

## **Marketing in der Arztpraxis**

### **Marketinghilfen und Tabellen zu Kapitel 8**

Marketinghilfe 8.1: Klassifikationsschema für zuweisende Ärzte

<b>Merkmale der zuweisenden Praxen</b>	<b>Ausprägung der Merkmale</b>	<b>Beschreibung Praxis 1</b>	<b>Beschreibung Praxis 2</b>	<b>Beschreibung Praxis 3</b>	<b>Beschreibung Praxis 4</b>
Stammdaten	<input type="checkbox"/> Name <input type="checkbox"/> Art <input type="checkbox"/> Fachrichtung <input type="checkbox"/> Ort/Ortsteil <input type="checkbox"/> Praxisart				
Praxisinhaber	<input type="checkbox"/> Name(n)				
Strukturdaten	<input type="checkbox"/> Anzahl Scheine (geschätzt) <input type="checkbox"/> Anzahl Mitarbeiter				
Leistungsschwerpunkte	<input type="checkbox"/> medizinisch-technisch <input type="checkbox"/> diagnostisch <input type="checkbox"/> therapeutisch				
Zuweisungsfälle					
Zuweisungsintensität (Anzahl der Zuweisungen)	<input type="checkbox"/> hoch <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> niedrig				
Qualität der derzeitigen Zusammenarbeit	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> durchschnittlich <input type="checkbox"/> schlecht				
Entwicklungsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> durchschnittlich <input type="checkbox"/> schlecht				
Klassifikation Kooperationspotenzial	A-, B- oder C-Zuweiser				

## Marketinghilfe 8.2: Muster für einen Zuweiserbefragungsbegleitbrief

Herrn  
Dr. med. Max Muster  
Musterstraße 9

00000 Musterdorf

Musterdorf, den ...

### **Ihre Erwartungen an unsere Praxis**

Sehr geehrter Herr Dr. Muster,

das Anliegen unserer Praxis und aller Mitarbeiter ist, die Zusammenarbeit mit Ihnen als überweisendem Arzt partnerschaftlich und effizient zu gestalten, um auf diese Weise Ihren Patienten eine bestmögliche Versorgung zu bieten. Unter dieser Zielsetzung interessiert uns natürlich, wie Sie unsere Arbeit beurteilen.

Deshalb möchten wir Sie bitten, sich einige Minuten Zeit zu nehmen, um den folgenden Fragebogen auszufüllen und ihn mithilfe des beigefügten frankierten Rückumschlags möglichst **bis spätestens zum 00.00.00** an uns zurückzuschicken. Bitte beantworten Sie alle Fragen, entweder durch Ankreuzen der aus Ihrer Sicht am ehesten zutreffenden Alternative oder durch eine kurze stichwortartige Schilderung.

Wir danken schon jetzt für Ihre Mühe. Selbstverständlich werden wir Sie über die Ergebnisse der Untersuchung und unsere hieraus resultierenden Aktivitäten zur weiteren Verbesserung unserer Zusammenarbeit informieren.

Mit freundlichen Grüßen

Anlagen: Fragebogen, Rückumschlag

**Wie zufrieden sind Sie mit unserer Praxis?  
Fragebogen für zuweisende Ärzte**

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

das Anliegen unserer Praxis und aller Mitarbeiter ist, die Zusammenarbeit mit Ihnen als überweisendem Arzt partnerschaftlich und effizient zu gestalten, um auf diese Weise Ihren Patienten eine bestmögliche Versorgung zu bieten. Unter dieser Zielsetzung interessiert es uns natürlich, wie Sie unsere Arbeit beurteilen. Deshalb möchten wir Sie bitten, sich zehn Minuten Zeit dafür zu nehmen, den folgenden Fragebogen auszufüllen und an uns zurückzuschicken. Bitte beantworten Sie alle Fragen, entweder durch Ankreuzen der aus Ihrer Sicht am ehesten zutreffenden Alternative oder durch eine kurze stichwortartige Schilderung. Wir danken schon jetzt für Ihre Mühe.

Mit freundlichen Grüßen  
Praxis Dr. Muster

Aus welchem Hauptgrund überweisen Sie Patienten in unsere Praxis?

---

---

---

---

Was gefällt Ihnen an der Zusammenarbeit mit uns am besten?

---

---

---

---

Was stört Sie oder worüber ärgern Sie sich?

---

---

---

---

Was sollte in unserer Praxis auf jeden Fall verbessert und/oder verändert werden?

---

---

---

---

Gibt es aus Ihrer Sicht Verbesserungsvorschläge für die Zusammenarbeit?

---

---

---

---

Wenn Sie unsere Praxis mit einer Schulnote beurteilen, welche Note würden Sie vergeben?

Note : \_\_\_\_\_

(1 = sehr gut, 2 = gut, 3 = befriedigend, 4 = ausreichend, 5 = mangelhaft, 6 = ungenügend)

Bitte geben Sie für die folgenden Merkmale durch Ankreuzen an, wie zufrieden Sie mit der Leistung unserer Praxis waren (1 = sehr zufrieden, 6 = sehr unzufrieden):

	1	2	3	4	5	6
Ruf der Praxis						
regionale Nähe						
Atmosphäre der Praxis						
Organisation der Abläufe						
Terminvergabe						
positive Rückmeldung durch die Patienten						
Art und Umfang des Leistungsangebotes						
apparative Ausstattung						
ärztliche Leistung (diagnostisch-therapeutisch)						
ärztliche Leistung (informativ-kommunikativ)						
Leistung der Helfer/innen (arztunterstützend)						
Leistung der Helfer/innen (informativ-kommunikativ)						
Zuwendung und Freundlichkeit						
Information über die Praxis allgemein						
Abstimmung von Diagnosen und Therapien						
Unterstützung der Patientenführung des zuweisenden Arztes						
Erreichbarkeit Ansprechpartner						
Rücküberweisungsbrief (Schnelligkeit der Verfügbarkeit)						
Rücküberweisungsbrief (Inhalte)						
Fortbildungsveranstaltungen						

**Wie zufrieden sind Sie mit unserer Praxis?  
Fragebogen für zuweisende niedergelassene Ärzte**

Sehr geehrter Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

das Anliegen unserer Praxis und aller Mitarbeiter ist, die Zusammenarbeit mit Ihnen als einweisendem Arzt partnerschaftlich und effizient zu gestalten, um Ihren Patienten eine bestmögliche Versorgung zu bieten. Unter dieser Zielsetzung interessiert es uns natürlich, wie Sie unsere Arbeit beurteilen. Deshalb möchten wir Sie bitten, sich zehn Minuten Zeit dafür zu nehmen, den folgenden Fragebogen auszufüllen und an uns zurückzuschicken. Bitte beantworten Sie alle Fragen, entweder durch Ankreuzen der aus Ihrer Sicht am ehesten zutreffenden Alternative oder durch eine kurze stichwortartige Schilderung.

Wir danken schon jetzt für Ihre Mühe.

Mit freundlichen Grüßen  
Praxis Dr. Muster

Wie viele Ihrer Patienten überweisen Sie durchschnittlich pro Monat in unsere Praxis?  
ca. \_\_\_\_ Patienten

Aus welchem Hauptgrund überweisen Sie Patienten in unsere Praxis?

---

---

---

---

Was gefällt Ihnen an der Zusammenarbeit mit uns am besten?

---

---

---

---

Was stört Sie oder worüber ärgern Sie sich?

---

---

---

---

Gibt es aus Ihrer Sicht Verbesserungsvorschläge für die Zusammenarbeit?

---

---

---

---

Wenn Sie unsere Praxis mit einer Schulnote beurteilen, welche Note würden Sie vergeben?

Note: \_\_\_\_\_

(1 = sehr gut, 2 = gut, 3 = befriedigend, 4 = ausreichend, 5 = mangelhaft, 6 = ungenügend)

Bitte geben Sie für die folgenden Merkmale in der Rubrik „Wichtigkeit“ an, wie groß deren jeweilige Bedeutung für Sie grundsätzlich im Hinblick auf eine Überweisungsentscheidung ist und vermerken Sie jeweils zusätzlich in der zweiten Rubrik „Zufriedenheit“, wie Sie das entsprechende Merkmal unserer Praxis bewerten, entweder aufgrund eigener Kenntnis oder durch Schilderungen Ihrer Patienten:

	Wichtigkeit für Ihre Überweisungsentscheidung generell				Zufriedenheit mit der Leistung unserer Praxis			
	sehr wichtig	wichtig	unwichtig	vollkommen unwichtig	sehr zufrieden	zufrieden	unzufrieden	sehr unzufrieden
<b>Praxisprofil</b>								
Ruf der Praxis								
regionale Nähe								
Atmosphäre der Praxis								
Organisation der Abläufe								
Terminvergabe								
positive Rückmeldung durch die Patienten								
<b>Praxisleistung</b>								
Art und Umfang des Leistungsangebotes								
apparative Ausstattung								
ärztliche Leistung (diagnostisch-therapeutisch)								
ärztliche Leistung (informativ-kommunikativ)								
Leistung der Helfer/innen (arztunterstützend)								
Leistung der Helfer/innen (informativ-kommunikativ)								
Zuwendung und Freundlichkeit								





Marketinghilfe 8.5: Auswertungsschema für eine eindimensionale Zuweiserbefragung

		Notenhäufigkeit						Durchschnitt	Arzt		Durchschnitt Team
									Strategie	Einschätzung	
		1	2	3	4	5	6				
<b>Praxis-Schulnote</b>											
<b>Praxisprofil</b>	Ruf der Praxis										
	regionale Nähe										
	Atmosphäre der Praxis										
	Organisation der Abläufe										
	Terminvergabe										
	positive Rückmeldung durch die Patienten										
		<b>Praxisprofil gesamt</b>									
<b>Praxisleistung</b>	Art und Umfang des Leistungsangebotes										
	apparative Ausstattung										
	ärztliche Leistung (diagnostisch-therapeutisch)										
	ärztliche Leistung (informativ-kommunikativ)										
	Leistung der Helfer/innen (arztunterstützend)										
	Leistung der Helfer/innen (informativ-kommunikativ)										
	Zuwendung und Freundlichkeit										
		<b>Praxisleistung gesamt</b>									
<b>Kooperation</b>	Information über die Praxis allgemein										
	Abstimmung von Diagnosen und Therapien										
	Unterstützung der Patientenführung des zuweisenden Arztes										











Marketinghilfe 8.12: Qualitative Auswertung der Zuweiserbefragung

<b>Zuweisungs- intensität</b>	<b>Zuweisungsgründe</b>	<b>Stärken</b>	<b>Schwächen</b>	<b>Verbesserungswünsche</b>
Hoch				
Mittel				
Niedrig				

Marketinghilfe 8.13: Stärken-Schwächen-Bestimmung

Merkmal	Wichtigkeit (W)		Zufriedenheit (Z)		Klassifikation
	niedrig -2 bis 0	hoch 0 bis +2	niedrig -2 bis 0	hoch 0 bis +2	
					W hoch + Z hoch = Kern-Stärke W hoch + Z niedrig = Kern-Schwäche W niedrig + Z niedrig = Null-Schwäche W niedrig + Z hoch = Null-Stärke
Ruf der Praxis					
regionale Nähe					
Atmosphäre der Praxis					
Organisation der Abläufe					
Terminvergabe					
positive Rückmeldung durch die Patienten					
Art und Umfang des Leistungsangebotes					
apparative Ausstattung					
ärztliche Leistung (diagnostisch-therapeutisch)					
ärztliche Leistung (informativ-kommunikativ)					
Leistung der Helfer/innen (arztunterstützend)					
Leistung der Helfer/innen (informativ-kommunikativ)					
Zuwendung und Freundlichkeit					
Information über die Praxis allgemein					
Abstimmung von Diagnosen und Therapien					
Unterstützung der Patientenführung des zuweisenden Arztes					
Erreichbarkeit der Ansprechpartner					
Rücküberweisungsbrief (Schnelligkeit der Verfügbarkeit)					
Rücküberweisungsbrief (Inhalt)					
Fortbildungsveranstaltungen					



**Auswertung der Befragung zuweisender niedergelassener Ärzte**

**1. Basisdaten**

Durchführungszeitraum der Befragung:

---

---

Anzahl der auswertbaren Fragebögen:

---

---

Verteilung der Fachgruppen:

---

---

---

Zuweisungsquote:

- Durchschnittliche Quote: \_\_\_\_\_
- Höchster Wert: \_\_\_\_\_
- Niedrigster Wert: \_\_\_\_\_

Hauptgründe der Zuweisung:

---

---

---

Was an der Zusammenarbeit besonders gut gefällt:

---

---

---

Was stört oder worüber man sich ärgert:

---

---

---

Verbesserungsvorschläge:

---

---

---

**Schulnotenbeurteilung der Praxisleistung:**

Noten	absolute Häufigkeit	relative Häufigkeit
1		
2		
3		
4		
5		
6		

Durchschnittsnote:

**Die Bekanntheit der Praxisangebote:**

Praxisangebote	... ist bekannt		... ist nicht bekannt	
	absolute Häufigkeit	relative Häufigkeit	absolute Häufigkeit	relative Häufigkeit
Angebot 1				
Angebot 2				
Angebot 3				
Angebot 4				
Angebot 5				

**2. Die Beurteilung der Praxisleistungsmerkmale**

Für jedes Leistungsmerkmal wurden jeweils dessen Wichtigkeit für Ihre Zuweisungsentscheidung sowie Ihre Zufriedenheit mit dem jeweiligen Merkmal erfragt.

Hieraus haben wir folgende Größen ermittelt:

- Kern-Stärken unserer Praxisleistung: Merkmale, denen eine hohe Wichtigkeit und gleichzeitig ein hoher Zufriedenheitswert zugemessen werden
- Kern-Schwächen: Merkmale, denen eine hohe Wichtigkeit, aber gleichzeitig ein niedriger Zufriedenheitswert beigemessen werden
- Null-Stärken: Merkmale mit niedriger Wichtigkeits- und hoher Zufriedenheitsbewertung
- Null-Schwächen: Merkmale mit niedriger Wichtigkeits- und ebenfalls niedriger Zufriedenheitsbewertung

Die Kern-Stärken der Praxisleistung:

---

---

---

---

Die Kern-Schwächen der Praxisleistung:

---

---

---

---

Die Null-Stärken der Praxisleistung:

---

---

---

---

Die Null-Schwächen der Praxisleistung:

---

---

---

---

Unser Fazit der Befragungsergebnisse:

---

---

---

---

**Wie zufrieden sind Sie mit unserer Praxis?  
Fragebogen für zuweisende niedergelassene Ärzte**

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

das Anliegen unserer Praxis und aller Mitarbeiter ist, die Zusammenarbeit mit Ihnen als einweisendem Arzt partnerschaftlich und effizient zu gestalten, um auf diese Weise Ihren Patienten eine bestmögliche Versorgung zu bieten. Unter dieser Zielsetzung interessiert es uns natürlich, wie Sie unsere Arbeit beurteilen. Deshalb möchten wir Sie bitten, sich zehn Minuten Zeit dafür zu nehmen, den folgenden Fragebogen auszufüllen und an uns zurückzuschicken. Bitte beantworten Sie alle Fragen, entweder durch Ankreuzen der aus Ihrer Sicht am ehesten zutreffenden Alternative oder durch eine kurze stichwortartige Schilderung. Wir danken schon jetzt für Ihre Mühe.

Mit freundlichen Grüßen  
Praxis Dr. Muster

Wie viele Ihrer Patienten überweisen Sie durchschnittlich pro Monat in unsere Praxis?  
ca. \_\_\_\_ Patienten

Aus welchem Hauptgrund überweisen Sie Patienten in unsere Praxis?

---

---

---

Was gefällt Ihnen an der Zusammenarbeit mit uns am besten?

---

---

---

Was stört Sie oder worüber ärgern Sie sich?

---

---

---

Gibt es aus Ihrer Sicht Verbesserungsvorschläge für die Zusammenarbeit?

---

---

---

Ist Ihnen bekannt, dass unsere Praxis folgende Leistungen anbietet (bitte Zutreffendes ankreuzen):

	<b>ist mir bekannt</b>	<b>ist mir bislang unbekannt</b>
Leistung 1		
Leistung 2		
Leistung 3		
Leistung 4		
Leistung 5		

Wenn Sie unsere Praxis mit einer Schulnote beurteilen, welche Note würden Sie vergeben?

Note: \_\_\_\_\_  
 (1 = sehr gut, 2 = gut, 3 = befriedigend, 4 = ausreichend, 5 = mangelhaft, 6 = ungenügend)

Bitte geben Sie für die folgenden Merkmale in der Rubrik „Wichtigkeit“ an, wie groß deren jeweilige Bedeutung für Sie grundsätzlich im Hinblick auf eine Überweisungsentscheidung ist und vermerken Sie jeweils zusätzlich in der zweiten Rubrik „Zufriedenheit“, wie Sie das entsprechende Merkmal in unserer Praxis bewerten, entweder aufgrund eigener Kenntnis oder aufgrund der Schilderungen Ihrer Patienten:

	<b>Wichtigkeit für Ihre Überweisungsentscheidung generell</b>				<b>Zufriedenheit mit der Leistung unserer Praxis</b>			
	sehr wichtig	wichtig	unwichtig	vollkommen unwichtig	sehr zufrieden	zufrieden	unzufrieden	sehr unzufrieden

**Praxisprofil**

Ruf der Praxis								
regionale Nähe								
Atmosphäre der Praxis								
Organisation der Abläufe								
Terminvergabe								
positive Rückmeldung durch die Patienten								

**Praxisleistung**

Art und Umfang des Leistungsangebotes								
apparative Ausstattung								

ärztliche Leistung (diagnostisch- therapeutisch)								
ärztliche Leistung (informativ- kommunikativ)								
Leistung der Helfer/innen (arztunterstützend)								
Leistung der Helfer/innen (informativ- kommunikativ)								
Zuwendung und Freundlichkeit								
<b>Kooperation</b>								
Information über die Praxis allgemein								
Abstimmung von Diagnosen und Therapien								
Unterstützung der Patientenführung des zuweisenden Arztes								
Erreichbarkeit Ansprechpartner								
Rücküberweisungs- brief (Schnelligkeit der Verfügbarkeit)								
Rücküberweisungs- brief (Inhalt)								
Fortbildungs- veranstaltungen								

Marketinghilfe 8.16: Muster eines eindimensionalen Fragebogens für potenzielle Zuweiser

<b>Welche Erwartungen haben Sie an uns?</b>						
<p>Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,</p> <p>das Anliegen unserer Praxis und aller Mitarbeiter ist, die Zusammenarbeit mit zuweisenden Ärzten partnerschaftlich und effizient zu gestalten, um auf diese Weise den überwiesenen Patienten eine bestmögliche Versorgung zu bieten. Unter dieser Zielsetzung interessiert es uns natürlich, welche Erwartungen Sie an unsere Arbeit haben. Deshalb möchten wir Sie bitten, sich zehn Minuten Zeit dafür zu nehmen, den folgenden Fragebogen auszufüllen und an uns zurückzuschicken. Bitte geben Sie für die folgenden Merkmale durch Ankreuzen an, wie wichtig die einzelnen Leistungsmerkmale für Sie sind. Wir danken schon jetzt für Ihre Mühe.</p> <p>Mit freundlichen Grüßen Praxis Dr. Muster</p>						
	sehr wichtig			vollkommen unwichtig		
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
Organisation der Abläufe						
Terminvergabe						
positive Rückmeldung durch die Patienten						
Art und Umfang des Leistungsangebotes						
apparative Ausstattung						
ärztliche Leistung (diagnostisch-therapeutisch)						
ärztliche Leistung (informativ-kommunikativ)						
Leistung der Helfer/innen (arztunterstützend)						
Leistung der Helfer/innen (informativ-kommunikativ)						
Zuwendung und Freundlichkeit						
Information über die Praxis allgemein						
Abstimmung von Diagnosen und Therapien						
Unterstützung der Patientenführung des zuweisenden Arztes						

Erreichbarkeit Ansprechpartner						
Rücküberweisungsbrief (Schnelligkeit der Verfügbarkeit)						
Rücküberweisungsbrief (Inhalt)						
Fortbildungsveranstaltungen						



Marketinghilfe 8.17: Ablaufplan Zuweiserveranstaltung

Zeitachse	Aktion	Details
16 Wochen vorher	Festlegung von Zielen	<input type="checkbox"/> Sicherung, Aufbau, Ausbau der Zuweisungsintensität <input type="checkbox"/> Imageaufbau, -ausbau <input type="checkbox"/> Kontakthanbahnung, -intensivierung <input type="checkbox"/> Kooperationsförderung <input type="checkbox"/> Information etc.
	Zielgruppen	<input type="checkbox"/> tatsächliche/potenzielle Zuweiser
	Inhalte	
	Veranstaltungstyp	<input type="checkbox"/> Informationsveranstaltung <input type="checkbox"/> Kooperationsveranstaltung <input type="checkbox"/> Arbeitskreis <input type="checkbox"/> Tag der offenen Tür <input type="checkbox"/> Stammtisch <input type="checkbox"/> Fachtagung, Kongress, Symposium <input type="checkbox"/> Fortbildungsveranstaltung
	Budget	<input type="checkbox"/> Kosten für Raum, Geräte etc. <input type="checkbox"/> Nebenkosten (Porto, Druck etc.) <input type="checkbox"/> Honorare, Reisekosten <input type="checkbox"/> Arbeitszeit
	Termin	Ferienzeit, Sportereignisse, Fachtagungen etc. berücksichtigen
13 Wochen vorher	Entwurf, Einladungsschreiben, Programm Zusatzaktionen, Informationsmaterial (Anreiseskizze o. Ä.), Bereitstellung der Adressen	<input type="checkbox"/> Zusatzaktionen <input type="checkbox"/> Zuweiserbefragung <input type="checkbox"/> Pressearbeit
11 Wochen vorher	Druckauftrag des Programms, ggf. Fragebogen	
9 Wochen vorher	Schreiben der Einladungsbriefe, ggf. auch an die Presse und externe Referenten	
8 Wochen vorher	Versand der Einladungen, ggf. Versand einer Presseinformation	
1 Woche vorher	ggf. Erinnerungstelefonate mit der Presse, Referenten, wichtigen Teilnehmern	
	Veranstaltungsdurchführung	<input type="checkbox"/> Raumkontrolle <input type="checkbox"/> Ausschilderung <input type="checkbox"/> Information Pforte
1 Tag später	ggf. Versand der Pressenachricht	
1 Woche später	Versand der Nachbearbeitungsunterlagen	<input type="checkbox"/> Folienkopien <input type="checkbox"/> Protokoll

Marketinghilfe 8.18: Inhalte einer Zuweiserbroschüre

<b>Gliederungspunkt</b>	<b>Inhalt</b>	<b>Zielsetzung</b>
Einleitung	Darstellung des Zwecks der Broschüre	Unterbreitung eines Kooperationsangebotes
Die Praxis	<i>Praxispositionierung:</i> Definition der Leistungsziele im Hinblick auf die Kooperation mit niedergelassenen Ärzten; Definition der Leistungsschwerpunkte	Präsentation des Praxisprofils: Was ist unsere Aufgabe und wie sehen wir unseren Auftrag? → Schaffung von Transparenz
	<i>Praxis-Geschichte:</i> Seit wann besteht die Praxis? → Entwicklung im Zeitablauf	
	<i>Arzt/Ärzte:</i> Qualifikationen, Spezialisierungen, besondere Fähigkeiten	
Das medizinische Leistungsspektrum	<i>Leistungsangebot:</i> Krankheitsbilder, Indikationen; Diagnose- und Therapieverfahren, Therapieprogramme	Konkretisierung des Praxisangebots als Dienstleistung für den niedergelassenen Arzt („Nutzen“ der Praxis); Information der Zuweiser für die Gespräche mit dem zuzuweisenden Patienten
	<i>Ressourcenausstattung:</i> Mitarbeiter, Ausbildung, Qualifikation, Geräte (Ausstattung, technischer Stand), Aufbau- und Ablauforganisation, Ansprechpartner, organisatorische Abläufe	
Das nicht medizinische Leistungsspektrum	Serviceleistungen	Beschreibung des Serviceumfangs und der Atmosphäre
Schlussbetrachtung	Adresse und Lage der Praxis Verkehrsanbindung	Erreichbarkeit und Kommunikationsmöglichkeiten darstellen
	Telefon und Telefax, Durchwahl der Ansprechpartner, E-Mail-Adresse, Internetadresse	

