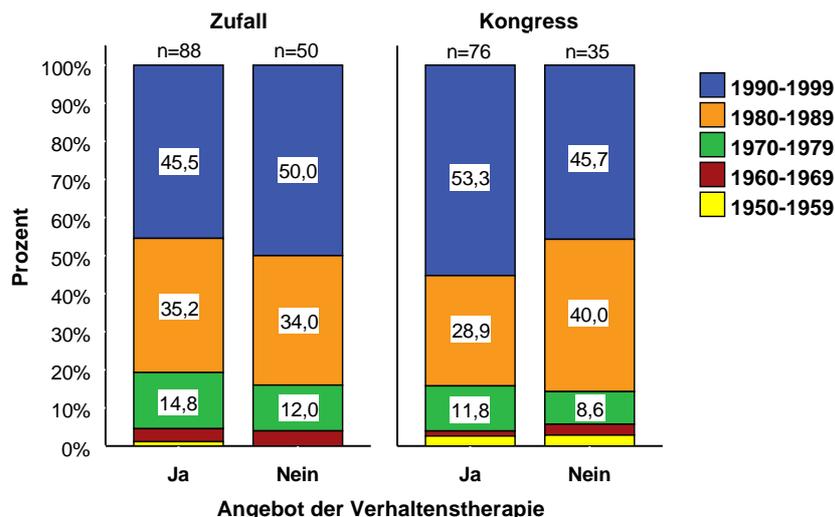


Abbildung 10: Verteilung der Tierärzte nach Gründung bei der Befragung per Zufall (n=138) und auf Kongressen (n=111) mit zusätzlicher Unterteilung nach Angebot der Verhaltenstherapie, Aufteilung nach Jahreskategorien, prozentualer Anteil an Befragten der jeweiligen Gruppe

4.1.1.8. Spezialbereich

Fast alle Befragten arbeiteten mit Kleintieren. Etwa 1/5 der Zufallsbefragten, die keine Verhaltenstherapie anboten, betreuten auch Großtiere. In den anderen befragten Gruppen waren es wesentlich weniger, die auch Großtiere als Patienten hatten (s. Abb. 11).

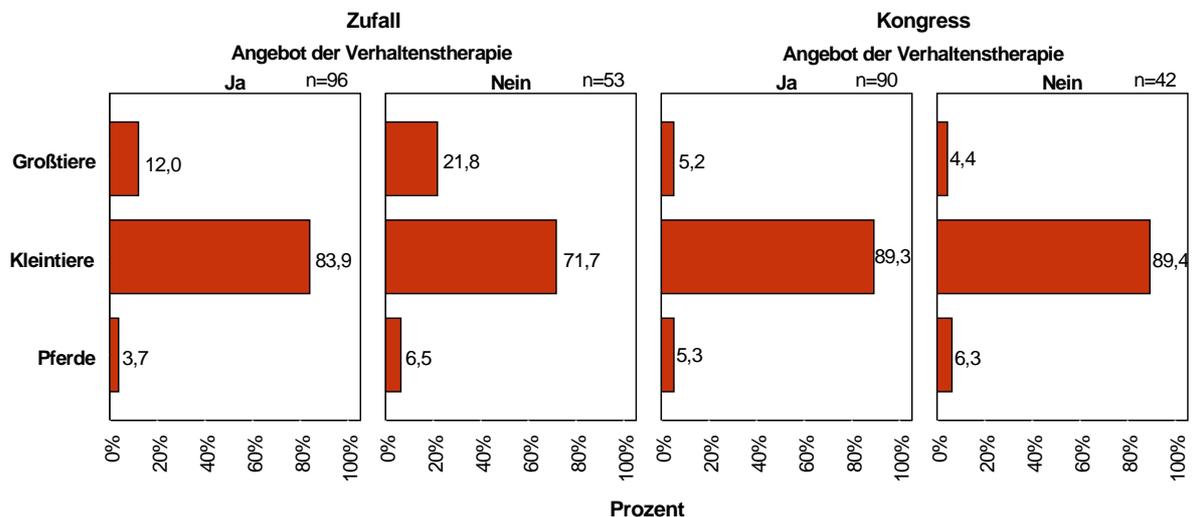


Abbildung 11: Verteilung der Tierärzte nach Spezialgebiet bei der Befragung per Zufall (n=149) und auf Kongressen (n=132) mit zusätzlicher Unterteilung nach Angebot der Verhaltenstherapie, Mehrfachantworten möglich, prozentualer Anteil an Befragten der jeweiligen Gruppe

4.1.1.9. Fachtierarzt

52,5% der Zufallsbefragten, die Verhaltenstherapie anboten (n=40) und 55,0% der Zufallsbefragten, die keine Verhaltenstherapie anboten (n=20) hatten eine Fachtierarztanerkennung oder eine Zusatzbezeichnung in einem veterinärmedizinischen Fachgebiet erlangt. Die Angaben der Kongressbefragten (n=19) blieben aufgrund der geringen Stichprobe unberücksichtigt.

4.1.1.10. Weiterbildungsermächtigung

42,4% der Zufallsbefragten, die Verhaltenstherapie anboten (n=33) und 28,6% derer, die keine Verhaltenstherapie anboten (n=14) waren zur Weiterbildung in ihrem spezialisierten Fachgebiet ermächtigt. Die Angaben der Kongressbefragten (n=10) blieben aufgrund der geringen Stichprobe unberücksichtigt.

4.1.1.11. Größe des Unternehmens

Die befragten Tierärzte arbeiteten hauptsächlich alleine oder mit einem weiteren Tierarzt in der Praxis. Nur wenige hatten mehr als einen Kollegen (s. Abb. 12).

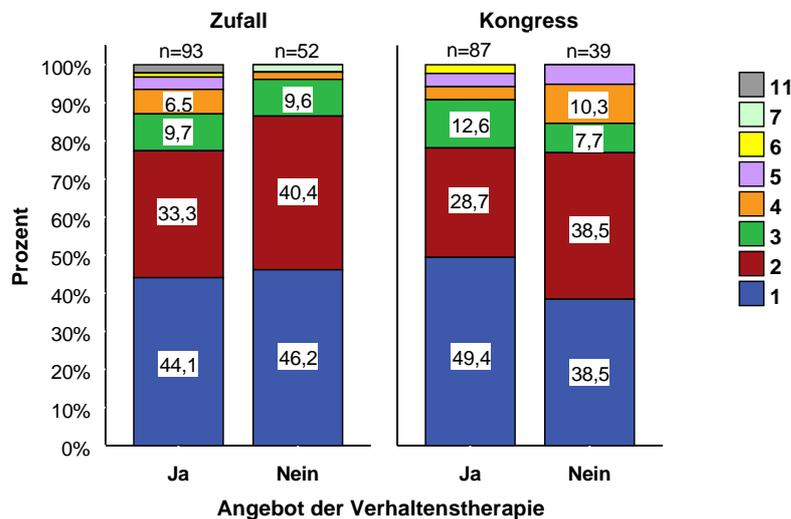


Abbildung 12: Verteilung der Tierärzte nach Anzahl der Tierärzte im Unternehmen (Unternehmensgröße) bei der Befragung per Zufall (n=145) und auf Kongressen (n=126) mit zusätzlicher Unterteilung nach dem Angebot der Verhaltenstherapie, prozentualer Anteil an Befragten der jeweiligen Gruppe

4.1.1.12. Anzahl der Tierärzte und Tierärztinnen im Unternehmen

Der Großteil der Praxen beschäftigte Vollzeittierärzte (s. Abb. 13).

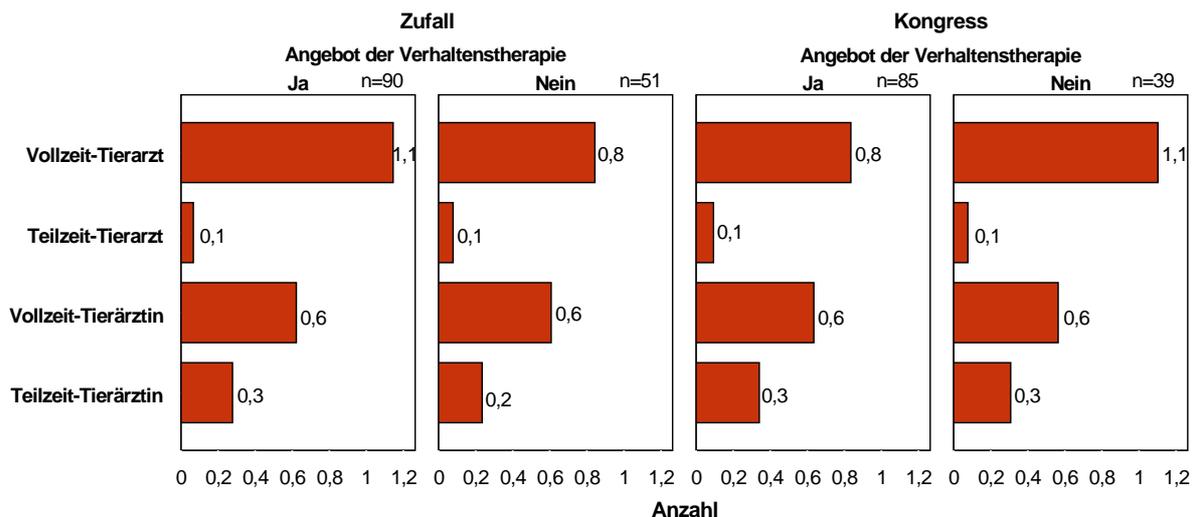


Abbildung 13: Durchschnittliche Anzahl der Vollzeit- und Teilzeittierärzte/-innen des Unternehmens bei der Befragung per Zufall (n=141) und auf Kongressen (n=124) mit zusätzlicher Unterteilung nach Angebot der Verhaltenstherapie, Mehrfachantworten möglich, durchschnittlicher Wert

4.1.1.13. Anzahl der Tierarzhelfer/ -innen

Die durchschnittliche Anzahl der beschäftigten Tierarzhelfer/ -innen lag bei den Zufallsbefragten, die Verhaltenstherapie anboten (n=92), bei 1,9, bei denen, die keine Verhaltenstherapie anboten (n=50) bei 1,3. Die Kongressbefragten, die Verhaltenstherapie anboten (n=85) hatten im Mittel 1,8, die die keine Verhaltenstherapie anboten (n=38) 2,1 Tierarzhelferinnen in ihrer Praxis.

4.1.1.14. Patienten pro Tag

Die meisten, Verhaltenstherapie anbietenden Zufallsbefragten hatten 11 bis 30 Patienten pro Tag. Die Zufallsbefragten, die keine Verhaltenstherapie anboten, überwiegend 11 bis 20. Bei den Kongressbefragten war die Verteilung größer. Sie hatten 6 bis 50 Patienten pro Tag. Die, die keine Verhaltenstherapie anboten, hatten hauptsächlich 11 bis 20 Patienten am Tag (s. Abb. 14).

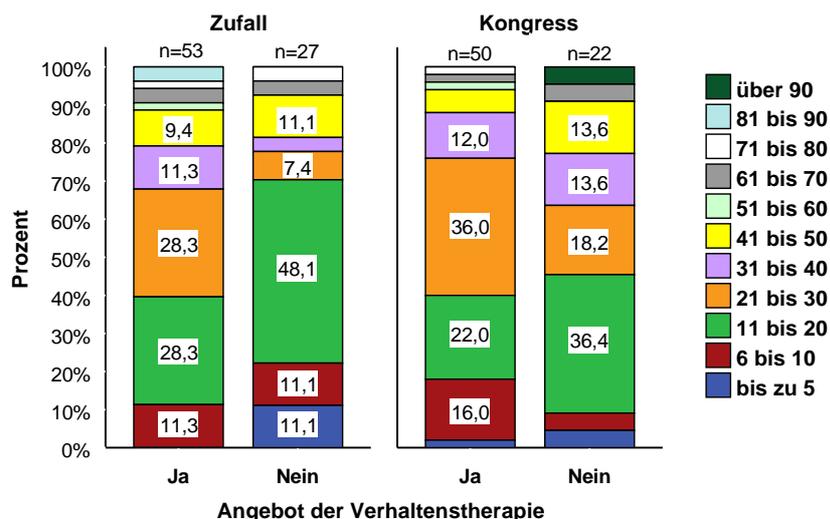


Abbildung 14: Tägliche Patientenzahl der Befragten per Zufall (n=80) und auf Kongressen (n=72) mit zusätzlicher Unterteilung nach dem Angebot der Verhaltenstherapie, Aufteilung nach Kategorien, prozentualer Anteil an Patienten der jeweiligen Gruppe

Bei den Patienten handelte es sich bei allen Befragten in erster Linie um Hunde und Katzen (s. Abb. 15).

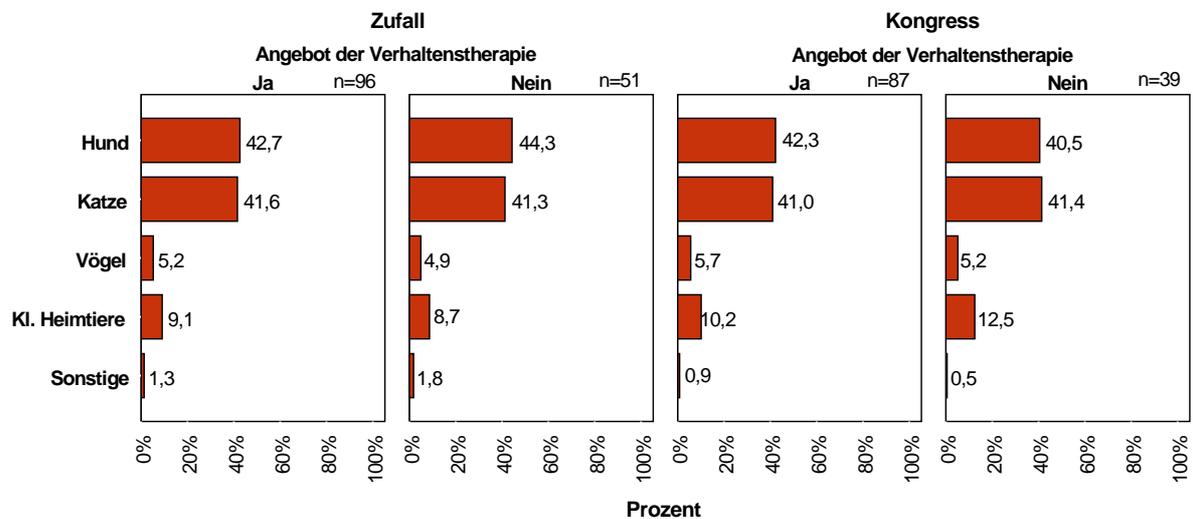


Abbildung 15: Prozentualer Anteil der Patienten pro Tag nach Tierart bei der Befragung per Zufall (n=147) und auf Kongressen (n=126) mit zusätzlicher Unterteilung nach dem Angebot der Verhaltenstherapie, Mehrfachantworten möglich, durchschnittlicher Anteil der Tierarten bei den Befragten in der jeweiligen Gruppe

Zusammenfassung

Vergleich der Tierärzte nach Angebot der Verhaltenstherapie

Soziodemographische Daten

- § Die Zufallsbefragten waren älter und häufiger männlich als die Kongressbefragten.
- § Die meisten Befragten hatten Praxen in Städten mit zehntausend Einwohnern und gründeten diese zwischen 1980 und 1999.
- § In den Praxen gab es meist ein bis zwei beschäftigte Kollegen und durchschnittlich zwei Tierarzthelferinnen.
- § Kleintiere bildeten hauptsächlich das Spezialgebiet.
- § Die meisten Befragten hatten 11 bis 30 Patienten am Tag, wovon über 80% Hunde und Katzen waren.

4.1.2. Angebot der Verhaltenstherapie

4.1.2.1. Patienten mit Verhaltensproblemen (Frage Nr. 1)

Alle Befragten (n=284) hatten Patienten mit Verhaltensproblemen in ihrer Praxis.

4.1.2.2. Überwiegende Tierarten mit Verhaltensproblemen (Frage Nr. 2)

Bei den Patienten mit Verhaltensproblemen handelte es sich hauptsächlich um Hunde und Katzen (s. Abb. 16).

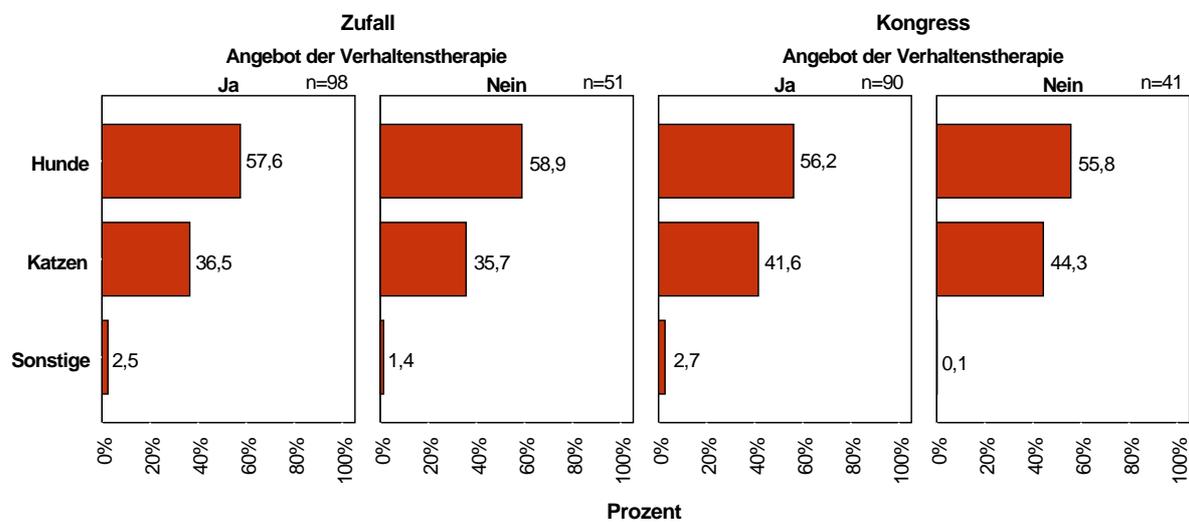


Abbildung 16: Verteilung der Tierarten mit Verhaltensproblemen bei der Befragung per Zufall (n=149) und auf Kongressen (n=131) mit zusätzlicher Unterteilung nach dem Angebot der Verhaltenstherapie, Mehrfachantworten möglich, durchschnittliche, prozentuale Anteilsschätzung der Tierarten mit Verhaltensproblemen von den befragten Tierärzte

4.1.2.3. Verhaltensprobleme beim Hund (Frage Nr. 3a)

Das meist genannte Verhaltensproblem beim Hund war Aggression, gefolgt von Angst, Trennungsangst und Unsauberkeit (s. Abb. 17).

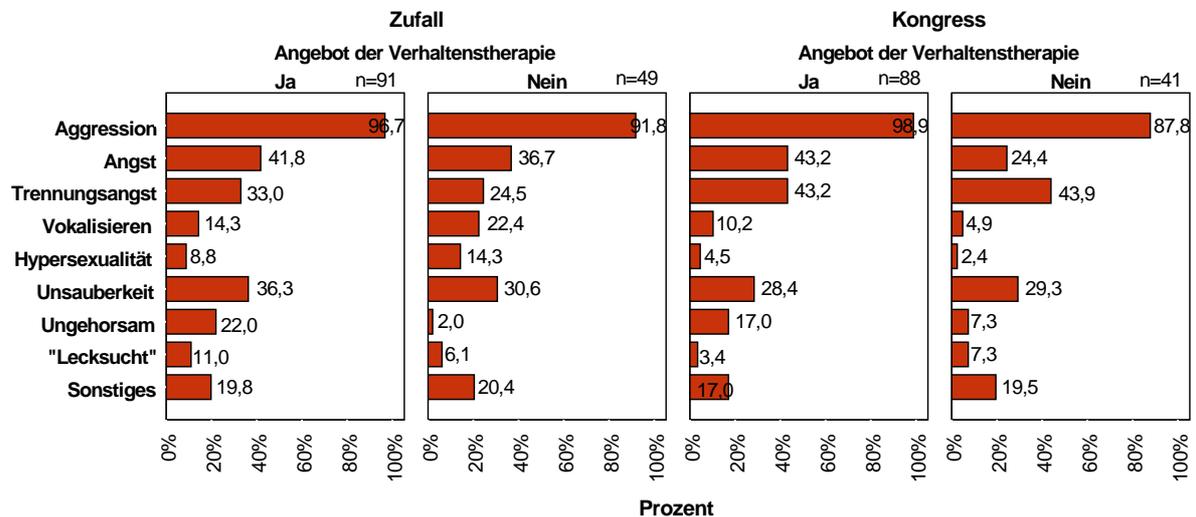


Abbildung 17: Problemverteilung beim Hund bei der Befragung per Zufall (n=140) und auf Kongressen (n=129) mit zusätzlicher Unterteilung nach dem Angebot der Verhaltenstherapie, Mehrfachantworten möglich, prozentualer Anteil der Tierärzte in der jeweiligen Gruppe

4.1.2.4. Verhaltensprobleme bei der Katze (Frage Nr. 3b)

Bei der Katze wurde Unsauberkeit am häufigsten genannt, am zweithäufigsten Aggression (s. Abb. 18).

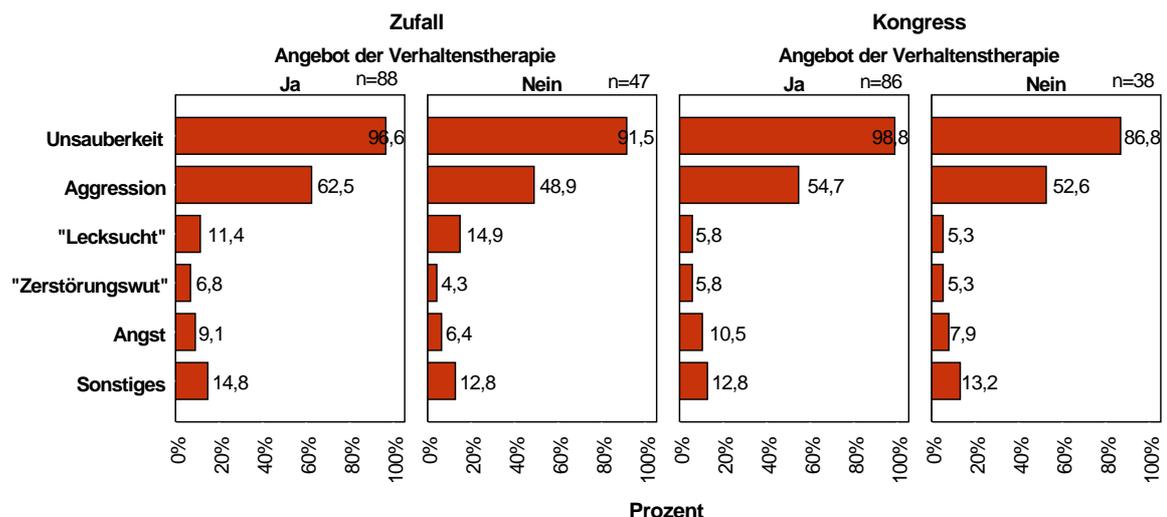


Abbildung 18: Problemverteilung bei der Katze bei der Befragung per Zufall (n=135) und auf Kongressen (n=124) mit zusätzlicher Unterteilung nach dem Angebot der Verhaltenstherapie, Mehrfachantworten möglich, prozentualer Anteil der Tierärzte in der jeweiligen Gruppe

4.1.2.5. Zeitraum des Angebots der Verhaltenstherapie in der Praxis (Frage Nr. 5)

Der Zeitraum, in dem Verhaltenstherapie angeboten wurde, war sehr unterschiedlich und bewegte sich zwischen 1 und 30 Jahren. Die meisten Befragten boten zwischen 1 und 6 Jahren Verhaltenstherapie an (s. Abb. 19).

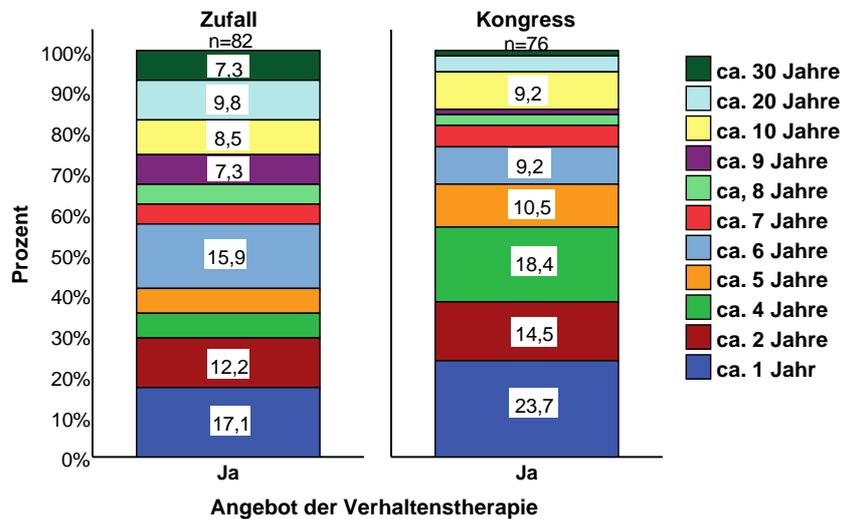


Abbildung 19: Angebotszeitraum der Verhaltenstherapie der Befragten per Zufall (n=82) und auf Kongressen (n=76), prozentualer Anteil in der jeweiligen Gruppe

Durchschnittlich boten die Zufallsbefragten (n=82) Verhaltenstherapie seit 84,1 Monaten, sprich 7 Jahren, die Kongressbefragten (n=76) seit durchschnittlich 51,7 Monaten bzw. 4 Jahren, an.

4.1.2.6. Ein speziell für Verhaltenstherapie beauftragter Tierarzt (Frage Nr. 5b)

Nur in etwa 1/4 der Praxen, die Verhaltenstherapie anboten, war ein Tierarzt speziell für den Bereich Verhaltenstherapie verantwortlich (s. Abb. 20).

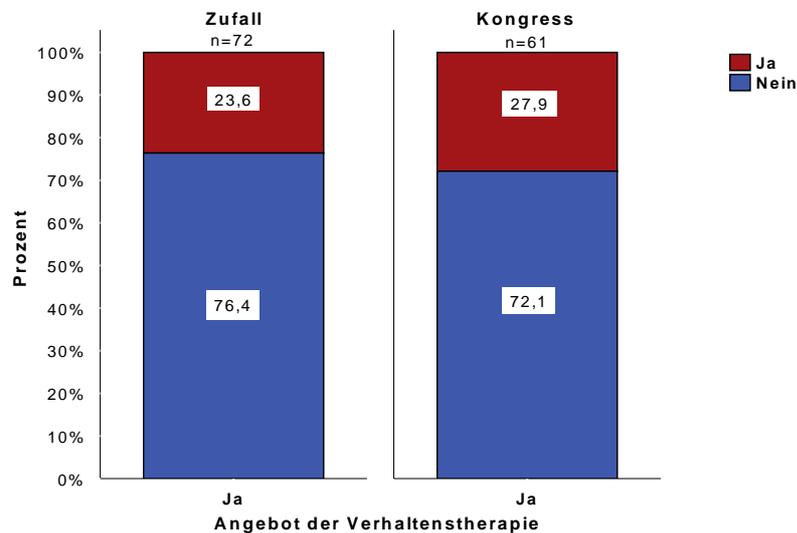


Abbildung 20: Vorhandensein eines speziell für Verhaltenstherapie beauftragten Tierarztes bei der Befragung per Zufall (n=72) und auf Kongressen (n=61) mit Angebot der Verhaltenstherapie, prozentualer Anteil in der jeweiligen Gruppe

4.1.2.7. Beurteilung der Tendenz im Fachbereich Verhaltenstherapie (Frage Nr. 6)

Die Tendenz der Verhaltenstherapie wurde bei den Befragten, die Verhaltenstherapie anboten, zu 3/4 steigend und zu 1/4 stagnierend eingeschätzt (s. Abb. 21).

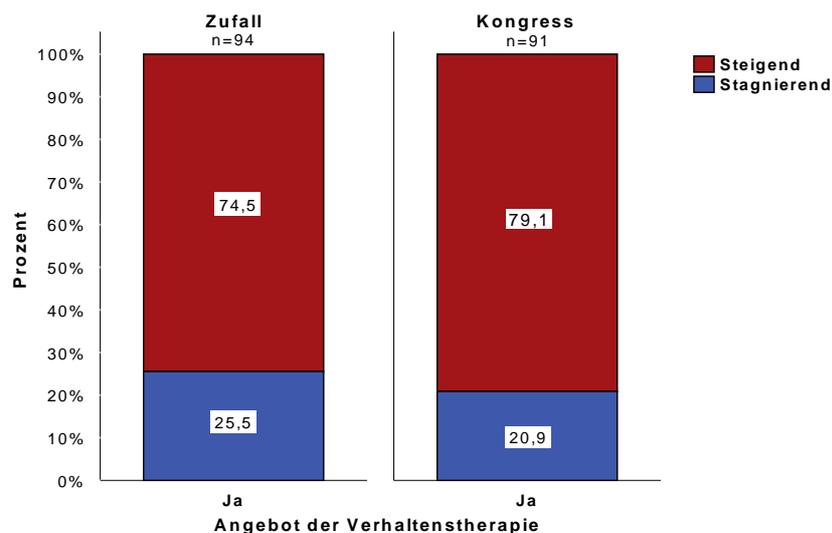


Abbildung 21: Tendenzeinschätzung des Fachbereiches Verhaltenstherapie der Befragten per Zufall (n=94) und auf Kongressen (n=91) mit Angebot der Verhaltenstherapie, prozentualer Anteil in der jeweiligen Gruppe

4.1.2.8. Teilnahme an Fortbildungen im Bereich Verhaltenstherapie (Frage Nr. 7a)

Fast 2/3 der Zufallsbefragten, die Verhaltenstherapie anboten und über 80% der Kongressbefragten, die Verhaltenstherapie anboten, nahmen an Fortbildungen zur Verhaltenstherapie teil (s. Abb. 22).

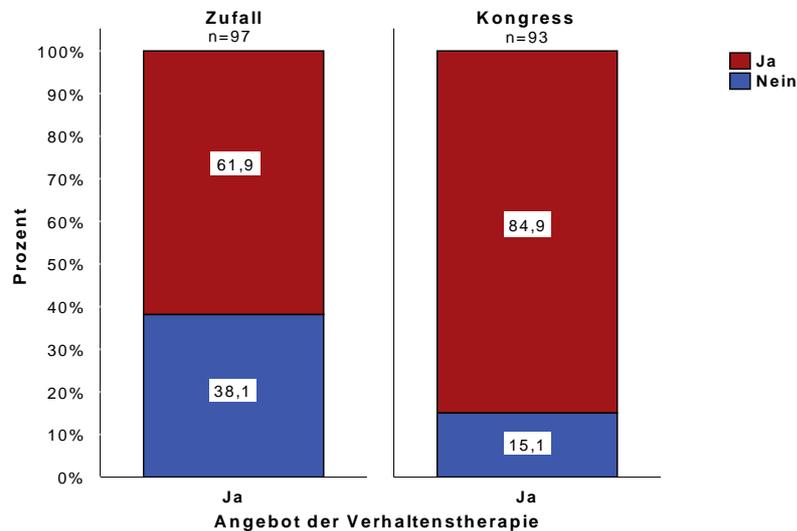


Abbildung 22: Teilnahme an Fortbildungen zur Verhaltenstherapie bei den Tierärzten mit Angebot der Verhaltenstherapie bei der Befragung per Zufall (n=97) und auf Kongressen (n=93), prozentualer Anteil in der jeweiligen Gruppe

Fortbildungsstunden pro Team und Jahr (Frage Nr. 7b)

Die Anzahl der absolvierten Fortbildungsstunden pro Jahr und Team im Fachbereich Verhaltenstherapie variierte zwischen 1 und 150 Stunden und lag bei den Verhaltenstherapie anbietenden Zufallsbefragten (n=51) bei durchschnittlich 8,6 Stunden und bei den Kongressbefragten, die Verhaltenstherapie anboten (n=60), bei 17,1 Stunden im Mittel.

4.1.2.9. Besuchte Veranstaltungsart (Frage Nr. 7c)

Die Verhaltenstherapie anbietenden Befragten nahmen hauptsächlich an Kongressen, Veranstaltungen von Firmen, privaten Institutionen und Universitäten teil (s. Abb. 23).

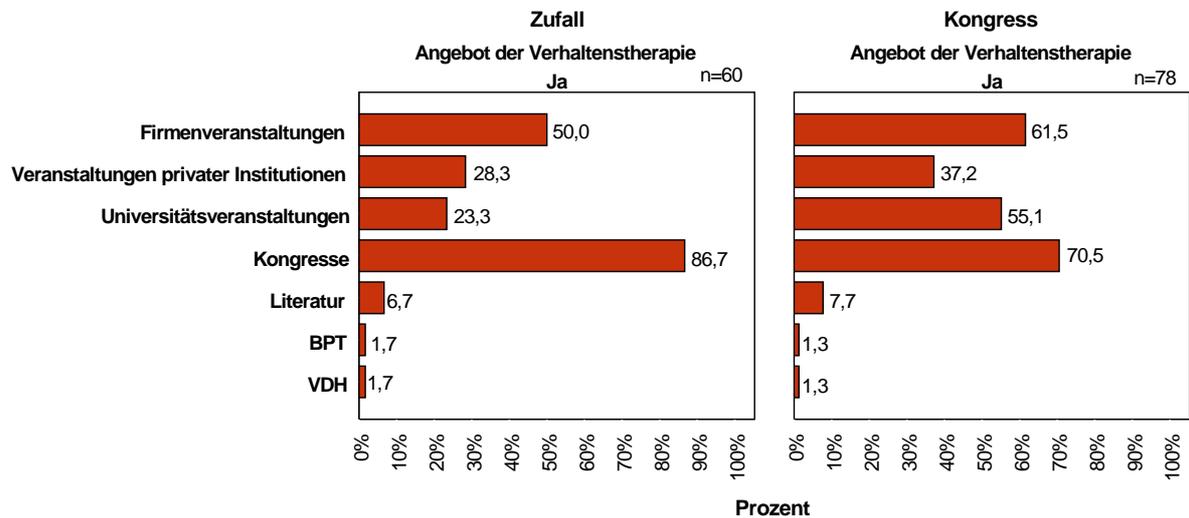


Abbildung 23: Veranstaltungsanbieter der wahrgenommenen Fortbildungen bei der Befragung per Zufall (n=60) und auf Kongressen (n=78) mit Angebot der Verhaltenstherapie, Mehrfachantworten möglich, prozentualer Anteil in der jeweiligen Gruppe

4.1.2.10. Bekanntheitsgrad der Bezeichnungen im Zusammenhang mit Verhaltenstherapie (Frage Nr. 8)

Den meisten der Befragten, die Verhaltenstherapie anboten, war die Fachtierarztbezeichnung und die Zusatzbezeichnung hinsichtlich Verhaltenstherapie bekannt. Auch Auslandstitel in diesem Zusammenhang waren einigen bekannt (s. Abb. 24).

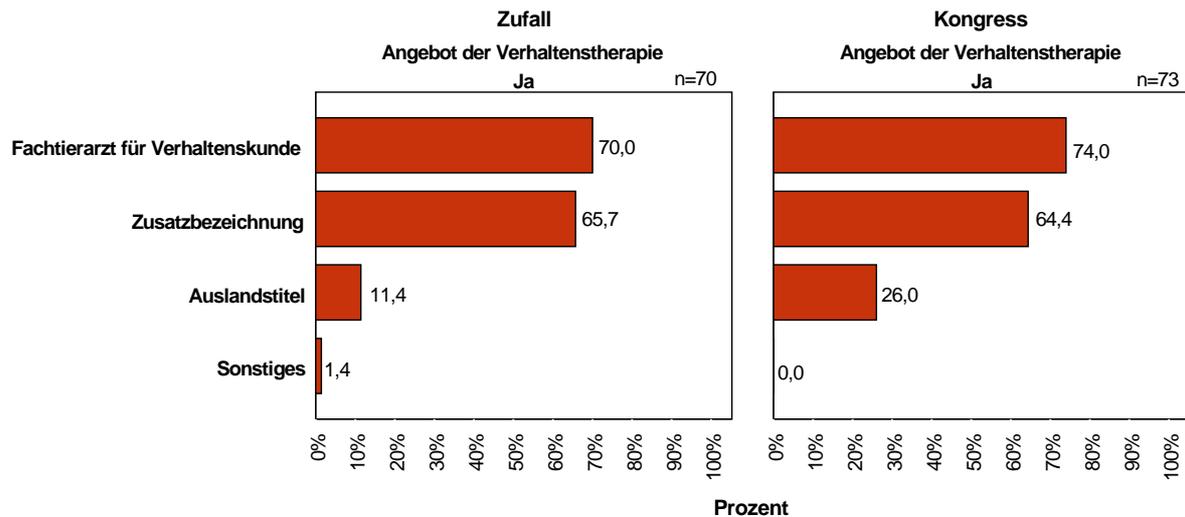


Abbildung 24: Bekannte Bezeichnungen im Zusammenhang mit Verhaltenstherapie bei der Befragung per Zufall (n=70) und auf Kongressen (n=73) mit Angebot der Verhaltenstherapie, Mehrfachantworten möglich, prozentualer Anteil in der jeweiligen Gruppe

4.1.2.11. Anstreben einer Bezeichnungen hinsichtlich Verhaltenstherapie (Frage Nr. 10a)

1/5 der Zufallsbefragten wollte eine im Zusammenhang mit Verhaltenstherapie stehende Bezeichnung erreichen. Bei den Kongressbefragten, die Verhaltenstherapie anboten, waren es knapp die Hälfte (s. Abb. 25).

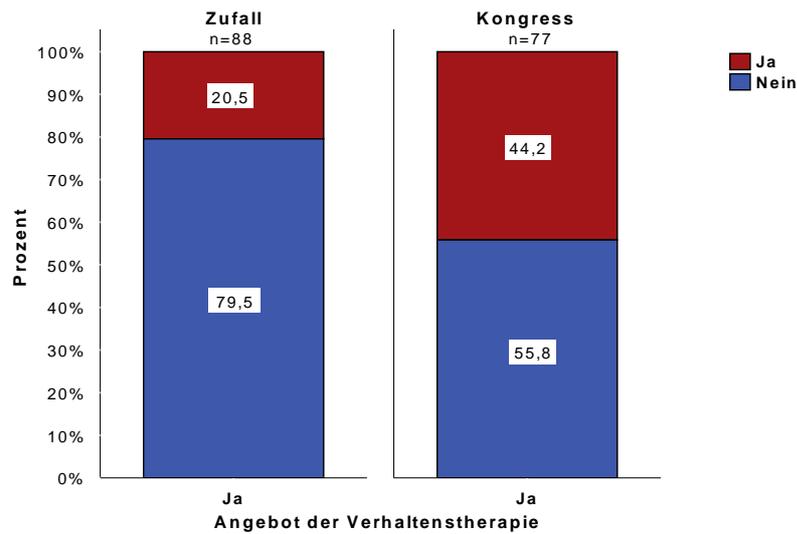


Abbildung 25: Verteilung des Anstrebens einer Bezeichnung der Befragten per Zufall (n=88) und auf Kongressen (n=77) mit Angebot der Verhaltenstherapie, prozentualer Anteil in der jeweiligen Gruppe

Art der angestrebten Bezeichnung (Frage Nr. 10b)

Bei den Verhaltenstherapie anbietenden Befragten wurde hauptsächlich die Zusatzbezeichnung Verhaltenstherapie angestrebt. Ein Viertel der Zufallsbefragten wollte den Fachtiterarzt erreichen. Die allgemeine Beteiligung der Befragten an der Beantwortung der Frage nach Art der angestrebten Bezeichnung war niedrig (s. Abb.26).

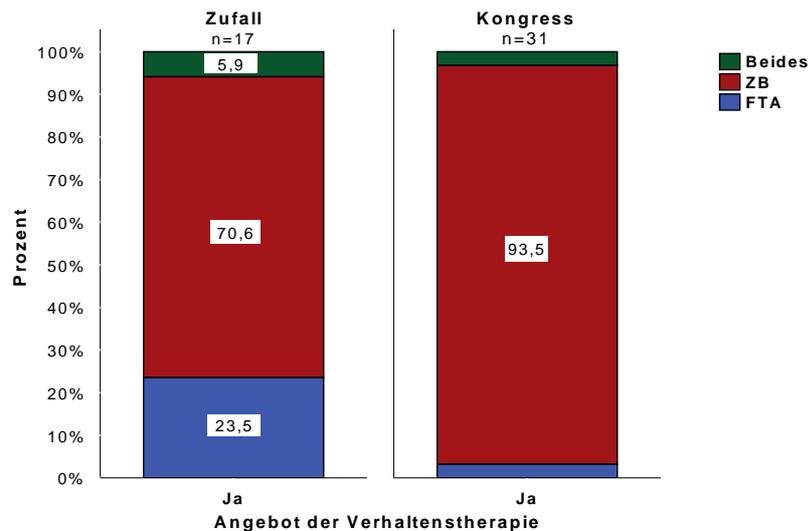


Abbildung 26: Angestrebter Titel im Zusammenhang mit Verhaltenstherapie der Befragten per Zufall (n=17) und auf Kongressen (n=31) mit Angebot der Verhaltenstherapie, prozentualer Anteil in der jeweiligen Gruppe

4.1.2.12. Zeitliche Behandlung verhaltenstherapeutischer Fälle (Frage Nr. 11)

Vor allem die Zufallsbefragten behandelten die verhaltenstherapeutischen Fälle während der Sprechstunde. Über 1/3 der Befragten, die Verhaltenstherapie anboten, nannte die Behandlung außerhalb der Sprechstunde, während eines Hausbesuches oder einer telefonischer Konsultation (s. Abb. 27).

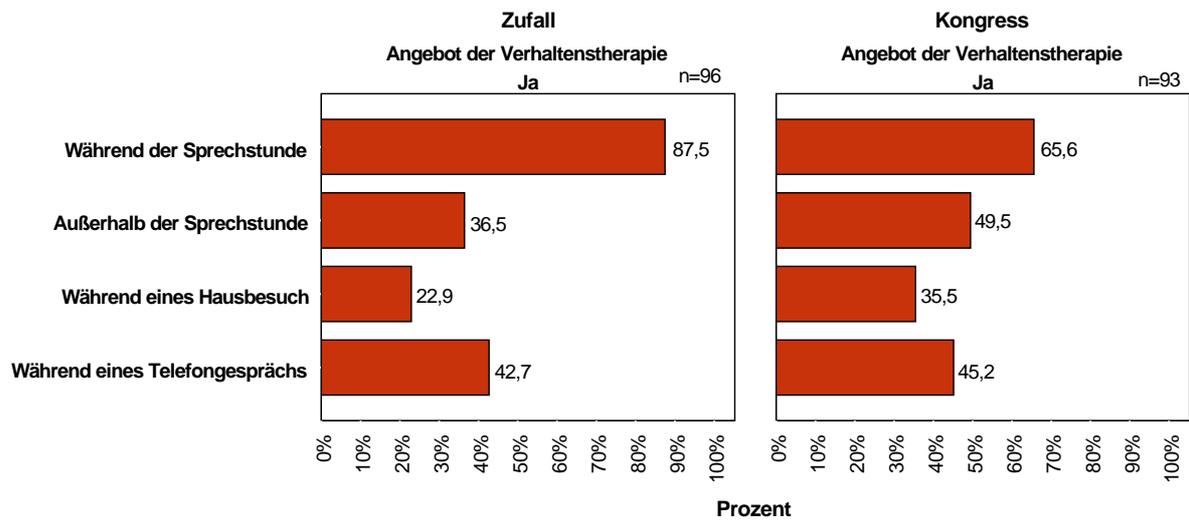


Abbildung 27: Zeitliche Behandlungseinteilung verhaltenstherapeutischer Fälle bei der Befragung per Zufall (n=96) und auf Kongressen (n=93) mit Angebot der Verhaltenstherapie, Mehrfachantworten möglich, prozentualer Anteil in der jeweiligen Gruppe

4.1.2.13. Örtliche Behandlung verhaltenstherapeutischer Fälle (Frage Nr. 12)

Die Befragten, die Verhaltenstherapie anboten, führten die Verhaltenstherapie in erster Linie im Sprechzimmer, aber auch beim Besitzer Zuhause durch. Nur wenige behandelten verhaltenstherapeutische Fälle in einem separaten Raum (s. Abb. 28).

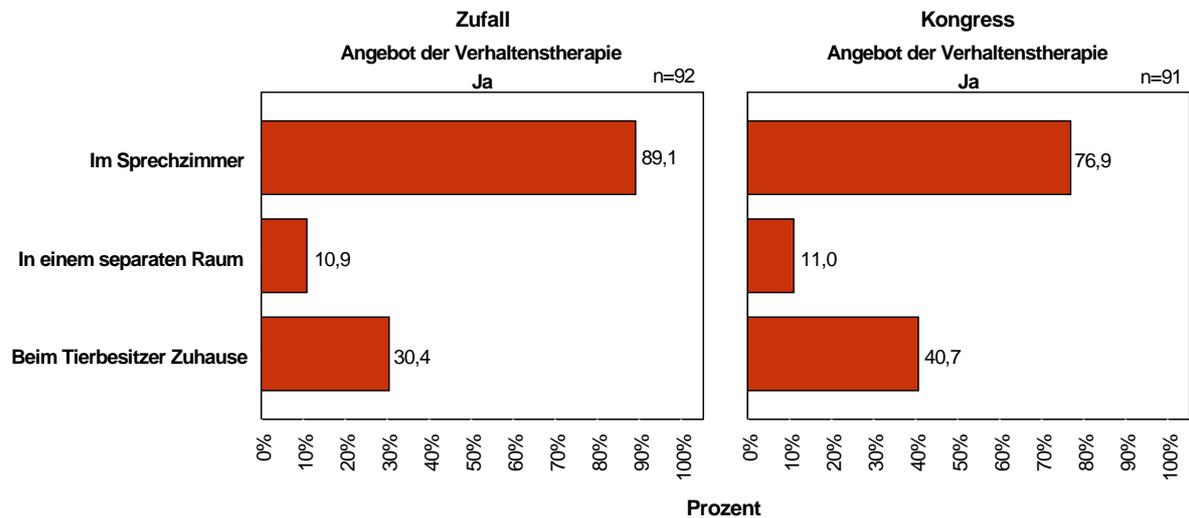


Abbildung 28: Lokale Behandlungsverteilung verhaltenstherapeutischer Fälle bei der Befragung per Zufall (n=92) und auf Kongressen (n=91) mit Angebot der Verhaltenstherapie, Mehrfachantworten möglich, prozentualer Anteil in der jeweiligen Gruppe

4.1.2.14. Verhaltenstherapeutische Überweisungsfälle in der Praxis (Frage Nr. 13)

Die meisten der Befragten bekamen keine verhaltenstherapeutischen Fälle in ihre Praxis überwiesen (s. Abb. 29).

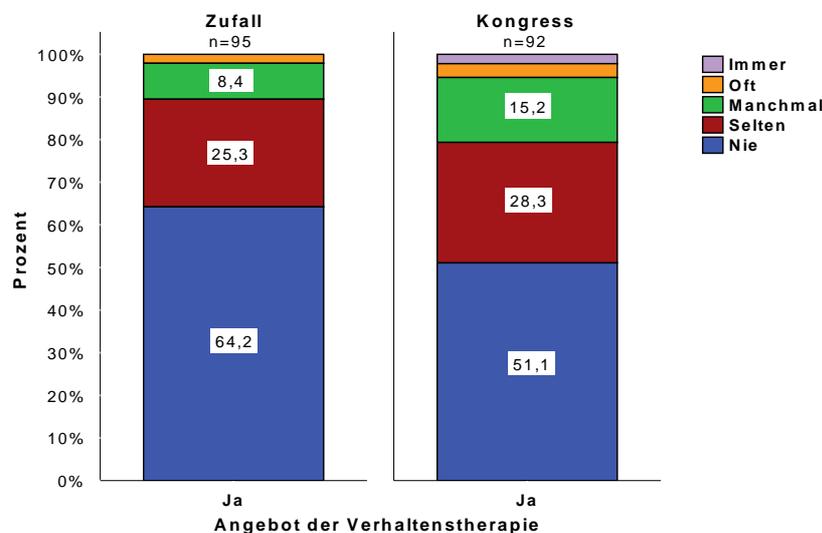


Abbildung 29: Häufigkeit überwiesener verhaltenstherapeutischer Fälle bei der Befragung per Zufall (n=95) und auf Kongressen (n=92) mit Angebot der Verhaltenstherapie, prozentualer Anteil in der jeweiligen Gruppe

4.1.2.15. Verfahrensweise bei überwiesenen Patienten (Frage Nr. 14)

Das Zurücküberweisen von überwiesenen bekommenen Fällen und die Weitergabe der Behandlungsergebnisse wurde durchschnittlich von 2/3 der Befragten, die Verhaltenstherapie anbieten, genannt (s. Abb. 30).

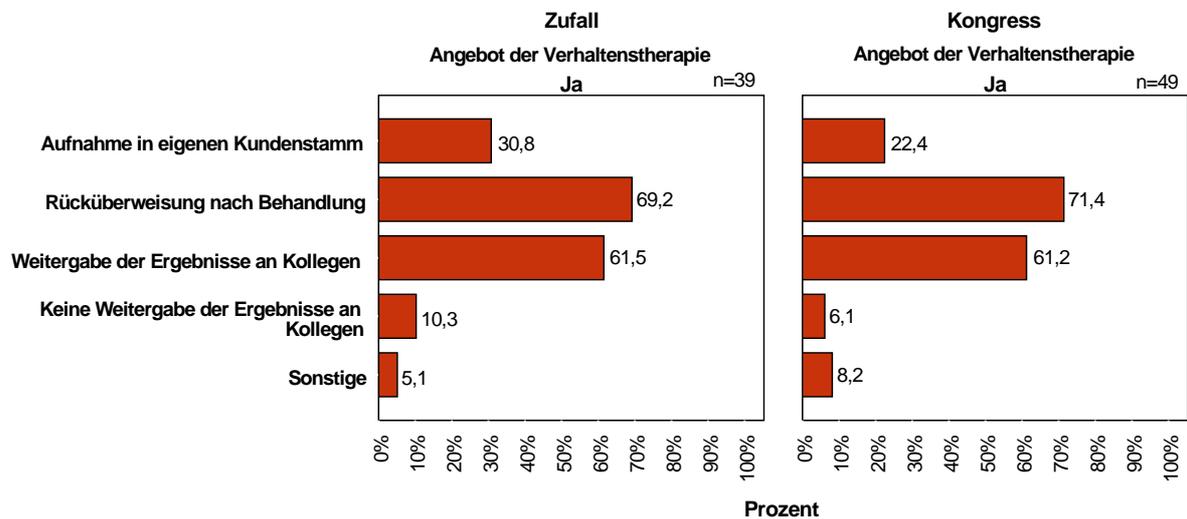


Abbildung 30: Weitere Verfahrensweise überwiesener Patienten bei der Befragung per Zufall (n=39) und auf Kongressen (n=49) mit Angebot der Verhaltenstherapie, Mehrfachantworten möglich, prozentualer Anteil in der jeweiligen Gruppe

4.1.2.16. Therapiemöglichkeiten bei verhaltenstherapeutischen Fällen (Frage Nr. 15)

Als Therapie nannten die meisten Befragten, die Verhaltenstherapie anboten, eine Kombination aus verhaltenstherapeutischen Gesprächen und Pharmakotherapie. Etwa 1/3 behandelte verhaltenstherapeutische Fälle ausschließlich mit verhaltenstherapeutischen Gesprächen und nur wenige wandten ausschließlich eine Pharmakotherapie an (s. Abb. 31).

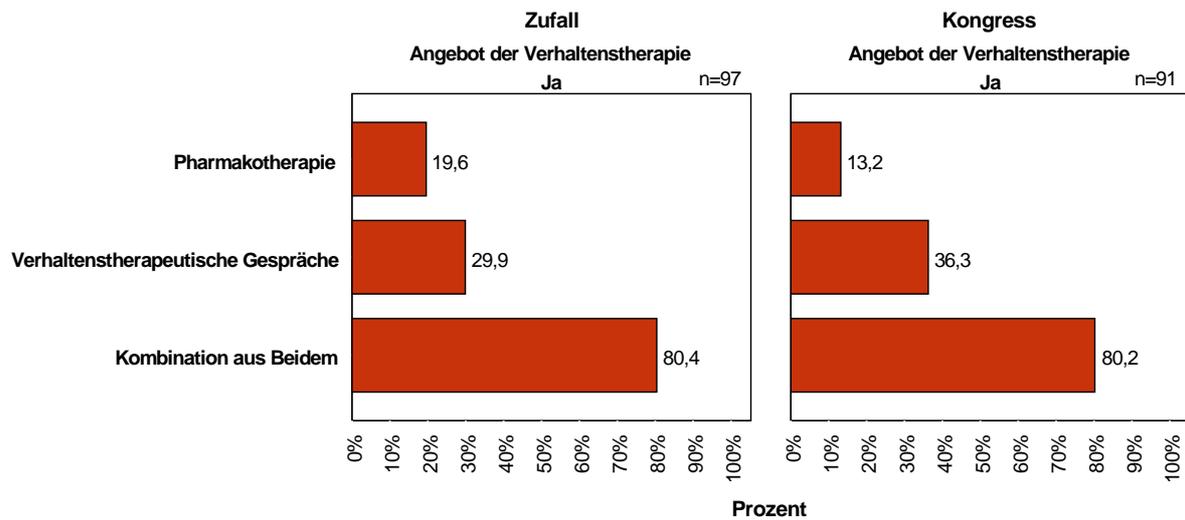


Abbildung 31: Verhaltenstherapeutisch angewandte Therapie bei der Befragung per Zufall (n=97) und auf Kongressen (n=91) mit Angebot der Verhaltenstherapie, Mehrfachantworten möglich, prozentualer Anteil an Tierärzten in der jeweiligen Gruppe

4.1.2.17. Einsatzmöglichkeiten von verschiedenen Pharmaka bei verhaltenstherapeutischen Fällen (Frage Nr. 16)

Über die Hälfte der Befragten, die Verhaltenstherapie anboten, setzten, unabhängig von der Art der Befragung, Hormone und Homöopathie ein. Auch Antidepressiva und Benzodiazepine wurde von etwa 50% der Zufallsbefragten und etwa 40% der Kongressbefragten, die Verhaltenstherapie anboten, therapeutisch angewandt (s. Abb. 32).

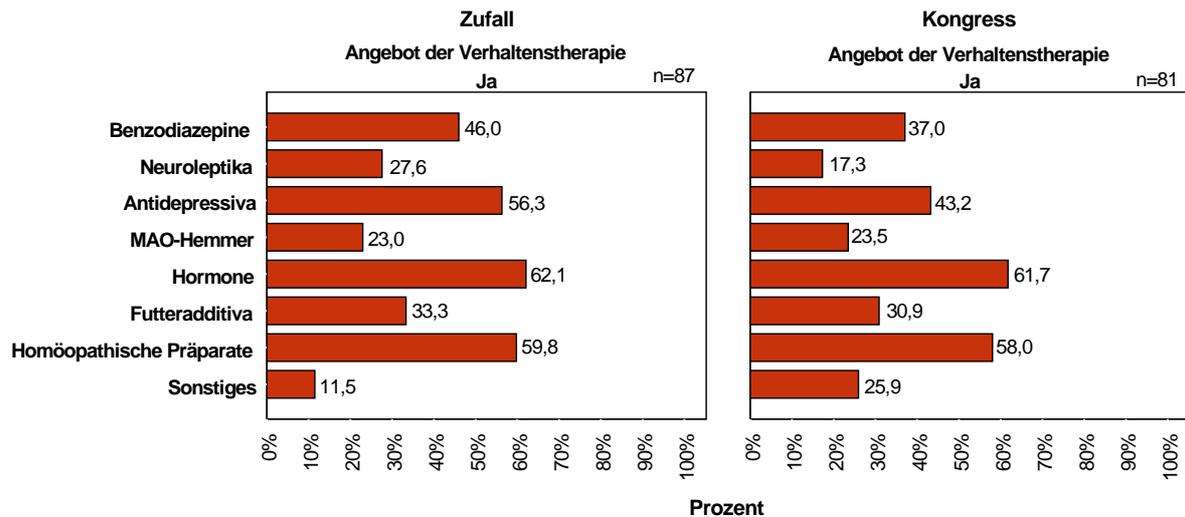


Abbildung 32: Verhaltenstherapeutisch eingesetzte Pharmaka bei der Befragung per Zufall (n=87) und auf Kongressen (n=81) mit Angebot der Verhaltenstherapie, Mehrfachantworten möglich, prozentualer Anteil in der jeweiligen Gruppe

4.1.2.18. Eingeplante Zeitspanne für ein verhaltenstherapeutisches Gespräch (Frage Nr. 17)

Bei den Zufallsbefragten bewegte sich die Zeit des verhaltenstherapeutischen Gesprächs zwischen einer Viertel und einer Stunde, bei den Kongressbefragten zwischen einer Viertel und zwei Stunden (s. Abb. 33).

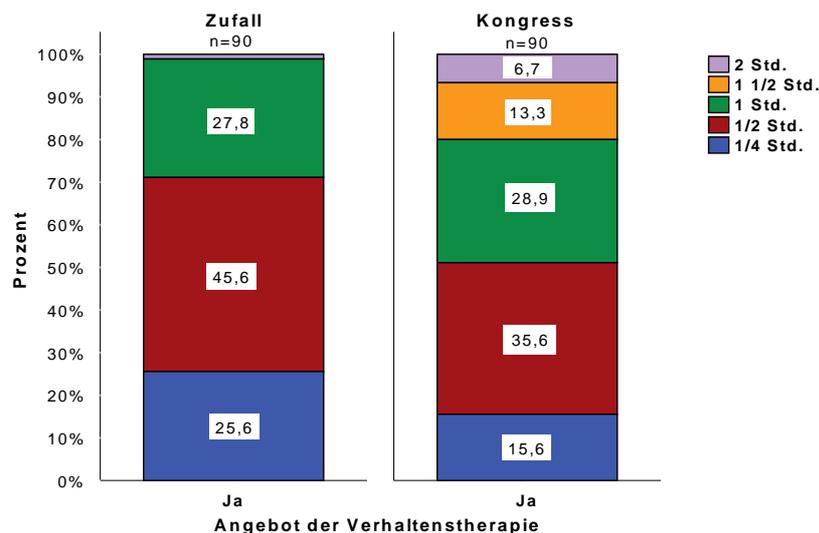


Abbildung 33: Dauer eines verhaltenstherapeutischen Gesprächs bei Befragten per Zufall (n=90) und auf Kongressen (n=90) mit Angebot der Verhaltenstherapie, prozentualer Anteil in der jeweiligen Gruppe

4.1.2.19. Besuchsfrequenz verhaltenstherapeutischer Patienten (Frage Nr. 18)

Als Konsultationsfrequenz bei verhaltenstherapeutischen Fällen, wurde von den Befragten, die Verhaltenstherapie anboten, am häufigsten 2 bis 4 Mal genannt (s. Abb. 34).

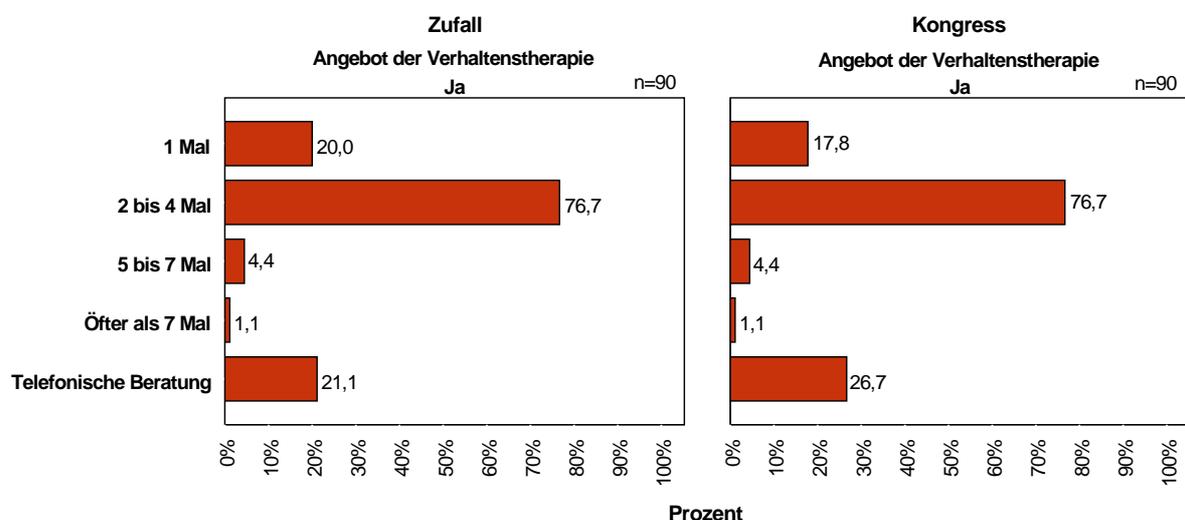


Abbildung 34: Konsultationshäufigkeit der verhaltenstherapeutischen Fälle bei der Befragung per Zufall (n=90) und auf Kongressen (n=90) mit Angebot der Verhaltenstherapie, Mehrfachantworten möglich, prozentualer Anteil in der jeweiligen Gruppe

4.1.2.20. Berechnungssatz einer Verhaltenstherapiestunde (Frage Nr. 19)

Die Befragten, die Verhaltenstherapie anboten, verlangten pro Stunde Verhaltenstherapie hauptsächlich zwischen bis zu 25 und bis zu 50 Euro (s. Abb. 35).

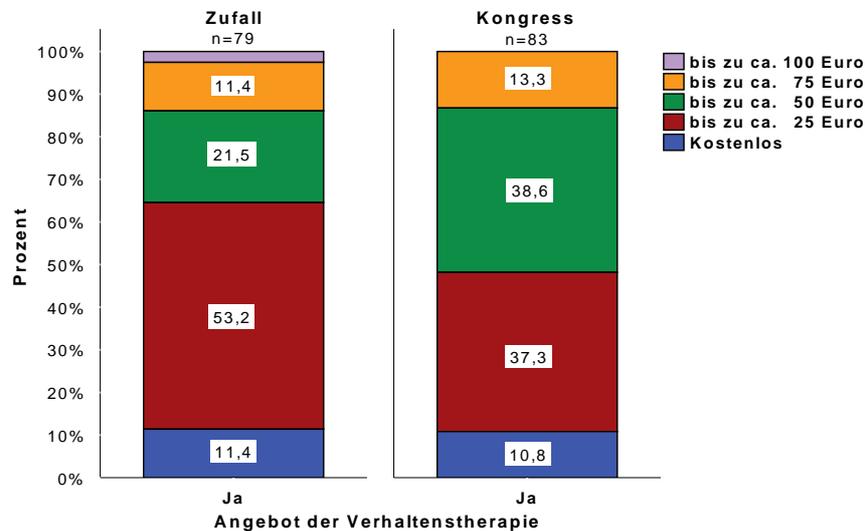


Abbildung 35: Berechnungssatz der Verhaltenstherapiestunde bei Befragten per Zufall (n=79) und auf Kongressen (n=83) mit Angebot der Verhaltenstherapie, prozentualer Anteil in der jeweiligen Gruppe (die Befragung erfolgte zum damaligen Zeitpunkt in DM)

4.1.2.21. Nachverfolgen des therapeutischen Erfolgs nach dem Therapiegespräch (Frage Nr. 20)

Bei über 90% aller Verhaltenstherapie anbietenden Befragten, gab es ein Nachverfolgen des Therapieerfolgs (s. Abb. 36).

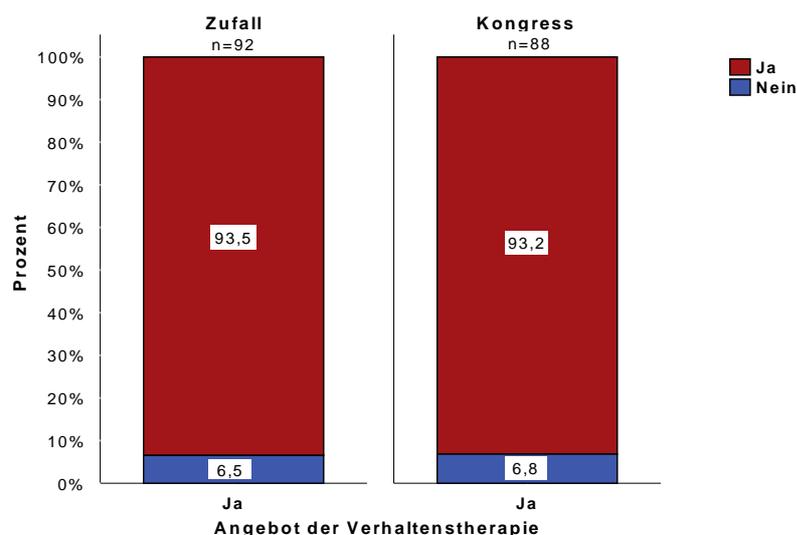


Abbildung 36: Nachverfolgen des therapeutischen Erfolgs bei der Befragung per Zufall (n=92) und auf Kongressen (n=88) mit Angebot der Verhaltenstherapie, prozentualer Anteil in der jeweiligen Gruppe

4.1.2.22. Methode der Nachverfolgung des Therapieerfolgs (Frage Nr. 20b)

Der Therapieerfolg wurde von den meisten Verhaltenstherapie Anbietenden telefonisch und beim nächsten zufälligen Besuch des Patienten nach verfolgt (s. Abb. 37).

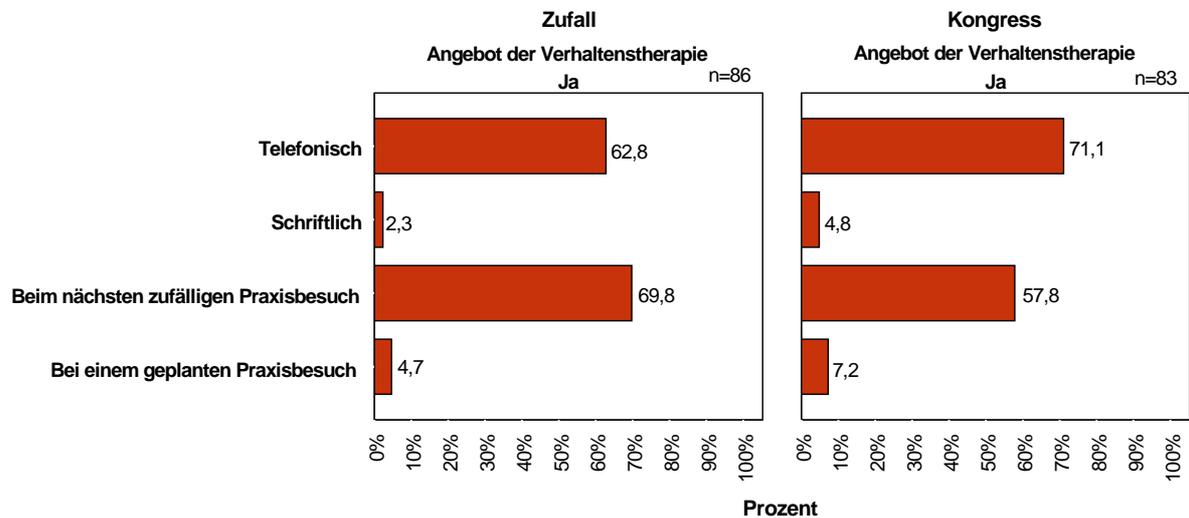


Abbildung 37: Art der Therapienachverfolgung bei der Befragung per Zufall (n=86) und auf Kongressen (n=83) mit Angebot der Verhaltenstherapie, Mehrfachantworten möglich, prozentualer Anteil in der jeweiligen Gruppe

4.1.2.23. Zusammenarbeit mit Hundeschulen (Frage Nr. 21)

Die Zusammenarbeit mit einer Hundeschule bejahte etwa die Hälfte aller Befragten in allen vier Befragungsgruppen. Eine eigene Hundeschule hatten wenige der Befragten, die Verhaltenstherapie anboten (s. Abb. 38).

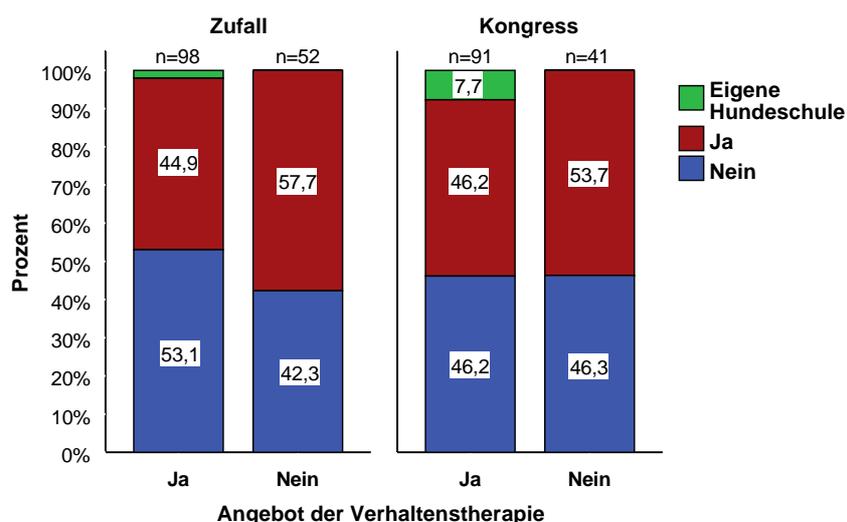


Abbildung 38: Zusammenarbeit mit Hundeschulen der Befragten per Zufall (n=150) und auf Kongressen (n=132) mit zusätzlicher Unterteilung nach dem Angebot der Verhaltenstherapie, prozentualer Anteil in der jeweiligen Gruppe

4.1.2.24. Beratung der Patientenbesitzer vor und nach Anschaffung eines Tieres, zur Vermeidung evtl. haltungs- oder rassebedingter Verhaltensprobleme (Frage Nr. 22)

Fast alle Befragten boten Patientenbesitzern eine Beratung zur Vermeidung von Verhaltensproblemen vor und nach Anschaffung eines Tieres an (s. Abb. 39).

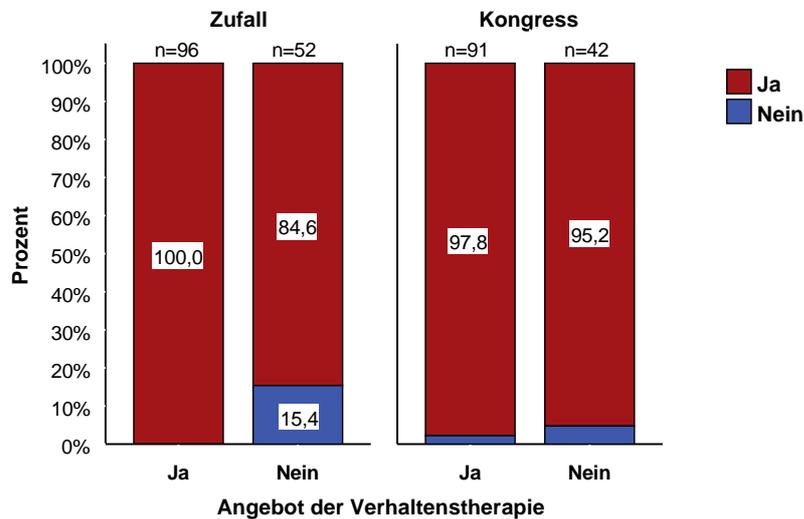


Abbildung 39: Beratung vor und nach Anschaffung des Tieres bei der Befragung per Zufall (n=148) und auf Kongressen (n=133) mit zusätzlicher Unterteilung nach dem Angebot der Verhaltenstherapie, prozentualer Anteil in der jeweiligen Gruppe

4.1.2.25. Beratungsart (Frage Nr. 22a)

Die Befragten nannten vor allem Anschaffungs- und Rasseberatung, Empfehlungen an Hundevereine und Hundeschulen sowie Welpenspielstunden zur Vermeidung von Verhaltensproblemen. Zufallsbefragte gaben häufiger die Empfehlung an eine Hundeschule als Kongressbefragte (s. Abb. 40).

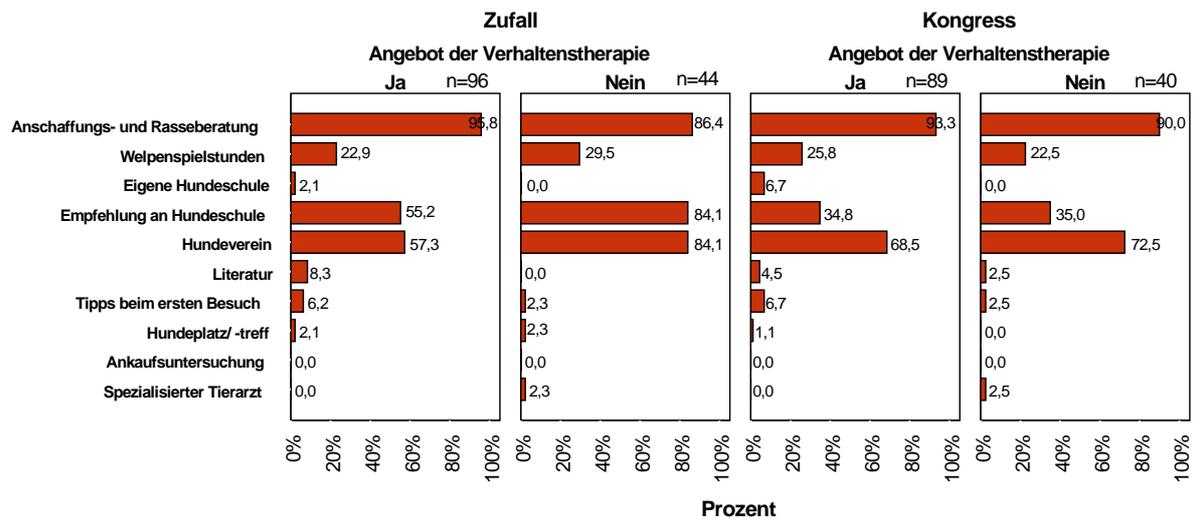


Abbildung 40: Beratungsart vor und nach Anschaffung des Tieres bei der Befragung per Zufall (n=140) und auf Kongressen (n=129) mit zusätzlicher Unterteilung nach dem Angebot der Verhaltenstherapie, Mehrfachantworten möglich, prozentualer Anteil in der jeweiligen Gruppe

4.1.2.26. Weiterüberweisung des Patienten bei Therapienotstand oder bei einem zu komplexen Verhaltensproblem (Frage Nr. 23)

Ca. 80% aller Befragten überwiesen Patienten mit für sie nicht zu therapierenden oder sehr komplexen Verhaltensproblemen weiter (s. Abb. 41).

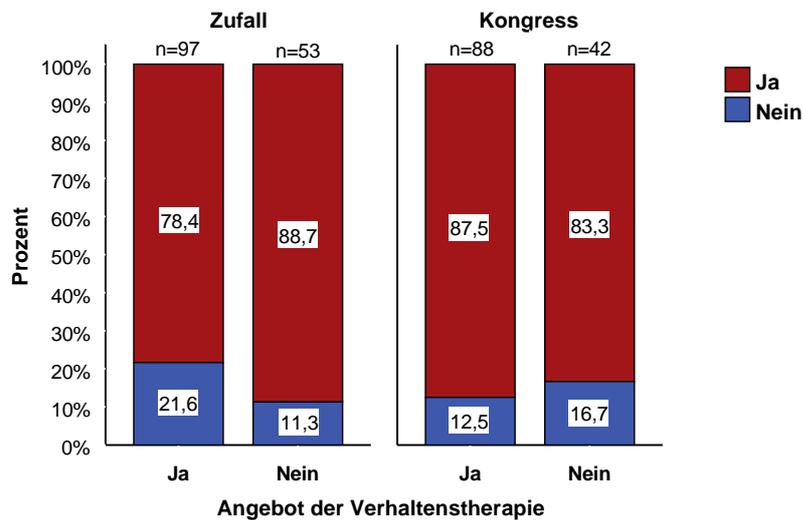


Abbildung 41: Weiterüberweisung des Patienten bei zu komplexem Verhaltensproblem bei der Befragung per Zufall (n=150) und auf Kongressen (n=130) mit zusätzlicher Unterteilung nach dem Angebot der Verhaltenstherapie, prozentualer Anteil in der jeweiligen Gruppe

4.1.2.27. „Überweisungspartner“ (Frage Nr. 24)

Eine Hundeschule oder ein spezialisierter Tierarzt wurden hauptsächlich als „Überweisungspartner“ genannt (s. Abb. 42).

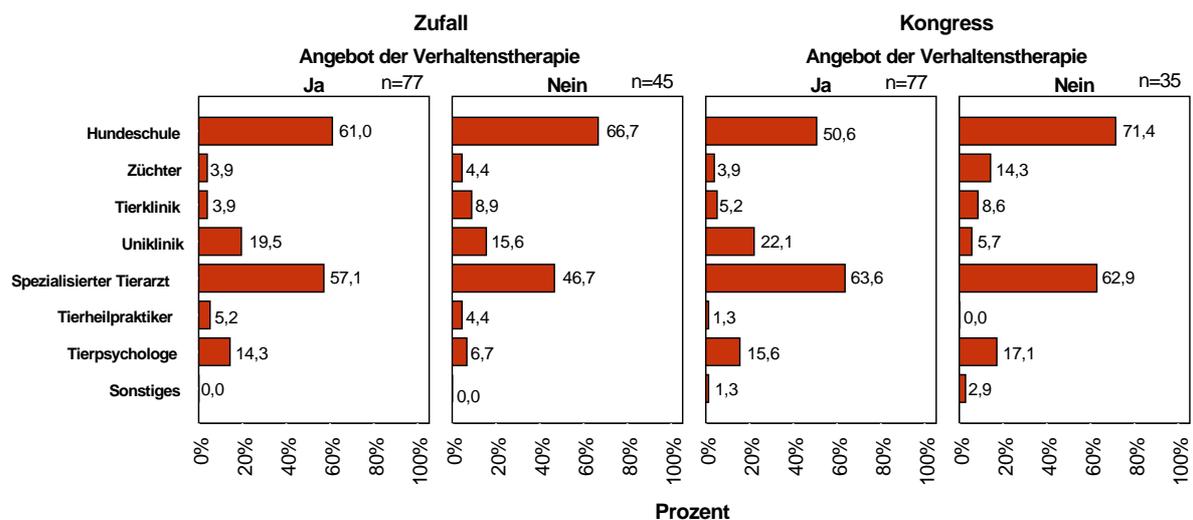


Abbildung 42: „Überweisungspartner“ bei zu komplexem Verhaltensproblem der Befragten per Zufall (n=122) und auf Kongressen (n=112) mit zusätzlicher Unterteilung nach dem Angebot der Verhaltenstherapie, Mehrfachantworten möglich, prozentualer Anteil in der jeweiligen Gruppe

Zusammenfassung**Vergleich der Tierärzte nach Angebot der Verhaltenstherapie****Angebot der Verhaltenstherapie**

- § *Alle Befragten hatten Patienten mit Verhaltensproblemen, vor allem Hunde mit Aggressionen und Katzen mit Unsauberkeitsproblemen.*
- § *Die wenigsten hatten einen speziell für diesen Bereich beauftragten Tierarzt.*
- § *Dem Bereich Verhaltenstherapie wurde zunehmende Bedeutung beigemessen.*
- § *Wahrgenommene Fortbildungsveranstaltungen zur Verhaltenstherapie waren vor allem Kongresse, Firmenveranstaltungen, Universitätsveranstaltungen und Veranstaltungen privater Unternehmen.*
- § *Der Fachtierarzt für Verhaltenskunde und die Zusatzbezeichnung Verhaltenstherapie waren hauptsächlich bekannt.*
- § *Verhaltenstherapie wurde überwiegend innerhalb der Sprechstunde im Sprechzimmer oder in Form von Hausbesuchen beim Besitzer, mit einer Dauer von einer halben bzw. einer Stunde, einer Konsultationsfrequenz von zwei bis vier Mal und einem Berechnungssatz zwischen bis zu 25 Euro und bis zu 50 Euro eingeplant.*
- § *Die Therapie bestand überwiegend aus einer Kombination von verhaltenstherapeutischen Gesprächen und Pharmakotherapie.*
- § *Der Therapieerfolg wurde häufig telefonisch oder beim nächsten zufälligen Praxisbesuch kontrolliert.*
- § *Empfehlungen vor und nach Kauf des Tieres wurden von fast allen Befragten gegeben.*
- § *Viele arbeiteten mit Hundeschulen zusammen und sehr wenige besaßen eine eigene Hundeschule.*
- § *Zu komplexe Verhaltensprobleme wurden in erster Linie an Hundeschulen und spezialisierte Tierärzte überwiesen.*
- § *Nur wenige bekamen verhaltenstherapeutische Fälle überwiesen, die aber von den meisten Befragten zusammen mit den Therapieergebnissen an den überweisenden Kollegen zurück überwiesen wurden.*

4.1.3. Einstellung zur Verhaltenstherapie im Praxismanagement

4.1.3.1. Sinn einer verhaltenstherapeutischen Sprechstunde in der Praxisorganisation (Frage Nr. 25)

Über die Frage, ob das Einplanen einer verhaltenstherapeutischen Sprechstunde sinnvoll wäre, waren die Befragten zweigeteilt. Nur bei den Zufallsbefragten, die Verhaltenstherapie anboten, waren 1/3 für und 2/3 gegen das Einplanen einer verhaltenstherapeutischen Sprechstunde. In den anderen Gruppen war etwa die Hälfte dafür (s. Abb. 43).

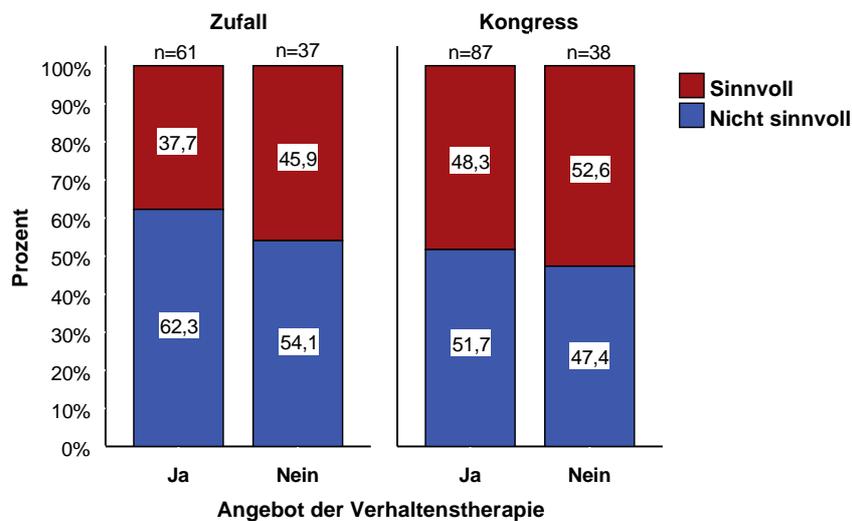


Abbildung 43: Sinneinschätzung der Einplanung einer verhaltenstherapeutischen Sprechstunde der Befragten per Zufall (n=98) und auf Kongressen (n=125) mit zusätzlicher Unterteilung nach dem Angebot der Verhaltenstherapie, prozentualer Anteil in der jeweiligen Gruppe

4.1.3.2. Argumente für eine verhaltenstherapeutische Sprechstunde (Frage Nr. 25a)

Für etwa 30% der Kongressbefragten und 20% der Zufallsbefragten war die steigende Nachfrage nach Verhaltenstherapie das Argument für den Sinn einer verhaltenstherapeutischen Sprechstunde. Von etwa der Hälfte aller Kongressbefragten und 1/4 der Zufallsbefragten, die keine Verhaltenstherapie anboten, wurde auch genannt, dass sonst keine Zeit für Verhaltenstherapie vorhanden wäre. Die entstehende Kundenbindung und der erweiterte Servicebereich spielten ebenfalls eine Rolle (s. Abb. 44).

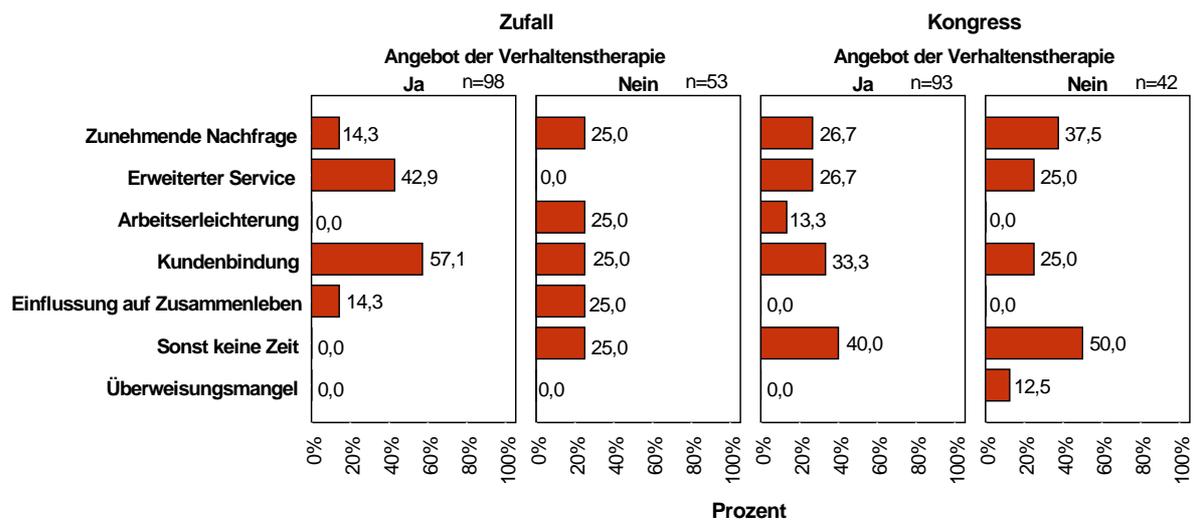


Abbildung 44: Argumente für die verhaltenstherapeutische Sprechstunde der Befragten per Zufall (n=151) und auf Kongressen (n=135) mit zusätzlicher Unterteilung nach dem Angebot der Verhaltenstherapie, Mehrfachantworten möglich, prozentualer Anteil in der jeweiligen Gruppe

4.1.3.3. Argumente gegen eine verhaltenstherapeutische Sprechstunde (Frage Nr. 25b)

Viele der Befragten hielten eine verhaltenstherapeutische Sprechstunde aufgrund der aus ihrer Sicht geringen Nachfrage, der fehlenden Zeit oder des nicht Bezahlens der Leistung für nicht sinnvoll. Manche, hier vor allem 1/4 der Verhaltenstherapie anbietenden Kongressbefragten, versorgten den Bereich in Form von Hausbesuchen, wodurch eine verhaltenstherapeutische Sprechstunde ihren Sinn verlor (s. Abb. 45).

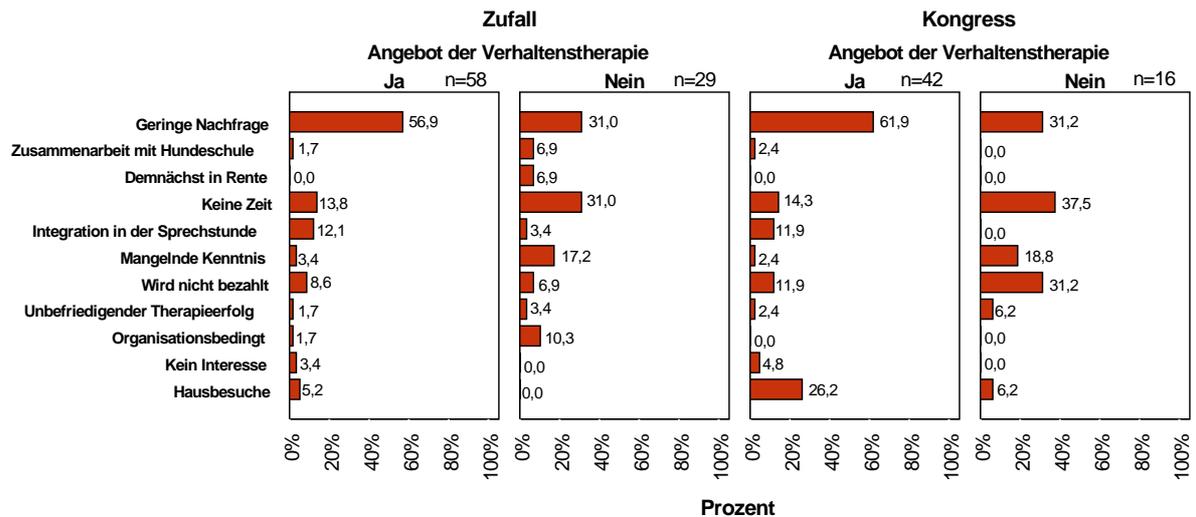


Abbildung 45: Argumente gegen die verhaltenstherapeutische Sprechstunde der Befragten per Zufall (n=87) und auf Kongressen (n=58) mit zusätzlicher Unterteilung nach dem Angebot der Verhaltenstherapie, Mehrfachantworten möglich, prozentualer Anteil in der jeweiligen Gruppe

4.1.3.4. Einschätzung der Wirtschaftlichkeit von Verhaltenstherapie in der Praxis (Frage Nr. 26a)

2/3 der Zufallsbefragten und 3/4 der Kongressbefragten, die Verhaltenstherapie anboten, sowie die Hälfte derer, die keine Verhaltenstherapie anboten, hielten Verhaltenstherapie in der Praxis für wirtschaftlich (s. Abb. 46).

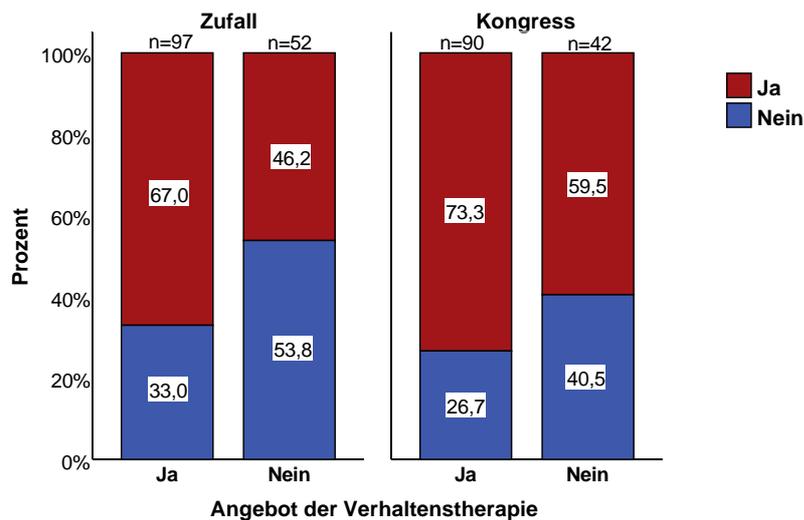


Abbildung 46: Einschätzung der Wirtschaftlichkeit von Verhaltenstherapie in der Praxis der Befragten per Zufall (n=149) und auf Kongressen (n=132) mit zusätzlicher Unterteilung nach dem Angebot der Verhaltenstherapie, prozentualer Anteil in der jeweiligen Gruppe

4.1.3.5. Zeitraum der Wirtschaftlichkeit von Verhaltenstherapie in der Praxis (Frage Nr. 26b)

Die meisten der Befragten, hielten Verhaltenstherapie in der Praxis langfristig für wirtschaftlich (s. Abb. 47).

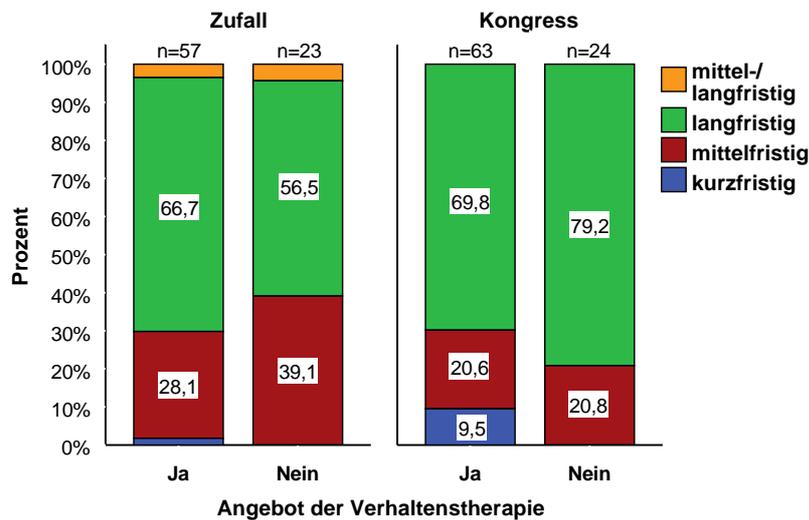


Abbildung 47: Wirtschaftlichkeit der Verhaltenstherapie bei der Befragung per Zufall (n=80) und auf Kongressen (n=87) mit zusätzlicher Unterteilung nach dem Angebot der Verhaltenstherapie, prozentualer Anteil in der jeweiligen Gruppe

4.1.3.6. Argumente für die Wirtschaftlichkeit von Verhaltenstherapie in der Praxis (Frage Nr. 27)

Als Argument für die Wirtschaftlichkeit der Verhaltenstherapie wurde im Mittel am häufigsten Kundentreue genannt. Aber auch Neukundengewinnung und der neue Servicebereich spielten eine Rolle (s. Abb. 48).

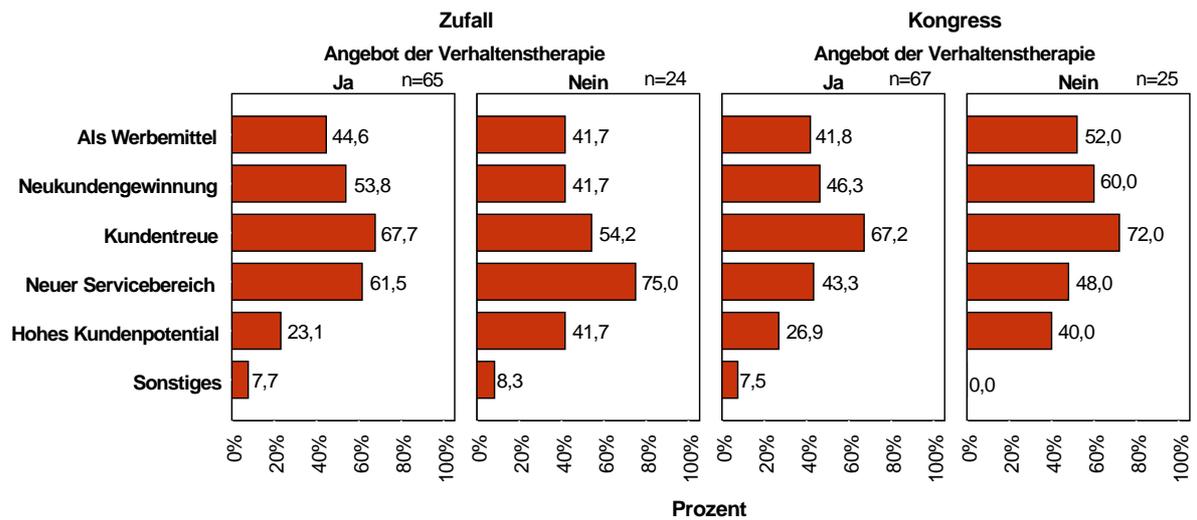


Abbildung 48: Argumente für die Wirtschaftlichkeit der Verhaltenstherapie der Befragten per Zufall (n=89) und auf Kongressen (n=92) mit zusätzlicher Unterteilung nach dem Angebot der Verhaltenstherapie, Mehrfachantworten möglich, prozentualer Anteil in der jeweiligen Gruppe

4.1.3.7. Einschätzung der Steigerung der Kundenzufriedenheit durch den Einsatz von Verhaltenstherapie im Praxismanagement (Frage Nr. 28)

Die Befragten, die Verhaltenstherapie anboten, waren zu beinahe 100% von der Steigerung der Kundenzufriedenheit durch den Einsatz von Verhaltenstherapie überzeugt. Nur wenige glaubten nicht daran. Bei den Befragten, die keine Verhaltenstherapie anboten, waren im Durchschnitt drei Viertel der Überzeugung, dass der Verhaltenstherapieeinsatz zu einer Steigerung der Kundenzufriedenheit führt (s. Abb. 49).

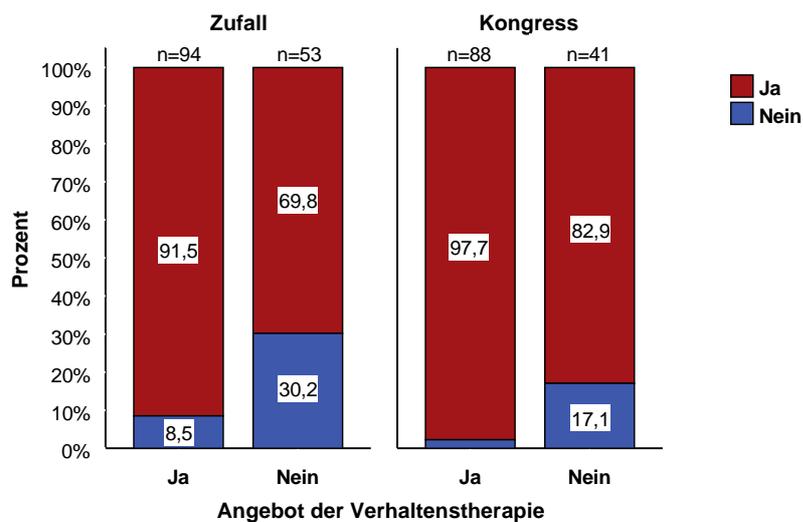


Abbildung 49: Einschätzung der Steigerung der Kundenzufriedenheit durch den Einsatz von Verhaltenstherapie bei der Befragung per Zufall (n=147) und auf Kongressen (n=129) mit zusätzlicher Unterteilung nach dem Angebot der Verhaltenstherapie, prozentualer Anteil in der jeweiligen Gruppe

4.1.3.8. Argumente für eine Steigerung der Kundenzufriedenheit durch den Einsatz von Verhaltenstherapie im Praxismanagement (Frage Nr. 29)

Die meisten der Befragten waren der Meinung, optimale und empathische Betreuung, sowie die empfundene tierärztliche Kompetenz wären Gründe für eine Steigerung der Kundenzufriedenheit (s. Abb. 50).

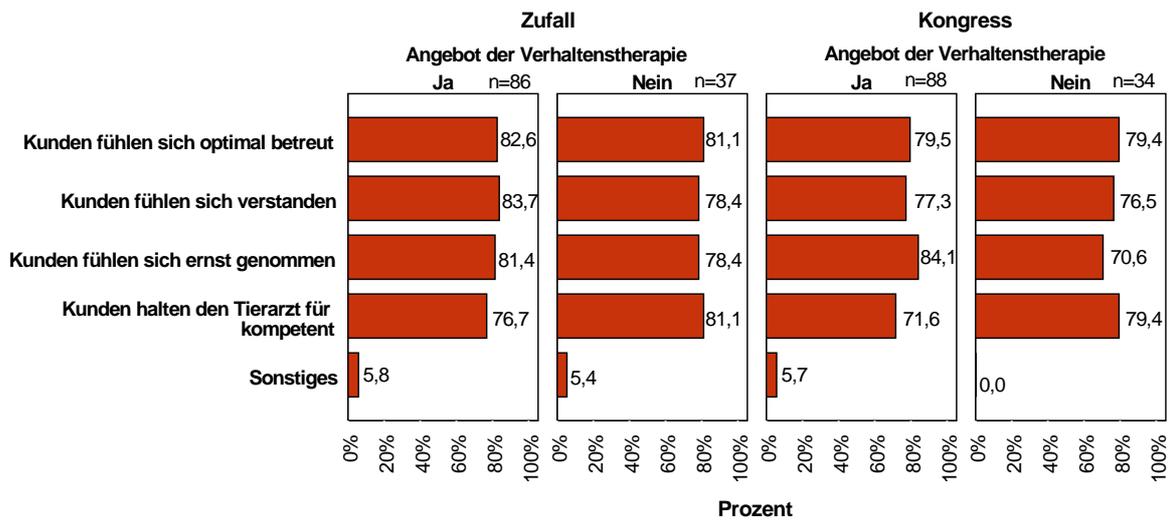


Abbildung 50: Argumente für die Steigerung der Kundenzufriedenheit durch den Einsatz von Verhaltenstherapie der Befragten per Zufall (n=123) und auf Kongressen (n=122) mit zusätzlicher Unterteilung nach dem Angebot der Verhaltenstherapie, Mehrfachantworten möglich, prozentualer Anteil in der jeweiligen Gruppe

4.1.3.9. Einschätzung von Interesse potentieller Kunden und Neukundengewinnung durch die Einbindung von Verhaltenstherapie in der Praxisorganisation (Frage Nr. 30)

Ungefähr 3/4 der Kongressbefragten glaubten, dass durch die Einbindung der Verhaltenstherapie ins Praxismanagement potentielle Kunden interessiert werden und dass Verhaltenstherapie zur Neukundengewinnung beitragen könnte. 2/3 der Zufallsbefragten, die Verhaltenstherapie anboten, und die Hälfte der Zufallsbefragten, die keine Verhaltenstherapie anboten, waren ebenfalls der Meinung (s. Abb. 51).

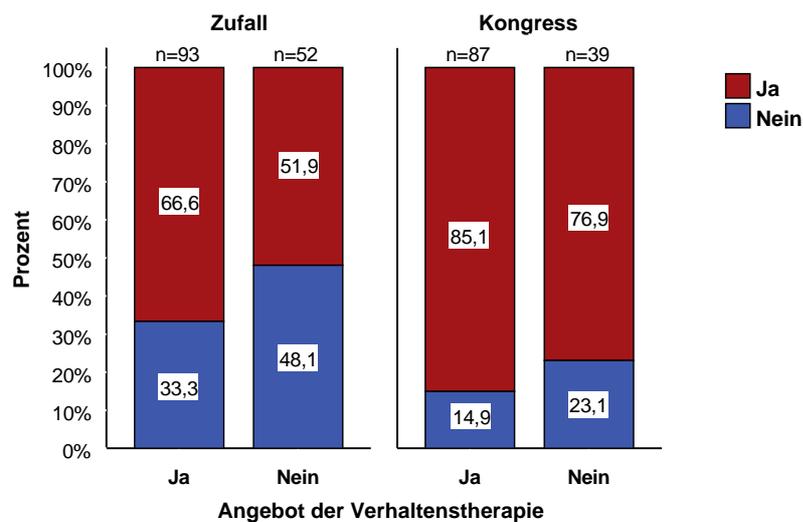


Abbildung 51: Einschätzung des Beitrages der Verhaltenstherapie zur Neukundengewinnung bei der Befragung per Zufall (n=145) und auf Kongressen (n=126) mit zusätzlicher Unterteilung nach dem Angebot der Verhaltenstherapie, prozentualer Anteil in der jeweiligen Gruppe

4.1.3.10. Zugewinn von Neukunden seit dem Anbieten von Verhaltenstherapie (Frage Nr. 31)

Etwa die Hälfte aller Befragten, die Verhaltenstherapie anboten, hatte mit Anbieten der Verhaltenstherapie Neukunden dazu gewonnen (s. Abb. 52).

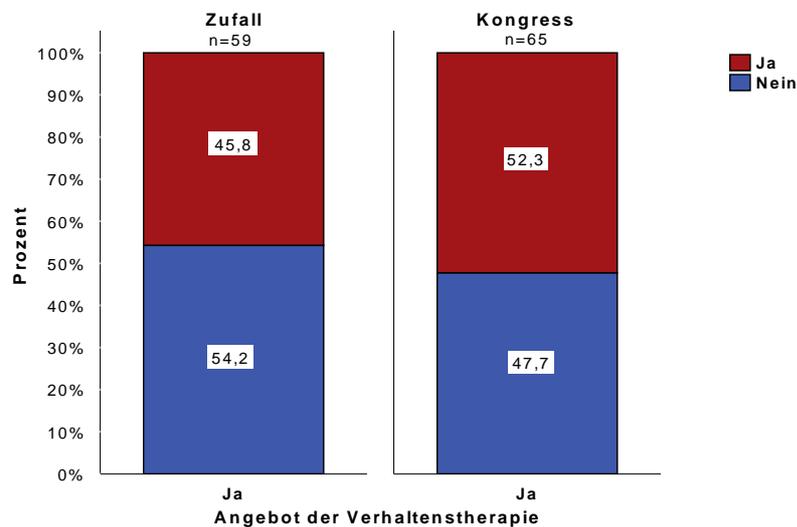


Abbildung 52: Neukundengewinnung durch das Angebot von Verhaltenstherapie der Befragten per Zufall (n=59) und auf Kongressen (n=65) mit Angebot der Verhaltenstherapie, prozentualer Anteil in der jeweiligen Gruppe

Der durchschnittliche Zugewinn an Kunden lag bei den Kongressbefragten, die Verhaltenstherapie anboten (n=22), bei 20,5%, bei den Zufallsbefragten, die Verhaltenstherapie anboten (n=16), hingegen bei 7,2% Neukunden.

4.1.3.11. Vorhandensein eines Kundenpotentials für den Bereich Verhaltenstherapie (Frage Nr. 32)

Die meisten Befragten vermuteten ein Kundenpotential für den Bereich Verhaltenstherapie (s. Abb. 53).

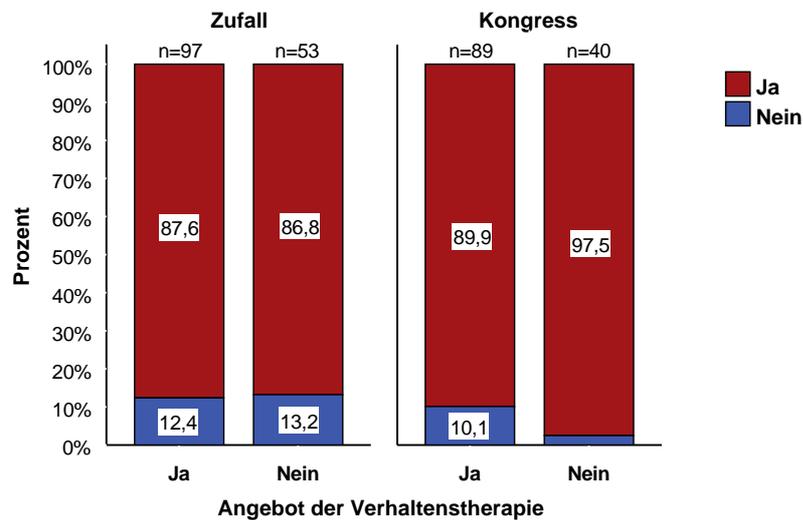


Abbildung 53: Einschätzung des Vorhandenseins eines Kundenpotentials für den Bereich Verhaltenstherapie bei der Befragung per Zufall (n=150) und auf Kongressen (n=129) mit zusätzlicher Unterteilung nach dem Angebot der Verhaltenstherapie, prozentualer Anteil in der jeweiligen Gruppe

4.1.3.12. Einschätzung des Kundenpotentials (Frage Nr. 33a)

Das Kundenpotential für den Fachbereich Verhaltenstherapie wurde überwiegend niedrig bis mittel eingeschätzt (s. Abb. 54).

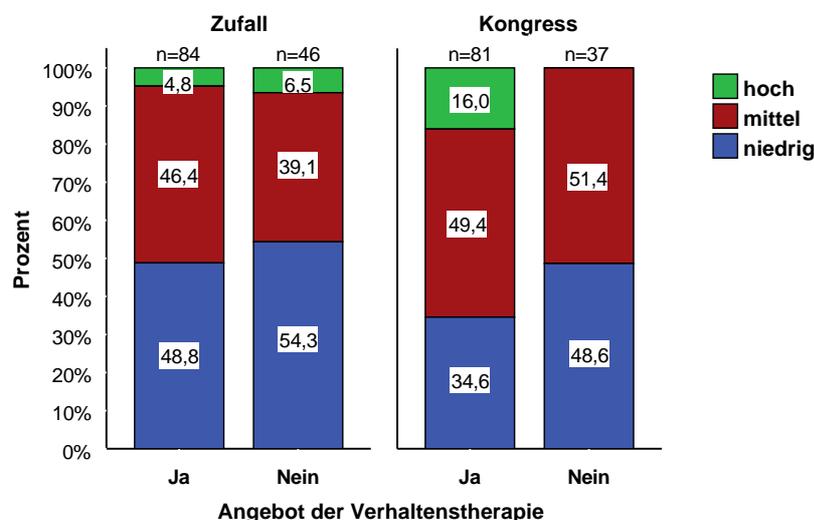


Abbildung 54: Einschätzung des Kundenpotentials durch die Befragten per Zufall (n=130) und auf Kongressen (n=118) mit zusätzlicher Unterteilung nach dem Angebot der Verhaltenstherapie, prozentualer Anteil in der jeweiligen Gruppe

4.1.3.13. Prognostische Einschätzung des Potentials (Frage Nr. 33b)

Die Befragten stellten überwiegend die Prognose „steigend“ für das Kundenpotential im Bereich Verhaltenstherapie (s. Abb. 55).

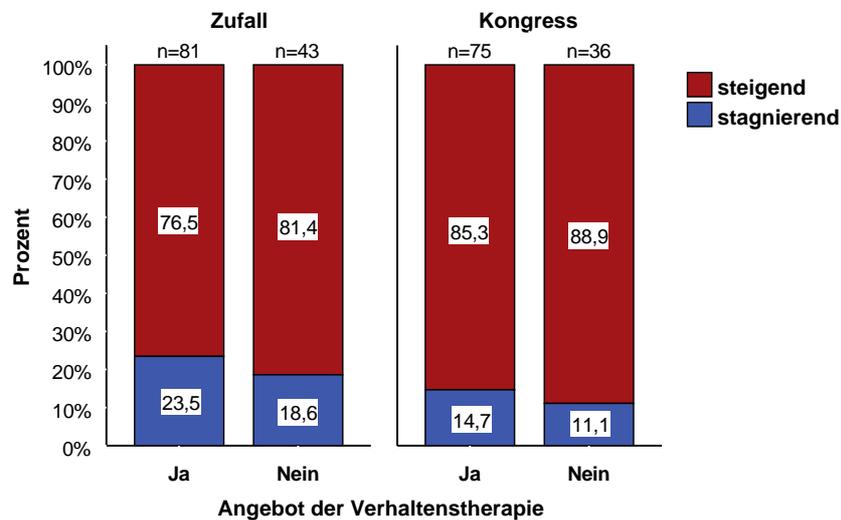


Abbildung 55: Prognostische Einschätzung des Kundenpotentials durch die Befragten per Zufall (n=124) und auf Kongressen (n=111) mit zusätzlicher Unterteilung nach dem Angebot der Verhaltenstherapie, prozentualer Anteil in der jeweiligen Gruppe

4.1.3.14. Prozentualer Anteil von Tieren mit Verhaltensstörungen im Kundenstamm (Frage Nr. 34)

Durchschnittlich die Hälfte aller Befragten war der Meinung, dass bis zu 10% aller Tiere ihres Kundenstammes Verhaltensstörungen aufweisen. Ungefähr ein Viertel der Befragten behauptete, dass sich die Zahl zwischen 11 und 20% bewegt. Das restliche Viertel nannte höhere Zahlen (s. Abb. 56).

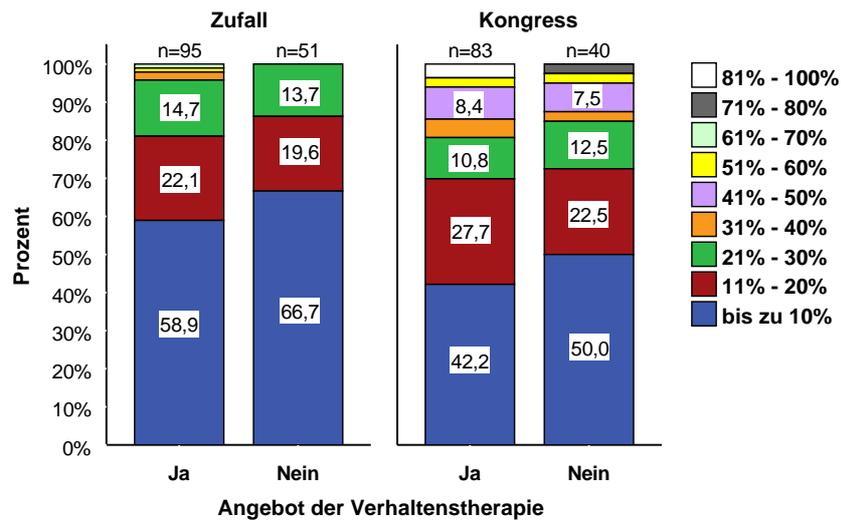


Abbildung 56: Patienten mit Verhaltensproblemen im eigenen Kundenstamm der Befragten per Zufall (n=146) und auf Kongressen (n=123) mit zusätzlicher Unterteilung nach dem Angebot der Verhaltenstherapie, Aufteilung nach Kategorien, prozentualer Anteil in der jeweiligen Gruppe

4.1.3.15. Konkurrenzabgrenzung durch das Einbinden von Verhaltenstherapie ins Praxismanagement (Frage Nr. 35)

Drei Viertel der Zufallsbefragten ging davon aus, sich durch das Angebot von Verhaltenstherapie von der Konkurrenz abheben zu können. Bei den Kongressbefragten waren über 90% dieser Meinung (s. Abb. 57).

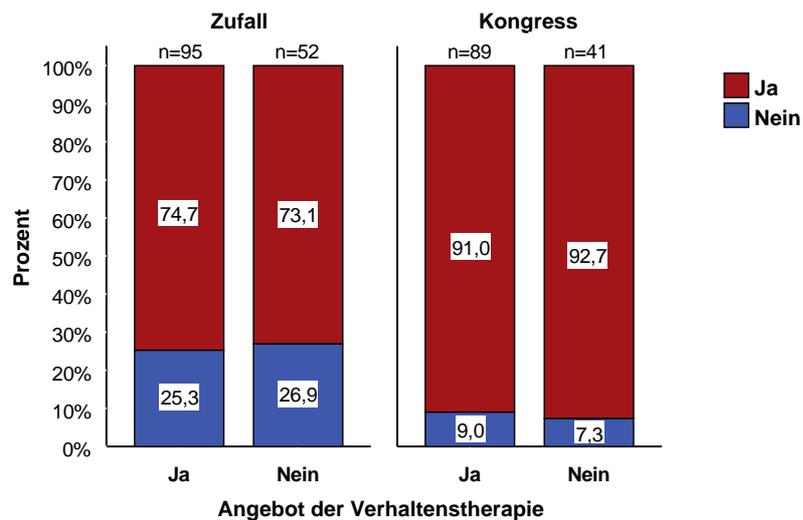


Abbildung 57: Möglichkeit, sich durch das Einbinden von Verhaltenstherapie von der Konkurrenz abzuheben, bei der Befragung per Zufall (n=147) und auf Kongressen (n=130) mit zusätzlicher Unterteilung nach dem Angebot der Verhaltenstherapie, prozentualer Anteil in der jeweiligen Gruppe

4.1.3.16. Einschätzung des Einsatzes der Verhaltenstherapie als werbetechnischer Beitrag zur Neukundengewinnung durch die erweiterte fachliche Kompetenz (Frage Nr. 36a)

An die Kundengewinnung durch die werbetechnische Möglichkeit der durch Verhaltenstherapie erweiterten fachlichen Kompetenz glaubten 2/3 der Zufallsbefragten und 4/5 der Kongressbefragten (s. Abb. 58).

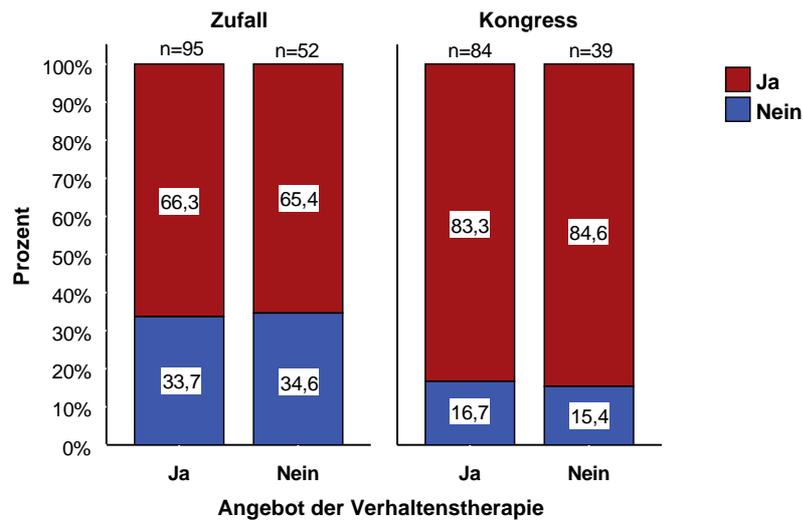


Abbildung 58: Einschätzung des werbetechnischen Beitrags der Verhaltenstherapie zur Kundengewinnung der Befragten per Zufall (n=147) und auf Kongressen (n=123) mit zusätzlicher Unterteilung nach dem Angebot der Verhaltenstherapie, prozentualer Anteil in der jeweiligen Gruppe

4.1.3.17. Einschätzung der Höhe des werbetechnischen Beitrags (Frage Nr. 36b)

Der werbetechnische Beitrag der erweiterten fachlichen Kompetenz zur Kundengewinnung wurde von der einen Hälfte der Befragten gering, von der anderen Hälfte mittel eingeschätzt (s. Abb. 59).

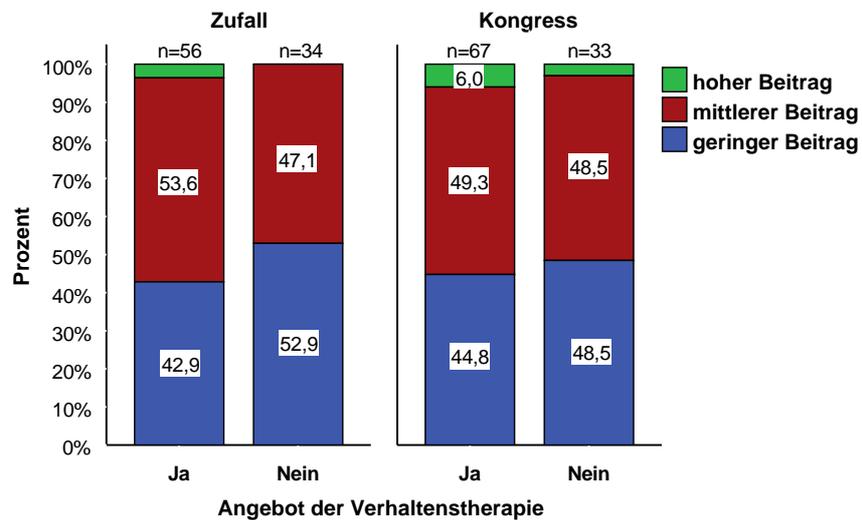


Abbildung 59: Einschätzung des werbetechnischen Beitrags der Verhaltenstherapie zur Kundengewinnung durch die erweiterte fachliche Kompetenz der Befragten per Zufall (n=90) und auf Kongressen (n=100) mit zusätzlicher Unterteilung nach dem Angebot der Verhaltenstherapie, prozentualer Anteil in der jeweiligen Gruppe

4.1.3.18. Umsatzsteigerung durch den Einsatz von Verhaltenstherapie (Frage Nr. 37a)

Rund ein Drittel der Befragten, die Verhaltenstherapie anboten, waren der Meinung, dass der Einsatz von Verhaltenstherapie ihren Umsatz gesteigert habe (s. Abb. 60).

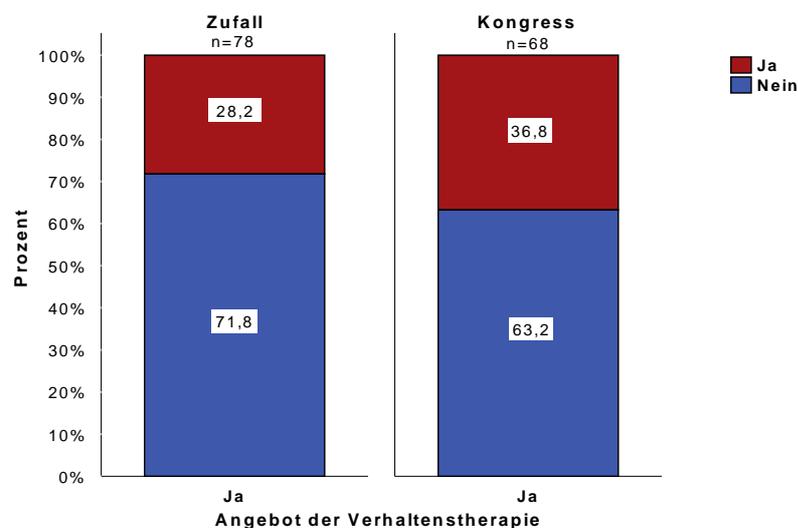


Abbildung 60: Einschätzung der Umsatzsteigerung durch den Einsatz von Verhaltenstherapie der Befragten per Zufall (n=78) und auf Kongressen (n=68) mit Angebot der Verhaltenstherapie, prozentualer Anteil in der jeweiligen Gruppe

4.1.3.19. Prozentuale Umsatzsteigerung (Frage Nr. 37b)

Bei den Verhaltenstherapie anbietenden Kongressbefragten (n=18) handelte es sich um knapp 19,1% Umsatzsteigerung, bei den Zufallsbefragten, die Verhaltenstherapie anboten (n=13), um 8,6%. Die Angaben zur prozentualen Umsatzsteigerung waren insgesamt sehr gering.

4.1.3.20. Zeitraum der Umsatzsteigerung (Frage Nr. 37c)

Die Hälfte der Verhaltenstherapie anbietenden Zufallsbefragten vermuteten mittelfristige Umsatzsteigerungen, 1/3 langfristige, und der Rest nahm an, dass es sich um kurzfristige Umsatzsteigerungen handelte. Die Kongressbefragten, die Verhaltenstherapie anboten, gingen zu je 2/5 von mittel- und langfristigen Umsatzsteigerungen aus (s. Abb. 61).

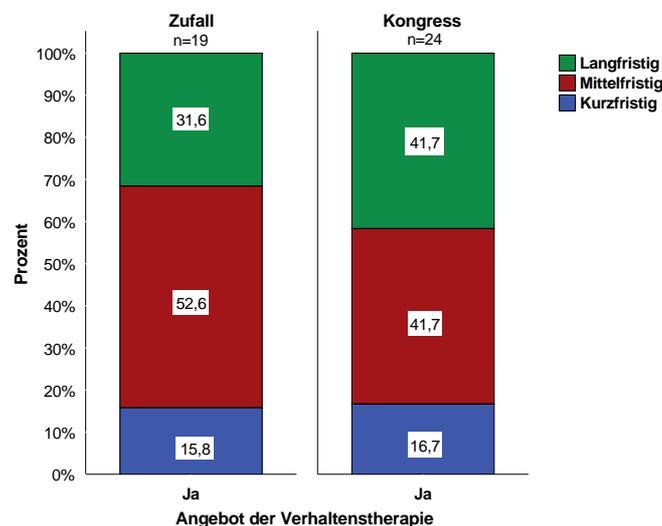


Abbildung 61: Zeitraum der Umsatzsteigerung bei der Befragung per Zufall (n=19) und auf Kongressen (n=24) mit Angebot der Verhaltenstherapie, prozentualer Anteil in der jeweiligen Gruppe

4.1.3.21. Argumente für eine Umsatzsteigerung durch den Einsatz von Verhaltenstherapie (Frage Nr. 38)

Ein Großteil aller Befragten vermutete eine Umsatzsteigerung aufgrund der erhöhten Kundentreue bedingt durch den zusätzlichen Therapiebereich. Auch das Abheben von der Konkurrenz und die Neukundengewinnung durch den Werbeeffect wurden häufig als verantwortliche Komponenten für eine Umsatzsteigerung aufgeführt (s. Abb. 62).

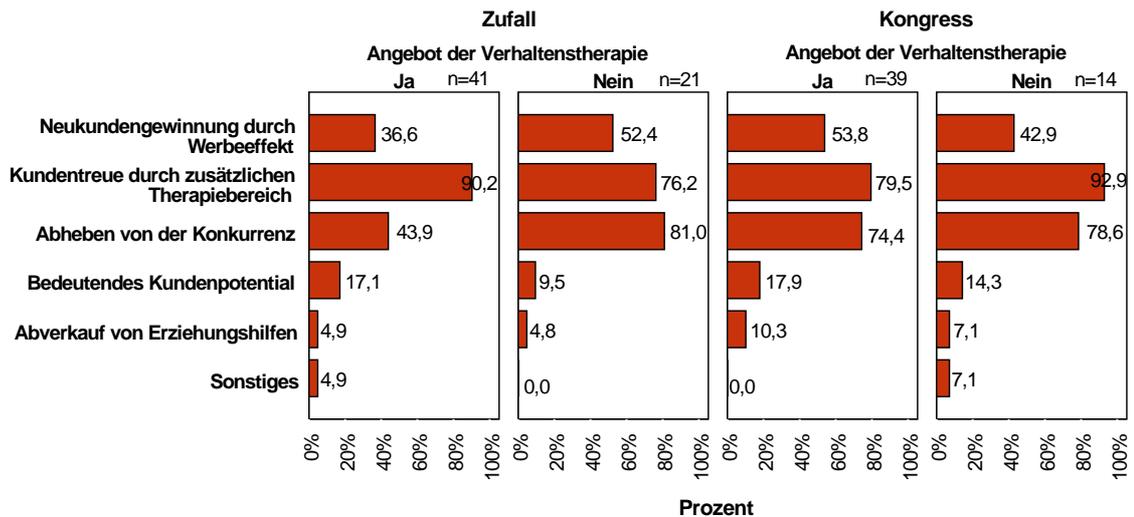


Abbildung 62: Argumente für die Umsatzsteigerung der Befragten per Zufall (n=62) und auf Kongressen (n=53) mit zusätzlicher Unterteilung nach dem Angebot der Verhaltenstherapie, Mehrfachantworten möglich, prozentualer Anteil in der jeweiligen Gruppe

4.1.3.22. Umsatzminderung durch den Einsatz von Verhaltenstherapie (Frage Nr. 39a)

Rund 1/5 der Befragten konnte sich eine Umsatzminderung durch den Einsatz von Verhaltenstherapie vorstellen. Bei den Zufallsbefragten, die Verhaltenstherapie anboten, waren es etwas weniger (s. Abb. 63).

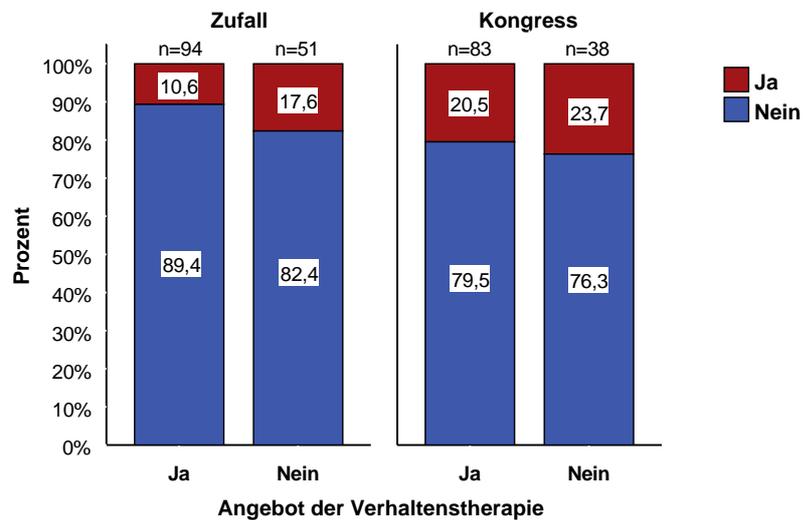


Abbildung 63: Einschätzung einer Umsatzminderung durch den Einsatz von Verhaltenstherapie bei der Befragung per Zufall (n=145) und auf Kongressen (n=121) mit zusätzlicher Unterteilung nach dem Angebot der Verhaltenstherapie, prozentualer Anteil in der jeweiligen Gruppe

4.1.3.23. Zeitraum der Umsatzminderung (Frage Nr. 39b)

Von denen, die eine Umsatzminderung für möglich hielten, vermuteten über die Hälfte der Kongressbefragten, die keine Verhaltenstherapie anboten, eine mittelfristige Umsatzminderung, der Rest eine kurzfristige. In den anderen drei Gruppen verteilten sich die Meinungen derer, die eine Umsatzminderung annahmen, diesbezüglich in kurz-, mittel- und langfristige Umsatzeinbußen durch den Einsatz von Verhaltenstherapie (s. Abb. 64).

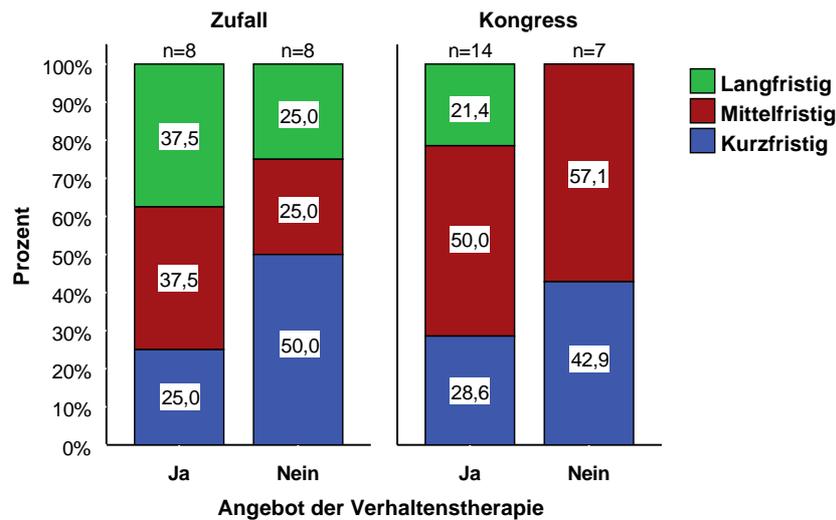


Abbildung 64: Zeitraum der Umsatzminderung bei der Befragung per Zufall (n=16) und auf Kongressen (n=21) mit zusätzlicher Unterteilung nach dem Angebot der Verhaltenstherapie, prozentualer Anteil der Befragten in der jeweiligen Gruppe, die eine mögliche Umsatzminderung annahmen

4.1.3.24. Argumente für eine Umsatzminderung durch den Einsatz von Verhaltenstherapie (Frage Nr. 40)

Im Mittel wurde von den Befragten, die eine Umsatzminderung in Betracht zogen, häufig der hohe Aufwand zum geringen Ertrag und der enorme zeitliche Aufwand für Verhaltenstherapie als Grund für Umsatzeinbußen genannt (s. Abb. 65).

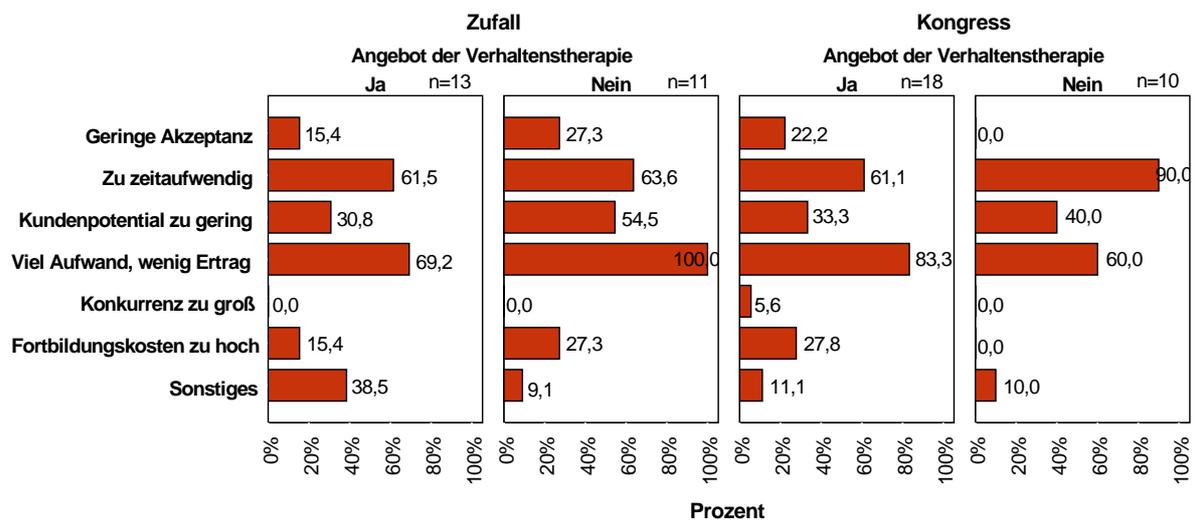


Abbildung 65: Argumente für die Umsatzminderung der Befragten per Zufall (n=24) und auf Kongressen (n=28) mit zusätzlicher Unterteilung nach dem Angebot der Verhaltenstherapie, Mehrfachantworten möglich, prozentualer Anteil der Befragten in der jeweiligen Gruppe, die eine mögliche Umsatzminderung annehmen

4.1.3.25. Wirtschaftliche Bedeutung der Kundentreue (Frage Nr. 41)

Kundentreue war für nahezu alle Befragten wirtschaftlich wichtig (s. Abb. 66).

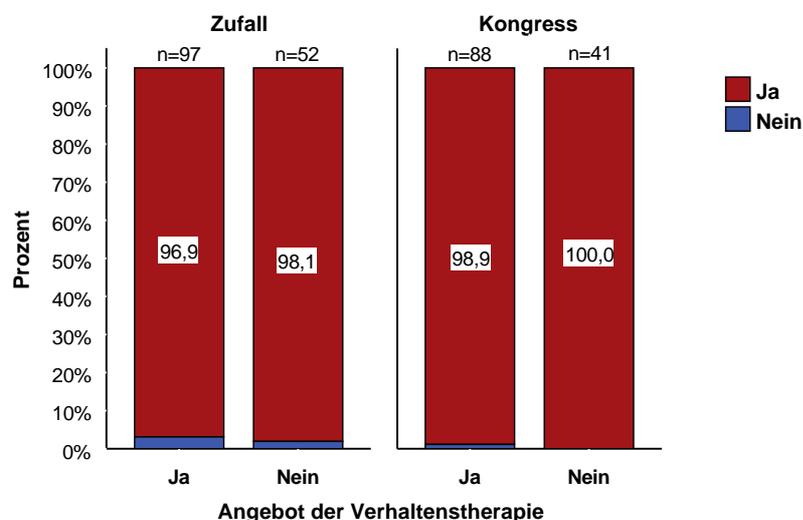


Abbildung 66: Wirtschaftliche Bedeutung der Kundentreue bei der Befragung per Zufall (n=149) und auf Kongressen (n=129) mit zusätzlicher Unterteilung nach dem Angebot der Verhaltenstherapie, prozentualer Anteil in der jeweiligen Gruppe

4.1.3.26. Einflussfaktoren auf die Kundentreue (Frage Nr. 42)

Die Befragten (n=268) bewerteten den Einfluss eines niedrigen Preises auf die Kundentreue überwiegend mittel bis gering. Der Einfluss der persönlichen Beziehung (n=280) wurde hoch bewertet. Sympathie wurde von allen Befragten (n=274) hoch oder mittel eingeschätzt. Etwa die Hälfte der Befragten (n=264), ordnete den Einfluss eines breit gefächerten Angebots auf die Kundentreue mittel, 1/4 bis 2/5 der Befragten (n=264) sogar hoch ein. Die Spezialisierung eines Tierarztes wurde als Einflussfaktor auf die Kundentreue überwiegend mittel beurteilt (n=261), die fachliche Kompetenz dagegen hoch (n=276). Das konkurrenzfähige Angebot hatte nach Ansicht der Befragten einen mittleren bis hohen Einfluss auf die Kundentreue (n=262). In der guten Betreuung der Patienten und Patientenbesitzer sahen über 90% einen hohen Einflussfaktor auf die Kundentreue (n=268).

4.1.3.27. Positive Auswirkung des Einsatzes von Verhaltenstherapie im Praxismanagement auf die Kundentreue (Frage Nr. 43a)

Die überwiegende Mehrheit aller Befragten war der Meinung, dass sich das Angebot von Verhaltenstherapie positiv auf die Kundentreue auswirken könnte. In der Gruppe der Zufallsbefragten, die keine Verhaltenstherapie anboten, waren 70% dieser Meinung (s. Abb. 67).

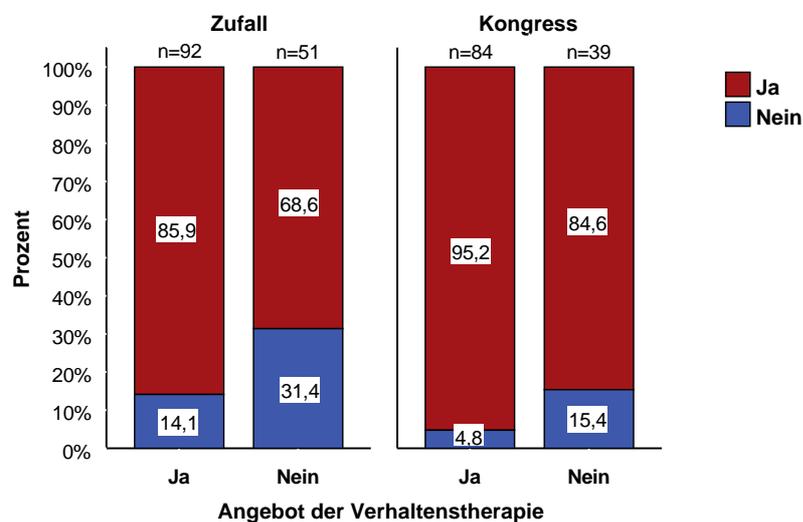


Abbildung 67: Einschätzung der Auswirkung des Einsatzes der Verhaltenstherapie auf die Kundentreue bei der Befragung per Zufall (n=143) und auf Kongressen (n=123) mit zusätzlicher Unterteilung nach dem Angebot der Verhaltenstherapie, prozentualer Anteil in der jeweiligen Gruppe

4.1.3.28. Argumente für die positive Auswirkung des Einsatzes von Verhaltenstherapie im Praxismanagement auf die Kundentreue (Frage Nr. 43b)

Als positive Auswirkungsfaktoren auf die Kundentreue nannte durchschnittlich 1/4 der Befragten, dass der Kunde den Tierarzt für kompetent hält und sich besser betreut, ernst genommen und verstanden fühlt, sowie die entstehende Vertrauensbildung. Ebenfalls relativ häufig genannt wurde die Tatsache, dass gute Therapieergebnisse zur Kundenbindung führen und der Tierarzt zum Ansprechpartner wird (s. Abb.68).

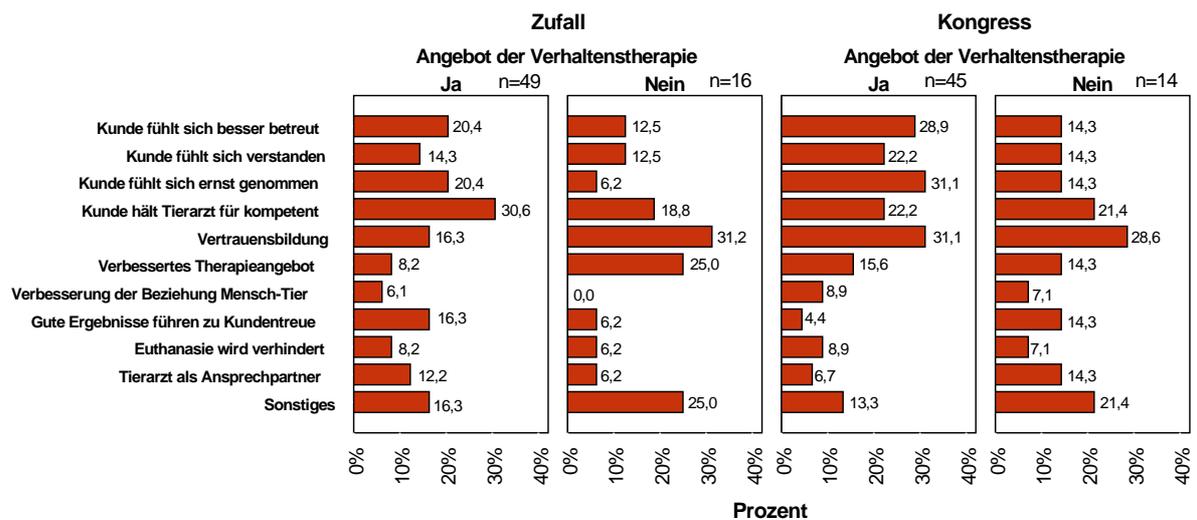


Abbildung 68: Argumente für die positive Auswirkung des Einsatzes von Verhaltenstherapie auf die Kundentreue der Befragten per Zufall (n=65) und auf Kongressen (n=59) mit zusätzlicher Unterteilung nach dem Angebot der Verhaltenstherapie, Mehrfachantworten möglich, prozentualer Anteil in der jeweiligen Gruppe

Zusammenfassung

Vergleich der Tierärzte nach Angebot der Verhaltenstherapie

Einstellung zur Verhaltenstherapie im Praxismanagement

- § Die eine Hälfte der Befragten hielt das Einplanen einer verhaltenstherapeutischen Sprechstunde für sinnvoll, die andere Hälfte war gegenteiliger Meinung.
- § Die Wirtschaftlichkeit der Verhaltenstherapie in der Praxis und der Beitrag des Angebots der Verhaltenstherapie zur Kundenzufriedenheit wurden überwiegend positiv beurteilt.
- § Mehr Kongressbefragte als Zufallsbefragte waren der Meinung, dass der Einsatz von Verhaltenstherapie dazu beitragen könnte, potentielle Kunden zu interessieren und Neukunden zu gewinnen.
- § Fast alle waren der Meinung, dass ein niedriges bis mittleres, aber steigendes Kundenpotential für den Fachbereich Verhaltenstherapie besteht.
- § Die meisten glaubten an das sich Abgrenzen von der Konkurrenz durch das Anbieten von Verhaltenstherapie.
- § In der guten Betreuung der Patienten und Patientenbesitzer sahen über 90% einen hohen Einflussfaktor auf die Kundentreue.
- § Die meisten Befragten fanden Kundentreue wirtschaftlich bedeutsam und waren der Meinung, dass sich das Angebot der Verhaltenstherapie positiv auf die Kundentreue auswirken könnte.

4.2. Vergleich der Tierärzte nach Einschätzung der Wirtschaftlichkeit von Verhaltenstherapie

Die befragten Tierärzte wurden zusätzlich zur Aufteilung in Zufallsbefragte und Kongressbefragte, nach ihrer wirtschaftlichen Einschätzung der Verhaltenstherapie eingeteilt. Dabei entstand die Gruppe der Befragten, die Verhaltenstherapie für wirtschaftlich hielt, und die Gruppe der Befragten, die Verhaltenstherapie für unwirtschaftlich hielt. Im Folgenden wurden nur prägnante Ergebnisse beider Gruppen im Vergleich beschrieben und in den Tabellen 4 und 5 im Anhang dargestellt.

4.2.1. Soziodemographische Daten

§ Die soziodemographischen Daten der Befragten, die Verhaltenstherapie für wirtschaftlich hielten, unterschieden sich nur marginal von den Angaben der Befragten, die Verhaltenstherapie für unwirtschaftlich hielten.

4.2.2. Angebot der Verhaltenstherapie

Die Befragten, die Verhaltenstherapie für wirtschaftlich hielten unterschieden sich von den Befragten, die Verhaltenstherapie für unwirtschaftlich hielten in folgenden Punkten:

- § Sie boten häufiger Verhaltenstherapie an.
- § Mehr von Ihnen schätzte die Tendenz der Verhaltenstherapie steigend ein.
- § Sie besuchten eher Fortbildungsveranstaltungen zur Verhaltenstherapie.
- § Sie frequentierten Veranstaltungen privater Veranstalter stärker.
- § Sie bildeten sich zusätzlich mit Literatur fort.
- § Sie bekamen eher verhaltenstherapeutische Fälle in ihre Praxis überwiesen.
- § Für sie war die Weitergabe der Behandlungsergebnisse an den Kollegen selbstverständlicher.
- § Sie planten für die verhaltenstherapeutische Beratung mehr Zeit ein.

4.2.3. Einstellung zur Verhaltenstherapie im Praxismanagement

Die Befragten, die Verhaltenstherapie für wirtschaftlich hielten unterschieden sich von den Befragten, die Verhaltenstherapie für unwirtschaftlich hielten in folgenden Punkten:

- § Vor allem Befragte, die Verhaltenstherapie für wirtschaftlich hielten, fanden das Einplanen einer verhaltenstherapeutischen Sprechstunde sinnvoll.
- § Sie nannten die zunehmende Nachfrage und den erweiterten Service öfter als

Argumente für eine verhaltenstherapeutische Sprechstunde.

- § Gegen das Einplanen einer verhaltenstherapeutischen Sprechstunde argumentierten sie häufiger mit der Integration der verhaltenstherapeutischen Beratung in der Sprechstunde und dem Durchführen von Hausbesuchen und weniger häufig mit der dafür fehlenden Zeit, dem Nichtbezahlen der Leistung und dem fehlenden Interesse.
- § Sie konnten sich eine Steigerung der Kundenzufriedenheit durch den Einsatz von Verhaltenstherapie besser vorstellen.
- § Mehr von ihnen ging davon aus, dass durch das Einbinden der Verhaltenstherapie ins Praxismanagement Neukunden gewonnen werden können.
- § Bei ihnen war der Anteil derjenigen, die einen Zugewinn von Neukunden seit Angebot der Verhaltenstherapie zu verzeichnen hatte, höher.
- § Sie waren von einem vorhandenen, mittleren und steigenden Kundenpotential der Verhaltenstherapie überzeugt.
- § Sie hatten mehr Patienten mit Verhaltensstörungen im eigenen Kundenstamm.
- § Mehr von ihnen glaubte an einen mittleren Beitrag zur Kundengewinnung durch die werbetechnische Möglichkeit der, durch Verhaltenstherapie erweiterten fachlichen Kompetenz.
- § Sie konnten sich eher langfristige Umsatzsteigerungen vorstellen.
- § Sie nannten Neukundengewinnung durch den Werbeeffect, Kundentreue durch den zusätzlichen Therapiebereich und das bedeutende Kundenpotential häufiger als Gründe für eine Umsatzsteigerung durch den Einsatz von Verhaltenstherapie.
- § Mehr von ihnen vermutete kurzfristige Umsatzeinbußen.
- § Sie waren fast alle der Meinung, dass sich der Einsatz von Verhaltenstherapie im Praxismanagement positiv auf die Kundentreue auswirken könnte.

Zusammenfassung

Vergleich der Tierärzte nach Einschätzung der Wirtschaftlichkeit von Verhaltenstherapie

- § *Es gab nur marginale Unterschiede in den soziodemographischen Daten.*
- § *Die Befragten, die Verhaltenstherapie für wirtschaftlich hielten, boten häufiger Verhaltenstherapie an und planten mehr Zeit für die verhaltenstherapeutische Beratung ein als Befragte, die Verhaltenstherapie für unwirtschaftlich hielten.*
- § *Befragte, die Verhaltenstherapie für wirtschaftlich hielten, hatten mehr Patienten mit Verhaltensstörungen im eigenen Kundenstamm und sahen eher einen Sinn in einer verhaltenstherapeutischen Sprechstunde als die, die Verhaltenstherapie für unwirtschaftlich hielten.*
- § *Einen Neukundenzugewinn und eine Steigerung der Kundenzufriedenheit durch den Einsatz von Verhaltenstherapie konnten sich Befragte, die Verhaltenstherapie für wirtschaftlich hielten besser vorstellen als Befragte, die diese für unwirtschaftlich hielten.*

4.3. Tierärzte mit Fachtierarztanerkennung Verhaltenskunde oder Zusatzbezeichnung Verhaltenstherapie

In den Jahren 2001 und 2005 wurden Tierärzte mit Fachtierarztanerkennung für Verhaltenskunde oder der Zusatzbezeichnung Verhaltenstherapie befragt. Im Folgenden wurden die Ergebnisse der 2005 befragten Tierärzte aufgezeigt. Die Ergebnisse der 2001 befragten Tierärzte blieben auf Grund der geringen Stichprobe (n=4) unberücksichtigt, wurden jedoch zusammen mit den Ergebnissen der 2005 befragten Tierärzte als Tabellen im Anhang dargestellt (s. Tab. 6 bis 8 im Anhang). Die 2005 befragten Tierärzte mit Fachtierarztanerkennung zur Verhaltenskunde oder der Zusatzbezeichnung Verhaltenstherapie wurden nachfolgend nur noch „befragte Tierärzte“ genannt.

4.3.1. Soziodemographische Daten

4.3.1.1. Geschlecht

Von den befragten Tierärzten (n=23) waren drei Viertel weiblich und ein Viertel männlich.

4.3.1.2. Alter

Die Hälfte der befragten Tierärzte (n=20) waren zwischen 40 und 49 Jahre alt. Das durchschnittliche Alter der Befragten (n=20) lag bei 45,8 Jahren.

4.3.1.3. Unternehmensform

Über 90% der befragten Tierärzte (n=23) arbeiteten in einer Praxis, der Rest in einer Klinik.

4.3.1.4. Kammergebiet

Die befragten Tierärzte (n=18) kamen überwiegend aus den Kammergebieten Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein.

4.3.1.5. Stadt oder Land

Drei Viertel der befragten Tierärzte (n=23) hatten ihre Praxis in der Stadt.

4.3.1.6. Einwohner

Die Praxen der befragten Tierärzte (n=17) befanden sich in erster Linie in Städten mit zeh-

und fünfzigtausend Einwohnern.

4.3.1.7. Gründungsjahr

Gründungsjahr der kurativen Praxis

81,8% der Befragten (n=22) hatten zusätzlich zur verhaltenstherapeutischen Praxis eine kurative Praxis. 9,1% der Befragten (n=22) hatten diese inzwischen aufgegeben und führten nur noch die verhaltenstherapeutische Praxis. Die Gründung der kurativen Praxis fand bei den befragten Tierärzten (n=21) hauptsächlich zwischen 1980 und 1999 statt.

Gründungsjahr der verhaltenstherapeutischen Praxis

Die eine Hälfte der befragten Tierärzte (n=23) gründete ihre verhaltenstherapeutische Praxis zwischen 1990 und 1999, die andere Hälfte zwischen 2000 und 2005.

4.3.1.8. Spezialbereich der kurativen Praxis

Fast alle befragten Tierärzte (n=18) gaben Kleintiere als ihren Spezialbereich in der kurativen Praxis an. Nur wenige nannten auch Pferde und Großtiere als Tätigkeitsfeld.

4.3.1.9. Fachtierarzt

Knapp ein Drittel der Befragten (n=23) hatte einen Fachtierarzt in einem veterinärmedizinischen Fachgebiet. Den Fachtierarzt für Verhaltenskunde hatten 21,7% aller Befragten (n=23).

4.3.1.10. Weiterbildungsermächtigung

Ein Drittel der befragten Tierärzte (n=23) konnte eine Weiterbildungsermächtigung vorweisen.

4.3.1.11. Unternehmensgröße

Ein Drittel der befragten Tierärzte (n=22) arbeitete alleine, ein weiteres Drittel mit einem weiteren Tierarzt, ein Viertel der Befragten mit zwei weiteren Tierärzten und der Rest arbeitete mit drei weiteren Tierärzten in der Praxis.

4.3.1.12. Anzahl der Tierärzte und Tierärztinnen im Unternehmen

Es wurden hauptsächlich Vollzeittierärzte und Vollzeittierärztinnen von den Befragten (n=18)

beschäftigt.

4.3.1.13. Tierarzhelfer/ -innen

Die Anzahl der Tierarzhelfer/ -innen lag bei den befragten Tierärzten (n=21) vorwiegend bei ein bis zwei. Knapp ein Fünftel der befragten Tierärzte hatte keine Tierarzhelferin oder Tierarzhelfer.

4.3.1.14. Patienten pro Tag in der kurativen Praxis

In der kurativen Praxis der befragten Tierärzte (n=11) verteilte sich die Patientenzahl zwischen 11 und 60 Patienten pro Tag, wovon je ein Viertel der Befragten 11 bis 20 oder 31 bis 40 Patienten pro Tag angaben.

Bei den Patienten in der kurativen Praxis handelte es sich überwiegend um Hunde und Katzen.

Zusammenfassung

Tierärzte mit Fachtierarztanerkennung Verhaltenskunde oder Zusatzbezeichnung Verhaltenstherapie

Soziodemographische Daten

- § *Die Befragten waren überwiegend weiblich und durchschnittlich 40 bis 49 Jahre alt.*
- § *Die meisten Befragten hatten ihre Praxis in Städten mit zehntausend und fünfzigtausend Einwohnern.*
- § *Die Gründung der kurativen Praxen erfolgte überwiegend zwischen 1980 und 1999. Die verhaltenstherapeutischen Praxen wurde zu gleichen Teilen zwischen 1990 und 1999 bzw. zwischen 2000 und 2005 gegründet.*
- § *In den Praxen gab es meist ein bis zwei beschäftigte Kollegen und durchschnittlich zwei Tierarzhelferinnen. Ein Fünftel der Befragten hatte keine Tierarzhelferin.*
- § *Kleintiere bildeten hauptsächlich das Spezialgebiet.*
- § *Die meisten Befragten hatten 11 bis 20 oder 31 bis 40 Patienten am Tag, wobei es sich vorwiegend um Hunde und Katzen handelte.*

4.3.2. Angebot der Verhaltenstherapie

4.3.2.1. Überwiegende Tierarten mit Verhaltensproblemen (Frage Nr. 1)

Zwei Drittel der Tiere mit Verhaltensproblemen in den Praxen der befragten Tierärzte (n=22) waren Hunde, ein Viertel Katzen.

4.3.2.2. Verhaltenstherapeutische Fälle pro Woche (Frage Nr. 2)

Die befragten Tierärzte (n=22) hatten durchschnittlich 4,7 verhaltenstherapeutische Patienten pro Woche.

4.3.2.3. Verhaltensprobleme beim Hund (Frage Nr. 3a)

Aggression stellte bei allen befragten Tierärzten (n=22) das vorrangige Verhaltensproblem beim Hund dar. Über 95% der Befragten (n=22) nannte Aggression als Verhaltensproblem beim Hund. Angst und Trennungsangst waren weiter genannte Probleme. Von einem Fünftel der Befragten (n=22) wurde Jagdverhalten als Problem genannt.

4.3.2.4. Verhaltensprobleme bei der Katze (Frage Nr. 3b)

Die am häufigsten genannten Probleme bei der Katze waren Unsauberkeit und Aggression.

4.3.2.5. Zeitraum des Angebots der Verhaltenstherapie in der Praxis (Frage Nr. 5)

Der Zeitraum des Verhaltenstherapieangebots lag bei den befragten Tierärzten (n=20) zwischen 1 und 20 Jahren. Im Mittel boten die Befragten (n=22) seit 7 Jahren Verhaltenstherapie an.

4.3.2.6. Ein speziell für Verhaltenstherapie beauftragter Tierarzt (Frage Nr. 5b)

Drei Viertel der Befragten (n=15) hatte einen für Verhaltenstherapie beauftragten Tierarzt.

4.3.2.7. Beurteilung der Tendenz im Fachbereich Verhaltenstherapie (Frage Nr. 6)

Von mehr als drei Viertel der befragten Tierärzte (n=23) wurde die Tendenz der Verhaltenstherapie steigend eingeschätzt.

4.3.2.8. Fortbildungen

Teilnahme an Fortbildungen im Bereich Verhaltenstherapie (Frage Nr. 7a)

Alle befragten Tierärzte (n=23) nahmen regelmäßig an Fortbildungsveranstaltungen im Bereich Verhaltenstherapie teil.

Durchschnittliche Fortbildungsstunden pro Team und Jahr (Frage Nr. 7b)

Die befragten Tierärzte (n=23) absolvierten durchschnittlich 27,1 Fortbildungsstunden pro Jahr und Praxisteam im Fachbereich Verhaltenstherapie.

Besuchte Veranstaltungsart (Frage Nr. 7c)

Hauptsächlich wurden Veranstaltungen wie Kongresse und Universitätsveranstaltungen, aber auch Veranstaltungen privater Institutionen von den befragten Tierärzten (n=23) besucht. Außerdem wurden von je 13% der Tierärzte (n=23) Veranstaltungen vom VDH, der GTVT und der ATF wahrgenommen.

4.3.2.9. Bekanntheitsgrad der Bezeichnungen im Zusammenhang mit Verhaltenstherapie (Frage Nr. 8)

Die Zusatzbezeichnung Verhaltenstherapie war allen befragten Tierärzten (n=23) bekannt. Bis auf wenige Ausnahmen kannten nahezu alle Befragten (n=23) den Fachtierarzt für Verhaltenskunde. Mehr als drei Viertel der Befragten (n=23) kannte Auslandstitel im Zusammenhang mit Verhaltenstherapie.

4.3.2.10. Erlangte Zusatzbezeichnung

78,3% der Befragten (n=23) hatten die Zusatzbezeichnung Verhaltenstherapie erlangt, 13% hatten die Fachtierarztanerkennung für Verhaltenskunde und 8,7% der Befragten (n=23) konnten sogar beides vorweisen.

4.3.2.11. Bezeichnungen im Zusammenhang mit Verhaltenstherapie

Anstreben einer Bezeichnung hinsichtlich Verhaltenstherapie (Frage Nr. 10a)

15% der befragten Tierärzte (n=20) strebte eine zusätzliche Bezeichnung im Zusammenhang mit Verhaltenstherapie an.

Art der angestrebten Bezeichnung (Frage Nr. 10b)

Die eine Hälfte der Befragten (n=2) wollte eine weitere Zusatzbezeichnung, die andere Hälfte

den Fachtierarzt für Verhaltenskunde als auch eine weitere Zusatzbezeichnung erreichen.

4.3.2.12. Durchführung der verhaltenstherapeutischen Beratung (Frage Nr. 11)

90% der befragten Tierärzte (n=23) gaben den Hausbesuch als Behandlungszeitpunkt verhaltenstherapeutischer Fälle an. Knapp drei Viertel der Befragten (n=23) führte die Behandlung außerhalb der Sprechstunde durch, die Hälfte telefonisch und ein Fünftel der Befragten (n=23) nannte die Behandlung verhaltenstherapeutischer Fälle während der Sprechstunde.

4.3.2.13. Behandlungsort (Frage Nr. 12)

Als Behandlungsort wurde von mehr als 80% der befragten Tierärzte (n=23) das Behandeln beim Tierbesitzer Zuhause genannt. Über ein Drittel nannte das Sprechzimmer, die Hälfte einen separaten Raum, für die Behandlung verhaltenstherapeutischer Patienten.

4.3.2.14. Verhaltenstherapeutische Überweisungsfälle in der Praxis (Frage Nr. 13)

Ein Großteil der befragten Tierärzte (n=23) bekam manchmal bis oft Verhaltensfälle an ihre Praxis überwiesen.

4.3.2.15. Verfahrensweise bei überwiesenen Patienten (Frage Nr. 14)

Fast alle befragten Tierärzte (n=23) überwiesen die Patienten wieder an den überweisenden Kollegen zurück. Der Großteil gab auch die Behandlungsergebnisse an den Kollegen weiter.

4.3.2.16. Therapiemöglichkeiten bei verhaltenstherapeutischen Fällen (Frage Nr. 15)

Die Kombination aus verhaltenstherapeutischem Gespräch und Pharmakotherapie wurde von 95% der befragten Tierärzte (n=23) genannt. Das solitäre verhaltenstherapeutische Gespräch wandte mehr als die Hälfte der Befragten (n=23) an. Nur wenige entschieden sich für eine alleinige Pharmakotherapie.

4.3.2.17. Einsatzmöglichkeiten von verschiedenen Pharmaka bei verhaltenstherapeutischen Fällen (Frage Nr. 16)

Die, von den befragten Tierärzten (n=23) am häufigsten in der Verhaltenstherapie eingesetzten Medikamente waren Antidepressiva, Futteradditiva und Sonstiges, wie Phytotherapie. Diesen folgten MAO-Hemmer, Benzodiazepine und Homöopathie. Hormone und

Neuroleptika wurden von den Befragten (n=23) weniger eingesetzt.

4.3.2.18. Eingeplante Zeitspanne für ein verhaltenstherapeutisches Gespräch (Frage Nr. 17)

Der Großteil der befragten Tierärzte (n=22) benötigte zwischen einer Stunde und mehr als 1 1/2 Stunden für ein verhaltenstherapeutisches Gespräch. Die eingeplante Zeiten von einer, 1 1/2 und über 1 1/2 Stunden, teilten sich unter den Befragten zu beinahe gleichen Teilen, sprich etwa einem Drittel, auf.

4.3.2.19. Besuchsfrequenz verhaltenstherapeutischer Patienten (Frage Nr. 18)

Zwei bis vier Besuche oder der einmalige Besuch von oder beim Patienten wurden als überwiegende Konsultationsfrequenzen von etwa je der Hälfte der befragten Tierärzte (n=23) genannt. Die telefonische Beratung gab ein Viertel der Befragten (n=23) an.

4.3.2.20. Berechnungssatz einer Verhaltenstherapie Stunde (Frage Nr. 19)

Drei Viertel der befragten Tierärzte (n=23) berechnete bis zu 75 Euro (150 DM), die verbleibenden Befragten teilten sich die Berechnungssätze von bis zu 50 Euro (100 DM) und bis zu 100 Euro (200 DM) pro Stunde Verhaltenstherapie auf.

4.3.2.21. Nachverfolgen des therapeutischen Erfolgs nach dem Therapiegespräch (Frage Nr. 20)

Alle befragten Tierärzte (n=23) verfolgten den Therapieerfolg, vor allem telefonisch, nach.

4.3.2.22. Zusammenarbeit mit Hundeschulen (Frage Nr. 21)

Knapp die Hälfte der befragten Tierärzte (n=21) arbeitete mit einer Hundeschule zusammen. Eine eigene Hundeschule führte über ein Viertel der Befragten (n=21).

4.3.2.23. Beratung der Patientenbesitzer vor und nach Anschaffung eines Tieres, zur Vermeidung evtl. haltungs- oder rassebedingter Verhaltensprobleme (Frage Nr. 22 , Frage Nr. 22a)

Fast alle befragten Tierärzte (n=23) boten den Patientenbesitzern Beratungen vor und nach der Anschaffung eines Tieres zur Vermeidung von Verhaltensproblemen an. Hauptsächlich handelte es sich um Anschaffungs- und Rasseberatung, aber auch um Empfehlungen an

Hundeschulen, Welpenspielstunden oder die Empfehlung an die eigene Hundeschule.

4.3.2.24. Weiterüberweisung des Patienten bei Therapienotstand oder bei einem zu komplexen Problem (Frage Nr. 23)

Drei Viertel der befragten Tierärzte (n=21) überwiesen zu komplexe Probleme oder Patienten, für die keine Therapie angeboten werden konnte, weiter.

4.3.2.25. „Überweisungspartner“ (Frage Nr. 24)

Von den befragten Tierärzten (n=23) wurde überwiegend an einen erfahreneren oder auf das Problem spezialisierten Tierarzt, aber auch an eine Hundeschule überwiesen. Die Problemfälle wurden auch in einer Supervision (Gesellschaft für Tierverhaltenstherapie) besprochen.

Zusammenfassung**Tierärzte mit Fachtierarztanerkennung Verhaltenskunde oder****Zusatzbezeichnung Verhaltenstherapie****Angebot der Verhaltenstherapie**

- § *Zwei Drittel der verhaltenstherapeutischen Patienten waren Hunde, die vor allem Aggressionsprobleme zeigten, ein Viertel Katzen mit vorwiegend Unsauberkeits- und Aggressionsproblemen.*
- § *Die meisten hatten in der Praxis einen speziell für diesen Bereich beauftragten Tierarzt bzw. waren selbst dafür zuständig.*
- § *Der Fachbereich Verhaltenstherapie wurde überwiegend steigend eingeschätzt.*
- § *Wahrgenommene Fortbildungsveranstaltungen zur Verhaltenstherapie waren vor allem Kongresse und Universitätsveranstaltungen, aber auch Veranstaltungen privater Institutionen. Außerdem wurden von einigen Tierärzten Veranstaltungen wahrgenommen, die vom VDH, der GTVT und der ATF angeboten wurden.*
- § *Der Fachtierarzt für Verhaltenskunde, die Zusatzbezeichnung Verhaltenstherapie und auch die mit der Verhaltenstherapie in Zusammenhang stehenden Auslandstitel waren dem Großteil bekannt.*
- § *Verhaltenstherapie wurde überwiegend in Form von Hausbesuchen beim Besitzer, außerhalb der Sprechstunde oder aber telefonisch, mit einer Dauer von einer, 1 1/2 bzw. über 1 1/2 Stunden, einer Konsultationsfrequenz von zwei bis vier Mal und einem Berechnungssatz von bis zu 75 Euro (150 DM) eingeplant.*
- § *Die Befragten bekamen manchmal bis oft verhaltenstherapeutische Fälle überwiesen, die dann von den meisten Befragten zusammen mit den Therapieergebnissen an den überweisenden Kollegen zurück überwiesen wurden.*
- § *Die Therapie bestand vorwiegend aus einer Kombination von Verhaltenstherapie und Pharmakotherapie.*
- § *Alle befragten Tierärzte verfolgten den Therapieerfolg, vor allem telefonisch, nach.*
- § *Die Hälfte der Befragten arbeitete mit einer Hundeschule zusammen.*
- § *Ein Viertel der Befragten hatte eine eigene Hundeschule.*
- § *Empfehlungen vor und nach Kauf des Tieres wurden von fast allen Befragten gegeben.*
- § *Zu komplexe Verhaltensprobleme wurden in erster Linie an einen erfahreneren und auf das Problem spezialisierten Tierarzt, aber auch an eine Hundeschule überwiesen.*
- § *Bei einem zu komplexen Verhaltensproblem wurden die Problemfälle zum Teil auch in einer Supervision (Gesellschaft für Tierverhaltenstherapie) besprochen.*

4.3.3. Einstellung zur Verhaltenstherapie im Praxismanagement

4.3.3.1. Sinn einer verhaltenstherapeutischen Sprechstunde in der Praxisorganisation der kurativen Praxis (Frage Nr. 25)

Das Einplanen einer verhaltenstherapeutischen Sprechstunde in die Organisation der kurativen Praxis, hielt die Hälfte der befragten Tierärzte (n=21) für sinnvoll. Die andere Hälfte der Befragten (n=21) sah keinen Sinn in diesem Vorhaben.

4.3.3.2. Argumente für eine verhaltenstherapeutische Sprechstunde (Frage Nr. 25a)

Nur sehr wenige der befragten Tierärzte (n=6) antworteten auf die Frage nach Argumenten für das Einplanen einer verhaltenstherapeutischen Praxis. Je ein Drittel der wenigen Befragten (n=6) nannte die zunehmende Nachfrage, die Kundenbindung und die fehlende Zeit während der Sprechstunde.

4.3.3.3. Argumente gegen eine verhaltenstherapeutische Sprechstunde (Frage Nr. 25b)

Auch die Frage nach Argumenten gegen das Einplanen einer verhaltenstherapeutischen Sprechstunde beantworteten nur wenige der befragten Tierärzte (n=10). Am häufigsten wurde das Durchführen von Hausbesuchen, gefolgt von der fehlenden Zeit und organisationsbedingten Gründen, sowie das Behandeln verhaltenstherapeutischer Fälle während der Sprechstunde und mangelnde Kenntnisse als Gründe gegen das Einplanen einer verhaltenstherapeutischen Sprechstunde genannt.

4.3.3.4. Wirtschaftlichkeit der Verhaltenstherapie in der kurativen Praxis

Einschätzung der Wirtschaftlichkeit von Verhaltenstherapie in der kurativen Praxis (Frage Nr. 26a)

Vier Fünftel der befragten Tierärzte (n=23) hielten den Einsatz von Verhaltenstherapie in der kurativen Praxis für wirtschaftlich.

Zeitraum der Wirtschaftlichkeit von Verhaltenstherapie in der kurativen Praxis (Frage Nr. 26b)

Die Wirtschaftlichkeit der Verhaltenstherapie in der kurativen Praxis wurde von den Befragten (n=18) vor allem langfristig vermutet.

4.3.3.5. Argumente für die Wirtschaftlichkeit von Verhaltenstherapie in der kurativen Praxis (Frage Nr. 27)

Zwei Drittel der befragten Tierärzte (n=23) nannten das Anbieten eines neuen Servicebereichs mittels Verhaltenstherapie als Grund für die Wirtschaftlichkeit der Verhaltenstherapie in der kurativen Praxis. Von je knapp der Hälfte wurde Kundentreue, Neukundengewinnung und Verhaltenstherapie als Werbemittel, genannt. Ein Drittel der Befragten (n=23) argumentierte mit einem hohen Kundenpotential für die Verhaltenstherapie als Wirtschaftlichkeitsfaktor in der kurativen Praxis.

4.3.3.6. Einschätzung der Steigerung der Kundenzufriedenheit durch den Einsatz von Verhaltenstherapie im Praxismanagement der kurativen Praxis (Frage Nr. 28)

Vier Fünftel der befragten Tierärzte (n=22) waren der Meinung, dass der Einsatz von Verhaltenstherapie in der kurativen Praxis eine Steigerung der Kundenzufriedenheit hervorruft.

4.3.3.7. Argumente für eine Steigerung der Kundenzufriedenheit durch den Einsatz von Verhaltenstherapie im Praxismanagement der kurativen Praxis (Frage Nr. 29)

Die Steigerung der Kundenzufriedenheit durch den Einsatz der Verhaltenstherapie wurde von je zwei Drittel der befragten Tierärzte (n=23) damit begründet, dass der Kunde den Tierarzt für kompetent hält und sich optimal betreut, verstanden und ernst genommen fühlt.

4.3.3.8. Einschätzung von Interesse potentieller Kunden und Neukundengewinnung durch die Einbindung von Verhaltenstherapie in der Praxisorganisation der kurativen Praxis (Frage Nr. 30)

Eine Einbindung der Verhaltenstherapie in die Organisation der kurativen Praxis als Beitrag, potentielle Kunden zu interessieren und als Neukunden für die Praxis zu gewinnen, hielten zwei Drittel aller befragten Tierärzte (n=19) für möglich.

4.3.3.9. Zugewinn von Neukunden für die kurative Praxis seit dem Anbieten von Verhaltenstherapie (Frage Nr. 31, Frage Nr. 31a)

Vier Fünftel der befragten Tierärzte (n=15) hatten seit Anbieten der Verhaltenstherapie Neukunden für Ihre kurative Praxis hinzugewonnen. Durchschnittlich hatten die Befragten (n=8) 6% Neukundenzugewinn.

4.3.3.10. Vorhandensein eines Kundenpotentials für den Bereich Verhaltenstherapie (Frage Nr. 32)

Über 90% der befragten Tierärzte (n=23) waren der Meinung, dass ein Kundenpotential für den Bereich Verhaltenstherapie vorhanden ist.

4.3.3.11. Aktuelle und prognostische Einschätzung des Kundenpotentials (Frage Nr. 33a, Frage Nr. 33b)

Das Kundenpotential der Verhaltenstherapie wurde von den Befragten überwiegend mittel bis hoch (n=11) und mit steigender Tendenz (n=20) eingeschätzt.

4.3.3.12. Prozentualer Anteil von Tieren mit Verhaltensstörungen im Kundenstamm der kurativen Praxis (Frage Nr. 34)

Der von den befragten Tierärzten (n=17) vermutete prozentuale Anteil von Tieren mit Verhaltensproblemen im Kundenstamm ihrer kurativen Praxis, belief sich auf 10 bis 80%. Zwei Fünftel der Befragten (n=17) ging davon aus, dass 11 bis 20% aller Tiere im Kundenstamm ihrer kurativen Praxis Verhaltensproblemen hatte.

4.3.3.13. Konkurrenzabgrenzung durch das Einbinden von Verhaltenstherapie ins Praxismanagement der kurativen Praxis (Frage Nr. 35)

Die Möglichkeit, sich von der Konkurrenz durch das Angebot von Verhaltenstherapie abzuheben, konnten sich 85% der befragten Tierärzte (n=20) vorstellen.

4.3.3.14. Einschätzung des Einsatzes der Verhaltenstherapie in der kurativen Praxis als werbetechnischer Beitrag zur Neukundengewinnung durch die erweiterte fachliche Kompetenz (Frage Nr. 36a, Frage Nr. 36b)

An die Kundengewinnung durch die werbetechnische Möglichkeit der, durch Verhaltenstherapie erweiterten fachlichen Kompetenz, glaubten knapp zwei Drittel der befragten Tierärzte (n=19).

Der Einsatz der Verhaltenstherapie in der kurativen Praxis als werbetechnischer Beitrag zur Neukundengewinnung durch die erweiterte fachliche Kompetenz wurde von durchschnittlich zwei Dritteln der befragten Tierärzte (n=12) mittel eingeschätzt.

4.3.3.15 Umsatzsteigerung durch den Einsatz von Verhaltenstherapie (Frage Nr. 37a, Frage Nr. 37b, Frage 37c)

Für über vier Fünftel der befragten Tierärzte (n=19) hatte sich der Einsatz von Verhaltenstherapie umsatzsteigernd ausgewirkt.

Die Befragten (n=12) konnten durchschnittlich rund 9% Umsatzsteigerung durch den Einsatz von Verhaltenstherapie verzeichnen.

Diese Umsatzsteigerungen wurden von den befragten Tierärzten (n=14) überwiegend mittel- bis langfristig festgestellt.

4.3.3.16. Argumente für eine Umsatzsteigerung durch den Einsatz von Verhaltenstherapie (Frage Nr. 38)

Als Gründe für eine Umsatzsteigerung, durch den Einsatz von Verhaltenstherapie, nannte die Hälfte der befragten Tierärzte (n=23) Kundentreue durch den erweiterten Therapiebereich. Durchschnittlich ein Drittel nannte das Abheben von der Konkurrenz, ein Viertel die Neukundengewinnung durch den Werbeeffect, und wenige erwogen eine Umsatzsteigerung bedingt durch das bedeutende Kundenpotential oder den Abverkauf von Erziehungshilfen.

4.3.3.17. Umsatzminderung durch den Einsatz von Verhaltenstherapie in der kurativen Praxis (Frage Nr. 39a)

Ein Drittel der befragten Tierärzte (n=19) konnte sich eine Umsatzminderung durch den Einsatz von Verhaltenstherapie in der kurativen Praxis vorstellen. Zwei Drittel der Befragten (n=19) glaubte nicht an eine mögliche Umsatzminderung.

4.3.3.18. Zeitraum der Umsatzminderung (Frage Nr. 39b)

Die Hälfte der Befragten (n=6), die eine Umsatzminderung vermuteten, erwarteten kurzfristige, ein Drittel davon langfristige, der Rest mittelfristige Umsatzeinbußen durch den Einsatz von Verhaltenstherapie in der kurativen Praxis.

4.3.3.19. Argumente für eine Umsatzminderung durch den Einsatz von Verhaltenstherapie in der kurativen Praxis (Frage Nr. 40)

Etwa ein Viertel aller befragten Tierärzte (n=23) sah Gründe für eine Umsatzminderung durch den Einsatz von Verhaltenstherapie, in dem zu hohen Aufwand der Verhaltenstherapie im Verhältnis zum Ertrag und der dadurch reduzierten Zeit für ertragreichere Tätigkeiten.

4.3.3.20. Wirtschaftliche Bedeutung der Kundentreue in der kurativen Praxis (Frage Nr. 41)

Kundentreue war für alle befragten Tierärzte (n=20) wirtschaftlich bedeutsam.

4.3.3.21. Einflussfaktoren auf die Kundentreue (Frage Nr. 42)

Die Befragten (n=19) bewerteten den Einfluss eines niedrigen Preises auf die Kundentreue überwiegend gering bis mittel. Der Einfluss der persönlichen Beziehung (n=22) und Sympathie (n=21) wurden hoch bewertet. Etwa die Hälfte der Befragten (n=21) ordnete den Einfluss eines breit gefächerten Angebots auf die Kundentreue als mittel, über ein Drittel der Befragten (n=21) sogar als hoch ein. Die Spezialisierung eines Tierarztes wurde als Einflussfaktor auf die Kundentreue von der Hälfte der Befragten (n=22) als mittel beurteilt. Ein Drittel glaubte, dieser Faktor hätte einen hohen Einfluss. Die fachliche Kompetenz wurde überwiegend hoch eingeschätzt (n=22). Das konkurrenzfähige Angebot hatte nach Ansicht der meisten Befragten (n=22) einen hohen Einfluss auf die Kundentreue. In der guten Betreuung der Patienten und Patientenbesitzer sahen 90% einen hohen Einflussfaktor auf die Kundentreue (n=21).

4.3.3.22. Positive Auswirkung des Einsatzes von Verhaltenstherapie im Praxismanagement der kurativen Praxis auf die Kundentreue (Frage Nr. 43a)

Über 85% der 2005 Befragten (n=21) waren der Meinung, dass sich der Einsatz von Verhaltenstherapie in der kurativen Praxis positiv auf die Kundentreue auswirken könnte.

4.3.3.23. Argumente für die positive Auswirkung des Einsatzes von Verhaltenstherapie im Praxismanagement der kurativen Praxis auf die Kundentreue (Frage Nr. 43b)

Die Meinung der befragten Tierärzte (n=23) war bezüglich der Gründe für die positive Auswirkung der Verhaltenstherapie auf die Kundentreue vielschichtig. 13% der Befragten (n=23) machten das verbesserte Therapieangebot, je rund 9% die Tatsache, dass sich der Kunde durch den Einsatz von Verhaltenstherapie verstanden, ernst genommen und besser betreut fühlt und dass gute Ergebnisse in diesem Bereich zu Kundentreue führen, dafür verantwortlich. Jeweils 4% der Befragten (n=23) sah in dem entstehenden positiven Image, der resultierenden Vertrauensbildung und darin, dass der Kunde den Tierarzt für kompetent hält, Gründe für die Kundentreue im Zusammenhang mit dem Einsatz von Verhaltenstherapie in der kurativen Praxis.

4.3.3.24. Anmerkungen (Frage Nr. 44)

Am Ende der Befragung merkten 4% der befragten Tierärzte (n=23) die notwendige Aufklärung bezüglich normalen Tierverhaltens und die Wichtigkeit einer guten Prophylaxe an. Aber auch, Verhaltenstherapie als interessanter Fachbereich, der im Trend liegt, wurde genannt. Ebenfalls 4% der Befragten gaben zu bedenken, dass Verhaltenstherapie häufig als unentgeltlicher Service in der kurativen Praxis angeboten wird und dadurch ein zu hoher Aufwand für einen mäßigen Erfolg mit wenig Verdienst die Folge sein könnte. Durchschnittlich 9% der Befragten (n=23) waren der Meinung, dass sie eine Überweisung verhaltenstherapeutischer Patienten an einen spezialisierten Tierarzt für notwendig halten.

Zusammenfassung

**Tierärzte mit Fachtierarztanerkennung Verhaltenskunde oder
Zusatzbezeichnung Verhaltenstherapie**

Einstellung zur Verhaltenstherapie im Praxismanagement

- § *Die eine Hälfte der Befragten hielt das Einplanen einer verhaltenstherapeutischen Sprechstunde in der kurativen Praxis für sinnvoll, die andere Hälfte war gegenteiliger Meinung.*
- § *Die Wirtschaftlichkeit der Verhaltenstherapie in der Praxis und der Beitrag des Angebots der Verhaltenstherapie zur Kundenzufriedenheit wurden überwiegend positiv beurteilt.*
- § *Die Befragten waren überwiegend der Meinung, dass der Einsatz von Verhaltenstherapie dazu beitragen könnte, potentielle Kunden zu interessieren und Neukunden zu gewinnen.*
- § *90% der Befragten waren der Meinung, dass ein mittleres bis hohes, sowie steigendes Kundenpotential für den Fachbereich Verhaltenstherapie besteht.*
- § *Die meisten glaubten, an das sich Abgrenzen von der Konkurrenz durch das Anbieten von Verhaltenstherapie.*
- § *Ein Großteil der Befragten konnte eine Umsatzsteigerung durch den Einsatz von Verhaltenstherapie verzeichnen.*
- § *In der guten Betreuung der Patienten und Patientenbesitzer sahen 90% einen hohen Einflussfaktor auf die Kundentreue.*
- § *Die meisten Befragten fanden Kundentreue wirtschaftlich bedeutsam und waren der Meinung, dass sich das Angebot der Verhaltenstherapie positiv auf die Kundentreue auswirken könnte.*

5. Diskussion

5.1. Methodendiskussion

5.1.1. Fragebogen und Befragung

Der Fragebogen enthielt 44, teils geschlossene Fragen mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten, teils offene Fragen mit freien Antwortmöglichkeiten. Geschlossene Fragen haben den Vorteil der exakten Auswertung mit einer angemessenen Stichprobe, jedoch den Nachteil der eingeschränkten Antwortmöglichkeit und der Richtungsweisung durch die angegebenen Antworten. Die offenen Fragen bieten die Möglichkeit der individuellen Beantwortung mit freier Assoziation, was die Auswertung erschwert und nur niedrige Stichproben bezüglich der einzelnen Antworten ergibt, jedoch einen hohen Informationsgehalt liefert. In einem institutsinternen Umlauf wurde der Fragebogen vor Versendung auf Akzeptanz und Verständlichkeit geprüft und daraufhin korrigiert. Zusätzlich empfehlen Experten einen externen Pretest mit einer kleinen Stichprobe von praktischen Tierärzten zur Verbesserung der Verständlichkeit und Leistungsfähigkeit des Fragebogens (GRÄF, 1997; SICKING, 2007).

Die postalische Befragung mittels eines standardisierten Fragebogens ist kosten- und verwaltungsgünstig, hat eine große Reichweite und ermöglicht eine hohe Anonymität. Dem gegenüber steht eine geringe Rücklaufquote, in dieser Untersuchung von etwa 16%, und die fehlende Möglichkeit, Einfluss nehmende Umweltfaktoren abzuschätzen oder zu beeinflussen. Niedrige Rücklaufquoten von 5 bis maximal 20% bei schriftlichen Befragungen werden auch in der Literatur genannt (DIEKMANN, 2005). Die von DIEKMANN (2005) beschriebene Möglichkeit zur Verbesserung der Rücklaufquote durch telefonische Erinnerung der Befragten an die Beantwortung und Rücksendung des Fragebogens (DIEKMANN, 2007), war aufgrund der anonymen Befragung nicht gegeben. Durch die reine Versendung per Random ohne Präselektion wurden auch Tierarztpraxen angeschrieben, die kein Interesse an Verhaltenstherapie hatten und den Fragebogen möglicherweise nicht beantworteten. Es muss in Betracht gezogen werden, dass überwiegend an Verhaltenstherapie Interessierte den Fragebogen ausfüllten und zurück sandten.

Die Verteilung der Fragebögen auf Kongressen und Fortbildungen hatte den Vorteil eines hohen Rücklaufs, da der Fragebogen persönlich an den Befragten abgegeben und teilweise auch persönlich wieder eingesammelt wurde. Nachteil dieser Art der Befragung war, dass es sich um vorselektierte Befragte handelte, nämlich um an Fortbildung interessierte Tierärzte und des Weiteren um an Verhaltenstherapie interessierte Tierärzte, soweit die Fragebögen auf Veranstaltungen im Zusammenhang mit Verhaltenstherapie verteilt wurden. Dadurch repräsentierten die Befragten nicht die deutsche Tierärzteschaft im Allgemeinen, sondern die

Befragten verteilten sich auf spezielle Gruppen der deutschen Tierärzteschaft. Die beiden Befragungsgruppen wurden daher separat ausgewertet und die Ergebnisse rein deskriptiv dargestellt.

Die Befragung von auf Verhaltenstherapie spezialisierten Tierärztinnen und Tierärzten mit dem Fachtierarzt für Verhaltenskunde oder der Zusatzbezeichnung für Verhaltenstherapie ergänzte die Ergebnisse der Befragung praktischer Tierärzte, da diese Gruppe von Befragten, im Gegensatz zu den praktischen Tierärzten, die überwiegend ihre persönlichen Einschätzungen und Vermutungen darlegten, konkrete Daten bezüglich des Verhaltenstherapieeinsatzes hinzufügen konnten.

5.2. Ergebnisdiskussion

5.2.1. Vergleich der Tierärzte nach Angebot der Verhaltenstherapie

5.2.1.1. Soziodemographische Daten

Bezüglich der Kundenorientierung hat sich in der Tiermedizin im Laufe der Zeit durch die steigende Anzahl von Tierärzten in städtischen Ballungsgebieten ein Wandel vollzogen (MAHAN, 1983; MCCULLOCH, 1985). Vor allem in Großstädten finden sich finanziell besser gestellte und oftmals alleine lebende Tierhalter, die bereit sind, Kosten für ihre Tiere zu übernehmen (MEYER und PAKUR, 2000). Das spiegelt sich auch bei den Befragten wider, von denen der Großteil in der Stadt arbeitete, die meisten davon in Städten mit über zehntausend Einwohnern. Nach Angaben der LANDESTIERÄRZTEKAMMERN (2005) sind 73,1% (n=67) der Tierärzte mit einer Fachtierarztanerkennung für Verhaltenskunde oder einer Zusatzbezeichnung für Verhaltenstherapie weiblich und nur 26,9% (n=67) davon männlich. Diese Daten lassen vermuten, dass Verhaltenstherapie hauptsächlich von Tierärztinnen angeboten wird. Eine solche Tendenz konnte bei den hier Befragten allerdings nicht festgestellt werden, da die geschlechtliche Verteilung derer, die Verhaltenstherapie anboten in beiden Befragungsgruppen divergierten. Die Zufallsbefragten waren älter und häufiger männlich als die Kongressbefragten. Bei den Kongressbefragten, die Verhaltenstherapie anboten, waren 64,3% (n=93) weiblich, bei den Zufallsbefragten, die Verhaltenstherapie anboten, hingegen 66,0% (n=94) männlich. Am häufigsten war das Gebiet der Kleintiermedizin das Spezialgebiet der Befragten, was auch eine Studie nach ODENDAAL (1996) bestätigt.

5.2.1.2. Angebot der Verhaltenstherapie

Alle Befragten hatten Patienten mit Verhaltensproblemen in ihrer Praxis, was die Aussage von HART und HART (1991) und KNOL (1994) bestätigt, dass der Tierarzt in seiner Praxis mit den unterschiedlichsten Verhaltensproblemen inklusive deren Behandlung konfrontiert wird.

Aus den Angaben der Befragten ging hervor, dass Aggression das häufigste Problem beim Hund und Unsauberkeit das häufigste Problem bei der Katze darstellte. Ähnliche Angaben erhält man auch von VOITH (1984a; 1984b; 1985) und anderen Autoren (MUGFORD, 1984; BEAVER, 1989; FEDDERSEN-PETERSEN, 1991a; CHAPMAN, 1991; SCHILDER, 1991; ASKEW, 1993; BONENGL, 1997; COOPER, 1997).

Immer mehr Tierbesitzer suchen Beratungen zum Thema Verhalten (REHAGE, 1992; BEAVER, 1994; NIEMAND und SUTER, 1994; MERTENS und DODMAN, 1996; JUARBE-DÍAZ, 1997). Das findet sich auch in den Ergebnissen der Befragten wieder. Hier schätzten 74,5% (n=94) der Zufallsbefragten und 79,1% (n=91) der Kongressbefragten die Tendenz des Fachbereiches Verhaltenstherapie steigend ein. Nach LEBELT (1998) hat sich die Verhaltenstherapie vor allem im Kleintiersektor zu einem eigenständigen Bereich entwickelt. Verschiedene Autoren gehen ebenfalls davon aus, dass die Verhaltenstherapie einen expandierenden Tätigkeitsbereich darstellt (HENS, 1988; CHAPMAN, 1990; BURGHARDT, 1991; REHAGE, 1992; UNSHELM, 1993; ASKEW, 1997; LEBELT, 1999), der vermehrt von den Tierbesitzern nachgefragt und als Teil der tierärztlichen Leistung erwartet wird (VOITH, 1991). Eine Studie von MERTENS und UNSHELM (1997) zeigt dabei auf, dass mehr als die Hälfte der Befragten den Tierarzt bezüglich Verhaltensprobleme aufgesucht hätten, wenn dieser Verhaltenstherapie anbieten würde.

Fortbildungsveranstaltungen im Bereich Verhaltenstherapie wurden von 61,9% (n=97) der Zufallsbefragten und 84,9% (n=93) der Kongressbefragten wahrgenommen. Das große Interesse an Fortbildungen im Bereich Verhaltenstherapie spiegelt sich in der Zunahme von Fortbildungsangeboten zur Verhaltenstherapie in den Jahren 1999 bis 2001 und durch das Angebot von speziellen Fortbildungsmodulen über Verhaltenstherapie seit 2001 durch die AKADEMIE FÜR TIERÄRZTLICHE FORTBILDUNG, ATF (2005), wider.

Aufgrund der zunehmenden Nachfrage nach Verhaltenstherapie und der steigenden Zahl der Fachtierärzte für Verhaltenskunde und der Tierärzte mit Zusatzbezeichnung (BUNDESTIERÄRZTEKAMMER, 2005) verwundert es nicht, dass der Fachtierarzt für Verhaltenskunde und die Zusatzbezeichnung Verhaltenstherapie als Bezeichnungen im Zusammenhang mit Verhaltenstherapie den meisten Befragten bekannt war.

Die Literatur ist sich uneinig über den Durchführungsort der Verhaltenstherapie. MUGFORD (1984) empfiehlt vor allem bei Hunden mit Verhaltensproblemen die Konsultation Zuhause beim Besitzer, und auch BOWER (1996) empfiehlt den Hausbesuch bei Katzenpatienten. SCHROLL und DEHASSE (2004) stellen dem Hausbesuch bei Katzen zeitliche und finanzielle

Faktoren gegenüber. Bei den hier Befragten wurde die Verhaltenstherapie von 87,5% (n=92) der Zufallsbefragten und 65,6% (n=91) der Kongressbefragten während der Sprechstunde und überwiegend im Sprechzimmer durchgeführt. Das Gespräch dauerte bei den meisten der Befragten eine halbe oder eine Stunde. Drei Viertel der Befragten sahen die Patienten mit Verhaltensproblemen zwei bis vier Mal. Die Gesprächsdauer der Verhaltenstherapie bei den Befragten war durchschnittlich kürzer als bei den Autoren in der Literatur, die durchschnittlich von mindestens einer Stunde für die verhaltenstherapeutische Beratung ausgingen (MUGFORD, 1984; ASKEW, 1991; LAGONI et al., 1994; BOWER, 1996; SCHROLL und DEHASSE, 2004). Die Durchführung einer erfolgreichen verhaltenstherapeutischen Beratung während der Sprechstunde ist mit dem von den oben genannten Autoren erwähnten notwendigen zeitlichen Aufwand kaum vorstellbar.

Nach der Gebührenziffer 11 „Eingehende Anamneseerhebung oder Beratung (...) bei Verhaltenstherapie“ der Gebührenordnung für Tierärzte ist die Leistung Verhaltenstherapie, bis zum dreifachen Satz mit zusätzlicher Zeitgebühr ebenfalls bis zum dreifachen Satz zu berechnen (GOT, 1999). Der Großteil der Befragten berechnete weit weniger als den einfachen Satz von 66,46 Euro für eine Stunde Verhaltenstherapie, und etwa 10% der Zufallsbefragten und Kongressbefragten bot sogar eine kostenlose Beratung an, obwohl nach einer Studie von MERTENS und UNSHELM (1997) fast 90% der Befragten bereit waren, eine verhaltenstherapeutische Behandlung dem zeitlichen Aufwand entsprechend zu bezahlen.

Bei etwa 80% der Befragten bestand die Therapie von Verhaltensproblemen aus der Kombination eines verhaltenstherapeutischen Gesprächs und dem Einsatz von Pharmaka. Durch den begleitenden Einsatz einer Pharmakotherapie in der Verhaltenstherapie muss der Tierarzt als Ansprechpartner für Verhaltensprobleme dienen, weil nur dem Tierarzt dieser Einsatz erlaubt ist. Dadurch wird eine deutliche fachliche Abgrenzung zu so genannten „Tierpsychologen“ ermöglicht. Dieser Meinung ist auch VOITH (1991). Sie empfiehlt zusammen mit anderen Autoren (MUGFORD, 1984; MYLES, 1991; LAGONI et al., 1994; TRIPP, 1998) z.B. die Zusammenarbeit des Tierarztes mit einem qualifizierte Trainer oder Verhaltenstherapeuten, der sich nach TRIPP (1998) den Tieren in individuellen Trainingseinheiten annimmt und mit dem eine tierärztliche Zusammenarbeit bei medizinischen Problemen und dem Einsatz psychotroper Medikamente notwendig ist.

Über 90% (n=180) der Befragten kontrollierten den Erfolg ihrer Verhaltenstherapie. Dabei preferierten die Befragten überwiegend das telefonische Nachverfolgen oder die Therapiekontrolle beim nächsten zufälligen Besuch in der Praxis. GOLDMANN (1997) sieht in der regelmäßigen Kontrolle des Therapieerfolges und somit auch der Kundencompliance eine wichtige Rolle in der Tierarzt-Kunden-Beziehung und das Widerspiegeln der tierärztlichen Kompetenz.

Die Beratung vor und nach dem Kauf des Tieres zur Vermeidung verhaltenstherapeutischer Probleme bietet die Möglichkeit, potentielle Kunden zu interessieren, sowie eine kontinuierliche und lebenslange Betreuung der Patienten vorhandener Kunden zu gewährleisten (HART und HART, 1991; LAGONI et al., 1994; JEVING, 1996; HOSKINS und MCCURNIN, 1998; BECKER, 1999b). Dies scheint auch den Befragten bewusst zu sein, da fast alle Empfehlungen vor und nach dem Kauf des Tieres zur Vermeidung verhaltenstherapeutischer Probleme gaben.

Über die Hälfte der Befragten, die keine Verhaltenstherapie anboten, arbeiteten mit Hundeschulen zusammen. Bei den Befragten, die Verhaltenstherapie anboten, waren es etwas weniger als die Hälfte. Einige von den Verhaltenstherapie Anbietenden hatten eine eigene Hundeschule. Dies spricht dafür, dass viele Tierärztinnen und Tierärzte, unabhängig vom Angebot der Verhaltenstherapie, eine Hundeschule empfehlen, um Verhaltensprobleme zu vermeiden oder bestehende Probleme durch gezieltes Training zu verbessern. Dies dient des Weiteren der Sicherung der besten Betreuung der Patienten und daraus resultierend der Verbesserung der Kundenbindung (MYLES, 1991; LAGONI et al., 1994; TRIPP, 1998; SCHUBERT, 2006). Hier ist auch wie oben schon erwähnt, bei medizinischen Problemen und dem eventuell notwendigen Einsatz psychotroper Medikamente die tierärztliche Zusammenarbeit mit dem Trainer möglich bzw. notwendig (TRIPP, 1998). Nach RIEGL (1987) und RIEPL (1998) beeinflussen Tiertrainer als so genannte Praxisbeurteiler zusätzlich die Meinung der Patientenbesitzer bezüglich der Praxis, so dass ein positives Verhältnis zu Hundeschulen einen guten Beitrag zur gewünschten Imagebildung der Praxis beim Kunden leisten kann.

Komplexe Verhaltensprobleme wurden in erster Linie an Hundeschulen und spezialisierte Tierärztinnen und Tierärzte überwiesen. Dies unterstützt die oben erwähnten Argumente der Gewährleistung der optimalen Betreuung des Patienten, der daraus entstehenden Vertrauensbildung zwischen Tierarzt und Patientenbesitzer, die zur Festigung der Kundenbindung beiträgt, und einer möglichen Empfehlung der eigenen Praxis durch den spezialisierten Kollegen oder den Trainer der Hundeschule aufgrund des entstandenen kollegialen Verhältnisses.

Die vereinzelt verhaltenstherapeutischen Fälle, die wenige Befragte überwiesen bekamen, wurden von den meisten Befragten zusammen mit den Therapieergebnissen an den überweisenden Kollegen zurück überwiesen. Rund ein Viertel der Befragten nahmen die überwiesenen Fälle in ihren eigenen Kundenstamm auf, was eine Zusammenarbeit mit dem Kollegen voraussichtlich langfristig negativ belasten und weitere Überweisungen hemmen kann.

5.2.1.3. Einstellung zur Verhaltenstherapie im Praxismanagement

Obwohl die Integration einer verhaltenstherapeutischen Sprechstunde im Ausland schon längst gängig ist (HENS, 1988), hielt nur etwa die Hälfte der Befragten bzw. nur ein Drittel der Zufallsbefragten, die Verhaltenstherapie anboten, das Einplanen einer verhaltenstherapeutischen Sprechstunde für sinnvoll. Die Argumente gegen das Einplanen einer verhaltenstherapeutischen Sprechstunde basierten vor allem auf der aus ihrer Sicht geringen Nachfrage, der fehlenden Zeit und dem Nichtbezahlen der Leistung.

Gegen das Argument der geringen Nachfrage spricht dabei, dass verschiedene Autoren davon ausgehen, dass sich die Verhaltenstherapie bei Haustieren zu einem expandierenden Tätigkeitsbereich entwickelt hat (HENS, 1988; CHAPMAN, 1990; BURGHARDT, 1991; REHAGE, 1992; UNSHELM, 1993; ASKEW, 1997; LEBELT, 1999), der sich vor allem im Bereich der Kleintiermedizin zu einem eigenständigen Bereich entwickelt (LEBELT, 1998). Des Weiteren belegt die Studie von MERTENS und UNSHELM (1997), dass die meisten Patientenbesitzer bereit wären, die verhaltenstherapeutische Behandlung dem zeitlichen Aufwand entsprechend zu bezahlen.

Argumente der Befragten für eine verhaltenstherapeutische Sprechstunde, wie die entstehende Kundenbindung und der erweiterte Servicebereich, werden von HENS (1988) und BECKER (1999a) untermauert, die erklären, dass unter anderem die Integration einer verhaltenstherapeutischen Sprechstunde langfristig zur Kundenzufriedenheit beiträgt.

Die Wirtschaftlichkeit der Verhaltenstherapie in der Praxis wurde überwiegend positiv beurteilt. Vor allem Befragte, die Verhaltenstherapie anboten, hielten diese auch in der Praxis für wirtschaftlich. Die Wirtschaftlichkeit der Verhaltenstherapie wurde von den Befragten überwiegend langfristig vermutet. Das Anbieten von Verhaltenstherapie bietet die Möglichkeit, sich vom Konkurrenzfeld abzuheben und sich einen neuen Bereich zu schaffen, für den, begründet durch die zunehmende Expansion dieses Bereiches, auch Kunden vorhanden sind. Das Finden von Nischen mit potentiellen Kunden, die eine Wirtschaftlichkeit garantieren, das Berücksichtigen dieser Nische im Praxismanagement und das daraus resultierende Abheben von der Konkurrenz, unterstreicht auch JEVING (1996). Auch vermutete der Großteil der Befragten eine Steigerung der Kundenzufriedenheit durch den Einsatz von Verhaltenstherapie im Praxismanagement, was mit der langfristig erwarteten Wirtschaftlichkeit der Verhaltenstherapie konveniert. In diesem Zusammenhang müssen Tierarztpraxen daher kundenorientierter werden (LANE, 1999; PRAUSE, 2001) und wirtschaftliche Aspekte einer modernen, umweltbezogenen Unternehmenspolitik einbeziehen, um die tierärztliche Praxis wirtschaftlich erfolgreich führen zu können (VAARKAMP, 1991; ODENDAAL, 1998).

Mehr Kongressbefragte als Zufallsbefragte waren der Meinung, dass der Einsatz von Verhaltenstherapie dazu beitragen könnte, potentielle Kunden zu interessieren und Neu-

kunden zu gewinnen. Des Weiteren waren nahezu alle Befragten der Meinung, dass ein niedriges bis mittleres, aber steigendes Kundenpotential für den Fachbereich Verhaltenstherapie besteht. Dass die Tierverhaltenstherapie sich zu einem immer populäreren Tätigkeitsbereich entwickelt hat, bestätigen auch HENS (1988) und andere Autoren (CHAPMAN, 1990; BURGHARDT, 1991; REHAGE, 1992; UNSHELM, 1993; ASKEW, 1997; LEBELT, 1999).

Etwa 74% (n=147) der Zufallsbefragten und etwa 92% (n=130) der Kongressbefragten, unabhängig vom Angebot der Verhaltenstherapie, glaubten an ein sich Abgrenzen von der Konkurrenz durch das Anbieten von Verhaltenstherapie. Da Kunden immer mehr Vergleiche zwischen Praxisangeboten heranziehen (BECKER, 1999b), müssen zur Überwindung einer leistungsstarken Konkurrenz außergewöhnliche Praxisleistungen besser, schneller und effizienter angeboten werden (OEHME, 1995). Durch das Angebot eines von der Konkurrenz noch nicht ausreichend angebotenen Bereichs, wie der Verhaltenstherapie, ist bei bestehender Nachfrage seitens Patientenbesitzer ein sich Unterscheiden von der Konkurrenz möglich. Diese Tatsache wird, bei Berücksichtigung dieser vorhandenen Nische im Praxismanagement, von JEVING (1996) als einen enormen wirtschaftlichen Vorteil gewertet.

Viele Patientenbesitzer sind mit den Verhaltensproblemen ihrer Tiere überfordert und suchen nach Hilfe und Lösung des Problems. Die meisten davon würden ihren Haustierarzt konsultieren, wenn dieser Verhaltenstherapie anbieten würde (MERTENS und UNSHELM, 1997). Könnte dem Patientenbesitzer also in der Praxis weitergeholfen werden, so könnte der zufriedene Kunde als Werbeträger dienen, der seine positiven Erfahrungen in Form von Mund-zu-Mund-Propaganda an potentielle Kunden weitergibt. Hieraus könnte eine Neukundengewinnung entstehen. Dessen sind sich auch RIEGL (1987), SPENCER (1993) und BARUCH und ELLERMANN (1998) sicher. Ebenfalls etwa 65% (n=147) der Zufallsbefragten und 84% (n=123) der Kongressbefragten sahen im Einsatz der Verhaltenstherapie einen werbetechnischen Beitrag zur Neukundengewinnung.

Über 90% (n=268) der Befragten vermuteten in der guten Betreuung der Patienten und Patientenbesitzer einen hohen Einflussfaktor auf die Kundentreue. Nach MCCURNIN (1998) wünschen sich Tierbesitzer von der Tierarztpraxis moderne Betreuung und Prävention. Erreicht man die kontinuierliche und lebenslange Betreuung des Patienten und seines Besitzers, bleibt der Kunde der Praxis voraussichtlich auch mit dem nachfolgenden Tier treu (HOSKINS und MCCURNIN, 1998). Gute, moderne Betreuung mit wirtschaftlichen Aspekten beinhaltet Beratungen und Behandlungen zu speziellen Bereichen, wie unter anderem der Verhaltenstherapie (LANE, 1999). Das wiederum entspricht den Angaben des Großteils der Befragten, die Kundentreue wirtschaftlich bedeutsam fanden und die Meinung vertraten, dass dabei das Angebot der Verhaltenstherapie Einfluss nehmen würde. BECKER (1999b) geht davon aus, dass zukunftsorientierte Tierärzte einen gesteigerten Wert auf langfristige

Gewinne und eine lebenslange Beziehung zu ihren Patienten legen, da treue Kunden einen dauerhaften Umsatz und Gewinn sichern.

5.2.2. Vergleich der Tierärzte nach Einschätzung der Wirtschaftlichkeit von Verhaltenstherapie

5.2.2.1. Soziodemographische Daten

Da es sich um dieselbe Stichprobe handelte, unterschieden sich die soziodemographischen Daten der Befragten nach Einschätzung der Wirtschaftlichkeit der Verhaltenstherapie nur marginal von den Angaben der Befragten nach Angebot der Verhaltenstherapie. Knapp 73% (n=180) der Befragten, die Verhaltenstherapie für wirtschaftlich hielten, boten Verhaltenstherapie in ihrer Praxis an. Allerdings boten auch etwa 55% (n=101) der Befragten, die Verhaltenstherapie für unwirtschaftlich hielten, Verhaltenstherapie an. Durchschnittlich 70% (n=187) derer, die Verhaltenstherapie anboten, hielten den Einsatz von Verhaltenstherapie für wirtschaftlich. Man kann also davon ausgehen, dass ein Großteil der Befragten, die Verhaltenstherapie anboten und den Einsatz von Verhaltenstherapie als wirtschaftlich einschätzten, identisch waren.

5.2.2.2. Angebot der Verhaltenstherapie

Bei den Befragten, die Verhaltenstherapie für wirtschaftlich hielten, konnte eine stärkere Übereinstimmung mit Aussagen der Literatur festgestellt werden, was auf eine intensivere Beschäftigung mit dem Thema Verhaltenstherapie schließen lässt. Sie boten häufiger Verhaltenstherapie an, so dass ihre Angaben zur Wirtschaftlichkeit der Verhaltenstherapie vermutlich weitgehend auf tatsächlichen Erfahrungen beruhten. Mehr Befragte, die Verhaltenstherapie für wirtschaftlich hielten als Befragte, die Verhaltenstherapie für unwirtschaftlich hielten, vermuteten z.B. eine steigende Tendenz der Verhaltenstherapie, was von Autoren wie HENS (1988), CHAPMAN (1990), BURGHARDT (1991), REHAGE (1992), UNSHELM (1993), ASKEW (1997) und LEBELT (1999) bestätigt wird. Auch plante diese Befragungsgruppe mehr Zeit für die verhaltenstherapeutische Beratung ein, lag aber trotzdem im Durchschnitt immer noch unter der von MUGFORD (1984), ASKEW (1991), LAGONI et al. (1994), BOWER (1996) und SCHROLL und DEHASSE (2004) empfohlenen Zeit von mindestens einer Stunde für eine verhaltenstherapeutische Beratung.

5.2.2.3. Einstellung zur Verhaltenstherapie im Praxismanagement

Auch die Antworten bezüglich der Einstellung zur Verhaltenstherapie im Praxismanagement

lassen vermuten, dass sich die Befragten, die Verhaltenstherapie für wirtschaftlich hielten, intensiver mit dem Thema Verhaltenstherapie auseinandersetzten und Erfahrungen in diesem Bereich gesammelt hatten. Ihre hier gemachten Aussagen waren ebenfalls häufiger mit den Aussagen der Autoren der Literatur konform als die der Befragten, die Verhaltenstherapie für unwirtschaftlich hielten.

So fanden im Vergleich zu rund 23% (n=88) der Befragten, die Verhaltenstherapie für unwirtschaftlich hielten, durchschnittlich 55% (n=157) der Befragten, die Verhaltenstherapie für wirtschaftlich hielten, das Einplanen einer verhaltenstherapeutischen Sprechstunde, wie es im Ausland schon Usus ist (HENS, 1988), für sinnvoll. Die zunehmende Nachfrage nach Verhaltenstherapie, der erweiterte Service und die entstehende Kundenbindung wurden von dieser Befragungsgruppe überwiegend als Argumente für die verhaltenstherapeutische Sprechstunde genannt. Dieser Meinung ist auch VOITH (1991), die eine große Informationsnachfrage seitens Tierbesitzer auf dem Gebiet der Verhaltenstherapie sieht und die Autoren HENS (1988) und BECKER (1999a), die erklären, dass das Einplanen einer verhaltenstherapeutischen Sprechstunde unter anderem zur Kundenzufriedenheit beiträgt.

Befragte, die Verhaltenstherapie für unwirtschaftlich hielten, nannten vor allem die fehlende Zeit und das Nichtbezahlen der Leistung als Argumente gegen die verhaltenstherapeutische Sprechstunde. Die fehlende Zeit könnte durch das zusätzliche Beschäftigen eines speziell für diesen Bereich beauftragten Tierarztes gelöst werden, da nach MERTENS und UNSHELM (1997) die meisten Patientenbesitzer bereit wären, eine verhaltenstherapeutische Beratung dem zeitlichen Aufwand entsprechend zu bezahlen. Häufiger von den Befragten, die Verhaltenstherapie für wirtschaftlich hielten, wurde das Durchführen der verhaltenstherapeutischen Beratung innerhalb der Sprechstunde oder in Form eines Hausbesuches als Argumente gegen die verhaltenstherapeutische Sprechstunde mit festgelegten Sprechzeiten genannt. Hier ist zu Bedenken, dass die für die Verhaltenstherapie erforderliche und von SCHROLL und DEHASSE (2004) sowie anderen Autoren (MUGFORD, 1984; ASKEW, 1991; LAGONI et al., 1994; BOWER, 1996) empfohlene Zeit während der Sprechstunde meist nicht gegeben und eine erfolgreiche Verhaltenstherapie dem zu Folge in dieser Form nur schwer durchführbar ist. Der Hausbesuch als Durchführung der Verhaltenstherapie kann die verhaltenstherapeutische Sprechstunde mit festgelegten Sprechzeiten ersetzen und wird in der Literatur auch immer wieder als Durchführungsort empfohlen (MUGFORD, 1984; ASKEW, 1991; LAGONI et al., 1994; BOWER, 1996). Von 27,8% (n=36) der Kongressbefragten, die Verhaltenstherapie für wirtschaftlich hielten, wurde der Hausbesuch als Argument gegen eine verhaltenstherapeutische Sprechstunde mit festgelegten Sprechzeiten genannt. Dieser stellt aber folglich kein wirkliches Argument gegen die verhaltenstherapeutische Sprechstunde dar, sondern bietet eine Alternative, die ebenfalls außerhalb der Sprechstunde mit dem erforderlichen Zeitmanagement für die verhaltenstherapeutische Beratung angeboten

werden kann. Die Befragten erhalten demnach durch den Hausbesuch mehr Flexibilität in der zeitlichen Organisation der Verhaltenstherapie im Praxismanagement und die Möglichkeit der Verhaltensberatung nach Terminvereinbarung.

Fast 95% (n=192) der Befragten, die Verhaltenstherapie für wirtschaftlich hielten, waren von der Steigerung der Kundenzufriedenheit durch den Einsatz der Verhaltenstherapie überzeugt. Bei denen, die Verhaltenstherapie für unwirtschaftlich hielten, waren etwa 71% (n=107) dieser Meinung. Auch HENS (1988) und BECKER (1999a) betrachten den Einsatz von Verhaltenstherapie in der Praxis, z. B. in Form einer verhaltenstherapeutischen Sprechstunde oder in Form von Kursen zur Verhaltenstherapie, als einen Beitrag zur Kundenzufriedenheit.

Die Befragten, die Verhaltenstherapie für wirtschaftlich hielten, konnten sich häufiger vorstellen, dass durch das Einbinden der Verhaltenstherapie Neukunden gewonnen werden können, und auch der reelle Neukundenzugewinn, der seit dem Einsatz von Verhaltenstherapie zu verzeichnen war, war hier häufiger. Hierbei muss allerdings berücksichtigt werden, dass der Zugewinn an Neukunden eventuell mit anderen zeitnahen Faktoren in Verbindung stand und daher dem Einsatz der Verhaltenstherapie nicht eindeutig zuzuordnen ist. Falls der Neukundenzugewinn jedoch im Zusammenhang mit dem Verhaltenstherapieeinsatz stand, könnte man von einem vorhandenen Kundenpotential für den Bereich Verhaltenstherapie ausgehen und das Einbeziehen von Aspekten einer modernen und vor allem umweltorientierten Unternehmenspolitik, wie schon von VAARKAMP (1991) erwähnt, für sinnvoll halten.

Des Weiteren hatte die Gruppe, die Verhaltenstherapie für wirtschaftlich hielt, mehr Patienten mit Verhaltensstörungen oder -problemen in ihrem Kundenstamm und war von einem mittleren und steigenden Kundenpotential in der Verhaltenstherapie überzeugt. Dies könnte dafür sprechen, dass die eventuell vorhandene Sensibilität für den Bereich Verhaltenstherapie bei dieser Befragungsgruppe generell höher war und Störungen im Verhalten sowie Möglichkeiten im Einsatz von Verhaltenstherapie inklusive wirtschaftlicher Aspekte hier besser wahrgenommen wurden. Aber auch eine eventuell vorhandene ökonomische Sensibilität der hier Befragten könnte z. B. durch standortbedingte Faktoren der Praxen oder eine generell quantitativ höhere Anzahl von Tieren mit Verhaltensproblemen diese Tatsache bedingen. Auch die werbetechnische Möglichkeit der Verhaltenstherapie als Beitrag zu Kundengewinnung konnten sich Befragte, die Verhaltenstherapie für wirtschaftlich hielten, eher vorstellen. Die erfolgreiche Therapie von Patienten mit Verhaltensstörungen oder -problemen im eigenen Kundenstamm, kann zur Kundenzufriedenheit beitragen, und der dadurch zufriedene Kunde kann, wie schon von RIEGL (1987) formuliert, seine positiven Erfahrungen in Form von Mund-zu-Mund-Propaganda an potentielle Kunden weitergeben und so als Werbeträger zur Neukundengewinnung unterstützend tätig werden. Gerade die

verhaltenstherapeutische Sprechstunde wirkt sich positiv auf Tier und Besitzer und auf die langfristige Kundenzufriedenheit aus (HENS, 1988).

Der Einsatz der Verhaltenstherapie in der Praxis bietet eine langfristige Umsatzsteigerung, weil der daraus resultierend zufriedene Kunde der Praxis treu bleibt und seine positiven Erfahrungen an potentielle Kunden weitergibt. Kurzfristig sind, durch die verlorenen Möglichkeiten, andere lukrativere Tätigkeiten am Patienten auszuführen, eventuell sogar kurzfristige Umsatzeinbußen möglich. Diese sind langfristig gesehen aber ausgleichbar, da nach BECKER (1999b) treue Kunden einen dauerhaften Gewinn sichern. Der zukunftsorientierte Tierarzt sollte daher gesteigerten Wert auf eine lebenslange Beziehung zu seinen Patienten und auf langfristige Gewinne legen (BECKER, 1999a). Dies spiegelt sich auch in der Befragung nach Wirtschaftlichkeit wider. Die Befragten, die Verhaltenstherapie für wirtschaftlich hielten, schätzten Verhaltenstherapie eher mittel- bis langfristig wirtschaftlich ein, und mehr Befragte als bei den Befragten, die Verhaltenstherapie für unwirtschaftlich hielten, vermuteten kurzfristige Umsatzeinbußen.

Als Gründe für eine vermutete Umsatzsteigerung, wurden von den Befragten, die Verhaltenstherapie für wirtschaftlich hielten, Argumente genannt, die denen der oben erwähnten Autoren (RIEGL, 1987; HENS, 1988; BECKER, 1999b) sehr ähnlich waren. Vor allem die Neukundengewinnung durch den Werbeeffekt und die Kundentreue durch den zusätzlichen Therapiebereich wurden von den erwähnten Befragten genannt. Daher verwundert es nicht, dass über 95% der Befragten, die Verhaltenstherapie für wirtschaftlich hielten, der Meinung waren, dass sich der Einsatz von Verhaltenstherapie im Praxismanagement positiv auf die Kundentreue auswirken könnte.

5.2.3. Tierärzte mit Fachtierarztanerkennung Verhaltenskunde oder Zusatzbezeichnung Verhaltenstherapie

5.2.3.1. Soziodemographische Daten

73,1% (n=67) der bei den LANDESTIERÄRZTEKAMMERN (2005) registrierten Tierärzte mit Fachtierarztanerkennung Verhaltenskunde oder Zusatzbezeichnung Verhaltenstherapie waren weiblich. Von den spezialisierten Tierärzten, die sich an dieser Befragung beteiligten, waren ebenso 73,9% (n=23) weiblich. Dies bestätigt, dass Verhaltenstherapie überwiegend von Tierärztinnen angeboten wird.

Etwa 75% (n=23) der Befragten hatten ihre Praxis in der Stadt, davon 41,1% (n=17) in Städten mit über fünfzigtausend Einwohnern. Das könnte daran liegen, dass sich vor allem in Großstädten finanziell besser gestellte Tierhalter finden, die bereit sind, Geld für ihre Tier auszugeben (MEYER und PAKUR, 2000). Aber auch der stärkere Konkurrenzkampf unter Tierärzten könnte einen Beitrag dazu geleistet haben, dass Tierärzte in größeren Städten

anfangen, ihr Serviceangebot zu erweitern oder sich zu spezialisieren. Auch MAHAN (1983) und MCCULLOCH (1985) bestätigen, dass sich durch die steigende Anzahl von Tierärzten in städtischen Ballungsgebieten ein Wandel bezüglich der Kundenorientierung vollzogen hat.

57,2% (n=21) gründeten ihre verhaltenstherapeutische Praxis zwischen 1990 und 2005, was die Aussagen verschiedener Autoren (HENS, 1988; CHAPMAN, 1990; BURGHARDT, 1991; REHAGE, 1992; UNSHELM, 1993; ASKEW, 1997; LEBELT, 1999) untermauert, dass sich die Verhaltenstherapie zu einem sich ausweitenden Tätigkeitsbereich entwickelt. Bestätigt wird dies auch durch die BUNDESTIERÄRZTEKAMMER (2005), nach der die Zahl der Fachtierärzte für Verhaltenskunde zwischen 1999 und 2004 um 63% anstieg und auch die Tierärzte mit Zusatzbezeichnung Verhaltenstherapie von März 2004 bis März 2005 einen Zuwachs von 23% zu verzeichnen hatte.

Da die Verhaltenstherapie überwiegend im Kleintiersektor stattfindet, bilden auch bei den hier befragten Tierärztinnen und Tierärzten Kleintiere das hauptsächliche Spezialgebiet.

5.2.3.2. Angebot der Verhaltenstherapie

In der Literatur werden bei Hunden Aggressionen (MUGFORD, 1984; VOITH, 1984a; 1985; FEDDERSEN-PETERSEN, 1991a) und bei Katzen Ausscheidungsverhalten und Aggressionen als größte Gruppen von Verhaltensproblemen genannt (VOITH, 1984a; 1984b; 1985; BEAVER, 1989; BONENGEL, 1997). Das bestätigen auch die Aussagen der hier Befragten, bei denen ebenfalls Aggressionen bei Hunden und Unsauberkeit sowie Aggressionen bei Katzen die häufigsten Probleme darstellten.

78,3% (n=23) der Befragten schätzten die Tendenz im Bereich Verhaltenstherapie steigend ein. Auch die Angaben der BUNDESTIERÄRZTEKAMMER (2005) zur Entwicklung der Verhaltenstherapie, gemessen an der Zunahme von Fortbildungsangeboten in diesem Bereich und der steigenden Anzahl von Tierärzten mit der Fachtierarztanerkennung Verhaltenskunde und der Zusatzbezeichnung Verhaltenstherapie, weisen auf die steigende Tendenz der Verhaltenstherapie hin.

Die Befragten führten ihre verhaltenstherapeutische Beratung überwiegend außerhalb der Sprechstunde und meist in Form von Hausbesuchen durch. Es muss allerdings berücksichtigt werden, dass viele der Befragten eine ausschließlich verhaltenstherapeutische Praxis führten und daher das Durchführen der Beratung während der Sprechstunde oft nicht in Betracht kam. Auch hier ähnelten die Angaben weitgehend denen der Literatur, in der der Hausbesuch häufig als Möglichkeit zur Durchführung der Verhaltenstherapie erwähnt wird (MUGFORD, 1984; ASKEW, 1991; LAGONI et al., 1994; BOWER, 1996).

Auch die Konsultationsdauer der verhaltenstherapeutischen Beratung kam mit 1 1/2 bzw. über 1 1/2 Stunden den empfohlenen Beratungszeiten verschiedener Autoren (MUGFORD, 1984; ASKEW, 1991; LAGONI et al., 1994; BOWER, 1996; SCHROLL und DEHASSE, 2004), die

durchschnittlich von mindestens einer Stunde für die verhaltenstherapeutische Beratung ausgingen, sehr nahe.

Die Gebührenordnung für Tierärzte ermöglicht mit der Gebührenziffer 11 „Eingehende Anamneseerhebung oder Beratung (...) bei Verhaltenstherapie“ die Berechnung von Leistungen, wie Verhaltenstherapie, bis zum dreifachen Satz. Eine zusätzliche Zeitgebühr kann dabei zusammen mit der eigentlichen Leistung, ebenfalls bis zum dreifachen Satz, in Rechnung gestellt werden (GOT, 1999). Nach GOT (1999) berechnet sich der einfache Stundensatz für Verhaltenstherapie auf 66,46 Euro. 60,9% (n=23) der Befragten berechneten bis 75 Euro (150 DM) für eine Stunde Verhaltenstherapie, 17,4% (n=23) bis zu 100 Euro (200 DM).

Der Großteil der Befragten bekam manchmal bis oft verhaltenstherapeutische Fälle überwiesen, die dann von den meisten Befragten zusammen mit den Therapieergebnissen an den überweisenden Kollegen zurück überwiesen wurden. Daraus lässt sich schließen, dass Patientenbesitzer häufig ihren Haustierarzt zu einem Verhaltensproblem befragen, der den Patienten dann an einen auf das Problem spezialisierten Kollegen überweist. Das geht auch aus der Studie von MERTENS und UNSHELM (1997) deutlich hervor, da über die Hälfte aller Befragten den Haustierarzt in Anspruch genommen hätten, wenn dieser Verhaltenstherapie anbieten oder an einen darauf spezialisierten Tierarzt überweisen würde.

Unter Verhaltenstherapie versteht man nach UNSHELM (1997) die Behandlung von Verhaltensproblemen, wie einer Verhaltensstörung oder eines für den Besitzer unerwünschten Verhaltens von Tieren, mittels Training des Tieres und Beratungsgesprächen zur Verhaltensänderung des Patientenbesitzers. Diese Methoden der Verhaltenstherapie verwendeten 56,5% (n=23) der Befragten. 97,7% (n=23) der Befragten wandten für die Therapie von Verhaltensproblemen aber auch eine Kombination von verhaltenstherapeutischem Gespräch und Pharmakotherapie an. Auch VOITH (1991) weist darauf hin, dass der Tierarzt durch seine Verabreichung von Psychopharmaka schon lange in das Verhalten der Patienten eingreift und so konsekutiv zum Ansprechpartner für Verhaltensprobleme wird.

Alle befragten Tierärzte verfolgten den Therapieerfolg, vor allem telefonisch, nach. Nachkontrollen können nach STEINER und VETTER (1995) sowie MCPHERSON et al. (2002) die Kundencompliance fördern und leisten nach GOLDMANN (1997), durch das Widerspiegeln der tierärztlichen Kompetenz, einen Beitrag zur Tierarzt-Kunden-Beziehung.

TRIPP (1998) hält die Empfehlung an einen qualifizierten Trainer, der sich den Tieren in individuellen Trainingseinheiten annimmt, für sinnvoll, da dies die beste Betreuung der Patienten sichert und konsekutiv zur Verbesserung der Kundenbindung führt. Daher ist diese Maßnahme nach TRIPP (1998) für beide Seiten gewinnbringend. Die Tatsache, dass 47,6% (n=21) der Befragten mit einer Hundeschule zusammenarbeiteten und 28,6% (n=21) eine

eigene Hundeschule besaßen, lässt annehmen, dass die hier antwortenden Befragten derselben Meinung waren.

95,7% (n=23) der Befragten gaben präventive Ratschläge vor und nach Anschaffung des Tieres an die Besitzer. Diese präventiven Maßnahmen haben den Vorteil, dass sie auf Seiten der Patientenbesitzer Aufmerksamkeit schaffen, beim potentiellen Kunden Interesse fördern (HART und HART, 1991; LAGONI et al., 1994; JEVING, 1996; BECKER, 1999b) und sich durch sie umweltbedingte Verhaltensprobleme oftmals ausschließen lassen (UNSHELM, 1997).

Sehr komplexe Verhaltensprobleme wurden von 39,1% (n=23) unter anderem in einer Supervision, z.B. von der Gesellschaft für Tierverhaltenstherapie (GTVT) besprochen. Solche Supervisionen sind in der Humanmedizin und vor allem in den USA schon längst gängig und hinsichtlich des Therapieerfolges und der Zufriedenheit der Patientenbesitzer sinnvoll.

5.2.3.3. Einstellung zur Verhaltenstherapie im Praxismanagement

Die verhaltenstherapeutische Sprechstunde ist im Ausland bereits gängige Praxis und wirkt sich positiv auf Tier, Besitzer, Praxis, Berufsstand und die langfristige Kundenzufriedenheit aus (HENS, 1988). Über die Hälfte der Befragten hielt das Einplanen einer verhaltenstherapeutischen Sprechstunde in der kurativen Praxis für sinnvoll. Von denen, die Argumente dagegen nannten, argumentierten 30,0% (n=10) mit organisatorischen Gründen, 40,0% (n=10) mit dem Durchführen von Hausbesuchen und 20,0% (n=10) mit dem Integrieren der verhaltenstherapeutischen Beratung in die Sprechstunde. Das Argument des Durchführens von Hausbesuchen kann, wie schon erwähnt, nicht als Gegenargument für die verhaltenstherapeutische Sprechstunde stehen, sondern vielmehr eine sinnvolle Alternative dazu bieten. Die Integration der Verhaltenstherapie in die Sprechstunde stellt, wie ebenfalls schon erläutert, aufgrund der dafür benötigten Zeit keine ausreichende Möglichkeit dar, eine verhaltenstherapeutische Beratung erfolgreich und professionell anbieten zu können. Ausnahme bildet dabei die unternehmerische Form der Terminpraxis, die das Einplanen einer zeitintensiven tierärztlichen Leistung wie der Verhaltenstherapie innerhalb der Sprechstunde ohne Störungen ermöglicht und so auch organisatorische Gründe gegen die verhaltenstherapeutische Sprechstunde erklären könnte.

Die Wirtschaftlichkeit der Verhaltenstherapie in der Praxis wurde von 82,6% (n=23), der Beitrag des Angebots der Verhaltenstherapie zur Kundenzufriedenheit von 81,8% (n=21) überwiegend positiv beurteilt. Diese Daten sind in sofern bedeutend, da es sich um konkrete Erfahrungswerte von Tierärzten handelt, die Verhaltenstherapie in korrekter Form und Abrechnung anbieten. Nach TIEFENBACH (2001) besteht im Bereich Verhaltenstherapie eine Nachfrage nach der tierärztlichen Leistung Verhaltenstherapie, und auch nach VOITH (1991)

ist die Informationsnachfrage der Tierbesitzer auf diesem Gebiet sehr hoch. Dies liefert Hinweise, dass ein entsprechendes Kundenpotential für den Bereich Verhaltenstherapie vorhanden ist, das ein Abheben von der Konkurrenz, wie von JEVRING (1996) beschrieben, mit wirtschaftlichem Vorteil ermöglicht. Etwa 85% (n=11) der Befragten waren der Meinung, dass ein mittleres bis hohes, sowie steigendes Kundenpotential (n=20) für den Bereich Verhaltenstherapie besteht, und ebenfalls 85% (n=20) glaubten an das Abgrenzen von der Konkurrenz durch das Anbieten von Verhaltenstherapie.

Über 80% (n=21) der Befragten, die von einem positiven Beitrag der Verhaltenstherapie zur Kundenzufriedenheit ausgingen, spiegelten die Meinung von Autoren wie HENS (1988) und BECKER (1999a) wider, die davon ausgehen, dass die verhaltenstherapeutische Sprechstunde oder das Abhalten von Kursen zur Verhaltenstherapie langfristig zur Kundenzufriedenheit beitragen.

Durch Informationen zum Verhalten, wie Rasseberatung oder Welpentraining, kommt es nach LAGONI et al. (1994) und BECKER (1999b) schon vor Inanspruchnahme der tierärztlichen Leistung zu einer emotionalen und fachlichen Bindung zwischen Tierbesitzer und Tierarzt und damit zur Werbung potentieller Kunden. 68,4% (n=19) der hier Befragten waren ebenfalls der Meinung, dass der Einsatz von Verhaltenstherapie dazu beitragen könnte, potentielle Kunden zu interessieren und Neukunden zu gewinnen. Da der Patientenbesitzer nach MERTENS und UNSHELM (1999) gerne den Haustierarzt bei Verhaltensproblemen in Anspruch nehmen würde, hat der Kunde eventuell schon eine langwierige Suche nach einem entsprechenden Tierarzt mit Fachkenntnissen auf dem Gebiet der Verhaltenstherapie hinter sich. Nach endlichem Finden des gesuchten Tierarztes, der das Problem lösen kann, ist der Kunde einerseits überzeugt von der fachlichen Kompetenz des Tierarztes, was ihn zum generellen Wechseln seines Haustierarztes motiviert, und andererseits ist er gegebenenfalls bereit, anderen von seiner Zufriedenheit und dem Erfolg der Therapie zu erzählen. Diese positiven Erfahrungen können dazu führen, dass potentielle Kunden sich ebenfalls interessieren und die Praxis als Neukunden in Anspruch nehmen. Auch RIEGL (1987) geht davon aus, dass der zufriedene Kunde positive Erfahrungen mittels Mund-zu-Mund-Propaganda an potentielle Kunden weiter gibt und dadurch zur Neukundengewinnung beiträgt.

In der guten Betreuung der Patienten und Patientenbesitzer sahen 90,5% (n=21) einen hohen Einflussfaktor auf die Kundentreue. MCCURNIN (1998) beschreibt, dass sich Tierbesitzer von der Tierarztpraxis moderne Betreuung und Prävention wünschen. LANE (1999) versteht unter guter, moderner Betreuung mit wirtschaftlichen Aspekten, Beratungen und Behandlungen in speziellen Bereichen, wie auch der Verhaltenstherapie.

Erreicht man nach HOSKINS und MCCURNIN (1998) die kontinuierliche und lebenslange Betreuung des Patienten und seines Besitzers, bleibt der Kunde der Praxis voraussichtlich

auch mit dem nachfolgenden Tier treu. Über 85% (n=21) der Befragten fanden Kundentreue wirtschaftlich bedeutsam und glaubten, dass sich das Angebot der Verhaltenstherapie positiv auf die Kundentreue auswirken könnte. BECKER (1999b) geht davon aus, dass zukunftsorientierte Tierärzte einen gesteigerten Wert auf langfristige Gewinne und eine lebenslange Beziehung zu ihren Patienten legen.

5.3. Gesamtdiskussion

Vergleicht man die Ergebnisse der Befragung praktischer Tierärztinnen und Tierärzte mit denen der Tierärztinnen und Tierärzte mit der Fachtierarztanerkennung für Verhaltenskunde oder der Zusatzbezeichnung Verhaltenstherapie, im Weiteren spezialisierte Tierärzte genannt, kann man Folgendes feststellen:

5.3.1. Soziodemographische Daten

Im Unterschied zu den spezialisierten Tierärzten, die die Angaben der LANDESTIERÄRZTEKAMMERN (2005) bestätigten, dass vorwiegend Tierärztinnen die Fachtierarztanerkennung Verhaltenskunde oder die Zusatzbezeichnung Verhaltenstherapie aufweisen, konnte die daraus entstehende Vermutung, dass vor allem weibliche Tierärzte Verhaltenstherapie anbieten, bei der Befragung unter praktischen Tierärztinnen und Tierärzten nicht bestätigt werden. Hier waren zwar knapp 2/3 der Kongressbefragten, die Verhaltenstherapie anboten weiblich, aber unter den Zufallsbefragten waren dagegen 2/3 der Befragten, die Verhaltenstherapie anboten, männlich.

5.3.2. Angebot der Verhaltenstherapie

Die Einschätzung der Problemhäufigkeit bei Hund und Katze stimmte in allen Befragungsgruppen sowie mit den Meinungen der Autoren internationaler Literatur (MUGFORD, 1984; VOITH, 1984a; 1984b; 1985; BEAVER, 1989; CHAPMAN, 1991; FEDDERSEN-PETERSEN, 1991a; SCHILDER, 1991; ASKEW, 1993; BONENGL, 1997; COOPER, 1997) überein. Aggression bei Hunden und Unsauberkeit bei Katzen stellten die häufigsten Probleme dar. Anscheinend empfinden Patientenbesitzer diese Verhaltensprobleme als besonders behandlungsbedürftig. Das überwiegende Vorstellen dieser beiden Verhaltensprobleme beim Tierarzt liegt höchstwahrscheinlich darin begründet, dass diese Verhaltensweisen den Patientenbesitzer sozial belasten und seine gesellschaftliche Reputation negativ verändern. So führt z.B. ein aggressiver Hund in der Öffentlichkeit oder eine unsaubere Katze, die in einer Mietswohnung Schäden verursacht, zu enormer Konfrontation mit Mitmenschen. Auch BEAVER

(1994) und JUARBE-DÌAZ (1997) bestätigen dies, da Tierbesitzer ihrer Meinung nach dann Beratungen zum Thema Verhalten suchen, wenn es sich um bedrohliches oder zerstörerisches Verhalten handelt oder eine soziale Konfrontation mit Nachbarn oder Vermietern vorliegt.

Im Gegensatz zu den praktischen Tierärzten, hatten innerhalb der spezialisierten Tierärzte die meisten einen eigens für die Verhaltenstherapie beauftragten Tierarzt. Bei den spezialisierten Tierärzten, die diese Angabe machten, handelte es sich ausschließlich um Tierärzte mit mehr als einem Tierarzt in der Praxis. Des Weiteren planten sie im Vergleich zu den praktischen Tierärzten längere Beratungszeiten ein. Auch die Aussagen vieler Autoren (MUGFORD, 1984; ASKEW, 1991; LAGONI et al., 1994; BOWER, 1996; SCHROLL und DEHASSE, 2004) zur Durchführungszeit bestätigen zusätzlich, dass mit dem Einsatz der Verhaltenstherapie ein hoher Zeitaufwand verbunden ist, was einen speziell beauftragten Tierarzt legitimiert.

Obwohl der Bereich Verhaltenstherapie sowohl von den praktischen Tierärzten als auch den spezialisierten Tierärzten überwiegend steigend eingeschätzt wird, ist den spezialisierten Tierärzten anscheinend auf Grund eigener Erfahrung eher bewusst, dass ein Kundenpotential für diesen Fachbereich vorhanden ist, das fachliche Kompetenz, sowie einen entsprechenden Zeitaufwand benötigt.

Der Berechnungssatz für eine Stunde Verhaltenstherapie war bei den praktischen Tierärzten durchschnittlich geringer als bei den spezialisierten Tierärzten, die den Angaben der Literatur und den Vorschriften der Gebührenordnung für Tierärzte (GOT, 1999) weitgehend entsprachen. Diese Tatsache verdeutlicht, dass die angebotene bzw. durchgeführte Verhaltenstherapie der praktischen Tierärzte überwiegend unter nicht wirtschaftlichen Aspekten in der Praxis durchgeführt wird.

Die Zusammenarbeit mit einer Hundeschule zogen viele praktische Tierärzte und die Hälfte aller spezialisierten Tierärzte in Betracht. Auch verschiedene Autoren (MYLES, 1991; LAGONI et al., 1994; TRIPP, 1998) sehen in der Weiterempfehlung an gut ausgesuchte Tiertrainer oder Verhaltenstherapeuten, die Sicherung der besten Patientenbetreuung und daraus resultierend eine Erhöhung der Kundenbindung. Im Gegensatz zu sehr wenigen praktischen Tierärzten, hatte ein Viertel der spezialisierten Tierärzte eine eigene Hundeschule. Die Hundeschule bietet die Möglichkeit, potentielle Kunden durch Beratung vor Problem-entstehung an die eigene Praxis zu binden, Verhaltensprobleme frühzeitig zu erkennen und diesen mit korrigierenden Maßnahmen entgegenzuwirken, sowie die Möglichkeit, durch präventive Maßnahmen eventuellen Verhaltensproblemen vorzubeugen.

Im Gegensatz zu den spezialisierten Tierärzten wurde die Supervision von keinem der praktischen Tierärzte erwähnt. Man kann daher annehmen, dass diese Alternative der Problemlösung bei zu komplexen Problemen nicht ausreichend bekannt ist.

5.3.3. Einstellung zur Verhaltenstherapie im Praxismanagement

In beiden Befragungsgruppen war die Meinung über den Sinn einer verhaltenstherapeutischen Sprechstunde in etwa zweigeteilt. Praktische Tierärzte nannten häufig die geringe Nachfrage als Argument gegen die verhaltenstherapeutische Sprechstunde. Dieses Argument wurde von den spezialisierten Tierärzten nicht genannt und widerspricht den Aussagen von HENS (1988), CHAPMAN (1990), BURGHARDT (1991), REHAGE (1992), UNSHELM (1993), ASKEW (1997), LEBELT (1999) und TIEFENBACH (2001), die von einer Nachfrage bezüglich der tierärztlichen Leistung Verhaltenstherapie ausgehen.

Sowohl die praktischen als auch die spezialisierten Tierärzte beurteilten die Wirtschaftlichkeit der Verhaltenstherapie in der Praxis und den Beitrag des Angebots der Verhaltenstherapie zur Kundenzufriedenheit überwiegend positiv. Auch glaubten die meisten der Befragten beider Gruppen an das sich Abgrenzen von der Konkurrenz durch das Anbieten von Verhaltenstherapie und waren der Meinung, dass mit dem Einsatz von Verhaltenstherapie potentielle Kunden interessiert und Neukunden gewonnen werden können.

Viele Patientenbesitzer sind mit den Verhaltensproblemen ihrer Tiere überfordert und suchen nach einer Lösung des Problems. Kann dem Patientenbesitzer in der Praxis weitergeholfen werden, so kann der zufriedene Kunde als Werbeträger dienen, der seine positiven Erfahrungen in Form von Mund-zu-Mund-Propaganda an potentielle Kunden weitergibt. Hieraus könnte das Gewinnen neuer Kunden resultieren. Dessen sind sich auch RIEGL (1987), SPENCER (1993) und BARUCH und ELLERMANN (1998) sicher. 74,9% (n=270) der praktischen Tierärzte sahen im Einsatz der Verhaltenstherapie ebenfalls einen werbetechnischen Beitrag zur Neukundengewinnung, den sie allerdings überwiegend gering bis mittel einschätzten. Bei den spezialisierten Tierärzten waren mit 63,2% (n=19) weniger dieser Meinung, was damit zusammenhängen kann, dass nicht alle spezialisierten Tierärzte zusätzlich kurativ arbeiteten und so der werbetechnische Beitrag zur Neukundengewinnung durch den Einsatz der Verhaltenstherapie in der kurativen Praxis oft nicht vorhanden bzw. einschätzbar war.

Fast alle Befragten glaubten an ein steigendes Kundenpotential für den Fachbereich Verhaltenstherapie, allerdings sahen die praktischen Tierärzte eher ein niedriges bis mittleres bestehendes Kundenpotential in diesem Bereich, die spezialisierten Tierärzte hingegen ein mittleres bis hohes. Die Unterschiede in der Beurteilung des Kundenpotentials sind vermutlich in den Erfahrungswerten der Befragten begründet und stehen im Zusammenhang der jeweiligen Intensität, mit der sich die Befragten mit dem Thema Verhaltenstherapie auseinandersetzten.

84,2% (n=19) der spezialisierten Tierärzte verzeichneten eine Umsatzsteigerung durch den Einsatz von Verhaltenstherapie. Bei den praktischen Tierärzten, die Verhaltenstherapie anboten, taten dies nur 32,5% (n=146). Das mag daran liegen, dass den praktischen Tierärzten die Umsatzsteigerung durch den Einsatz von Verhaltenstherapie nicht bewusst

war, da die durch den werbetechnischen Beitrag der Verhaltenstherapie entstandene Umsatzerhöhung oft nicht direkt im Zusammenhang messbar und zuordnungsfähig ist. Bei der Werbeerfolgsmessung wird in ökonomische und außerökonomische Größen unterschieden (SCHMIDT-OHM et al., 2007). Zu den ökonomischen Größen zählen der Umsatz oder der Gewinn (SCHMIDT-OHM et al., 2007), der vor und nach Einsatz des Werbemittels, in diesem Fall der Verhaltenstherapie, gemessen werden muss, um die Umsatz- bzw. Gewinnsteigerung messbar und zuordnungsfähig zu machen. Außerökonomische Größen der Werbeerfolgsmessung stellen Image oder Bekanntheitsgrad des Unternehmens dar (SCHMIDT-OHM et al., 2007), die ebenfalls vor und nach Verhaltenstherapieeinsatz untersucht und verglichen werden müssen. Deren positive oder auch negative Veränderungen können aber oftmals nur schwer dem eingesetzten Werbemittel, wie hier dem Einsatz von Verhaltenstherapie als werbetechnischer Beitrag, zugeordnet werden. Gründe für die geringere Umsatzsteigerung bei den praktischen Tierärzten durch den Einsatz von Verhaltenstherapie können sein, dass die verhaltenstherapeutische Beratung nicht berechnet wurde und weder der Beitrag der Verhaltenstherapie zur Kundenzufriedenheit und der daraus resultierenden Kundentreue, noch der werbetechnische Beitrag zur Gewinnung potentieller Kunden als langfristige Umsatzsteigerung wahrgenommen oder kalkuliert wurden. Ein weiterer Grund dafür kann sein, dass die Verhaltenstherapie nicht in erforderlicher Qualität von den praktischen Tierärzten durchgeführt wurde und eine entsprechende Abrechnung der Leistung, die zu einer Umsatzsteigerung hätte führen können, ausblieb.

In der guten Betreuung der Patientenbesitzer sahen so gut wie alle Befragten aller Befragungsgruppen einen hohen Einflussfaktor auf die Kundentreue. BLÄTTNER (2003) und REHDERS (2005) sind sogar der Meinung, dass fachliche Kompetenz oder die Wirksamkeit und der Erfolg der medizinischen Leistung eher sekundär sind. Dem Patientenbesitzer in der Tierarztpraxis ist es wichtig, dem Tierarzt vertrauen zu können (LAGONI et al., 1994). Da sich Tierarztpraxen im Allgemeinen in ihrer fachlichen Kompetenz und in ihrem Leistungsangebot für den Kunden nur sehr marginal unterscheiden, bietet ein guter Service die Möglichkeit, den Kunden emotional an die eigene Praxis zu binden. Das Angebot der Verhaltenstherapie kann dabei Wesentliches dazu beitragen, da es sich um eine Leistung handelt, die eine ausgiebige Betreuung erforderlich macht, die auf Vertrauen zwischen Patientenbesitzer und Tierarzt basiert und bei der das Wohlbefinden von Tier und Mensch im Vordergrund steht. Der zwischenmenschliche Kontakt leistet nach SPENCER (1993), OEHME (1995), HORWITZ (1997), TRIPP (1998) und SCHUBERT (2006) einen Beitrag zur Kundenbindung und führt letztendlich zu treuen Kunden.

BECKER (1999b) argumentiert mit treuen Kunden für einen dauerhaften Umsatz und Gewinn. Das ist den Befragten offensichtlich ebenfalls bewusst, da die meisten, unabhängig ob

praktischer oder spezialisierter Tierarzt, Kundentreue wirtschaftlich bedeutsam fanden und die Meinung vertraten, dass sich das Angebot von Verhaltenstherapie positiv auf die Kundentreue auswirken könnte.

5.4. Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse zeigen, dass sich die meisten befragten Tierärztinnen und Tierärzte darüber im Klaren sind, dass der Einsatz von Verhaltenstherapie im Praxismanagement eine wirtschaftliche Möglichkeit für die tierärztliche Praxis bietet.

Allerdings wird bei den meisten praktischen Tierärzten immer noch zu wenig Zeit für eine erfolgreiche verhaltenstherapeutische Beratung eingeplant oder zu selten ein für den Bereich Verhaltenstherapie beauftragter Tierarzt eingesetzt. Die verhaltenstherapeutische Sprechstunde, die den zeitlichen Rahmen für Verhaltenstherapie bieten könnte, wird von zu wenigen in Betracht gezogen, und die Vorschriften der Gebührenordnung für Tierärzte für die Leistung Verhaltenstherapie von einem Großteil der praktischen Tierärzte unterschritten.

Die spezialisierten Tierärzte hingegen bieten eine zeitlich und finanziell angemessen eingeplante Verhaltenstherapie an, die aufgrund der fachlichen Qualifikation der spezialisierten Tierärzte durch ständige Fort- und Weiterbildung zum therapeutischen und somit auch wirtschaftlichen Erfolg führt.

Das Bewusstsein der praktischen Tierärztinnen und Tierärzte muss sich dahingehend verändern, dass die Verhaltenstherapie ein, den anderen tiermedizinischen Bereichen gleichwertiges Spezialgebiet darstellt und daher nicht während der kurativen Sprechstunde zwischen „Tür und Angel“ oder mit guten Ratschlägen in minimaler Zeit unentgeltlich oder minder bezahlt abgehandelt werden kann.

5.5. Empfehlungen

Aus den Ergebnissen lassen sich folgende Empfehlungen ableiten:

Die Tierärztin bzw. der Tierarzt sollte grundsätzlich erster Ansprechpartner für Fragen zu Verhalten und Verhaltensproblemen seiner Patienten sein.

Entscheidet sich eine Tierärztin oder ein Tierarzt dafür, selbst eine qualitativ hochwertige Verhaltenstherapie in der Praxis anzubieten, um das dafür vorhandene Kundenpotential in diesem Bereich erreichen und zufrieden stellen zu können, gibt es zwei Möglichkeiten:

1. die eigene Spezialisierung in diesem Bereich
2. die Beauftragung eines Tierarztes oder einer Tierärztin speziell für den Bereich Verhaltenstherapie bzw. das Einbinden eines auf Verhaltenstherapie spezialisierten Kollegen in die Praxis.

Entscheidet sich der Tierarzt dafür, selbst keine Verhaltenstherapie in seiner Praxis anzubieten, sollte er verhaltenstherapeutische Patienten an Spezialisten weiterempfehlen oder mit solchen zusammenarbeiten.

Die Voraussetzungen für das erfolgreiche Durchführen von Verhaltenstherapie in der Tierarztpraxis sind:

- eine kontinuierliche Fort- und Weiterbildung im Bereich Verhaltenstherapie zur Verbesserung der fachlichen Kompetenz und zur Qualitätssteigerung der verhaltenstherapeutischen Beratung für Patient und Patientenbesitzer
- das Einplanen entsprechend angemessener Zeit für den Einsatz von Verhaltenstherapie, in Form einer verhaltenstherapeutischen Sprechstunde, eines Hausbesuchs oder einer Verhaltensberatung nach flexibler Terminvereinbarung
- die adäquate Abrechnung der verhaltenstherapeutischen Beratung nach den Vorgaben der Gebührenordnung für Tierärzte (GOT) Gebühreuziffer 11 „Eingehende Anamneseerhebung oder Beratung (...) bei Verhaltenstherapie“
- das Wahrnehmen der Supervision durch auf Verhaltenstherapie spezialisierte Kollegen.

Grundsätzlich kann weiterhin empfohlen werden:

- Die Zusammenarbeit zwischen Tierarztpraxis und Hundeschulen
- Die Möglichkeit der Supervision durch auf Verhaltenstherapie spezialisierte Kollegen sollte besser bekannt gemacht und genutzt werden.

6. Zusammenfassung

Ziel der vorliegenden Arbeit war herauszufinden, in wie weit Verhaltenstherapie in der Praxis von Tierärztinnen und Tierärzten bereits eingesetzt wird und ob Verhaltenstherapie bei entsprechender Erwartungshaltung der Patientenbesitzer eine wirtschaftliche Nische innerhalb des Praxismanagements darstellen kann.

Mittels eines Fragebogens, der allgemeine Fragen, Fragen zur Durchführung der Verhaltenstherapie und Fragen zur Wirtschaftlichkeit der Verhaltenstherapie enthielt, wurden praktische Tierärzte und auf Verhaltenstherapie spezialisierte Tierärzte mit der Fachtierarztanerkennung Verhaltenskunde oder der Zusatzbezeichnung Verhaltenstherapie zu deren Einschätzungen und Erfahrungen bezüglich des Einsatzes von Verhaltenstherapie befragt.

Die Befragung der praktischen Tierärzte teilte sich in eine Befragung per Zufall, bei der 167 Tierärztinnen und Tierärzte den ihnen zugesandten Fragebogen beantworteten, und einer Befragung von Tierärzten auf Fortbildungsveranstaltungen wie Kongressen und Seminaren, bei der 145 Befragte den erhaltenen Fragebogen beantworteten.

Bei der Befragung der spezialisierten Tierärztinnen und Tierärzte wurde Tierärzten mit Fachtierarztanerkennung Verhaltenskunde oder Zusatzbezeichnung Verhaltenstherapie, die den Landestierärztekammern bekannt waren, ein Fragebogen zugeschickt. Das Datenmaterial von 23 beantworteten Fragebögen stand hierbei letztendlich zur Auswertung zur Verfügung.

Da es sich bei den befragten Tierärztinnen und Tierärzten um unterschiedliche Befragungsgruppen handelte, von denen man nicht auf die Gesamtheit aller Tierärzte in Deutschland schließen konnte, wurden die Daten ausschließlich deskriptiv exploriert ausgewertet.

Bei der Befragung praktischer Tierärztinnen und Tierärzte hatten die meisten Befragten, aufgeteilt nach Angebot der Verhaltenstherapie, ihre Praxis in Städten, arbeiteten alleine oder mit einem Kollegen bzw. einer Kollegin zusammen und hatten durchschnittlich zwei Tierarzhelferinnen. Kleintiere bildeten hauptsächlich ihr Spezialgebiet. Die wenigsten hatten einen speziell für Verhaltenstherapie beauftragten Tierarzt, obwohl dieser Bereich überwiegend steigend eingeschätzt wurde. Bei den Verhaltensproblemen handelte es sich bei Hunden hauptsächlich um Aggression, bei Katzen vor allem um Unsauberkeit. Die Verhaltenstherapie wurde vorwiegend innerhalb der Sprechstunde im Sprechzimmer oder in Form von Hausbesuchen durchgeführt. Dabei wurde meist eine Konsultationsdauer von einer halben oder aber einer Stunde und eine Konsultationsfrequenz von zwei bis vier Mal eingeplant. Der Berechnungssatz für eine Stunde Verhaltenstherapie lag bei drei Viertel der

Befragten (n=162) zwischen 25 Euro und 50 Euro. Etwa 46% (n=223) der Befragten hielten das Einplanen einer verhaltenstherapeutischen Sprechstunde für sinnvoll. Die Wirtschaftlichkeit der Verhaltenstherapie in der Praxis wurde von etwa 60% (n=281) und der Beitrag des Angebots der Verhaltenstherapie zur Kundenzufriedenheit wurde von 85,5% (n=276) der Befragten positiv beurteilt. Die Meinung, dass der Einsatz von Verhaltenstherapie dazu beitragen könnte, potentielle Kunden zu interessieren und Neukunden zu gewinnen, war bei den Kongressbefragten häufiger vorhanden als bei den Zufallsbefragten. Fast alle sahen jedoch ein niedriges bis mittleres, aber steigendes Kundenpotential für den Bereich Verhaltenstherapie. An ein sich Abgrenzen von der Konkurrenz durch das Anbieten von Verhaltenstherapie glaubten über 80% (n=277) der Befragten. In der guten Betreuung der Patienten und Patientenbesitzer sahen fast alle einen hohen Einflussfaktor auf die Kundentreue, die 98,5% (n=278) der Befragten wirtschaftlich bedeutsam fanden. Dass sich dabei das Angebot der Verhaltenstherapie positiv auswirken könnte, glaubten über 80% (n=266) der befragten Tierärztinnen und Tierärzte.

Zum Vergleich wurden die praktischen Tierärztinnen und Tierärzte des Weiteren nach ihrer Einschätzung der Wirtschaftlichkeit der Verhaltenstherapie aufgeteilt. Hier war festzustellen, dass 72,8% (n=180) der Befragten, die Verhaltenstherapie für wirtschaftlich hielten, Verhaltenstherapie anboten und mehr von ihnen die Tendenz der Verhaltenstherapie als steigend einschätzten. Insgesamt planten sie für die verhaltenstherapeutische Beratung mehr Zeit ein. Vor allem diese Befragten hielten das Einplanen einer verhaltenstherapeutischen Sprechstunde mit festen Sprechzeiten für sinnvoll. Eine Steigerung der Kundenzufriedenheit und das Gewinnen von Neukunden durch das Einbinden von Verhaltenstherapie ins Praxismanagement konnten sie sich besser vorstellen. Der Anteil derjenigen, die einen Zugewinn von Neukunden seit Angebot der Verhaltenstherapie zu verzeichnen hatte, war höher, und sie hatten mehr Patienten mit Verhaltenproblemen im eigenen Kundenstamm als Befragte, die Verhaltenstherapie für unwirtschaftlich hielten. Dementsprechend waren sie von einem mittleren und steigenden Kundenpotential überzeugter und konnten sich dadurch eine langfristige Umsatzsteigerung, verursacht durch Neukundengewinnung durch Werbeeffect, Kundentreue durch den zusätzlichen Therapiebereich und das bedeutende Kundenpotential häufiger vorstellen. An einen mittleren Beitrag zur Kundengewinnung durch die werbetechnische Möglichkeit der durch Verhaltenstherapie erweiterten fachlichen Kompetenz glaubten 57,9% (n=147) der Befragten, die Verhaltenstherapie für wirtschaftlich hielten, und 96,3% (n=187) waren hier der Meinung, dass sich der Einsatz von Verhaltenstherapie im Praxismanagement positiv auf die Kundentreue auswirken könnte.

Bei der Befragung der spezialisierten Tierärztinnen und Tierärzte mit Fachtierarztanerkennung Verhaltenskunde oder Zusatzbezeichnung Verhaltenstherapie waren 73,9% (n=23) der Befragten weiblich und ebenfalls 73,9% (n=23) hatten ihre Praxis in der Stadt. Auch sie arbeiteten oft alleine oder mit einer Kollegin bzw. einem Kollegen zusammen und hatten durchschnittlich zwei Tierärzthelferinnen. Kleintiere bildeten ebenfalls das Spezialgebiet. Die meisten hatten im Gegensatz zu den praktischen Tierärzten einen speziell für den Bereich Verhaltenstherapie beauftragten Tierarzt. 78,3% (n=23) der hier Befragten schätzten, wie die praktischen Tierärzte, den Bereich Verhaltenstherapie steigend ein. Verhaltensprobleme waren ebenso in erster Linie Aggression bei Hunden oder Unsauberkeit bei Katzen. Die verhaltenstherapeutische Beratung wurde hauptsächlich in Form von Hausbesuchen, außerhalb der Sprechstunde oder aber telefonisch durchgeführt. Dabei wurde meist eine Konsultationsdauer von einer, eineinhalb bzw. über eineinhalb Stunden und eine Konsultationsfrequenz von zwei bis vier Mal eingeplant. Der Berechnungssatz lag bei 60,9% (n=23) der Befragten zwischen 50 Euro und 75 Euro. Die Durchführung der verhaltenstherapeutischen Beratung der spezialisierten Tierärztinnen und Tierärzte unterschied sich somit bis auf die Konsultationsfrequenz und das Durchführen von Hausbesuchen deutlich von der Durchführung der verhaltenstherapeutischen Beratung der praktischen Tierärzte, von denen 76,6% (n=189) während der Sprechstunde berieten, die generell kürzerer Beratungszeiten einplanten und die weit weniger für die Beratung berechneten. Bei den spezialisierten Tierärzten hielt über die Hälfte (n=21) das Einplanen einer verhaltenstherapeutischen Sprechstunde in der kurativen Praxis für sinnvoll. Die Wirtschaftlichkeit der Verhaltenstherapie in der Praxis und der Beitrag zur Kundenzufriedenheit wurden von über 80% (n=23 bzw. n=22) positiv eingeschätzt. 68,4% (n=19) der hier Befragten waren ebenfalls der Meinung, dass der Einsatz von Verhaltenstherapie dazu beitragen könnte, potentielle Kunden zu interessieren und Neukunden zu gewinnen. Im Gegensatz zu den praktischen Tierärztinnen und Tierärzten sahen die Befragten hier vor allem ein mittleres bis hohes, aber ebenfalls steigendes Kundenpotential für den Bereich Verhaltenstherapie. Ein Abheben von der Konkurrenz konnten sich, wie bei den praktischen Tierärzten, über 80% (n=20) der Befragten vorstellen. 84,2% (n=19) der spezialisierten Tierärztinnen und Tierärzte verzeichneten Umsatzsteigerungen durch den Einsatz von Verhaltenstherapie. Auch sie sahen in der guten Betreuung der Patienten und Patientenbesitzer einen hohen Einflussfaktor auf die Kundentreue, fanden Kundentreue wirtschaftlich bedeutsam und glaubten, dass sich das Angebot der Verhaltenstherapie positiv auf die Kundentreue auswirken könnte.

Die Ergebnisse zeigen, dass über 60% (n=180) der praktischen Tierärztinnen und Tierärzte immer noch zu wenig Zeit für eine erfolgreiche verhaltenstherapeutische Beratung einplanen

und nur ein Viertel (n=133) dieser Befragten einen für den Bereich Verhaltenstherapie beauftragten Tierarzt einsetzen. Die verhaltenstherapeutische Sprechstunde, die den zeitlichen Rahmen für Verhaltenstherapie bieten könnte, wird nur von knapp der Hälfte (n=223) in Betracht gezogen, und die Vorschriften der Gebührenordnung für Tierärzte für die Leistung Verhaltenstherapie von den meisten praktischen Tierärztinnen und Tierärzten unterschritten.

Die spezialisierten Tierärztinnen und Tierärzte hingegen weisen aufgrund ihrer Erfahrungen, die auf dem Anbieten einer professionellen und qualitativ hochwertigen Verhaltenstherapie basieren, eine bessere Einschätzung der zeitlichen und abrechnungstechnischen Planung auf.

Da sich immer mehr Tierärztinnen und Tierärzte in der Praxis mit Verhaltensproblemen konfrontiert sehen und der Bereich Verhaltenstherapie immer bedeutsamer wird, kann das Einbinden des Bereiches Verhaltenstherapie in das Praxismanagement einen Beitrag zur Erhöhung der Kundenzufriedenheit, Kundentreue, Neukundengewinnung und der Umsatzsteigerung leisten. Dafür müssen sich die Tierärzte jedoch darüber bewusst werden, dass eine erfolgreiche Verhaltenstherapie, die einen Beitrag zu oben genannten Punkten, auch mit deutlicher fachlicher Abgrenzung zu so genannten „Tierpsychologen“, leisten soll, nur erreicht werden kann, wenn diese als adäquate Beratung auf einem qualitativ hohen Niveau angeboten und mit dafür ausreichend kalkulierter Zeit und korrekter finanzieller Abrechnung eingeplant wird.

7. Summary

Behaviour therapy in the practice management of a veterinary practice/ clinic

The aim of this dissertation was to investigate to what extent veterinarians have already applied behaviour therapy and whether behaviour therapy with appropriate expectations of the patients' owner may display an economic niche within practice management.

A questionnaire comprising of general items as well as items concerning the execution and economic efficiency of behaviour therapy was distributed to veterinarian practitioners, veterinarians specialized on behaviour therapy with a qualified veterinarian specialist acknowledgement in ethology, or a specialization certificate of behaviour therapy, to gain further information regarding their estimation and experience in respect of the application of behaviour therapy.

The data collection was divided in three parts. The first part of the sample consisted of veterinarian practitioners. They have been selected by change where 167 veterinarians answered the questionnaires that have been mailed to them. The second part consisted of veterinarians who received the questionnaire at further education events such as congresses and seminars with 145 of the respondents answering the questionnaire.

At the third part of the data collection, a questionnaire has been send to veterinarians specialized on behaviour therapy with a qualified veterinarian specialist acknowledgement in ethology or an specialization certificate of behaviour therapy that have been registered at the veterinary associations of the federal states. Data material of 23 answered questionnaires has been available at last.

Since the data was collected within three different samples of veterinarians the data cannot be generalized to all veterinarians in Germany. Thus, the data have been analysed exclusively descriptive.

Most respondents of the veterinarian practitioners separated after offers of behaviour therapy had their practice located in cities, worked alone or with a colleague and had on average two veterinary technicians. Their special area represented primarily small animals. Only few veterinarians cooperated with a special assigned veterinarian for behaviour therapy even though the need for this area was in general estimated as an upward trend. In terms of behaviour problems respondents most often reported dogs being aggressive and cats having problems with housesoiling. The veterinarian has most often executed the behaviour therapy within the consultation hours or in from of home visits. Most often a single consultation session was half an hour or even one hour and a planned consultation frequency of two to

four times. According to 75% (n=162) of the respondents the charge of one-hour behaviour therapy was between 25 Euro and 50 Euro. Approximately 46% (n=223) of the respondents considered the scheduling of a behavioural therapeutically consultation hours for reasonable. 60% (n=281) of the respondents evaluated the economic efficiency of the behaviour therapy in the practice, as well as, 85,5% (n=276) the contribution to offer a behaviour therapy for client satisfaction, as positive. The opinion that the application of the behaviour therapy may contribute to spark interest in potential new clients and to acquire new clients has been more frequent reported by the congress respondents in contrast to the respondents selected by chance. However, almost all respondents indicated a low to medium but increasing client potential in terms of behaviour therapy. Distinguishing themselves by means of behaviour therapy services from the competition was approved by 80% (n=277) of the respondents. In terms of client loyalty most veterinarians considered the good veterinary care of the client and the clients' animal as a high influencing factor which 98,5% rated as economically meaningful. Furthermore, over 80% of the interviewed veterinarians shared the opinion that offering the service of behaviour therapy may positively contribute to this in addition.

As a comparison the veterinarian practitioners have been separated according to their estimation of economic efficiency of the behaviour therapy. Results show that 72,8% (n=180) of the respondents considering behaviour therapy as efficient, offered behaviour therapy themselves, and more of them assessed the trend of behaviour therapy as increasing. In sum, they tended to plan more time for the behavioural therapeutically consultation. Especially these participants considered the scheduling of regular behavioural therapeutically consultations with fixed office hours as reasonable. An increase in client satisfaction and the gain of new clients via the integration of behaviour therapy into the practice management could be better visualized. The proportion of those documenting a gain in new clients since introduction of the behaviour therapy was higher. Furthermore, they reported more patients with behavioural problems in their own client base compared to interviewees considering behaviour therapy as economic inefficient. In that line, they were more convinced in a medium and increased client potential and could visualize a long-term increase in sales caused by the acquisition of new clients attracted by commercial effects, client loyalty via additional therapy services and could imagine the meaningful client potential more frequent. To gain a medium contribution in terms of the acquisition of new clients via commercial technical feasibility facilitated through the behaviour therapy advanced competencies believed 57,9% (n=147) of the respondents who believed in the economic efficiency. Furthermore, 96,3% (n=187) indicated here that the application of the behaviour therapy in the practice management might have a positive influence on the client loyalty.

In the sample of veterinarians specialized on behaviour therapy with a qualified veterinarian specialist acknowledgement in ethology or an specialization certificate of behaviour therapy, 73,9% (n=23) of the participants have been women and likewise 73,9% (n=23) had their practice located in the city. Further on they mostly worked alone or with one colleague, had on average one to two veterinary technicians and their special area represented primarily small animals. Most of them cooperated in contrast to the veterinarian practitioners with a special assigned veterinarian specialized in behaviour therapy. 78,3% (n=23) of the interviewees in this sample estimated this area as increasing in accordance to the veterinarian practitioners. In terms of behavioural problems patients owners likewise most often dealt with dogs being aggressive and cats having problems with housesoiling. The behavioural therapeutically consultation was mainly executed via home visit, outside the consultation hours or by telephone. Furthermore, the duration of a single consultation session was usually one, one and a half or even longer than one and a half hour and a planned consultation frequency of two to four times. According to 60,9 % (n=23) of the respondents the charge of one-hour behaviour therapy was between 50 Euro and 75 Euro. Thus, the execution of the behavioural therapeutically consultation carried out by the specialized veterinarians differed except of the consultation duration and the home visit from the execution of the behavioural therapeutically consultation carried out by the veterinarian practitioners of whom 76,6% (n=189) consulted during consultation hours, planned shorter time for consultation in general and charged less for the consultation. More than half of the specialized veterinarians (n=21) viewed the planning for a behavioural therapeutically consultation hours in the curative practice as reasonable. The economic efficiency of the behaviour therapy in the practice as well as the contribution to the client satisfaction has been estimated by over 80% (n=23 and n=22 respectively) as positive. 68,4% (n=19) of the respondents agreed that offering behaviour therapy may be a potential contribution to gain interest of potential clients and to actually acquire new clients. In contrast to the veterinarian practitioners respondents indicated a medium to high but increasing client potential for the area of behaviour therapy. Just like the veterinarian practitioners over 80% (n=19) could imagine separating from the competition. 84,2% (n=19) of the specialized veterinarians experienced an increase in sales through the application of behaviour therapy. They indicated in the proper veterinary care of the patients and the patient's owner a high influential factor on the client's loyalty, rated loyalty as economically significant and believed that the offering of behaviour therapy may positively affect the loyalty of clients.

Results suggest that over 60% (n=180) of the veterinarian practitioners still plan to little time for a proper and successful behavioural therapeutically consultation and only one quarter (n=133) of these interviewees cooperated with a specialized veterinarian in this area. A

behavioural therapeutically consultation hours that may offer an adequate time frame for behaviour therapy has been only taken into consideration by just under half of the respondents and the regulations for tariff for veterinarians for offering the services of behaviour therapy have been crossed by most veterinarian practitioners.

The specialized veterinarians, however, exhibited due to their experience based on the offer of a professional and qualitative high value behaviour therapy a superior estimation regarding time and payment techniques.

Since more and more veterinarians see themselves confronted with behavioural problems in their practices and the area of behaviour therapy becomes more meaningful, the integration of the area behaviour therapy into the practice management may be a contribution to increase the client's satisfaction and loyalty, gaining new clients, and to an increase in sales. However, veterinarians have to become aware of the fact that a successful behaviour therapy contributing to the referred points even with a precise professional boundary of the so-called "animal psychologist" can be only achieved when the therapy will be offered as an adequate consultation on a high qualitative level, with therefore sufficient calculated time and accurate payment planning.

8. Literaturverzeichnis

Akademie für tierärztliche Fortbildung (2005).

Zusammenstellung über die Fortbildungsveranstaltungen zum Thema Verhalten.

American Animal Hospital Association (1995).

A study of the companion animal veterinary services marketing.

The 1995 AAHA report. Lakewood, Colo: American Animal Hospital Association 1995, **15**, 105.

Arkow PS, Dow S (1984).

The ties that do not bind: A study of the human-animal bonds that fail.

In: Anderson RK, Hart BL, Hart LA (Hrsg.): The Pet Connection. Minneapolis, University of Minnesota Center to Study Human-Animal Relationships and Environments, 1984.

Arndt (1994).

Psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen.

In: Niemand HG, Suter PF (Hrsg.): Praktikum der Hundeklinik. 8. Aufl., Blackwell-Wiss.Verl., Berlin, 736, ISBN 3-8263-3002-1.

Askew HR (1991).

Clinical Animal Behavior: I. Eine Einführung in Amerikas neues Spezialgebiet der Tiermedizin.

Kleintierpraxis **36**, Heft 3, 135-139.

Askew HR (1993).

Die Behandlung von Aggressionsproblemen bei Katzen.

Kleintierpraxis **38**, Heft 1 (1993), 35-43.

Askew HR (1997).

Behandlung von Verhaltensproblemen bei Hund und Katze.

Parey Buchverlag, Berlin, 3-15, ISBN 3-8263-3138-9.

Baruch M, Ellermann B (1998).

Arzt im Wettbewerb.

ecomed verlagsgesellschaft AG, Landsberg/ Lech, 17-57. ISBN 3-609-51650-X.

Beaver BV (1989).

Feline Behavioral Problems Other Than Housesoiling.

Journal of the American Animal Hospital Association, July/ August 1989, Vol. **25**, 465-469.

Beaver BV (1994).

Owner complaints about canine behaviour.

JAVMA, Vol **204**, No. 12, June 15, 1994, 1953-1955.

Becker M (1999a).

Die Bindung begreifen lernen, einmal ist nicht genug.

Praxismanagement I, Bayer Vital GmbH & Co. KG, Leverkusen: 4-7, 1999.

Becker M (1999b).

Gute Kunden, starkes Wachstum! Auf Kundenkonsens großen Wert legen.

Praxismanagement II, Bayer Vital GmbH & Co. KG, Leverkusen: 3-9, 1999.

Berryman JC, Howells K, Lloyd-Evans M (1985).

Pet owner attitudes to pets and people: A psychological study.
The Veterinary Records 1985, December **21/ 28**, 659-661.

Blättner A (2003).

Kundenkommunikation – Ich bin doch kein „Verkäufer“!
Kleintier Konkret **1/ 2003**, 29-32.

Blättner A, Matzner W (2003).

Modernes Marketing in der Tierarztpraxis.
Team Spiegel **3/ 2003**, 15.

Bonengel U (1997).

Alltag in der verhaltenstherapeutischen Praxis: Fallverteilung und Therapieerfolg.
Fortbildungsveranstaltung Verhaltenstherapie bei Hund und Katze, München, 15.-16.
November 1997, 24-28. Oral Presentation.

Bower C (1996).

Integrating behavior counselling into practice.
In Practice, June 1996, 288-291.

Brummer H (1978).

Verhaltensstörungen.
In: Sambraus HH(Hrsg.): Nutztierethologie.
1. Aufl., Parey Verlag, Berlin/ Hamburg, 169-172. ISBN 3-489-60236-6.

Bundestierärztekammer (2000).

Werbung.
BTK, 2008. <http://www.bundestieraerztekammer.de/btk/tieraerztetag/resolutionen/index.htm>
(Datum des Zugriffs: 5. Februar 2008).

Bundestierärztekammer (2005).

Zusammenstellung über Fachtierärzte Verhaltenskunde und die Tierärzte mit
Zusatzbezeichnung Verhaltenstherapie.

Burghardt WF (1991).

Behavioral Medicine as a Part of a Comprehensive Small Animal Medical Program.
Veterinary Clinics of North America: Small Animal Practice – Vol. **21**, No. 2, March 1991,
343-352.

Butler CL, Lagoni L, Dickinson KL, Withrow SJ (1991).

Animal illness and human emotion.
Cancer Probl Vet Med **3** (1):21-37.

Chapman BL (1990).

Behavioral problems in old dogs: 26 cases (1984-1987).
JAVMA, Vol **196**, No. 6, March 15, 1990, 944-946.

Chapman BL (1991).

Feline Aggression- Classification, Diagnosis and Treatment.
Veterinary Clinics of North America: Small Animal Practice- Vol. **21**, No.2, March 1991, 315-
327.

Coates N, Willans J (1992).

The strategic role of marketing for general dental practitioners.
Mktg Intelligence Planning 1992, **10**: 25-28.

Cooper LL (1997).

Feline Inappropriate Elimination.

Veterinary Clinics of North America: Small Animal Practice, Vol. **27**, No.3, May 1997, 569-600.

Crane F, Lynch J (1988).

Consumer selection of physicians and dentists: an examination of choice criteria and cue usage.

J Health Care Mktg, 1988, **8**: 16-19.

Crowell-Davis SL, Barry K, Wolfe R (1997).

Social Behavior and Aggressive Problems of Cats.

Veterinary Clinics of North America: Small Animal Practice, Vol. **27**, No.3, May 1997, 549-567.

Dehasse J (2002a).

Mein junger Hund hat Probleme.

Deutsche Erstveröffentlichung, Verlag videel, Niebüll, 15-16. ISBN 3-89906-360-0.

Dehasse J (2002b).

Aggressiver Hund.

Deutsche Erstveröffentlichung. Verlag videel, Niebüll, 20-21, ISBN 3-89906-407-0.

Diekmann A (2005).

Empirische Sozialforschung.

13. Auflage. Rowohlt Verlag. Hamburg. 444. ISBN 3-499-55551-4.

Doering D, Erhard MH (2006).

Tierärztliche Verhaltenstherapie bei Hund und Katze.

Tierärztl Praxis 2006, **34**: 367-374.

Dolle S (2004).

Beratung in der Tierarztpraxis.

Veterinär Spiegel 1/ 2004, 46-48.

Edney ATB, Robinson I (1998).

Der Einfluss von Heimtieren auf Wohlbefinden und Gesundheit des Menschen.

Waltham Focus Jahrgang 8 Heft **2** 1998, 12-15.

Evertz M (1989).

Werbesache Arztpraxis. Möglichkeiten und Grenzen.

Optima Verlag, Gröbenzell, 9-154.

Farran H (1994).

Location and logo: impressions are everything.

J Am Dent Assoc, 1994, **125**: 316-320.

Feddersen-Petersen D (1991a).

Aggressive Hunde – ein Tierschutzproblem. Schutz des Tieres vor Missbrauch durch den Menschen bedeutet Menschenschutz.

Tierärztl Umschau **46**, 12/1991, 749-754.

Feddersen-Petersen D (1991b).

Verhaltensstörungen bei Hunden – Versuch ihrer Klassifizierung.

Dtsch Tierärztl Wschr **98**, 1-40, Heft 1, Januar1991, 15-19.

Goldmann W (1997).

Praxisorganisation Kompakt für Ärzte.

1. Aufl.. MD-Verlags-GmbH, München, 9-154. ISBN 3-9300527-20-0.

Gräf L (1997).

Erste Hilfe für www.Umfragen: Das Pretest-Studio.

Universität Köln, 1997. <http://www.infosoc.uni-koeln.de/wwwpretest/gor97webpep/sld001.htm>
(Datum des Zugriffs: 29. Oktober 2007).

Hamilton G, Robinson MJ (1981).

Psychology of the owner factor in animal behavior.

Proceedings of the 48th Am Hosp Assoc Meeting, 3-7.

Hart BL, Hart LA (1991).

Verhaltenstherapie bei Hund und Katze.

Enke, Stuttgart, 1-26, ISBN 3-432-98961-X.

Hens E (1988).

Therapie von Verhaltensstörungen bei Hunden.

Der praktische Tierarzt, 7/1988, 17-18.

Hetts S (1991).

Psychologic Well-being: Conceptual Issues, Behavioral Measures and Implications for Dogs.
Veterinary Clinics of North America: Small Animal Practice- Vol. 21, No. 2, March 1991, 369-387.

Hill C, Garner S, Hanna M (1990).

What dental professionals should know about dental consumers.

Health Mktg Quart 1990, 8: 45-57.

Hines LM (1985).

Community People-Pet Programs that Work.

Veterinary Clinics of North America: Small Animal Practice- Vol. 15, No. 2, March 1985, 319-332.

Hoffmann S (1998).

Erweitertes Leistungssystem in der Kleintierpraxis.

Kleintier Konkret 1/ 98, 40-41.

Horwitz DF (1997).

Welpenschule-Hundetraining-Verhaltenstherapie.

Fortbildungsveranstaltung Verhaltenstherapie bei Hund und Katze, München, 15.-16.

November 1997, 20-23. Oral Presentation.

Hoskins JD, McCurnin DM (1998).

Die erfolgreiche Einführung eines Geriatrie-Programms in der Tierarztpraxis.

Kleintiermedizin 1/ 98, 5-13.

Jevring C (1996).

Managing A Veterinary Practice.

W. B. Saunders, London, 1-192, ISBN 0-7020-1987-9.

Juarbe-Díaz SV (1997).

Assessment and Treatment of Excessive Barking in the Domestic Dog.

Veterinary Clinics of North America: Small Animal Practice, Vol. 27, No.3, May 1997, 515-532.

Knol BW (1994).

Veterinary clinical ethology: past, present and future.

BVCE1994 [2] n°1, 2 - 45, 1994. <http://www.vetpsy.org/archives/articles/knol02.html>
(Datum des Zugriffs: 4. April 2002).

Kreling K (2001).

Kundenbindung – aber wie?.

Vortragzusammenfassung 13. Baden-Badener Fortbildungstage „Kleintiere“, Baden Baden, 22.-25. März 2001, 45-46, Oral Presentation.

Lagoni LS, Hetts S, Butler CS (1994).

The human-animal bond and grief.

W. B. Saunders, Philadelphia, 3-439, ISBN 0-7216-4577-1.

Landestierärztekammern (2005).

Zusammenstellung über Fachtierärzte Verhaltenskunde und die Tierärzte mit Zusatzbezeichnung Verhaltenstherapie im Jahr 2005.

Lane DM, (1999).

Economic reform in private veterinary practice.

JAVMA, Vol **214**, No.9, May 1, 1999, 1327-1328.

Lebelt D (1998).

Problemverhalten beim Pferd.

Enke Verlag, 1-3, ISBN 3-432-29611-8.

Lebelt D (1999).

Verhaltensprobleme.

In: Dietz O, Huskamp B (Hrsg.): Handbuch Pferdepraxis. 2. Aufl., Enke, Stuttgart, 185, ISBN 3-432-29262-7.

Lindell EM(1997).

Diagnosis and Treatment of Destructive Behavior in Dogs.

Veterinary Clinics of North America: Small Animal Practice, Vol. **27**, No.3, May 1997, 533-547.

Mahan DH (1983).

Marketing Veterinary Medicine.

In: Veterinary Clinics of North America: Small Animal Practice. Symposium on Practice Management. Vol. **13**, No. 4, November 1983.W.B. Saunders Company, 736-744. ISSN 0195-5616.

Mangold W, Berl R, Pol L, et al. (1987).

An analysis of consumer reliance on personal and nonpersonal sources of professional service information.

J Prof Services Mktg 1987, **2**: 9-29.

Marder AR, Marder LR (1985).

Human-Companion Animal Relationships and Animal Behavior Problems.

Veterinary Clinics of North America: Small Animal Practice- Vol. **15**, No. 2, March 1985, 411-421.

Mayer W, Pakur M (2000).

Der Haushund als Kindersatz – Anmerkung zu einem ungeliebten Thema.

Tierärztl Praxis 2000, **28** (K), 1-8.

Mayr PH (1999).

Da Tiere eine Seele haben!?.
Ganzheitliche Tiermedizin 1999, **13**, 161-165.

McCulloch WF (1985).

The Veterinarian's Education About the Human-Animal-Bond and Animal-Facilitated Therapy.
Veterinary Clinics of North America: Small Animal Practice– Vol. **15**, No. 2, March 1985, 423-429.

McCurnin DM (1998).

Präanästhesiologische Blutuntersuchungen – Ausbau der Praxis durch ein erweitertes Serviceangebot.
Kleintiermedizin **2/ 98**, 5-7.

McPherson ML, Liarson DR, Smith EO, Brody BA, Jefferson LS (2002).

Noncompliance with medical follow-up after pediatric intensive care.
Pediatrics **109**, 94-100.

Mertens PA, Dodman NH (1996).

Die Diagnose von Verhaltensproblemen bei Hund, Katze Pferd und Vogel: Charakteristika von 323 Fällen (Juli 1994-Juni 1995).
Kleintierpraxis **41**, 259-270.

Mugford RA (1984a).

Methoden zur Charakterisierung normaler und anormaler Verhaltensmuster bei Hund und Katze.

In: Anderson RS, Meyer H (Hsg.): Ernährung und Verhalten von Hund und Katze, Schlütersche, Hannover, 142-146. ISBN 3-87706-082-2.

Mugford RA (1984b).

Verhaltensprobleme beim Hund.

In: Anderson RS, Meyer H (1984). Ernährung und Verhalten von Hund und Katze, Schlütersche, Hannover, 142-146. ISBN 3-87706-082-2.

Müller D (2002).

Praxis- und Tätigkeitskonzepte für die Kleintierpraxis.
Kleintiermedizin **7/ 2002**, 295-303.

Myles S (1991).

Trainers and Chokers: How Dog Trainers Affect Behavior Problems in Dogs.
Veterinary Clinics of North America: Small Animal Practice- Vol. **21**, No. 2, March 1991, 239-246.

Odendaal JS (1996).

Meaningful relationships in veterinary practice.
J S Afr Vet Assoc **67** (3): 137-40.

Odendaal JSJ (1997).

A Diagnostic Classification of Problem Behavior in Dogs and Cats.
Veterinary Clinics of America: Small Animal Practice- Vol. **27**, No. 3, May 1997, 427-443.

Odendaal JSJ (1998).

The practicing veterinarian and animal welfare as a human endeavour.
Applied Animal Behaviour Science 1998, **59**: 85-91.

Oehme W (1995).

Marketing für niedergelassene Ärzte: der Arzt als Unternehmer.
Verlag Franz Vahlen GmbH, München, 22-182. ISBN 3-8006-1916-4.

Owren T (1984).

Kommunikation mit dem Hund während des Trainings.
In: Anderson RS, Meyer H (Hrsg.): Ernährung und Verhalten von Hund und Katze,
Schlütersche, Hannover, 178-183. ISBN 3-87706-082-2.

Podberscek AL (1997).

Mensch-Tier-Umwelt-Verhalten.
Fortbildungsveranstaltung Verhaltenstherapie bei Hund und Katze, München, 15.-16.
November 1997, 13-14. Oral Presentation.

Prause K (2001).

Kundenorientierte Kommunikation – Ein wichtiger Erfolgsfaktor für Ihre Praxis.
Kleintier Konkret **2/** 2001, 23-26.

Quackenbush J (1985).

The Dead of a Pet.
Veterinary Clinics of North America: Small Animal Practice- Vol. 15, No. 2, March 1985, 395-
402.

Rehage F (1992).

Hyperaggressivität beim Hund aus Sicht des praktizierenden Tierarztes.
Der praktische Tierarzt **5/1992**, 408-419.

Reisner I (1991).

The Pathophysiologic Basis of Behavior Problems.
Veterinary Clinics of North America: Small Animal Practice- Vol. **21**, No. 2, March 1991, 207-
224.

Reisner IR (1997).

Assessment, Management and Prognosis of Canine Dominance-related Aggression.
Veterinary Clinics of North America: Small Animal Practice, Vol. **27**, No. 3, May 1997, 479-
495.

Riegl GF (1987).

Marketing für die Arztpraxis.
1. Aufl., Verlag Prof. Riegl & Partner GmbH, Stuttgart, 13-191. ISBN 3-926047-00-3.

Riegl GF (1998a).

Werbung für die Praxis – Nutzen Sie die Vorteile des Werbeverbots!.
Kleintier Konkret **3/ 98**, 35-39.

Riegl GF (1998b).

Praxis-Marketing - Pro-aktives Management zahlt sich aus!.
Kleintier Konkret **1/ 98**, 40-43.

Riepl BJ (1998).

Praxiswerbung Kompakt für Ärzte.
1. Aufl., MD-Verlags-GmbH, München, 11-153. ISBN 3-930527-19-7.

Robinson I (1992).

Pets and People.

In: Thorne C (eds.): The Waltham Book Of Dog And Cat Behaviour. First Edition, Pergamon Press, Oxford, 131-142, ISBN 0-08-040822-2.

Schilder MBH (1991).

Verhaltensprobleme bei der Katze.

Dtsch Tierärztl Wschr **78** (1991), 163-172.

Schmidt WD (2002a).

Verhaltenstherapie des Hundes.

Schlütersche, Hannover, 13-20, ISBN 3-87706-674-7.

Schmidt WD (2002b).

Verhaltenstherapie der Katze.

Schlütersche, Hannover, 7-9. ISBN 3-87706-891-X.

Schmidtke HO (1973).

Über die Beziehung Tierarzt-Klient-Patient.

Kleintierpraxis **18**: 210-213.

Schmidt-Ohm P, Severin S, Barre J (2007).

Marketinglexikon.

www.sop-hamburg.de/de/marketinglexikon (Datum des Zugriffs: 19.12.2007).

Schroll S, Dehase J (2004).

Verhaltensmedizin bei der Katze.

Enke Verlag, Stuttgart, 1-10, ISBN 3-8304-1041-7.

Schubert A (2006).

Verhaltenstherapie: Neue Chance für die Tierarztpraxis.

Veterinärspiegel, **3/ 2006**, 45.

Sicking H (2007).

Wie unterscheidet man gute von schlechter Marktforschung?.

<http://www.markteing-boerse.de/fachartikel/details/wie-unterseidet-man-gute-und-schlechte-Marktforschung/5859> (Datum des Zugriffs: 29. Oktober 2007).

Slowak M (1996a).

Soziale Kompetenz in Tierarztpraxen. Qualitätskriterien und Wettbewerbsfaktoren.

Vet. Spezial. Gustav Fischer Verlag, Jena. 9-91, ISBN 3-334-61006-3.

Spencer L (1993).

Behavioral Services in a practice lead to quality relationships.

JAVMA, Vol **203**, No. 7, October 1, 1993, 940-941.

Steidl T (1996).

Bissige Hunde und schwierige Patientenbesitzer.

Der praktische Tierarzt **3/96**, 233-242.

Steiner A, Vetter W (1995).

Patienten Compliance- Möglichkeiten zur Verbesserung.

Schweiz Rundsch Med Prax **84**, 58-62.

Stephan E (1990).

The role of behavioral science in animal welfare in teaching and practical application.
Dtsch Tierärztl Wschr **97**: 219-20.

Stevens R, Loudon D, Williamson S (1995).

A study of consumers' attitudes toward veterinarian advertising.
Health Mktg Quart, 1995, **12**: 84-94.

Tannenbaum J (1985).

Ethics and Human-Companion Animal Interaction.
Veterinary Clinics of North America: Small Animal Practice– Vol. **15**, No. 2, March 1985, 431-447.

Thiele S (1999).

Die Kundenorientierte Praxis - Der Weg zu größerer Kundenzufriedenheit.
Kleintier Konkret **6/ 99**, 36-38.

Tiefenbach P (2001).

Untersuchung über die Häufigkeitsverteilung von Verhaltensproblemen bei Hunden und Katzen.
Diss vet med, LMU München.

Tripp R (1998).

Partner with a behaviour pro.
Veterinary Economics, Januar 1998, 66-68.

Turner DC (1995).

Ethology and good health in pets.
Schweiz Arch Tierheilkd **137**(2): 45-9.

Unshelm J (1993).

Tiergerechte Haltung von Hunden und Katzen durch Verhaltensberatungen und Verhaltenstherapie.
Dtsch tierärztl Wschr **100**, 65-69.

Unshelm J (1997).

Verhaltenstherapie bei Hund und Katze.
Fortbildungsveranstaltung Verhaltenstherapie bei Hund und Katze, München, 15.-16. November 1997, 9-13. Oral Presentation.

Vaarkamp H (1991).

Veterinary practice and the invironment: what to do and what to omit.
Tijdschr Diergeneeskd **116** (2): 73-7.

Voith VL (1984a).

Mensch-Tier-Beziehungen.
In: Anderson RS, Meyer H (1984). Ernährung und Verhalten von Hund und Katze, Schlütersche, Hannover, 169-177. ISBN 3-87706-082-2.

Voith VL (1984b).

Verhaltensprobleme bei der Katze.
In: Anderson RS, Meyer H (Hrsg.): Ernährung und Verhalten von Hund und Katze, Schlütersche, Hannover, 217-228. ISBN 3-87706-082-2.

Voith VL (1985).

Attachment of People to Companion Animals.

Veterinary Clinics of North America: Small Animal Practice- Vol. **15**, No. 2, March 1985, 289-295.

Voith VL (1991).

Applied Animal Behavior and the Veterinary Profession.

Veterinary Clinics of North America: Small Animal Practice- Vol. **21**, No. 2, March 1991, 203-206.

WHO (2003).

Adherence to long term therapies – Evidence for Action

WHO, Marketing & Dissemination, Genf, ISBN 9241545992.

Ziffus G (2000).

Umgang mit Kunden – „Das hab' ich doch gar nicht gesagt!“ Kleiner Exkurs in die Welt der Kommunikation.

Kleintier Konkret **5**/2000, 22-25.

9. ANHANG

9.1. Ergebnistabellen

9.1.1. Ergebnistabellen Vergleich der Tierärzte nach Einschätzung der Wirtschaftlichkeit

Angebot der Verhaltenstherapie

Tab. 4: Ergebnistabellen zu Fragen nach Angebot der Verhaltenstherapie beim Vergleich der Tierärzte nach Einschätzung der Wirtschaftlichkeit

| | | Frage Nr. 4 Werden diagnostizierte Verhaltensprobleme selbst therapiert? | | | | | | | |
|-------------|--|---|--------|--------|--------|--------------------|--------|--------|--------|
| | | Zufall | | | | Kongress | | | |
| | | Wirtschaftlich J/N | | | | Wirtschaftlich J/N | | | |
| | | Ja | | Nein | | Ja | | Nein | |
| | | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Ja | | 65 | 73,0% | 32 | 53,3% | 66 | 72,5% | 24 | 58,5% |
| Nein | | 24 | 27,0% | 28 | 46,7% | 25 | 27,5% | 17 | 41,5% |
| Gesamt | | 89 | 100,0% | 60 | 100,0% | 91 | 100,0% | 41 | 100,0% |
| | | Frage Nr. 6 Wie beurteilen Sie die Tendenz im Fachbereich Verhaltenstherapie? | | | | | | | |
| | | Zufall | | | | Kongress | | | |
| | | Wirtschaftlich J/N | | | | Wirtschaftlich J/N | | | |
| | | Ja | | Nein | | Ja | | Nein | |
| | | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Stagnierend | | 10 | 16,1% | 13 | 41,9% | 9 | 13,6% | 9 | 37,5% |
| Steigend | | 52 | 83,9% | 18 | 58,1% | 57 | 86,4% | 15 | 62,5% |
| Gesamt | | 62 | 100,0% | 31 | 100,0% | 66 | 100,0% | 24 | 100,0% |
| | | Frage Nr. 7a Nehmen Sie oder Ihre Mitarbeiter an Fortbildungen im Bereich Verhaltenstherapie teil? | | | | | | | |
| | | Zufall | | | | Kongress | | | |
| | | Wirtschaftlich J/N | | | | Wirtschaftlich J/N | | | |
| | | Ja | | Nein | | Ja | | Nein | |
| | | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Nein | | 21 | 32,8% | 15 | 46,9% | 7 | 10,3% | 7 | 29,2% |
| Ja | | 43 | 67,2% | 17 | 53,1% | 61 | 89,7% | 17 | 70,8% |
| Gesamt | | 64 | 100,0% | 32 | 100,0% | 68 | 100,0% | 24 | 100,0% |

| ØMFA | Frage Nr. 7c Um welche Fortbildungen handelt es sich dabei? | | | | | | | |
|---|--|------------|--------|------------|--------------------|------------|--------|------------|
| | Zufall | | | | Kongress | | | |
| | Wirtschaftlich J/N | | | | Wirtschaftlich J/N | | | |
| | Ja | | Nein | | Ja | | Nein | |
| | N | Mittelwert | N | Mittelwert | N | Mittelwert | N | Mittelwert |
| Firmenveranstaltungen | N=43 | 48,8% | N=17 | 52,9% | N=62 | 62,9% | N=15 | 53,3% |
| Veranstaltungen privater Institutionen | N=43 | 23,3% | N=17 | 41,2% | N=62 | 33,9% | N=15 | 46,7% |
| Universitätsveranstaltungen | N=43 | 20,9% | N=17 | 29,4% | N=62 | 54,8% | N=15 | 46,7% |
| Kongresse | N=43 | 88,4% | N=17 | 82,4% | N=62 | 71,0% | N=15 | 73,3% |
| Literatur | N=43 | 9,3% | N=17 | 0,0% | N=62 | 9,7% | N=15 | 0,0% |
| BPT | N=43 | 0,0% | N=17 | 5,9% | N=62 | 1,6% | N=15 | 0,0% |
| VDH | N=43 | 0,0% | N=17 | 5,9% | N=62 | 1,6% | N=15 | 0,0% |
| | Frage Nr. 13 Werden verhaltenstherapeutische Fälle an Ihre Praxis/ Klinik überwiesen? | | | | | | | |
| | Zufall | | | | Kongress | | | |
| | Wirtschaftlich J/N | | | | Wirtschaftlich J/N | | | |
| | Ja | | Nein | | Ja | | Nein | |
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Nie | 37 | 59,7% | 23 | 71,9% | 32 | 48,5% | 15 | 62,5% |
| Selten | 20 | 32,3% | 4 | 12,5% | 21 | 31,8% | 4 | 16,7% |
| Manchmal | 4 | 6,5% | 4 | 12,5% | 11 | 16,7% | 3 | 12,5% |
| Oft | 1 | 1,6% | 1 | 3,1% | 2 | 3,0% | 0 | 0,0% |
| Immer | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 8,3% |
| Gesamt | 62 | 100,0% | 32 | 100,0% | 66 | 100,0% | 24 | 100,0% |
| ØMFA | Frage Nr. 14 Wie wird mit den überwiesenen Patienten weiter verfahren? | | | | | | | |
| | Zufall | | | | Kongress | | | |
| | Wirtschaftlich J/N | | | | Wirtschaftlich J/N | | | |
| | Ja | | Nein | | Ja | | Nein | |
| | N | Mittelwert | N | Mittelwert | N | Mittelwert | N | Mittelwert |
| Patient wird in den eigenen Kundenstamm aufgenommen | N=27 | 37,0% | N=12 | 16,7% | N=36 | 19,4% | N=11 | 36,4% |
| Patient wird zurück überwiesen | N=27 | 77,8% | N=12 | 50,0% | N=36 | 75,0% | N=11 | 54,5% |
| Behandlungsergebnisse an den Kollegen weitergegeben | N=27 | 59,3% | N=12 | 66,7% | N=36 | 63,9% | N=11 | 45,5% |
| Behandlungsergebnisse ohne Weitergabe aufbewahrt | N=27 | 3,7% | N=12 | 25,0% | N=36 | 2,8% | N=11 | 18,2% |
| Sonstige | N=27 | 3,7% | N=12 | 8,3% | N=36 | 8,3% | N=11 | 9,1% |

Ø Mehrfachantworten (MFA) bei diesen Fragen möglich; N ist die Anzahl der zu dieser Frage antwortenden Befragten.

| Frage Nr. 17 Welche Zeitspanne planen Sie in der Regel für ein verhaltenstherapeutisches Gespräch ein? | | | | | | | | |
|---|--------------------|--------|--------|--------|--------------------|--------|--------|--------|
| | Zufall | | | | Kongress | | | |
| | Wirtschaftlich J/N | | | | Wirtschaftlich J/N | | | |
| | Ja | | Nein | | Ja | | Nein | |
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| 1/4 Std. | 13 | 21,7% | 10 | 33,3% | 5 | 7,7% | 9 | 39,1% |
| 1/2 Std. | 25 | 41,7% | 16 | 53,3% | 27 | 41,5% | 5 | 21,7% |
| 1 Std. | 21 | 35,0% | 4 | 13,3% | 22 | 33,8% | 4 | 17,4% |
| 1 1/2 Std. | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 9 | 13,8% | 2 | 8,7% |
| 2 Std. | 1 | 1,7% | 0 | 0,0% | 2 | 3,1% | 3 | 13,0% |
| Gesamt | 60 | 100,0% | 30 | 100,0% | 65 | 100,0% | 23 | 100,0% |

Einstellung zur Verhaltenstherapie im Praxismanagement

Tab. 5: Ergebnistabellen zu Fragen zur Einstellung zur Verhaltenstherapie im Praxismanagement beim Vergleich der Tierärzte nach Einschätzung der Wirtschaftlichkeit, Frage 25 bis Frage 43

| Frage Nr. 25 Halten Sie es für sinnvoll, eine verhaltenstherapeutische Sprechstunde in Ihre Praxisorganisation einzuplanen? | | | | | | | | |
|--|--------------------|--------|--------|--------|--------------------|--------|--------|--------|
| | Zufall | | | | Kongress | | | |
| | Wirtschaftlich J/N | | | | Wirtschaftlich J/N | | | |
| | Ja | | Nein | | Ja | | Nein | |
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| nicht sinnvoll | 29 | 46,8% | 39 | 83,0% | 40 | 42,1% | 29 | 70,7% |
| sinnvoll | 33 | 53,2% | 8 | 17,0% | 55 | 57,9% | 12 | 29,3% |
| Gesamt | 62 | 100,0% | 47 | 100,0% | 95 | 100,0% | 41 | 100,0% |

| Frage Nr. 25a Argumente für das Einplanen einer verhaltenstherapeutischen Sprechstunde | | | | | | | | |
|---|--------------------|------------|------|------------|--------------------|------------|------|------------|
| MFA | Zufall | | | | Kongress | | | |
| | Wirtschaftlich J/N | | | | Wirtschaftlich J/N | | | |
| | Ja | | Nein | | Ja | | Nein | |
| | N | Mittelwert | N | Mittelwert | N | Mittelwert | N | Mittelwert |
| Zunehmende Nachfrage | N=95 | 20,0% | N=68 | 5,9% | N=101 | 35,6% | N=42 | 7,1% |
| Erweiterter Service | N=95 | 33,3% | N=68 | 0,0% | N=101 | 35,3% | N=42 | 0,0% |
| Arbeitserleichterung | N=95 | 11,1% | N=68 | 0,0% | N=101 | 5,9% | N=42 | 16,7% |
| Kundenbindung | N=95 | 33,3% | N=68 | 100,0% | N=101 | 35,3% | N=42 | 16,7% |
| Einfluss auf Zusammenleben | N=95 | 22,2% | N=68 | 0,0% | N=101 | 0,0% | N=42 | 0,0% |
| Sonst keine Zeit | N=95 | 11,1% | N=68 | 0,0% | N=101 | 41,2% | N=42 | 50,0% |
| Überweisungsmangel | N=95 | 0,0% | N=68 | 0,0% | N=101 | 5,9% | N=42 | 0,0% |

^ø Mehrfachantworten (MFA) bei diesen Fragen möglich; N ist die Anzahl der zu dieser Frage antwortenden Befragten.

| | | Frage Nr. 25b Argumente gegen das Einplanen einer verhaltenstherapeutischen Sprechstunde | | | | | | | |
|---------------------------------|--------------------|--|--------|------------|--------------------|------------|--------|------------|--|
| øMFA | Zufall | | | | Kongress | | | | |
| | Wirtschaftlich J/N | | | | Wirtschaftlich J/N | | | | |
| | Ja | | Nein | | Ja | | Nein | | |
| | N | Mittelwert | N | Mittelwert | N | Mittelwert | N | Mittelwert | |
| Geringe Nachfrage | N=48 | 45,8% | N=47 | 55,3% | N=36 | 66,7% | N=27 | 37,0% | |
| Zusammenarbeit mit Hundeschule | N=48 | 2,1% | N=47 | 4,3% | N=36 | 0,0% | N=27 | 3,7% | |
| Demnächst in Rente | N=48 | 4,2% | N=47 | 0,0% | N=36 | 0,0% | N=27 | 0,0% | |
| Keine Zeit | N=48 | 14,6% | N=47 | 19,1% | N=36 | 5,6% | N=27 | 40,7% | |
| Integration in die Sprechstunde | N=48 | 14,6% | N=47 | 2,1% | N=36 | 13,9% | N=27 | 3,7% | |
| Mangelnde Kenntnis | N=48 | 12,5% | N=47 | 2,1% | N=36 | 5,6% | N=27 | 7,4% | |
| Wird nicht bezahlt | N=48 | 4,2% | N=47 | 12,8% | N=36 | 5,6% | N=27 | 29,6% | |
| Unbefriedigender Therapieerfolg | N=48 | 0,0% | N=47 | 4,3% | N=36 | 5,6% | N=27 | 0,0% | |
| Organisationsbedingt | N=48 | 4,2% | N=47 | 4,3% | N=36 | 0,0% | N=27 | 0,0% | |
| Kein Interesse | N=48 | 0,0% | N=47 | 8,5% | N=36 | 0,0% | N=27 | 7,4% | |
| Hausbesuche | N=48 | 6,3% | N=47 | 0,0% | N=36 | 27,8% | N=27 | 7,4% | |
| | | Frage Nr. 28 Kann der Einsatz von Verhaltenstherapie in Ihrem Praxismanagement eine Steigerung der Kundenzufriedenheit hervorrufen? | | | | | | | |
| | Zufall | | | | Kongress | | | | |
| | Wirtschaftlich J/N | | | | Wirtschaftlich J/N | | | | |
| | Ja | | Nein | | Ja | | Nein | | |
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % | |
| Nein | 6 | 6,5% | 25 | 36,8% | 4 | 4,0% | 8 | 20,5% | |
| Ja | 86 | 93,5% | 43 | 63,2% | 96 | 96,0% | 31 | 79,5% | |
| Gesamt | 92 | 100,0% | 68 | 100,0% | 100 | 100,0% | 39 | 100,0% | |
| | | Frage Nr. 30 Kann die Einbindung von Verhaltenstherapie in Ihre Praxisorganisation dazu beitragen, potentielle Kunden zu interessieren und diese evtl. als Neukunden für Ihre Praxis/ Klinik zu gewinnen? | | | | | | | |
| | Zufall | | | | Kongress | | | | |
| | Wirtschaftlich J/N | | | | Wirtschaftlich J/N | | | | |
| | Ja | | Nein | | Ja | | Nein | | |
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % | |
| Nein | 21 | 23,3% | 42 | 63,6% | 14 | 14,3% | 12 | 30,8% | |
| Ja | 69 | 76,7% | 24 | 36,4% | 84 | 85,7% | 27 | 69,2% | |
| Gesamt | 90 | 100,0% | 66 | 100,0% | 98 | 100,0% | 39 | 100,0% | |

ø Mehrfachantworten (MFA) bei diesen Fragen möglich; N ist die Anzahl der zu dieser Frage antwortenden Befragten.

| Frage Nr. 31 Haben Sie seit dem Anbieten von Verhaltenstherapie neue Kunden hinzugewonnen? | | | | | | | | |
|--|--------------------|--------|--------|--------|--------------------|--------|--------|--------|
| | Zufall | | | | Kongress | | | |
| | Wirtschaftlich J/N | | | | Wirtschaftlich J/N | | | |
| | Ja | | Nein | | Ja | | Nein | |
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Nein | 20 | 44,4% | 13 | 81,3% | 21 | 40,4% | 11 | 73,3% |
| Ja | 25 | 55,6% | 3 | 18,8% | 31 | 59,6% | 4 | 26,7% |
| Gesamt | 45 | 100,0% | 16 | 100,0% | 52 | 100,0% | 15 | 100,0% |
| Frage Nr. 32 Besteht Ihrer Meinung nach ein Kundenpotential für den Bereich Verhaltenstherapie? | | | | | | | | |
| | Zufall | | | | Kongress | | | |
| | Wirtschaftlich J/N | | | | Wirtschaftlich J/N | | | |
| | Ja | | Nein | | Ja | | Nein | |
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Nein | 3 | 3,2% | 22 | 33,3% | 3 | 3,1% | 8 | 20,0% |
| Ja | 92 | 96,8% | 44 | 66,7% | 94 | 96,9% | 32 | 80,0% |
| Gesamt | 95 | 100,0% | 66 | 100,0% | 97 | 100,0% | 40 | 100,0% |
| Frage Nr. 33a Wie hoch schätzen Sie dieses Kundenpotential ein? | | | | | | | | |
| | Zufall | | | | Kongress | | | |
| | Wirtschaftlich J/N | | | | Wirtschaftlich J/N | | | |
| | Ja | | Nein | | Ja | | Nein | |
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| niedrig | 36 | 40,0% | 34 | 75,6% | 32 | 34,0% | 17 | 54,8% |
| mittel | 48 | 53,3% | 10 | 22,2% | 54 | 57,4% | 11 | 35,5% |
| hoch | 6 | 6,7% | 1 | 2,2% | 8 | 8,5% | 3 | 9,7% |
| Gesamt | 90 | 100,0% | 45 | 100,0% | 94 | 100,0% | 31 | 100,0% |
| Frage Nr. 33b Wie hoch schätzen Sie dieses Kundenpotential prognostisch ein? | | | | | | | | |
| | Zufall | | | | Kongress | | | |
| | Wirtschaftlich J/N | | | | Wirtschaftlich J/N | | | |
| | Ja | | Nein | | Ja | | Nein | |
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| stagnierend | 15 | 17,0% | 14 | 35,0% | 8 | 8,8% | 6 | 22,2% |
| steigend | 73 | 83,0% | 26 | 65,0% | 83 | 91,2% | 21 | 77,8% |
| Gesamt | 88 | 100,0% | 40 | 100,0% | 91 | 100,0% | 27 | 100,0% |

| Frage Nr. 34 Wie viel Prozent Ihres eigenen Kundenstammes haben Ihrer Meinung nach Tiere mit Verhaltensstörungen? | | | | | | | | |
|--|--------------------|--------|--------|--------|--------------------|--------|--------|--------|
| | Zufall | | | | Kongress | | | |
| | Wirtschaftlich J/N | | | | Wirtschaftlich J/N | | | |
| | Ja | | Nein | | Ja | | Nein | |
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| bis zu 10% | 46 | 51,7% | 51 | 78,5% | 38 | 40,4% | 23 | 57,5% |
| 11% - 20% | 25 | 28,1% | 6 | 9,2% | 29 | 30,9% | 6 | 15,0% |
| 21% - 30% | 15 | 16,9% | 7 | 10,8% | 14 | 14,9% | 1 | 2,5% |
| 31% - 40% | 1 | 1,1% | 1 | 1,5% | 3 | 3,2% | 3 | 7,5% |
| 41% - 50% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 7 | 7,4% | 3 | 7,5% |
| 51% - 60% | 1 | 1,1% | 0 | 0,0% | 2 | 2,1% | 1 | 2,5% |
| 61% - 70% | 1 | 1,1% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| 71% - 80% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 1,1% | 0 | 0,0% |
| 81% - 100% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 3 | 7,5% |
| Gesamt | 89 | 100,0% | 65 | 100,0% | 94 | 100,0% | 40 | 100,0% |
| Frage Nr. 36a Könnte der Einsatz von Verhaltenstherapie werbetechnisch dazu beitragen, Ihre dadurch erweiterte fachliche Kompetenz als Werbeträger zur Kundengewinnung einzusetzen? | | | | | | | | |
| | Zufall | | | | Kongress | | | |
| | Wirtschaftlich J/N | | | | Wirtschaftlich J/N | | | |
| | Ja | | Nein | | Ja | | Nein | |
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Nein | 23 | 25,3% | 35 | 52,2% | 12 | 12,4% | 10 | 27,8% |
| Ja | 68 | 74,7% | 32 | 47,8% | 85 | 87,6% | 26 | 72,2% |
| Gesamt | 91 | 100,0% | 67 | 100,0% | 97 | 100,0% | 36 | 100,0% |
| Frage Nr. 36b Wie hoch wäre der werbetechnische Beitrag zur Kundengewinnung? | | | | | | | | |
| | Zufall | | | | Kongress | | | |
| | Wirtschaftlich J/N | | | | Wirtschaftlich J/N | | | |
| | Ja | | Nein | | Ja | | Nein | |
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Geringer Beitrag | 25 | 39,7% | 19 | 63,3% | 31 | 36,9% | 18 | 75,0% |
| Mittlerer Beitrag | 37 | 58,7% | 10 | 33,3% | 48 | 57,1% | 6 | 25,0% |
| Hoher Beitrag | 1 | 1,6% | 1 | 3,3% | 5 | 6,0% | 0 | 0,0% |
| Gesamt | 63 | 100,0% | 30 | 100,0% | 84 | 100,0% | 24 | 100,0% |
| Frage Nr. 37c In welchem Zeitraum hat sich der Einsatz von Verhaltenstherapie umsatzsteigernd ausgewirkt? | | | | | | | | |
| | Zufall | | | | Kongress | | | |
| | Wirtschaftlich J/N | | | | Wirtschaftlich J/N | | | |
| | Ja | | Nein | | Ja | | Nein | |
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Kurzfristig | 2 | 11,1% | 1 | 50,0% | 2 | 10,0% | 2 | 50,0% |
| Mittelfristig | 9 | 50,0% | 1 | 50,0% | 9 | 45,0% | 1 | 25,0% |
| Langfristig | 7 | 38,9% | 0 | 0,0% | 9 | 45,0% | 1 | 25,0% |
| Gesamt | 18 | 100,0% | 2 | 100,0% | 20 | 100,0% | 4 | 100,0% |

| | | Frage Nr. 38 Weshalb kommt es zu einer Umsatzsteigerung durch den Einsatz von Verhaltenstherapie? | | | | | | | |
|--|--------------------|--|--------|------------|--------------------|------------|--------|------------|--|
| øMFA | Zufall | | | | Kongress | | | | |
| | Wirtschaftlich J/N | | | | Wirtschaftlich J/N | | | | |
| | Ja | | Nein | | Ja | | Nein | | |
| | N | Mittelwert | N | Mittelwert | N | Mittelwert | N | Mittelwert | |
| Neukunden- gewinnung durch Werbeeffect | N=51 | 47,1% | N=14 | 28,6% | N=50 | 60,0% | N=10 | 20,0% | |
| Kundentreue durch zusätzlichen Therapiebereich | N=51 | 88,2% | N=14 | 71,4% | N=50 | 92,0% | N=10 | 60,0% | |
| Abheben von der Konkurrenz | N=51 | 52,9% | N=14 | 64,3% | N=50 | 76,0% | N=10 | 70,0% | |
| Bedeutendes Kundenpotential | N=51 | 19,6% | N=14 | 0,0% | N=50 | 22,0% | N=10 | 0,0% | |
| Abverkauf von Erziehungshilfen | N=51 | 5,9% | N=14 | 0,0% | N=50 | 10,0% | N=10 | 10,0% | |
| Sonstiges | N=51 | 2,0% | N=14 | 7,1% | N=50 | 2,0% | N=10 | 0,0% | |
| | | Frage Nr. 39b In welchem Zeitraum könnte sich der Einsatz von Verhaltenstherapie umsatzmindernd auswirken? | | | | | | | |
| | Zufall | | | | Kongress | | | | |
| | Wirtschaftlich J/N | | | | Wirtschaftlich J/N | | | | |
| | Ja | | Nein | | Ja | | Nein | | |
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % | |
| Kurzfristig | 4 | 40,0% | 2 | 28,6% | 5 | 45,5% | 2 | 18,2% | |
| Mittelfristig | 3 | 30,0% | 3 | 42,9% | 4 | 36,4% | 8 | 72,7% | |
| Langfristig | 3 | 30,0% | 2 | 28,6% | 2 | 18,2% | 1 | 9,1% | |
| Gesamt | 10 | 100,0% | 7 | 100,0% | 11 | 100,0% | 11 | 100,0% | |
| | | Frage Nr. 43a Könnte sich der Einsatz von Verhaltenstherapie im Praxismangement positiv auf die Kundentreue auswirken? | | | | | | | |
| | Zufall | | | | Kongress | | | | |
| | Wirtschaftlich J/N | | | | Wirtschaftlich J/N | | | | |
| | Ja | | Nein | | Ja | | Nein | | |
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % | |
| Nein | 4 | 4,4% | 30 | 46,9% | 3 | 3,1% | 7 | 18,9% | |
| Ja | 87 | 95,6% | 34 | 53,1% | 93 | 96,9% | 30 | 81,1% | |
| Gesamt | 91 | 100,0% | 64 | 100,0% | 96 | 100,0% | 37 | 100,0% | |

ø Mehrfachantworten (MFA) bei diesen Fragen möglich; N ist die Anzahl der zu dieser Frage antwortenden Befragten.

9.1.2. Ergebnistabellen der Tierärzte mit Fachtierarztanerkennung Verhaltenskunde oder Zusatzbezeichnung Verhaltenstherapie

Soziodemographische Daten

Tab. 6: Ergebnistabellen zu soziodemographischen Fragen der Tierärzte mit Fachtierarztanerkennung Verhaltenskunde oder Zusatzbezeichnung Verhaltenstherapie, Soziodemographische Fragen

| | Geschlecht | | | |
|--------------------|--------------------------|-----------|----------------|-----------|
| | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| männlich | 6 | 26,1% | 2 | 50,0% |
| weiblich | 17 | 73,9% | 2 | 50,0% |
| Gesamt | 23 | 100,0% | 4 | 100,0% |
| | Alter | | | |
| | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| 30-39 | 4 | 20,0% | 1 | 25,0% |
| 40-49 | 10 | 50,0% | 1 | 25,0% |
| 50-59 | 5 | 25,0% | 2 | 50,0% |
| 60-69 | 1 | 5,0% | 0 | 0,0% |
| Gesamt | 20 | 100,0% | 4 | 100,0% |
| | Durchschnittliches Alter | | | |
| | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | Mittelwert | Gültige N | Mittelwert | Gültige N |
| | 45,8 | N=20 | 46,3 | N=4 |
| | Unternehmensform | | | |
| | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Praxis | 22 | 95,7% | 4 | 100,0% |
| Klinik | 1 | 4,3% | 0 | 0,0% |
| Gesamt | 23 | 100,0% | 4 | 100,0% |
| | Kammergebiete | | | |
| | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Baden-Württemberg | 3 | 16,7% | 0 | 0,0% |
| Bayern | 1 | 5,6% | 3 | 75,0% |
| Hamburg | 1 | 5,6% | 0 | 0,0% |
| Niedersachsen | 0 | 0,0% | 1 | 25,0% |
| Westfalen-Lippe | 1 | 5,6% | 0 | 0,0% |
| Rheinland-Pfalz | 4 | 22,2% | 0 | 0,0% |
| Saarland | 1 | 5,6% | 0 | 0,0% |
| Sachsen | 1 | 5,6% | 0 | 0,0% |
| Schleswig-Holstein | 5 | 27,8% | 0 | 0,0% |
| Thüringen | 1 | 5,6% | 0 | 0,0% |
| Gesamt | 18 | 100,0% | 4 | 100,0% |

| | Stadt-Land | | | |
|-----------------|-------------------------------------|------------|----------------|------------|
| | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Stadt | 17 | 73,9% | 3 | 75,0% |
| Land | 6 | 26,1% | 1 | 25,0% |
| Gesamt | 23 | 100,0% | 4 | 100,0% |
| | Einwohner | | | |
| | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| 1.000-1.999 | 1 | 5,9% | 0 | 0,0% |
| 2.000-4.999 | 1 | 5,9% | 0 | 0,0% |
| 5.000-9.999 | 1 | 5,9% | 1 | 25,0% |
| 10.000-49.999 | 7 | 41,2% | 0 | 0,0% |
| 50.000-99.999 | 3 | 17,6% | 0 | 0,0% |
| 100.000-499.999 | 3 | 17,6% | 1 | 25,0% |
| > 1.000.000 | 1 | 5,9% | 2 | 50,0% |
| Gesamt | 17 | 100,0% | 4 | 100,0% |
| | Gründungsjahr kurative Praxis | | | |
| | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| 1970-1979 | 1 | 4,8% | 1 | 33,3% |
| 1980-1989 | 8 | 38,1% | 0 | 0,0% |
| 1990-1999 | 9 | 42,9% | 2 | 66,7% |
| 2000-2005 | 3 | 14,3% | 0 | 0,0% |
| Gesamt | 21 | 100,0% | 3 | 100,0% |
| | Gründung Verhaltenstherapie | | | |
| | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| 1980-1989 | 0 | 0,0% | 1 | 33,3% |
| 1990-1999 | 11 | 47,8% | 2 | 66,7% |
| 2000-2005 | 12 | 52,2% | 0 | 0,0% |
| Gesamt | 23 | 100,0% | 3 | 100,0% |
| | Spezialbereich der kurativen Praxis | | | |
| ∅MFA | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | N | Mittelwert | N | Mittelwert |
| Großtiere | N=18 | 2,2% | N=4 | 0,0% |
| Kleintiere | N=18 | 96,1% | N=4 | 100,0% |
| Pferde | N=18 | 1,7% | N=4 | 0,0% |
| Sonstige | N=18 | 0,0% | N=4 | 0,0% |

∅ Mehrfachantworten (MFA) waren bei diesen Fragen möglich; N ist die Anzahl der zu dieser Frage antwortenden Befragten.

| | Fachtierarzt | | | |
|---------------------|---|------------|----------------|------------|
| | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Nein | 16 | 69,6% | 3 | 75,0% |
| Ja | 7 | 30,4% | 1 | 25,0% |
| Gesamt | 23 | 100,0% | 4 | 100,0% |
| | Weiterbildungsermächtigung | | | |
| | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Nein | 15 | 65,2% | 4 | 100,0% |
| Ja | 8 | 34,8% | 0 | 0,0% |
| Gesamt | 23 | 100,0% | 4 | 100,0% |
| | Unternehmensgröße | | | |
| | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| 1 | 7 | 31,8% | 3 | 75,0% |
| 2 | 7 | 31,8% | 1 | 25,0% |
| 3 | 5 | 22,7% | 0 | 0,0% |
| 4 | 3 | 13,6% | 0 | 0,0% |
| Gesamt | 22 | 100,0% | 4 | 100,0% |
| | Anzahl der Tierärzte und Tierärztinnen im Unternehmen | | | |
| ∅MFA | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | N | Mittelwert | N | Mittelwert |
| Vollzeit-Tierarzt | N=18 | 0,9 | N=4 | 0,5 |
| Teilzeit-Tierarzt | N=18 | 0,1 | N=4 | 0,0 |
| Vollzeit-Tierärztin | N=18 | 0,9 | N=4 | 0,5 |
| Teilzeit-Tierärztin | N=18 | 0,6 | N=4 | 0,3 |
| | Tierärzthelfer/ -innen | | | |
| | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| 0 | 4 | 19,0% | 1 | 25,0% |
| 1 | 5 | 23,8% | 2 | 50,0% |
| 2 | 6 | 28,6% | 0 | 0,0% |
| 3 | 2 | 9,5% | 1 | 25,0% |
| 4 | 1 | 4,8% | 0 | 0,0% |
| 6 | 1 | 4,8% | 0 | 0,0% |
| 7 | 2 | 9,5% | 0 | 0,0% |
| Gesamt | 21 | 100,0% | 4 | 100,0% |

∅ Mehrfachantworten (MFA) waren bei diesen Fragen möglich; N ist die Anzahl der zu dieser Frage antwortenden Befragten.

| Patienten pro Tag in der kurativen Praxis | | | | |
|---|----------------|--------|----------------|--------|
| | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| 11 bis 20 | 3 | 27,3% | 2 | 100,0% |
| 21 bis 30 | 2 | 18,2% | 0 | 0,0% |
| 31 bis 40 | 3 | 27,3% | 0 | 0,0% |
| 41 bis 50 | 2 | 18,2% | 0 | 0,0% |
| 51 bis 60 | 1 | 9,1% | 0 | 0,0% |
| Gesamt | 11 | 100,0% | 2 | 100,0% |

| Patienten pro Tag (Tierarten) | | | | |
|-------------------------------|----------------|------------|----------------|------------|
| ØMFA | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | N | Mittelwert | N | Mittelwert |
| Hund | N=17 | 41,8% | N=3 | 40,0% |
| Katze | N=17 | 36,1% | N=3 | 40,0% |
| Vögel | N=17 | 7,5% | N=3 | 5,7% |
| Kl. Heimtiere | N=17 | 13,2% | N=3 | 14,3% |
| Sonstige | N=17 | 0,3% | N=3 | 0,0% |

Angebot der Verhaltenstherapie

Tab. 7: Ergebnistabellen zu Fragen nach Angebot der Verhaltenstherapie der Tierärzte mit Fachtierarztanerkennung Verhaltenskunde oder Zusatzbezeichnung Verhaltenstherapie, Frage 1 bis Frage 24

| Frage Nr. 1 Welche Tierarten mit Verhaltensproblemen kommen in Ihre Praxis? | | | | |
|--|----------------|------------|----------------|------------|
| ØMFA | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | N | Mittelwert | N | Mittelwert |
| Hund | N=22 | 67,7% | N=4 | 70,0% |
| Katze | N=22 | 27,6% | N=4 | 27,5% |
| Sonstige | N=22 | 4,7% | N=4 | 2,5% |

| Frage Nr. 2 Durchschnittliche Anzahl der verhaltenstherapeutischen Patienten pro Woche | | | | |
|---|----------------|------------|----------------|------------|
| ØMFA | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | N | Mittelwert | N | Mittelwert |
| Verhaltenstherapeutische Patienten pro Woche | N=22 | 4,7 | N=4 | 0,0 |

Ø Mehrfachantworten (MFA) waren bei diesen Fragen möglich; N ist die Anzahl der zu dieser Frage antwortenden Befragten.

| Frage Nr. 3a Um welche Verhaltensprobleme handelt es sich dabei meistens beim Hund? | | | | |
|--|----------------|------------|----------------|------------|
| ØMFA | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | N | Mittelwert | N | Mittelwert |
| Aggression | N=22 | 95,5% | N=3 | 100,0% |
| Angst | N=22 | 45,5% | N=3 | 100,0% |
| Trennungsangst | N=22 | 54,5% | N=3 | 33,3% |
| Vokalisieren | N=22 | 9,1% | N=3 | 0,0% |
| Hypersexualität | N=22 | 0,0% | N=3 | 0,0% |
| Unsauberkeit | N=22 | 27,3% | N=2 | 50,0% |
| Ungehorsam | N=22 | 31,8% | N=2 | 0,0% |
| Lecksucht | N=22 | 18,2% | N=2 | 0,0% |
| Jagdverhalten | N=22 | 22,7% | N=3 | 0,0% |
| Sonstiges | N=22 | 40,9% | N=3 | 66,7% |
| Frage Nr. 3a Um welche Verhaltensprobleme handelt es sich dabei meistens bei der Katze? | | | | |
| ØMFA | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | Gültige N | Mittelwert | Gültige N | Mittelwert |
| Unsauberkeit | N=21 | 100,0% | N=4 | 75,0% |
| Aggressivität | N=21 | 95,2% | N=4 | 75,0% |
| Lecksucht | N=21 | 9,5% | N=4 | 0,0% |
| Zerstörungswut | N=21 | 0,0% | N=4 | 0,0% |
| Angst | N=21 | 19,0% | N=4 | 25,0% |
| Sonstiges | N=21 | 33,3% | N=4 | 0,0% |
| Frage Nr. 5 Seit wann bieten Sie Verhaltenstherapie in Ihrer Praxis/ Klinik an? | | | | |
| | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| ca. 1 Jahr | 2 | 10,0% | 0 | 0,0% |
| ca. 2 Jahre | 2 | 10,0% | 0 | 0,0% |
| ca. 3 Jahre | 2 | 10,0% | 1 | 25,0% |
| ca. 4 Jahre | 2 | 10,0% | 0 | 0,0% |
| ca. 5 Jahre | 2 | 10,0% | 0 | 0,0% |
| ca. 6 Jahre | 1 | 5,0% | 1 | 25,0% |
| ca. 8 Jahre | 2 | 10,0% | 0 | 0,0% |
| ca. 10 Jahre | 4 | 20,0% | 1 | 25,0% |
| ca. 20 Jahre | 3 | 15,0% | 1 | 25,0% |
| Gesamt | 20 | 100,0% | 4 | 100,0% |
| Frage Nr. 5b Ist einer Ihrer Tierärzte speziell für diesen Bereich beauftragt? | | | | |
| | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Nein | 4 | 26,7% | 0 | 0,0% |
| Ja | 11 | 73,3% | 1 | 100,0% |
| Gesamt | 15 | 100,0% | 1 | 100,0% |

Ø Mehrfachantworten (MFA) waren bei diesen Fragen möglich; N ist die Anzahl der zu dieser Frage antwortenden Befragten.

| Frage Nr. 6 Wie beurteilen Sie die Tendenz in diesem Fachbereich? | | | | |
|---|----------------|------------|----------------|------------|
| | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | Tendenz der VT | | Tendenz der VT | |
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Fallend | 2 | 8,7% | 0 | 0,0% |
| Stagnierend | 3 | 13,0% | 0 | 0,0% |
| Steigend | 18 | 78,3% | 4 | 100,0% |
| Gesamt | 23 | 100,0% | 4 | 100,0% |
| Frage Nr. 7a Nehmen Sie oder Ihre Mitarbeiter an Fortbildungen im Bereich Verhaltenstherapie teil? | | | | |
| | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| | Ja | 23 | 100,0% | 4 |
| Gesamt | 23 | 100,0% | 4 | 100,0% |
| Frage Nr. 7b Wie viele Fortbildungsstunden im Bereich Verhaltenstherapie pro Jahr und Team? | | | | |
| | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| | 3 | 1 | 4,8% | 0 |
| 7 | 1 | 4,8% | 0 | 0,0% |
| 10 | 0 | 0,0% | 1 | 25,0% |
| 12 | 1 | 4,8% | 0 | 0,0% |
| 15 | 2 | 9,5% | 0 | 0,0% |
| 20 | 8 | 38,1% | 1 | 25,0% |
| 25 | 2 | 9,5% | 0 | 0,0% |
| 30 | 3 | 14,3% | 0 | 0,0% |
| 36 | 1 | 4,8% | 0 | 0,0% |
| 80 | 1 | 4,8% | 0 | 0,0% |
| 100 | 1 | 4,8% | 0 | 0,0% |
| 150 | 0 | 0,0% | 1 | 25,0% |
| 250 | 0 | 0,0% | 1 | 25,0% |
| Gesamt | 21 | 100,0% | 4 | 100,0% |
| Frage Nr. 7b Durchschnittliche Fortbildungsstunden im Bereich Verhaltenstherapie | | | | |
| °MFA | Befragung 2006 | | Befragung 2001 | |
| | N | Mittelwert | N | Mittelwert |
| Fortbildung Std. | N=21 | 27,1% | N=4 | 107,5% |

° Mehrfachantworten (MFA) waren bei diesen Fragen möglich; N ist die Anzahl der zu dieser Frage antwortenden Befragten.

| Frage Nr. 7c Um welche Fortbildungen handelt es sich dabei? | | | | |
|--|----------------|------------|----------------|------------|
| ØMFA | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | N | Mittelwert | N | Mittelwert |
| Firmenveranstaltungen | N=23 | 8,7% | N=4 | 25,0% |
| Veranstaltungen privater Institutionen | N=23 | 43,5% | N=4 | 75,0% |
| Universitätsveranstaltungen | N=23 | 65,2% | N=4 | 75,0% |
| Kongresse | N=23 | 60,9% | N=4 | 100,0% |
| Literatur | N=23 | 0,0% | N=4 | 0,0% |
| BPT | N=23 | 0,0% | N=4 | 0,0% |
| VDH | N=23 | 13,0% | N=4 | 0,0% |
| GTVT | N=23 | 13,0% | N=4 | 0,0% |
| ATF | N=23 | 13,0% | N=4 | 0,0% |
| Frage Nr. 8 Welche der folgenden Bezeichnungen im Zusammenhang mit Verhaltenstherapie sind Ihnen bekannt? | | | | |
| ØMFA | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | N | Mittelwert | N | Mittelwert |
| FTA | N=23 | 95,7% | N=4 | 100,0% |
| Zusatzbezeichnung | N=23 | 100,0% | N=4 | 100,0% |
| Auslandstitel | N=23 | 82,6% | N=4 | 75,0% |
| Sonstiges, wie Tierpsychologe etc. | N=23 | 4,3% | N=4 | 0,0% |
| Frage Nr. 10a Möchten Sie eine weitere der oben genannten Zusatzbezeichnungen erreichen? | | | | |
| | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Nein | 17 | 85,0% | 0 | 0,0% |
| Ja | 3 | 15,0% | 0 | 0,0% |
| Gesamt | 20 | 100,0% | 0 | 0,0% |
| Frage Nr. 10b Welche weitere Zusatzbezeichnung möchten sie erreichen? | | | | |
| | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| FTA | 1 | 50,0% | 0 | 0,0% |
| Beides | 1 | 50,0% | 0 | 0,0% |
| Gesamt | 2 | 100,0% | 0 | 0,0% |

Ø Mehrfachantworten (MFA) waren bei diesen Fragen möglich; N ist die Anzahl der zu dieser Frage antwortenden Befragten.

| Frage Nr. 11 Wann werden die verhaltenstherapeutischen Fälle in Ihrer kurativen Praxis behandelt? | | | | |
|--|----------------|------------|----------------|------------|
| ØMFA | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | N | Mittelwert | N | Mittelwert |
| In der Sprechstunde | N=23 | 21,7% | N=4 | 50,0% |
| Außerhalb der Sprechstunde | N=23 | 73,9% | N=4 | 25,0% |
| Hausbesuch | N=23 | 91,3% | N=4 | 75,0% |
| Telefonisch | N=23 | 56,5% | N=4 | 50,0% |
| Frage Nr. 12 Wo wird die Therapie durchgeführt? | | | | |
| ØMFA | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | N | Mittelwert | N | Mittelwert |
| Im Sprechzimmer | N=23 | 39,1% | N=4 | 75,0% |
| In einem separatem Raum | N=23 | 52,2% | N=4 | 0,0% |
| Beim Tierbesitzer | N=23 | 87,0% | N=4 | 75,0% |
| Frage Nr. 13 Werden verhaltenstherapeutische Fälle an Ihre Praxis/ Klinik überwiesen? | | | | |
| | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Nie | 1 | 4,3% | 0 | 0,0% |
| Selten | 3 | 13,0% | 0 | 0,0% |
| Manchmal | 8 | 34,8% | 1 | 25,0% |
| Oft | 10 | 43,5% | 3 | 75,0% |
| Immer | 1 | 4,3% | 0 | 0,0% |
| Gesamt | 23 | 100,0% | 4 | 100,0% |
| Frage Nr. 14 Wie wird mit überwiesenen Patienten weiter verfahren? | | | | |
| ØMFA | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | N | Mittelwert | N | Mittelwert |
| Patient wird in den eigenen Kundenstamm aufgenommen | N=23 | 17,4% | N=4 | 0,0% |
| Patient wird zurück überwiesen | N=23 | 95,7% | N=4 | 100,0% |
| Behandlungsergebnisse an den Kollegen weitergegeben | N=23 | 87,0% | N=4 | 75,0% |
| Behandlungsergebnisse ohne Weitergabe aufbewahrt | N=23 | 17,4% | N=4 | 0,0% |

Ø Mehrfachantworten (MFA) waren bei diesen Fragen möglich; N ist die Anzahl der zu dieser Frage antwortenden Befragten.

| Frage Nr. 15 Welche Therapie wird bei verhaltenstherapeutischen Fällen angewandt? | | | | |
|--|----------------|------------|----------------|------------|
| ØMFA | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | N | Mittelwert | N | Mittelwert |
| Pharmakotherapie | N=23 | 13,0% | N=4 | 0,0% |
| Verhaltenstherapeutische Gespräche | N=23 | 56,5% | N=4 | 75,0% |
| Kombination aus Beidem | N=23 | 95,7% | N=4 | 75,0% |
| Frage Nr. 16 Welche Pharmaka werden in Ihrer Praxis/ Klinik verhaltenstherapeutisch eingesetzt? | | | | |
| ØMFA | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | N | Mittelwert | N | Mittelwert |
| Benzodiazepine | N=23 | 47,8% | N=4 | 25,0% |
| Neuroleptika | N=23 | 21,7% | N=4 | 50,0% |
| Antidepressiva | N=23 | 65,2% | N=4 | 50,0% |
| MAO-Hemmer | N=23 | 56,5% | N=4 | 75,0% |
| Hormone | N=23 | 13,0% | N=4 | 50,0% |
| Futteradditiva | N=23 | 69,6% | N=4 | 50,0% |
| Homöopathische Präparate | N=23 | 39,1% | N=4 | 50,0% |
| Sonstiges, wie Phytotherapie, Bachblüten etc. | N=23 | 69,6% | N=4 | 25,0% |
| Frage Nr. 17 Welche Zeitspanne planen Sie in der Regel für ein verhaltenstherapeutisches Gespräch ein? | | | | |
| | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| 1/2 Std. | 1 | 4,5% | 1 | 25,0% |
| 1 Std. | 8 | 36,4% | 0 | 0,0% |
| 1 1/2 Std. | 7 | 31,8% | 2 | 50,0% |
| mehr als 1/2 Std. | 6 | 27,3% | 1 | 25,0% |
| Gesamt | 22 | 100,0% | 4 | 100,0% |
| Frage Nr. 18 Wie oft kommen Patientenbesitzer in der Regel mit ihren Tieren, die Verhaltensprobleme aufweisen, in Ihre Sprechstunde bzw. in Ihre verhaltenstherapeutische Sprechstunde? | | | | |
| ØMFA | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | N | Mittelwert | N | Mittelwert |
| 1 Mal | N=23 | 43,5% | N=4 | 25,0% |
| 2 bis 4 Mal | N=23 | 56,5% | N=4 | 50,0% |
| 5 bis 7 Mal | N=23 | 4,3% | N=4 | 0,0% |
| Mehr als 7 Mal | N=23 | 4,3% | N=4 | 0,0% |
| Telefonische Beratung | N=23 | 26,1% | N=4 | 25,0% |

Ø Mehrfachantworten (MFA) waren bei diesen Fragen möglich; N ist die Anzahl der zu dieser Frage antwortenden Befragten.

| Frage Nr. 19 Welchen Satz berechnen Sie für eine Stunde Verhaltenstherapie? | | | | |
|---|----------------|------------|----------------|------------|
| | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| bis zu 25 Euro | 0 | 0,0% | 1 | 25,0% |
| bis zu 50 Euro | 5 | 21,7% | 0 | 0,0% |
| bis zu 75 Euro | 14 | 60,9% | 1 | 25,0% |
| bis zu 100 Euro | 4 | 17,4% | 1 | 25,0% |
| mehr als 100 Euro | 0 | 0,0% | 1 | 25,0% |
| Gesamt | 23 | 100,0% | 4 | 100,0% |
| Frage Nr. 20 Wird der therapeutische Erfolg von Ihnen nach dem Therapiegespräch bzw. nach Aufstellen eines Therapieplans nachverfolgt? | | | | |
| | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Ja | 23 | 100,0% | 4 | 100,0% |
| Gesamt | 23 | 100,0% | 4 | 100,0% |
| Frage Nr. 20b Wie wird der therapeutische Erfolg nachverfolgt? | | | | |
| °MFA | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | N | Mittelwert | N | Mittelwert |
| Telefonisch | N=23 | 78,3% | N=4 | 75,0% |
| Schriftlich | N=23 | 13,0% | N=4 | 0,0% |
| Beim nächsten zufälligen Praxisbesuch | N=23 | 26,1% | N=4 | 25,0% |
| Terminvereinbarung zu Trainingsstunden | N=23 | 34,8% | N=4 | 25,0% |
| Frage Nr. 21 Arbeiten Sie mit Hundeschulen zusammen? | | | | |
| | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Nein | 5 | 23,8% | 0 | 0,0% |
| Ja | 10 | 47,6% | 3 | 75,0% |
| Eigene Hundeschule | 6 | 28,6% | 1 | 25,0% |
| Gesamt | 21 | 100,0% | 4 | 100,0% |
| Frage Nr. 22 Beraten Sie Patientenbesitzer vor und nach Anschaffung eines Tieres, zur Vermeidung evtl. haltungs- oder rassebedingter Verhaltensprobleme? | | | | |
| | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Nein | 1 | 4,3% | 0 | 0,0% |
| Ja | 22 | 95,7% | 4 | 100,0% |
| Gesamt | 23 | 100,0% | 4 | 100,0% |

° Mehrfachantworten (MFA) waren bei diesen Fragen möglich; N ist die Anzahl der zu dieser Frage antwortenden Befragten.

| Frage Nr. 22a Wie beraten Sie vor und nach Anschaffung eines Tieres? | | | | |
|---|----------------|------------|----------------|------------|
| ØMFA | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | N | Mittelwert | N | Mittelwert |
| Anschaffungs- und Rasseberatung | N=23 | 87,0% | N=4 | 75,0% |
| Welpenspielstunden | N=23 | 39,1% | N=4 | 50,0% |
| Eigener Hundeschule | N=23 | 21,7% | N=4 | 25,0% |
| Empfehlung an Hundeschule | N=23 | 60,9% | N=4 | 50,0% |
| Hundesportverein | N=23 | 0,0% | N=4 | 0,0% |
| Literatur/ Broschüre über Hundeeziehung (Albrecht) | N=23 | 4,3% | N=4 | 0,0% |
| Erziehungstipps/ Beratungsgespräch beim 1. Besuch | N=23 | 0,0% | N=4 | 0,0% |
| Hundeabrichtung/ Hundetreff | N=23 | 4,3% | N=4 | 0,0% |
| Ankaufsuntersuchung | N=23 | 0,0% | N=4 | 0,0% |
| Spezialisierte Tierarzt | N=23 | 0,0% | N=4 | 0,0% |
| Sachkundenachweis, Hundeführerschein | N=23 | 8,7% | N=4 | 25,0% |
| Frage Nr. 23 Wird der Patient weiter überwiesen, wenn keine Therapie angeboten werden kann oder es sich um ein zu komplexes Problem handelt? | | | | |
| | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Nein | 6 | 28,6% | 1 | 25,0% |
| Ja | 15 | 71,4% | 3 | 75,0% |
| Gesamt | 21 | 100,0% | 4 | 100,0% |
| Frage Nr. 24 An wen wird überwiesen? | | | | |
| ØMFA | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | N | Mittelwert | N | Mittelwert |
| Universitätsklinik | N=23 | 17,4% | N=4 | 25,0% |
| Spezialisierte Tierarzt | N=23 | 52,2% | N=4 | 0,0% |
| Supervision | N=23 | 39,1% | N=4 | 25,0% |
| Hundeschule | N=23 | 26,1% | N=4 | 25,0% |
| Sonstiges | N=23 | 0,0% | N=4 | 50,0% |

Ø Mehrfachantworten (MFA) waren bei diesen Fragen möglich; N ist die Anzahl der zu dieser Frage antwortenden Befragten.

Einstellung zur Verhaltenstherapie im Praxismanagement

Tab. 8: Ergebnistabellen zu Fragen zur Einstellung zur Verhaltenstherapie im Praxismanagement der Tierärzte mit Fachtierarztanerkennung Verhaltenskunde oder Zusatzbezeichnung Verhaltenstherapie, Frage 25 bis Frage 44

| | | Frage Nr. 25 Halten Sie es für sinnvoll, eine verhaltenstherapeutische Sprechstunde in die Organisation einer kurativen Praxis einzuplanen? | | | |
|--------------------------------------|--|--|------------|----------------|------------|
| | | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Nein | | 10 | 47,6% | 1 | 25,0% |
| Ja | | 11 | 52,4% | 3 | 75,0% |
| Gesamt | | 21 | 100,0% | 4 | 100,0% |
| | | Frage Nr. 25a Argumente für das Einplanen einer verhaltenstherapeutischen Sprechstunde | | | |
| ØMFA | | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | | N | Mittelwert | N | Mittelwert |
| Zunehmende Nachfrage | | N=6 | 33,3% | N=4 | 0,0% |
| Erweiterung des Serviceangebots | | N=6 | 0,0% | N=4 | 0,0% |
| Arbeitserleichterung | | N=6 | 0,0% | N=4 | 0,0% |
| Kundenbindung | | N=6 | 33,3% | N=4 | 0,0% |
| Beeinflussung des Zusammenlebens | | N=6 | 0,0% | N=4 | 0,0% |
| Keine Zeit während der Sprechstunde | | N=6 | 33,3% | N=4 | 0,0% |
| Überweisung nicht zufrieden stellend | | N=6 | 0,0% | N=4 | 0,0% |

Ø Mehrfachantworten (MFA) waren bei diesen Fragen möglich; N ist die Anzahl der zu dieser Frage antwortenden Befragten.

| | | Frage Nr. 25b Argumente gegen das Einplanen einer verhaltenstherapeutischen Sprechstunde | | | |
|---------------------------------|----------------|--|----------------|----------------|--------|
| ØMFA | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | | |
| | N | Mittelwert | N | Mittelwert | |
| Geringe Nachfrage | N=10 | 0,0% | N=4 | 0,0% | |
| Zusammenarbeit mit Hundeschule | N=10 | 0,0% | N=4 | 0,0% | |
| Demnächst in Rente | N=10 | 0,0% | N=4 | 0,0% | |
| Keine Zeit | N=10 | 30,0% | N=4 | 0,0% | |
| Integration in die Sprechstunde | N=10 | 20,0% | N=4 | 0,0% | |
| Mangelnde Kenntnis | N=10 | 20,0% | N=4 | 0,0% | |
| Wird nicht bezahlt | N=10 | 0,0% | N=4 | 0,0% | |
| Unbefriedigender Therapieerfolg | N=10 | 0,0% | N=4 | 0,0% | |
| Organisationsbedingt | N=10 | 30,0% | N=4 | 0,0% | |
| Kein Interesse | N=10 | 0,0% | N=4 | 0,0% | |
| Hausbesuche | N=10 | 40,0% | N=4 | 0,0% | |
| | | Frage Nr. 26a Halten Sie Verhaltenstherapie in der kurativen Praxis für wirtschaftlich? | | | |
| | | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Nein | | 4 | 17,4% | 0 | 0,0% |
| Ja | | 19 | 82,6% | 4 | 100,0% |
| Gesamt | | 23 | 100,0% | 4 | 100,0% |
| | | Frage Nr. 26b In welchem Zeitraum halten Sie Verhaltenstherapie in der kurativen Praxis für wirtschaftlich? | | | |
| | | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Kurzfristig | | 0 | 0,0% | 1 | 33,3% |
| Mittelfristig | | 3 | 16,7% | 0 | 0,0% |
| Langfristig | | 15 | 83,3% | 2 | 66,7% |
| Gesamt | | 18 | 100,0% | 3 | 100,0% |
| | | Frage Nr. 27 Warum halten Sie Verhaltenstherapie in der kurativen Praxis für wirtschaftlich? | | | |
| ØMFA | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | | |
| | N | Mittelwert | N | Mittelwert | |
| Werbemittel | N=23 | 43,5% | N=4 | 0,0% | |
| Neukundengewinnung | N=23 | 43,5% | N=4 | 0,0% | |
| Kundentreue | N=23 | 47,8% | N=4 | 25,0% | |
| Neuer Servicebereich | N=23 | 69,6% | N=4 | 50,0% | |
| Hohes Kundenpotential | N=23 | 34,8% | N=4 | 25,0% | |
| Sonstiges | N=23 | 13,0% | N=4 | 25,0% | |

Ø Mehrfachantworten (MFA) waren bei diesen Fragen möglich; N ist die Anzahl der zu dieser Frage antwortenden Befragten.

| Frage Nr. 28 Kann der Einsatz von Verhaltenstherapie im Management einer kurativen Praxis eine Steigerung der Kundenzufriedenheit hervorrufen? | | | | |
|--|----------------|------------|----------------|------------|
| | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Nein | 4 | 18,2% | 0 | 0,0% |
| Ja | 18 | 81,8% | 3 | 100,0% |
| Gesamt | 22 | 100,0% | 3 | 100,0% |
| Frage Nr. 29 Warum kann der Einsatz von Verhaltenstherapie im Management einer kurativen Praxis eine Steigerung der Kundenzufriedenheit hervorrufen? | | | | |
| ØMFA | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | N | Mittelwert | N | Mittelwert |
| Kunden fühlen sich optimal betreut | N=23 | 69,6% | N=4 | 50,0% |
| Kunden fühlen sich verstanden | N=23 | 69,6% | N=4 | 50,0% |
| Kunden fühlen sich ernst genommen | N=23 | 69,6% | N=4 | 50,0% |
| Kunden halten den Tierarzt für kompetent | N=23 | 65,2% | N=4 | 50,0% |
| Sonstiges | N=23 | 4,3% | N=4 | 0,0% |
| Frage Nr. 30 Kann das Einbinden von Verhaltenstherapie in die Organisation einer kurativen Praxis dazu beitragen, potentielle Kunden zu interessieren und diese evtl. als Neukunden für diese Praxis/ Klinik zu gewinnen? | | | | |
| | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Nein | 6 | 31,6% | 1 | 33,3% |
| Ja | 13 | 68,4% | 2 | 66,7% |
| Gesamt | 19 | 100,0% | 3 | 100,0% |
| Frage Nr. 31 Haben Sie seit Anbieten der Verhaltenstherapie auch neue Kunden für Ihre kurative Praxis hinzugewonnen? | | | | |
| | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Nein | 3 | 20,0% | 0 | 0,0% |
| Ja | 12 | 80,0% | 3 | 100,0% |
| Gesamt | 15 | 100,0% | 3 | 100,0% |
| Frage Nr. 31a Wie viele Neukunden haben Sie dazu gewonnen? | | | | |
| ØMFA | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | N | Mittelwert | N | Mittelwert |
| Neukunden | N=8 | 6,0% | N=2 | 25,5% |

Ø Mehrfachantworten (MFA) waren bei diesen Fragen möglich; N ist die Anzahl der zu dieser Frage antwortenden Befragten.

| Frage Nr. 32 Besteht Ihrer Meinung nach ein Kundenpotential für den Bereich Verhaltenstherapie? | | | | |
|---|----------------|--------|----------------|--------|
| | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Nein | 2 | 8,7% | 0 | 0,0% |
| Ja | 21 | 91,3% | 4 | 100,0% |
| Gesamt | 23 | 100,0% | 4 | 100,0% |
| Frage Nr. 33a Wie hoch schätzen Sie dieses Kundenpotential ein? | | | | |
| | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| niedrig | 2 | 18,2% | 1 | 33,3% |
| mittel | 5 | 45,5% | 2 | 66,7% |
| hoch | 4 | 36,4% | 0 | 0,0% |
| Gesamt | 11 | 100,0% | 3 | 100,0% |
| Frage Nr. 33b Wie hoch schätzen Sie dieses Potential prognostisch ein? | | | | |
| | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| fallend | 1 | 5,0% | 0 | 0,0% |
| stagnierend | 1 | 5,0% | 0 | 0,0% |
| steigend | 18 | 90,0% | 3 | 100,0% |
| Gesamt | 20 | 100,0% | 3 | 100,0% |
| Frage Nr. 34 Wie viel Prozent Ihres eigenen Kundenstammes in der kurativen Praxis haben Ihrer Meinung nach Tiere mit Verhaltensproblemen/-störungen? | | | | |
| | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| bis zu 10% | 3 | 17,6% | 0 | 0,0% |
| 11% - 20% | 7 | 41,2% | 0 | 0,0% |
| 21% - 30% | 3 | 17,6% | 0 | 0,0% |
| 31% - 40% | 3 | 17,6% | 0 | 0,0% |
| 41% - 50% | 0 | 0,0% | 1 | 33,3% |
| 51% - 60% | 0 | 0,0% | 1 | 33,3% |
| 71% - 80% | 1 | 5,9% | 0 | 0,0% |
| 81% - 100% | 0 | 0,0% | 1 | 33,3% |
| Gesamt | 17 | 100,0% | 3 | 100,0% |
| Frage Nr. 35 Bietet das Einbinden von Verhaltenstherapie ins Management einer kurativen Praxis die Möglichkeit sich von der Konkurrenz abzugrenzen? | | | | |
| | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Nein | 3 | 15,0% | 0 | 0,0% |
| Ja | 17 | 85,0% | 3 | 100,0% |
| Gesamt | 20 | 100,0% | 3 | 100,0% |

| Frage Nr. 36a | | | | |
|--|----------------|------------|----------------|------------|
| Könnte der Einsatz von Verhaltenstherapie in einer kurativen Praxis werbetechnisch dazu beitragen, die dadurch erweiterte fachliche Kompetenz als Werbeträger zur Kundengewinnung einzusetzen? | | | | |
| | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Nein | 7 | 36,8% | 0 | 0,0% |
| Ja | 12 | 63,2% | 3 | 100,0% |
| Gesamt | 19 | 100,0% | 3 | 100,0% |
| Frage Nr. 36b | | | | |
| Wie hoch schätzen Sie diesen Beitrag ein? | | | | |
| | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Geringer Beitrag | 3 | 25,0% | 0 | 0,0% |
| Mittlerer Beitrag | 8 | 66,7% | 2 | 66,7% |
| Hoher Beitrag | 1 | 8,3% | 1 | 33,3% |
| Gesamt | 12 | 100,0% | 3 | 100,0% |
| Frage Nr. 37a | | | | |
| Hat sich der Einsatz von Verhaltenstherapie umsatzsteigernd ausgewirkt? | | | | |
| | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Nein | 3 | 15,8% | 0 | 0,0% |
| Ja | 16 | 84,2% | 3 | 100,0% |
| Gesamt | 19 | 100,0% | 3 | 100,0% |
| Frage Nr. 37b | | | | |
| Um wie viel Prozent hat sich der Einsatz von Verhaltenstherapie in etwa umsatzsteigernd ausgewirkt? | | | | |
| | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| 1% | 1 | 8,3% | 0 | 0,0% |
| 2% | 2 | 16,7% | 0 | 0,0% |
| 5% | 3 | 25,0% | 0 | 0,0% |
| 10% | 3 | 25,0% | 1 | 50,0% |
| 20% | 3 | 25,0% | 0 | 0,0% |
| 60% | 0 | 0,0% | 1 | 50,0% |
| Gesamt | 12 | 100,0% | 2 | 100,0% |
| Frage Nr. 37b | | | | |
| Durchschnittliche Umsatzsteigerung unter den Befragten | | | | |
| ØMFA | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | N | Mittelwert | N | Mittelwert |
| Durchschnittliche Umsatzsteigerung | N=12 | 9,2% | N=2 | 35,0% |

Ø Mehrfachantworten (MFA) waren bei diesen Fragen möglich; N ist die Anzahl der zu dieser Frage antwortenden Befragten.

| Frage Nr. 37c In welchem Zeitraum hat sich der Einsatz von Verhaltenstherapie umsatzsteigernd ausgewirkt? | | | | | |
|--|--|----------------|------------|----------------|------------|
| | | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Kurzfristig | | 1 | 7,1% | 0 | 0,0% |
| Mittelfristig | | 7 | 50,0% | 2 | 66,7% |
| Langfristig | | 6 | 42,9% | 1 | 33,3% |
| Gesamt | | 14 | 100,0% | 3 | 100,0% |
| Frage Nr. 38 Weshalb kommt es zu einer Umsatzsteigerung durch den Einsatz von Verhaltenstherapie? | | | | | |
| ∅MFA | | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | | N | Mittelwert | N | Mittelwert |
| Neukundengewinnung durch Werbeeffect | | N=23 | 26,1% | N=4 | 0,0% |
| Kundentreue durch erweiterten Therapiebereich | | N=23 | 47,8% | N=4 | 50,0% |
| Abheben von der Konkurrenz | | N=23 | 34,8% | N=4 | 75,0% |
| Bedeutendes Kundenpotential | | N=23 | 17,4% | N=4 | 25,0% |
| Abverkauf von Erziehungshilfen | | N=23 | 13,0% | N=4 | 25,0% |
| Sonstiges | | N=23 | 13,0% | N=4 | 0,0% |
| Frage Nr. 39a Könnte sich der Einsatz von Verhaltenstherapie in einer kurativen Praxis umsatzmindernd auswirken? | | | | | |
| | | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Nein | | 13 | 68,4% | 3 | 100,0% |
| Ja | | 6 | 31,6% | 0 | 0,0% |
| Gesamt | | 19 | 100,0% | 3 | 100,0% |
| Frage Nr. 39b In welchem Zeitraum könnte sich der Einsatz von Verhaltenstherapie umsatzmindernd auswirken? | | | | | |
| | | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Kurzfristig | | 3 | 50,0% | 0 | 0,0% |
| Mittelfristig | | 1 | 16,7% | 0 | 0,0% |
| Langfristig | | 2 | 33,3% | 0 | 0,0% |
| Gesamt | | 6 | 100,0% | 0 | 0,0% |

∅ Mehrfachantworten (MFA) waren bei diesen Fragen möglich; N ist die Anzahl der zu dieser Frage antwortenden Befragten.

| Frage Nr. 40 Weshalb vermuten Sie Umsatzeinbußen durch den Einsatz von Verhaltenstherapie in einer kurativen Praxis? | | | | |
|---|----------------|------------|----------------|------------|
| øMFA | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | N | Mittelwert | N | Mittelwert |
| Geringe Akzeptanz der Patientenbesitzer | N=23 | 4,3% | N=4 | 0,0% |
| Weniger Zeit für ertragreichere Tätigkeiten | N=23 | 26,1% | N=4 | 0,0% |
| Zu geringes Kundenpotential in diesem Bereich | N=23 | 4,3% | N=4 | 0,0% |
| Zuviel Aufwand im Verhältnis zum Ertrag | N=23 | 21,7% | N=4 | 0,0% |
| Konkurrenz zu groß | N=23 | 0,0% | N=4 | 0,0% |
| Zu hohe Fortbildungskosten | N=23 | 8,7% | N=4 | 0,0% |
| Sonstiges | N=23 | 4,3% | N=4 | 0,0% |
| Frage Nr. 41 Ist Kundentreue für Sie wirtschaftlich gesehen in Ihrer kurativen Praxis wichtig? | | | | |
| | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Ja | 20 | 100,0% | 4 | 100,0% |
| Gesamt | 20 | 100,0% | 4 | 100,0% |
| Frage Nr. 42a Was glauben Sie, welche Faktoren Einfluss auf Kundentreue ausüben? Niedriger Preis? | | | | |
| | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Gering | 8 | 42,1% | 2 | 50,0% |
| Mittel | 8 | 42,1% | 2 | 50,0% |
| Hoch | 3 | 15,8% | 0 | 0,0% |
| Gesamt | 19 | 100,0% | 4 | 100,0% |
| Frage Nr. 42b Was glauben Sie, welche Faktoren Einfluss auf Kundentreue ausüben? Persönliche Beziehung? | | | | |
| | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Gering | 2 | 9,1% | 0 | 0,0% |
| Hoch | 20 | 90,9% | 4 | 100,0% |
| Gesamt | 22 | 100,0% | 4 | 100,0% |

ø Mehrfachantworten (MFA) waren bei diesen Fragen möglich; N ist die Anzahl der zu dieser Frage antwortenden Befragten.

| Frage Nr. 42c Was glauben Sie, welche Faktoren Einfluss auf Kundentreue ausüben? Sympathie? | | | | |
|--|----------------|--------|----------------|--------|
| | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Gering | 1 | 4,8% | 0 | 0,0% |
| Mittel | 2 | 9,5% | 0 | 0,0% |
| Hoch | 18 | 85,7% | 4 | 100,0% |
| Gesamt | 21 | 100,0% | 4 | 100,0% |
| Frage Nr. 42d Was glauben Sie, welche Faktoren Einfluss auf Kundentreue ausüben? Breitgefächertes Angebot? | | | | |
| | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Gering | 1 | 4,8% | 0 | 0,0% |
| Mittel | 12 | 57,1% | 3 | 100,0% |
| Hoch | 8 | 38,1% | 0 | 0,0% |
| Gesamt | 21 | 100,0% | 3 | 100,0% |
| Frage Nr. 42e Was glauben Sie, welche Faktoren Einfluss auf Kundentreue ausüben? Spezialisierung des Tierarztes? | | | | |
| | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Gering | 4 | 18,2% | 0 | 0,0% |
| Mittel | 11 | 50,0% | 3 | 75,0% |
| Hoch | 7 | 31,8% | 1 | 25,0% |
| Gesamt | 22 | 100,0% | 4 | 100,0% |
| Frage Nr. 42f Was glauben Sie, welche Faktoren Einfluss auf Kundentreue ausüben? Fachliche Kompetenz? | | | | |
| | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Gering | 1 | 4,5% | 0 | 0,0% |
| Mittel | 5 | 22,7% | 2 | 50,0% |
| Hoch | 16 | 72,7% | 2 | 50,0% |
| Gesamt | 22 | 100,0% | 4 | 100,0% |

| Frage Nr. 42g Was glauben Sie, welche Faktoren Einfluss auf Kundentreue ausüben? Konkurrenzfähiges Angebot? | | | | | |
|---|--|----------------|--------|----------------|--------|
| | | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Gering | | 2 | 10,0% | 0 | 0,0% |
| Mittel | | 12 | 60,0% | 3 | 75,0% |
| Hoch | | 6 | 30,0% | 1 | 25,0% |
| Gesamt | | 20 | 100,0% | 4 | 100,0% |
| Frage Nr. 42h Was glauben Sie, welche Faktoren Einfluss auf Kundentreue ausüben? Gute Betreuung von Patienten und Patientenbesitzer? | | | | | |
| | | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Gering | | 1 | 4,8% | 0 | 0,0% |
| Mittel | | 1 | 4,8% | 0 | 0,0% |
| Hoch | | 19 | 90,5% | 4 | 100,0% |
| Gesamt | | 21 | 100,0% | 4 | 100,0% |
| Frage Nr. 43a Könnte sich der Einsatz von Verhaltenstherapie im Management einer kurativen Praxis positiv auf die Kundentreue auswirken? | | | | | |
| | | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Nein | | 3 | 14,3% | 0 | 0,0% |
| Ja | | 18 | 85,7% | 3 | 100,0% |
| Gesamt | | 21 | 100,0% | 3 | 100,0% |

| | Frage Nr. 43b Wodurch könnte sich der Einsatz von Verhaltenstherapie im Management einer kurativen Praxis positiv auf die Kundentreue auswirken? | | | |
|---|---|------------|----------------|------------|
| ØMFA | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | N | Mittelwert | N | Mittelwert |
| Kunde fühlt sich besser betreut | N=23 | 8,7% | N=4 | 0,0% |
| Kunde fühlt sich verstanden | N=23 | 8,7% | N=4 | 0,0% |
| Kunde fühlt sich ernst genommen | N=23 | 8,7% | N=4 | 0,0% |
| Kunde hält Tierarzt für kompetent | N=23 | 4,3% | N=4 | 0,0% |
| Vertrauensbildung | N=23 | 4,3% | N=4 | 0,0% |
| Verbessertes Therapieangebot | N=23 | 13,0% | N=4 | 0,0% |
| Abheben vom Wettbewerb | N=23 | 4,3% | N=4 | 0,0% |
| Verbesserung der Beziehung Mensch-Tier | N=23 | 0,0% | N=4 | 25,0% |
| Gute Ergebnisse führen zu Kundentreue | N=23 | 8,7% | N=4 | 0,0% |
| Positives Image | N=23 | 4,3% | N=4 | 0,0% |
| | Frage Nr. 44 Anmerkungen | | | |
| ØMFA | Befragung 2005 | | Befragung 2001 | |
| | N | Mittelwert | N | Mittelwert |
| Besitzeraufklärung bzgl. Tierverhalten | N=23 | 4,3% | N=4 | 25,0% |
| An Spezialisten überweisen | N=23 | 8,7% | N=4 | 0,0% |
| Zu hoher Aufwand, mäßiger Erfolg, wenig Verdienst | N=23 | 4,3% | N=4 | 0,0% |
| Verhaltenstherapie liegt im Trend | N=23 | 4,3% | N=4 | 0,0% |
| Verhaltenstherapie als unentgeltlicher Service | N=23 | 4,3% | N=4 | 0,0% |
| Verhaltenstherapie ist interessant und im Trend | N=23 | 4,3% | N=4 | 0,0% |
| Prophylaxe ist wichtiger | N=23 | 4,3% | N=4 | 0,0% |

Ø Mehrfachantworten (MFA) waren bei diesen Fragen möglich; N ist die Anzahl der zu dieser Frage antwortenden Befragten.

9.2. Fragebogen

9.2.1. Fragebogen praktische Tierärzte

**INSTITUT FÜR TIERHYGIENE, VERHALTENSKUNDE
UND TIERSCHUTZ**

der Ludwig-Maximilians-Universität München

Schwere-Reiter-Str. 9
80797 München

Tel. 089/ 15 92 78 32
Fax 089/ 15 78 277

Umfrage zum Thema

Verhaltenstherapie im Praxismanagement
einer Tierarztpraxis/ -klinik

Ziel der Umfrage ist es herauszufinden, ob in der Praxis ein Potential für Verhaltenstherapie vorhanden ist und ob sich dieses Potential zu einem wirtschaftlich positiven Ergebnis umsetzen lässt.

Fragebogen für prakt. Tierärzte

Praxisinhaber/ Praxisadresse:
(freiwillige Angabe)

Praxisstempel oder Adresse

Geschlecht: Mann Frau Alter: ____ Jahre

Praxis Klinik Kammergebiet: _____
Stadt Land Einwohnerzahl: _____

Praxis-/ Klinikgründung 19__

Spezialbereich:

Großtiere _____% Fachtierarztbezeichnung: _____
Kleintiere _____% Weiterbildungsermächtigung: _____
Pferde _____%

Praxis-/ Klinikgröße:

-Anzahl der Tierärzte _____
davon vollzeitbeschäftigte Tierärzte _____ /davon vollzeitbeschäftigte Tierärztinnen _____
davon teilzeitbeschäftigte Tierärzte _____ /davon teilzeitbeschäftigte Tierärztinnen _____

-Anzahl der Tierarzthelfer/innen _____

-Anzahl der zu behandelnden
Patienten pro Tag (Durchschnitt) _____

Hunde _____% **Katzen** _____% **Vögel** _____% **Kl. Heimtiere** _____%

1. Kommen Patienten mit Verhaltensproblemen in Ihre Praxis/ Klinik?

Ja Nein
ò
weiter bei Frage Nr. 21

2. Um welche Tierart handelt es sich dabei überwiegend?

Hunde _____%
Katzen _____%
Sonstige _____

3. Um welche Verhaltensprobleme handelt es sich dabei meistens?

| Hunde | | Katze | |
|----------|---------|----------|---------|
| 1. _____ | _____ % | 1. _____ | _____ % |
| 2. _____ | _____ % | 2. _____ | _____ % |
| 3. _____ | _____ % | 3. _____ | _____ % |
| 4. _____ | _____ % | 4. _____ | _____ % |
| 5. _____ | _____ % | 5. _____ | _____ % |
| 100 % | | 100 % | |

4. Werden diagnostizierte Verhaltensprobleme selbst therapiert?

Ja Nein

weiter mit Frage Nr. 21

5. Seit wann bieten Sie Verhaltenstherapie in Ihrer Praxis/ Klinik an?

Seit _____ Monat(en)
 _____ Jahr(en)

Falls mehrere beschäftigte Tierärzte vorhanden:

Ist einer Ihrer Tierärzte speziell für diesen Bereich beauftragt?

Ja Nein

6. Wie beurteilen Sie die Tendenz in diesem Fachbereich?

Steigend

Stagnierend

Fallend

7. Nehmen Sie oder Ihre Mitarbeiter an Fortbildungen im Bereich Verhaltenstherapie teil?

Ja Nein

ca. ____ Fortbildungsstunden pro Jahr (/Praxisteam)

Um welche Fortbildungen handelt es sich dabei?

Firmenveranstaltungen

Veranstaltungen von privaten Institutionen

Universitätsveranstaltungen

Kongresse

Sonstige _____

8. Welche der folgenden Bezeichnungen im Zusammenhang mit Verhaltenstherapie sind Ihnen bekannt?

- Fachtierarzt für Verhaltenskunde
- Zusatzbezeichnung Verhaltenstherapie
- Auslandstitel im Zusammenhang mit Verhaltenstherapie
- Sonstiges _____

9. Haben Sie eine der oben genannten Zusatzbezeichnungen erlangt?

- Ja : _____ Nein
-

weiter mit Frage Nr. 11

10. Möchten Sie eine der oben genannten Zusatzbezeichnungen erreichen?

- Ja und zwar _____ Nein

11. Wann werden die o. g. verhaltenstherapeutischen Fälle behandelt?

- während der Sprechstunde
- außerhalb der Sprechstunde
- (sog. verhaltenstherapeutische Sprechstunde)
- während eines Hausbesuchs
- während eines Telefongesprächs

12. Wo wird die Verhaltenstherapie durchgeführt?

- im Sprechzimmer
- in einem separatem Raum
- beim Tierbesitzer Zuhause

13. Werden verhaltenstherapeutische Fälle an Ihre Praxis/ Klinik überwiesen?

- nie
- selten
- manchmal
- oft
- immer

14. Wie wird mit überwiesenen Patienten weiter verfahren?

- Patienten werden in eigenen Kundenstamm aufgenommen
- nach Behandlung wird Patient zurück überwiesen
- Behandlungsergebnisse werden an Kollegen weitergegeben
- Behandlungsergebnisse werden ohne Weitergabe aufbewahrt
- Sonstiges _____

15. Welche Therapie wird bei verhaltenstherapeutischen Fällen angewandt?

| | | |
|-----------------------|---------------------------------------|---------------------------|
| Pharmakotherapie | verhaltenstherapeutische Gespräche | Kombination aus beidem |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

weiter mit Frage Nr.17

16. Welche Pharmaka werden in Ihrer Praxis/ Klinik verhaltenstherapeutisch eingesetzt?

| | | | |
|----------------|-----------------------|--------------------------------|-----------------------|
| Benzodiazepine | <input type="radio"/> | Hormone | <input type="radio"/> |
| Neuroleptika | <input type="radio"/> | Futteradditiva (z. B. Relaxan) | <input type="radio"/> |
| Antidepressiva | <input type="radio"/> | Homöopathische Präparate | <input type="radio"/> |
| MAO-Hemmer | <input type="radio"/> | Sonstiges | _____ |
| | | | _____ |

bei ausschließlicher Pharmakotherapie

weiter mit Frage Nr. 21

17. Welche Zeitspanne planen Sie in der Regel für ein verhaltenstherapeutisches Gespräch ein?

| | |
|--------------------------|-----------------------|
| weniger als 1/2 Stunde | <input type="radio"/> |
| ca. 1/2 Stunde | <input type="radio"/> |
| ca. 1 Stunde | <input type="radio"/> |
| ca. 1 1/2 Stunden | <input type="radio"/> |
| länger als 1 1/2 Stunden | <input type="radio"/> |

18. Wie oft kommen Patientenbesitzer in der Regel mit ihren Tieren, die Verhaltensprobleme aufweisen, in Ihre Sprechstunde bzw. in Ihre verhaltenstherapeutische Sprechstunde?

| | |
|-----------------------|-----------------------|
| 1 mal | <input type="radio"/> |
| 2- 4 mal | <input type="radio"/> |
| 5- 7 mal | <input type="radio"/> |
| > 7 mal | <input type="radio"/> |
| telefonische Beratung | <input type="radio"/> |

19. Welchen Satz berechnen Sie für eine Stunde Verhaltenstherapie (ohne Anfahrt, etc.)?

| | |
|-----------------|-----------------------|
| kostenlos | <input type="radio"/> |
| bis zu DM 50 | <input type="radio"/> |
| bis zu DM 100 | <input type="radio"/> |
| bis zu DM 150 | <input type="radio"/> |
| bis zu DM 200 | <input type="radio"/> |
| mehr als DM 200 | <input type="radio"/> |

**9.2.2. Fragebogen Tierärzte mit Fachtierarztanerkennung
Verhaltenskunde oder Zusatzbezeichnung Verhaltenstherapie**

**INSTITUT FÜR TIERHYGIENE, VERHALTENSKUNDE
UND TIERSCHUTZ**

der Ludwig-Maximilians-Universität München

Schwere-Reiter-Str. 9
80797 München

Tel. 089/ 15 92 78 32
Fax 089/ 15 78 277

Umfrage zum Thema

**Verhaltenstherapie im Praxismanagement
*einer Tierarztpraxis/ -klinik***

Ziel der Umfrage ist es herauszufinden, ob in der Praxis ein Potential für Verhaltenstherapie vorhanden ist und ob sich dieses Potential zu einem wirtschaftlich positiven Ergebnis umsetzen lässt.

Praxisinhaber/ Praxisadresse:
(freiwillige Angabe)

Praxisstempel oder Adresse

Geschlecht: Mann Frau Alter: _____ Jahre

Praxis Klinik Kammergebiet: _____
Stadt Land Einwohnerzahl: _____

Praxis-/ Klinikgründung: Kurativ " _____ Verhaltenstherapie " _____
Jahr: _____ Jahr: _____

Spezialbereich der kurativen Praxis:

Großtiere _____% Fachtierarztbezeichnung: _____
Kleintiere _____% Weiterbildungsermächtigung: _____
Pferde _____%

Praxis-/ Klinikgröße:

-Anzahl der Tierärzte _____
davon vollzeitbeschäftigte Tierärzte _____ /davon vollzeitbeschäftigte Tierärztinnen _____
davon teilzeitbeschäftigte Tierärzte _____ /davon teilzeitbeschäftigte Tierärztinnen _____

-Anzahl der Tierarzhelfer/innen _____

-Anzahl der zu behandelnden

Patienten pro Tag (Durchschnitt) in der kurativen Praxis

Hunde _____% **Katzen** _____% **Vögel** _____% **Kl. Heimtiere** _____%

1. Welche Tierarten mit Verhaltensproblemen kommen in Ihre Praxis?

Hunde _____%
Katzen _____%
Sonstige _____

2. Wie viele verhaltenstherapeutische Patienten haben Sie pro Woche?

_____ pro Woche

9. Welche der oben genannten Zusatzbezeichnungen haben Sie erlangt?

10. Möchten Sie eine weitere der oben genannten Zusatzbezeichnungen erreichen?
Ja und zwar _____ Nein
11. Wann werden die o. g. verhaltenstherapeutischen Fälle in Ihrer kurativen Praxis behandelt?
während der kurativen Sprechstunde
außerhalb der kurativen Sprechstunde
in einer verhaltenstherapeutischen Sprechstunde
während eines Hausbesuchs
während eines Telefongesprächs
12. Wo wird die Verhaltenstherapie durchgeführt?
im Sprechzimmer
in einem separatem Raum
beim Tierbesitzer Zuhause
13. Werden verhaltenstherapeutische Fälle an Ihre Praxis/ Klinik überwiesen?
nie
selten
manchmal
oft
immer
14. Wie wird mit überwiesenen Patienten weiter verfahren?
Patienten werden in eigenen Kundenstamm aufgenommen
nach Behandlung wird Patient zurück überwiesen
Behandlungsergebnisse werden an Kollegen weitergegeben
Behandlungsergebnisse werden ohne Weitergabe aufbewahrt
Sonstiges _____
15. Welche Therapie wird bei verhaltenstherapeutischen Fällen angewandt?
Pharmakotherapie verhaltenstherapeutische Kombination aus
Gespräche beidem

weiter mit Frage Nr.17

16. Welche Pharmaka (bitte genaue Angabe) werden in Ihrer Praxis/ Klinik verhaltenstherapeutisch eingesetzt?

| | | | |
|----------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| | welche: | | welche: |
| Benzodiazepine | <input type="checkbox"/> _____ | Hormone | <input type="checkbox"/> _____ |
| Neuroleptika | <input type="checkbox"/> _____ | Futteradditiva (z. B. Relaxan) | <input type="checkbox"/> _____ |
| Antidepressiva | <input type="checkbox"/> _____ | Homöopathische Präparate | <input type="checkbox"/> _____ |
| MAO-Hemmer | <input type="checkbox"/> _____ | Sonstiges | <input type="checkbox"/> _____ |

**bei ausschließlicher Pharmakotherapie
weiter mit Frage Nr. 21**

17. Welche Zeitspanne planen Sie in der Regel für ein verhaltenstherapeutisches Gespräch ein?

weniger als 1/2 Stunde

ca. 1/2 Stunde

ca. 1 Stunde

ca. 1 1/2 Stunden

länger als 1 1/2 Stunden

18. Wie oft kommen Patientenbesitzer in der Regel mit ihren Tieren, die Verhaltensprobleme aufweisen, in Ihre Sprechstunde bzw. in Ihre verhaltenstherapeutische Sprechstunde?

1 mal

2- 4 mal

5- 7 mal

> 7 mal

telefonische Beratung

19. Welchen Satz berechnen Sie für eine Stunde Verhaltenstherapie (ohne Anfahrt, etc.)?

kostenlos

bis zu Euro 25

bis zu Euro 50

bis zu Euro 75

bis zu Euro 100

mehr als Euro 100

20. Wird der therapeutische Erfolg von Ihnen nach dem Therapiegespräch bzw. nach Aufstellen eines Therapieplans nach verfolgt?

Ja, telefonisch Nein

schriftlich

beim nächsten zufälligen Besuch
des Patienten in der kurativen Praxis

Terminvereinbarung zu Trainingsstunden

Sonstiges, wie _____

27. Warum halten Sie Verhaltenstherapie in der kurativen Praxis für wirtschaftlich?
- Verhaltenstherapie als Werbemittel
- Neukundengewinnung
- Kundentreue
- Neuer Servicebereich
- Hohes Kundenpotential
- Sonstiges _____

28. Kann der Einsatz von Verhaltenstherapie im Management einer kurativen Praxis eine Steigerung der Kundenzufriedenheit hervorrufen?
- Ja Nein
- ò
- weiter mit Frage Nr. 30**
29. Warum kann der Einsatz von Verhaltenstherapie im Management einer kurativen Praxis eine Steigerung der Kundenzufriedenheit hervorrufen?
- Kunden fühlen sich optimal betreut
- Kunden fühlen sich verstanden
- Kunden fühlen sich ernst genommen
- Kunden halten den Tierarzt für kompetent
- Sonstiges _____

30. Kann die Einbindung von Verhaltenstherapie in die Organisation einer kurativen Praxis dazu beitragen, potentielle Kunden zu interessieren und diese evtl. als Neukunden für diese Praxis/ Klinik zu gewinnen?
- Ja Nein
- ò
- weiter mit Frage Nr. 32**
31. Haben Sie seit dem Anbieten von Verhaltenstherapie auch neue Kunden für Ihre kurative Praxis hinzugewonnen?
- Ja Nein
- Wie viele in etwa? _____%
32. Besteht Ihrer Meinung nach ein Kundenpotential für den Bereich Verhaltenstherapie?
- Ja Nein
- ò
- weiter mit Frage Nr. 34**

44. Platz für weitere Anmerkungen:

Vielen Dank für Ihre Hilfe und Ihre Unterstützung!!!!

Bitte denken Sie daran, auf Seite 1 Ihre Adresse anzugeben, wenn Sie an den Ergebnissen dieser Befragung interessiert sind!

Danksagung

An erster Stelle möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. J. Unshelm und Herrn Prof. Dr. M. Erhard für die Überlassung des Themas und die freundliche Unterstützung bedanken.

Mein besonderer Dank gilt Frau Dr. Dorothea Döring und Frau Dr. Petra Mertens für die hervorragende fachliche Anleitung.

Frau Dr. Dorothea Döring danke ich des Weiteren für die stets hilfreichen Korrekturen sowie konstruktiven Diskussionen, durch die sie maßgeblich zur Entstehung dieser Arbeit beigetragen hat.

Herrn Prof. Dr. H. Küchenhoff und Frau Andrea Ossig, vom Statistischen Beratungslabor der LMU, danke ich für die Beratung und Hilfe bei der statistischen Auswertung meiner Ergebnisse.

Daneben gilt mein besonderer Dank Margot Bub und Julia Müller, die mir bei allen Fragen zur EDV immer hilfreich zur Seite standen.

Des Weiteren danke ich den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Lehrstuhls für Tierschutz, Verhaltenskunde, Tierhygiene und Tierhaltung für die immer freundliche Unterstützung.

Abschließend danke ich meiner wunderbaren Familie für die moralische Unterstützung und immer währende Ermutigung während dieser Zeit.

Ganz besonders möchte ich mich dabei bei Dr. Thomas Maletz bedanken, der mich mit Humor, Strenge und Liebe in all den guten und schlechten Zeiten begleitet hat.