

Aus dem Zentrum Allgemeinmedizin
Universität des Saarlandes, Homburg/Saar
Prof. Dr. Johannes Jäger, MME

Controlling in der Hausarztpraxis

**Gegenüberstellung ausgewählter Controllingkonzepte und -instrumente vor
dem Hintergrund aktueller Entwicklungen und betriebswirtschaftlicher
Besonderheiten der ambulanten hausärztlichen Versorgung**

Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

der Medizinischen Fakultät

der UNIVERSITÄT DES SAARLANDES

2020

Vorgelegt von: Martin Senff

Geb. am: 17.06.1980 in Meschede

Tag der Promotion: 12. Januar 2021

Dekan: Univ.-Prof. Dr. Michael D. Menger

Berichterstatter: Prof. Dr. Johannes Jäger, MME
Prof. Dr. Wolfgang Reith

Zusammenfassung

Die Arbeit widmet sich dem Controlling in Hausarztpraxen und erörtert diese in der Literatur bisher wenig repräsentierte Thematik anhand von drei Forschungsfragen. Zuerst werden die heutige Rolle von Hausarztpraxen im deutschen Gesundheitssystem und aktuelle Entwicklungen in dieser Branche herausgearbeitet. Anschließend erfolgt eine an den Phasen des betrieblichen Lebenszyklus orientierte Untersuchung der betriebswirtschaftlichen Besonderheiten von Hausarztpraxen. Schließlich führt die dritte Forschungsfrage alle zuvor gewonnenen Erkenntnisse zusammen und beleuchtet auf dieser Grundlage Controllingkonzepte und -instrumente im hausärztlichen Kontext. Methodisch wählt die Arbeit eine sachlich-analytische Strategie, um den Stand der Forschung mittels interpretierend-deskriptiver und hypothetisch-spekulativer Aussagen zu erweitern und auf diese Weise die gedankliche Basis für zukünftige empirische und formal-analytische Forschungsvorhaben zu generieren. Die Analyse identifiziert den demografischen Wandel, die hausärztliche Unterversorgung ländlicher Regionen, Veränderungen in der Arzt-Patient-Beziehung und die zunehmende Digitalisierung als bedeutendste, controllingrelevante Entwicklungen der Branche. Die zentralen betriebswirtschaftlichen Alleinstellungsmerkmale von Hausarztpraxen bestehen in ihrer speziellen, komplexen Vergütungsmechanik sowie einer durch die Bedarfsplanung reglementierten Standortwahl. Um die genannten Aspekte abzubilden, sollte das Controlling-System einer Hausarztpraxis eine Kombination aus strategischen und operativen Instrumenten einsetzen. Dazu werden in dieser Arbeit verschiedene etablierte Werkzeuge vorgeschlagen und schematisch an den hausärztlichen Kontext adaptiert. Für die Unternehmens- und Umweltanalyse empfehlen sich Porters Wertkette, die PEST-Analyse und die Branchenstrukturanalyse, deren Ergebnisse wiederum in Gestalt von Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken in einer SWOT-Analyse zusammenfließen. Unter den Kennzahlensystemen ist die Balanced Scorecard aufgrund ihrer Berücksichtigung monetärer und nicht-monetärer Aspekte und der Kompatibilität mit dem mehrdimensionalen hausärztlichen Zielsystem besonders geeignet. Ergänzend kann eine grafische Bestimmung der Gewinnschwelle mittels einer an die hausärztliche Vergütungsmechanik angepassten Break-Even-Analyse erfolgen. Die Ergebnisse der Arbeit können damit zugleich als Ausgangspunkt fungieren, um die vorgestellten Controllinginstrumente in zukünftigen Forschungsvorhaben im Wortsinn von der Theorie in die Hausarztpraxis zu übertragen und dort mit realen Daten zu implementieren.

Abstract

This thesis is dedicated to the Controlling of family medicine practices and disputes this topic, which so far has not been largely represented in literature, based on three research questions. First, today's role of family medicine practices in the German healthcare system, as well as the latest developments in this sector, are elaborated. Consequentially the economic specifics of family medicine practices are investigated by considering the individual phases of the economic life cycle. Eventually, the third research question summarizes all previously acquired results and by means of those explores the concepts and tools of Controlling in the family physician's context. Methodically this work uses a factual-analytic strategy to contribute to the current state of research by creating interpretative-descriptive and hypothetical-speculative statements. This way the theoretical basis for future empiric and formal-analytic research purposes is generated. This analysis defines demographic change, the undersupply of family physicians in rural areas, a shift in the physician-patient-relationship and increasing digitalization as the most important and influential developments of this sector. The unique economic features of family medicine practices consist of their complex revenue model and a limited and heavily regulated locational choice due to demand-based planning. In order to reproduce the aforementioned aspects, Controlling of family medicine practices should employ a combination of strategic and operative instruments. Therefore, this thesis introduces various, well-established tools and adapts them to the family physician's context. For business and environmental analysis Porter's value chain, as well as STEP-analysis and Porter's five forces analysis are recommended. Subsequently, the strengths, weaknesses, opportunities, and threats gathered by the aforementioned instruments flow together into one comprehensive SWOT analysis. Within the performance measurements systems, the Balanced Scorecard stands out, because of its consideration of both monetary and non-monetary aspects and its compatibility with the multidimensional target system of family medicine practices. Furthermore, the break-even point can be graphically determined by a break-even analysis, which is adjusted to the revenue mechanism of a family medicine practice. Finally, the results of this thesis could serve as a starting point for implementing the introduced Controlling instruments in practice with real-life data.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	i
Abstract	ii
Inhaltsverzeichnis	iii
Abbildungsverzeichnis	vi
Tabellenverzeichnis	ix
Abkürzungsverzeichnis	x
1 Einleitung	1
1.1 Motivation und Zielsetzung der Arbeit	1
1.2 Forschungsfragen und Forschungsmethodik.....	2
1.3 Stand der Forschung.....	6
1.4 Gang der Arbeit.....	9
2 Die Hausarztpraxis im deutschen Gesundheitssystem	11
2.1 Einordnung der Hausarztpraxis in das deutsche Gesundheitssystem	11
2.2 Historische Entwicklung der hausärztlichen Versorgung in Deutschland	15
2.3 Berufszufriedenheit von Hausärzten	19
2.4 Aktuelle Entwicklungen in der hausärztlichen Versorgung.....	23
2.4.1 Demografischer Wandel	23
2.4.2 Hausärztliche Unterversorgung ländlicher Regionen	26
2.4.3 Veränderungen der Arzt-Patient-Beziehung.....	29
2.4.4 Digitalisierung	32
2.5 Zwischenfazit und Beantwortung der ersten Forschungsfrage	36
3 Betriebswirtschaftliche Besonderheiten der Hausarztpraxis	39

3.1	Einordnung der Hausarztpraxis in die betriebswirtschaftlichen Unternehmenstypologien	40
3.1.1	Gewinnorientierung	40
3.1.2	Wirtschaftszweig	41
3.1.3	Größe	41
3.2	Besonderheiten in der Gründungsphase	42
3.2.1	Die Wahl der Organisations- und Rechtsform.....	43
3.2.2	Standortwahl	46
3.2.2.1	Die Rolle der Bedarfsplanung bei der Standortwahl	46
3.2.2.2	Standortfaktoren	47
3.2.2.3	Verfahren der Standortentscheidung	52
3.3	Besonderheiten in der Betriebsphase	52
3.3.1	Gewinnbegriff und Zustandekommen des hausärztlichen Einkommens.....	53
3.3.2	Das hausärztliche Vergütungssystem	55
3.3.3	Kostenstruktur.....	62
3.4	Besonderheiten in der Abgabephase	65
3.5	Zwischenfazit und Beantwortung der zweiten Forschungsfrage	67
4	Grundkonzepte des betriebswirtschaftlichen Controllings	69
4.1	Abgrenzung des Controlling-Begriffes anhand vorherrschender Controlling-Konzeptionen	69
4.2	Strategisches und operatives Controlling.....	73
4.3	Controllinginstrumente	76
5	Zusammenführung der Themenfelder zur Analyse von Controlling im Kontext der Hausarztpraxis	79
5.1	Bedeutung von Controlling für die Hausarztpraxis	79
5.2	Definition eines Zielsystems als Basis für das Controlling	82

5.3	Konzeption eines hausärztlichen Controlling-Systems.....	85
5.3.1	Auswahl einer generischen Controlling-Konzeption.....	86
5.3.2	Exemplarische Anpassung der generischen Controlling-Konzeption an die hausärztlichen Kontextfaktoren	89
5.4	Gegenüberstellung ausgewählter Controllinginstrumente	92
5.4.1	Unternehmensanalyse	94
5.4.1.1	Porters Wertkette und Arten von Wettbewerbsvorteilen.....	94
5.4.1.2	Die Wertkette einer Hausarztpraxis.....	98
5.4.2	Umweltanalyse.....	107
5.4.2.1	Analyse des Mikroumfeldes	108
5.4.2.2	Analyse des Makroumfeldes	112
5.4.3	SWOT-Analyse.....	116
5.4.4	Kennzahlensysteme	119
5.4.5	Break-Even-Analyse.....	125
5.5	Zwischenfazit und Beantwortung der dritten Forschungsfrage	130
6	Resümierende Schlussbetrachtung und Ausblick	132
7	Literaturverzeichnis	135
8	Danksagung.....	152

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Forschungsfragen.....	2
Abbildung 2: Einordnung der Arbeit in das wissenschaftstheoretische Gesamtkonzept	6
Abbildung 3: Gang der Arbeit	10
Abbildung 4: Akteure des deutschen Gesundheitssystems.....	12
Abbildung 5: Anteile der Leistungserbringer an den deutschen Gesundheitsausgaben 2017 in Mrd. €	12
Abbildung 6: Die häufigsten Behandlungsanlässe in der hausärztlichen Versorgung	14
Abbildung 7: Gesamtzufriedenheit von Haus- und Fachärzten mit ihren Arbeitsbedingungen.....	20
Abbildung 8: Zufriedenheit mit der Einkommenssituation	20
Abbildung 9: Wochenarbeitszeit von Haus- und Fachärzten	21
Abbildung 10: Anteile einzelner Tätigkeiten an der wöchentlichen Arbeitszeit von Haus- und Fachärzten.....	22
Abbildung 11: Prognose der Bevölkerungszahl in Deutschland bis 2060.....	24
Abbildung 12: Bevölkerung in Deutschland nach Altersgruppen	25
Abbildung 13: Entwicklung der Ärztezahlen im zeitlichen Verlauf	27
Abbildung 14: Altersstruktur von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Hausärzten und Ärzten insgesamt	28
Abbildung 15: Nutzung des Internets als Informationsquelle vor dem Arztkontakt	30
Abbildung 16: Potenzielle Nutzung der Videosprechstunde durch die Patienten	35
Abbildung 17: Lebenszyklus einer Hausarztpraxis	39
Abbildung 18: Jahresüberschuss, Einnahmen und Aufwendungen je Inhaber in hausärztlichen Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften	45
Abbildung 19: Kategorien von Standortfaktoren einer Hausarztpraxis.....	48
Abbildung 20: Allgemeine, vereinfachte Gewinngleichung eines Unternehmens.....	53
Abbildung 21: Gewinngleichung einer Hausarztpraxis	54

Abbildung 22: Beispielrechnung zum Jahresüberschuss und Nettoeinkommen eines hausärztlichen Praxisinhabers.....	55
Abbildung 23: Vergütungsmechanik in der vertragsärztlichen Versorgung	57
Abbildung 24: Berechnung des Regelleistungsvolumens	59
Abbildung 25: Komponenten der hausärztlichen Praxiseinnahmen.....	60
Abbildung 26: Fixe und variable Kosten.....	64
Abbildung 27: Generische Elemente einer Controlling-Konzeption.....	69
Abbildung 28: Koordinationsorientierte Controlling-Konzeption nach Horváth.....	71
Abbildung 29: Koordinationsorientierte Controlling-Konzeption nach Küpper.....	72
Abbildung 30: Wertschöpfungsorientiertes Controlling im Management-Prozess.....	73
Abbildung 31: Entwicklungsstufen der Unternehmenssteuerung.....	74
Abbildung 32: Kybernetisches Controlling-System.....	75
Abbildung 33: Bestandteile eines Controllinginstrumentes	77
Abbildung 34: Operative und strategische Controllinginstrumente	78
Abbildung 35: Schema eines hausärztlichen Zielsystems	83
Abbildung 36: Genese eines unternehmensspezifischen Controlling-Systems.....	86
Abbildung 37: Controllingfunktionen.....	89
Abbildung 38: Ausgewählte Controllinginstrumente im kybernetischen Controlling-System	93
Abbildung 39: Wertkette nach Porter	95
Abbildung 40: Wertkette für Dienstleistungsunternehmen mit kontinuierlicher Leistungserstellung	99
Abbildung 41: Der Wertshop.....	100
Abbildung 42: Wertschöpfungskonfiguration einer Hausarztpraxis im Kontext der sektoralen Versorgung.....	101
Abbildung 43: Primäre Wertaktivitäten einer Hausarztpraxis.....	103
Abbildung 44: Marketinginstrumente und zugehörige Handlungsfelder	104

Abbildung 45: Marketinginstrumente in der Hausarztpraxis und beispielhafte Handlungsfelder.....	104
Abbildung 46: Mikro- und Makroumfeld im Rahmen der Umweltanalyse	108
Abbildung 47: Porters Branchenstrukturmodell	109
Abbildung 48: Makroumfeld eines Unternehmens.....	113
Abbildung 49: Rolle der SWOT-Analyse im strategischen Managementprozess.....	117
Abbildung 50: SWOT-Matrix.....	118
Abbildung 51: DuPont-Schema	120
Abbildung 52: Grundstruktur der Balanced Scorecard.....	121
Abbildung 53: Grafische Bestimmung von Break-Even-Punkt, Gewinn- und Verlustzone ..	125
Abbildung 54: Exemplarische Darstellung der Praxiseinnahmen in Abhängigkeit von der Fallzahl	127
Abbildung 55: Exemplarische Kostenkurve einer Hausarztpraxis	128
Abbildung 56: Exemplarische grafische Break-Even-Analyse für eine hausärztliche Einzelpraxis	129

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Größenklassen von Unternehmen nach Definition der Europäischen Kommission.....	41
Tabelle 2:	Kenngößen von allgemeinmedizinischen Praxen im Jahr 2015.....	42
Tabelle 3:	Jahresüberschuss, Einnahmen und -aufwendungen je hausärztlichem Praxisinhaber	54
Tabelle 4:	Zusammensetzung der hausärztlichen Einnahmen.....	56
Tabelle 5:	Zusammensetzung der hausärztlichen Aufwendungen	62
Tabelle 6:	Merkmale des operativen und strategischen Controllings.....	74

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
BAG	Berufsausübungsgemeinschaft
BMG	Bundesgesundheitsministerium
bzw.	beziehungsweise
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
DRG	Diagnosis Related Groups
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
ePA	elektronische Patientenakte
f.	folgende
ff.	fortfolgende
ggf.	gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
Hrsg.	Herausgeber
HVM	Honorarverteilungsmaßstab
i.d.R.	in der Regel
i.e.S.	im engeren Sinne
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
Mio.	Millionen
Mrd.	Milliarden
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
PEST (-Analyse)	Political Economical Social Technological (-Analyse)
PKV	Private Krankenversicherung

PKW	Personenkraftwagen
RKI	Robert Koch-Institut
ROI	Return on Investment
SGB	Sozialgesetzbuch
SWOT (-Analyse)	Strengths Weaknesses Opportunities Threats (-Analyse)
usw.	und so weiter
u.a.	unter anderem
u.U.	unter Umständen
vgl.	vergleiche
z.B.	zum Beispiel

1 Einleitung

Dieses erste Kapitel dient der inhaltlichen Einführung in die Thematik und errichtet das strukturelle Grundgerüst der Arbeit. Abschnitt 1.1 geht auf die Motivation zu diesem Forschungsvorhaben ein und beschreibt seine Ziele. In Abschnitt 1.2 werden einzelne Forschungsfragen formuliert und der methodische Ansatz vorgestellt, ehe Abschnitt 1.3 den derzeitigen Stand der Forschung wiedergibt. Abschnitt 1.4 beschließt das Kapitel mit einer Schilderung des Ganges der Arbeit.

1.1 Motivation und Zielsetzung der Arbeit

Medizinische Ethik und wirtschaftliche Überlegungen sind heute untrennbar miteinander verbunden. Das deutsche Gesundheitswesen ist seit Jahren einer zunehmenden Ökonomisierung unterworfen, die inzwischen sämtliche Bereiche der Versorgungslandschaft erfasst hat. Diese Entwicklung manifestiert sich besonders im zuletzt von Zusammenschlüssen, Insolvenzen und Kostendruck geprägten Krankenhaussektor, kommt jedoch vor den ambulanten Leistungserbringern nicht zum Stehen. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund eines sich im Wandel befindenden gesundheitspolitischen Umfeldes, das in den letzten Jahren verstärkt in das Interesse der medialen Öffentlichkeit geraten ist. Kaum eine Woche vergeht ohne Berichterstattung über schließende Landarztpraxen, deren Patienten¹ um ihre zukünftige ärztliche Versorgung fürchten und deren Inhaber in Ermangelung eines Nachfolgers ihre Altersvorsorge gefährdet sehen. Zudem hat mit dem digitalen Wandel eine Entwicklung den Gesundheitssektor erfasst, die schon in anderen Branchen all jene Teilnehmer aus dem Markt gedrängt hat, die ihr Geschäftsmodell nicht schnell genug anpassen konnten oder wollten. Möchten sie sich zukunftsicher positionieren, sollten auch Haus- und Facharztpraxen folglich nicht nur nach bewährten Mustern verfahren, sondern ihr Planen und Handeln an wirtschaftlichen Aspekten und Veränderungen ihres Umfeldes ausrichten. Unterstützung können sie hierbei durch ein geeignetes Praxiscontrolling erhalten, das nicht nur die maßgeblichen Eckdaten des Praxisbetriebes aufzeigt, sondern auch Strömungen der Umwelt erfasst und somit eine frühzeitige Reaktion auf diese Megatrends ermöglicht.

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in der Arbeit auf die geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für alle Geschlechter.

Ein orientierender Blick in die Literatur offenbart, dass sich die Forschung der Bedeutung und Aktualität dieser Thematik im Gesundheitswesen bewusst ist, ihre Anstrengungen aber in erster Linie auf den Krankenhaussektor konzentriert. Hinsichtlich des Standes der betriebswirtschaftlichen Forschung im Allgemeinen und der Controllingforschung im Speziellen ist folglich eine deutliche Diskrepanz zwischen Krankenhäusern auf der einen und Arztpraxen auf der anderen Seite zu konstatieren. Diese Lücke sucht das vorliegende Forschungsvorhaben mittels einer strukturierten, Hypothesen bildenden Vorgehensweise zu schließen.

Als zentrales Ziel soll diese Arbeit den Stand der Forschung erweitern, indem sie der Bedeutung von Controlling für Hausarztpraxen nachgeht und Instrumente vorstellt, die sich vor dem Hintergrund aktueller Entwicklungen und betriebswirtschaftlicher Besonderheiten dieser Branche besonders für den Einsatz in einer Hausarztpraxis eignen. Zugleich wird damit das gedankliche Gerüst für weitere Forschungsvorhaben auf diesem Gebiet geschaffen. Ein Nebeneffekt ergibt sich daraus, dass die im Rahmen dieser Arbeit generierten Hypothesen und Modelle Hausärzten als Leitfaden für die Ausgestaltung eines eigenen Controllingsystems dienen können. Die Untersuchung setzt ihren Fokus auf das Controlling in Hausarztpraxen und berücksichtigt deren Spezifika, bietet jedoch darüber hinaus Erkenntnisse und Anknüpfungspunkte für Praxen anderer Fachrichtungen.

1.2 Forschungsfragen und Forschungsmethodik

Aufgrund der Vielschichtigkeit des im vorigen Abschnitt definierten Ziels der Arbeit bietet sich eine strukturgebende Untergliederung in einzelne Teilaspekte an. Die drei in Abbildung 1 veranschaulichten Forschungsfragen bauen aufeinander auf und zeichnen gemeinsam ein umfassendes Gesamtbild des Controllings in Hausarztpraxen:

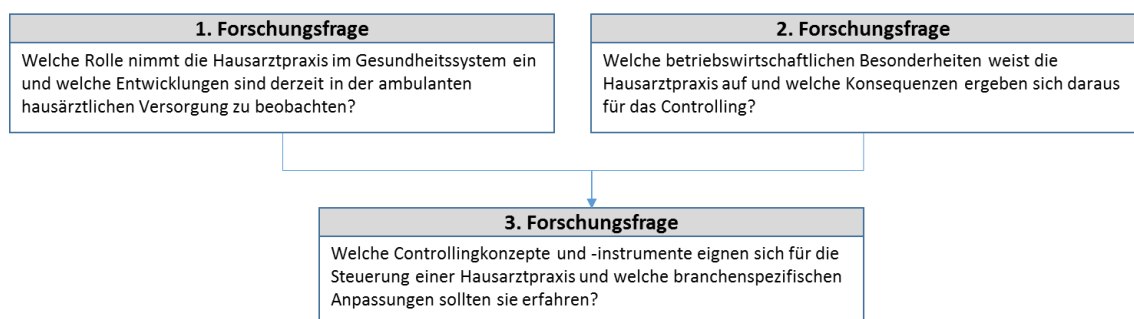


Abbildung 1: Forschungsfragen¹

¹ Quelle: Eigene Darstellung.

1. Forschungsfrage: Welche Rolle nimmt die Hausarztpraxis im Gesundheitssystem ein und welche Entwicklungen sind derzeit in der ambulanten hausärztlichen Versorgung zu beobachten?

Das Fundament für die Beantwortung aller weiteren Forschungsfragen bildet ein detaillierter Einblick in die Rolle der Hausarztpraxis im deutschen Gesundheitssystem. Insbesondere vor dem Hintergrund eines sich in der jüngeren Vergangenheit im Wandel befindlichen Gesundheitssektors ist es sinnvoll, die Untersuchung mit einer Bestandsaufnahme der ambulanten hausärztlichen Versorgungssituation und des Zusammenspiels der unterschiedlichen Akteure zu beginnen. In diese soll auch eine Einschätzung der individuellen wirtschaftlichen und sozialen Situation von Hausärzten einfließen. Auf die Betrachtung des Ist-Zustandes folgt die Identifikation aktueller und zukünftiger Entwicklungen. Neben den gesellschaftlichen Auswirkungen sind für das Forschungsvorhaben vor allem die voraussichtlichen Konsequenzen dieser Veränderungen auf die einzelne Hausarztpraxis und ihre Abbildbarkeit im Rahmen des Controllings von Bedeutung. Die Beantwortung der ersten schafft daher die Voraussetzungen für die Beschäftigung mit der dritten Forschungsfrage und hier insbesondere für die Auswahl geeigneter Controllinginstrumente.

2. Forschungsfrage: Welche betriebswirtschaftlichen Besonderheiten weist die Hausarztpraxis auf und welche Konsequenzen ergeben sich daraus für das Controlling?

Hausarztpraxen sind privatwirtschaftliche Unternehmen und besitzen entsprechend viele Gemeinsamkeiten mit Betrieben anderer Branchen. Aufgrund des gesetzgeberischen Einflusses auf Teilbereiche ihrer Geschäftstätigkeit weisen sie jedoch auch einige Alleinstellungsmerkmale auf. Controllingkonzepte und -instrumente werden in der Literatur zumeist branchenübergreifend betrachtet oder fokussieren auf die „klassischen“ Sektoren Industrie und Handel. Um ihre Eignung für die Hausarztpraxis beurteilen und entsprechende Anpassungen vornehmen zu können, ist die Aufdeckung branchenspezifischer Besonderheiten daher unerlässlich. Der Beantwortung dieser zweiten kommt somit entscheidende Bedeutung für die Auseinandersetzung mit der dritten Forschungsfrage zu.

3. Forschungsfrage: Welche Controllingkonzepte und -instrumente eignen sich für die Steuerung einer Hausarztpraxis und welche branchenspezifischen Anpassungen sollten sie erfahren?

Im Zentrum dieser dritten Forschungsfrage steht die Untersuchung verschiedener, für das Controlling einer Hausarztpraxis besonders geeignet erscheinender Instrumente. Damit das Controlling-System sowohl die relevanten Entwicklungen in der hausärztlichen Versorgung als auch die betriebswirtschaftlichen Besonderheiten einer Hausarztpraxis abzubilden vermag, fließen in die Auswahl und Anpassung der Instrumente alle im Rahmen der ersten beiden Forschungsfragen gewonnenen Erkenntnisse ein. Im Zuge der Beschäftigung mit dieser dritten Forschungsfrage sollen zudem die grundsätzliche Bedeutung von Controlling für eine Hausarztpraxis sowie die Definition eines adäquaten Zielsystems erörtert werden.

Wissenschaftstheoretisch ist die Arbeit der betriebswirtschaftlichen Controllingforschung zugehörig und greift auf die dort eingesetzten Methoden zurück. Eine Zuordnung zur Versorgungsforschung ist ebenfalls denkbar, allerdings dienen deren Erkenntnisse „der gesundheitspolitischen Steuerung und ermöglichen Entscheidungen über Versorgungsleistungen auf aktueller wissenschaftlicher Basis“¹, während die vorliegende Arbeit einzelwirtschaftliche Zusammenhänge in den Vordergrund ihrer Betrachtung stellt.

Grundsätzlich können in der Controllingforschung sämtliche Methoden der betriebswirtschaftlichen Forschung zum Einsatz kommen, sodass die Auswahl im persönlichen Ermessen des Forschers liegt und sich nach dessen Forschungsziel und Erkenntnisinteresse richten sollte.² Bewährt hat sich die von Grochla vorgenommene Gliederung in sachlich-analytische, empirische und formal-analytische Vorgehensweisen:³ Die sachlich-analytische Strategie formuliert interpretierend-deskriptive sowie hypothetisch-spekulative Aussagen über komplexe Zusammenhänge und stützt sich dabei auf grundlegende Sachverhalte, Literaturrecherche und bereits vorliegende empirische Daten. Basierend auf diesen Aussagen entwickelt sie mittels logischer Folgerungen plausible Handlungsempfehlungen, konfrontiert diese jedoch nicht anhand eigener empirischer Verfahren mit der Realität. Diese Überprüfung der argumentativ gewonnenen Aussagen mittels quantitativer und qualitativer Methoden ist Zielsetzung der empirischen Forschungsstrategie. Die formal-analytische Strategie als dritte methodische Säule abstrahiert eine grundlegende, reale Problemstellung auf

¹ Bundesgesundheitsministerium (2019a).

² Vgl. Horváth (2007), S.115.

³ Vgl. im Folgenden ausführlich Grochla (1978), S.71ff. und Lingnau (2010), S.7f.

geeignete Weise und überführt sie in ein mathematisches entscheidungstheoretisches Modell (z.B. in eine Zielfunktion). Zwischen den drei Forschungsstrategien bestehen Interdependenzen, deren Zusammenspiel „vollständig präzisierte, empirisch bestätigte, entscheidungstechnisch verwendbare Aussagen“¹ generiert und damit letztlich zur Durchdringung des Forschungsgebietes führt.

In der Controllingforschung dominiert die sachlich-analytische, Konzeptionen generierende Vorgehensweise.² Der Stellenwert der formal-analytischen Strategie zeigt sich im Verlauf der vergangenen Jahre unverändert niedrig, während der Anteil empirischer Arbeiten zwar verglichen mit anderen betriebswirtschaftlichen Teildisziplinen relativ gering ist, zuletzt jedoch an Bedeutung gewinnt.³ Da das Thema dieser Arbeit als wenig erforscht angesehen werden kann, fällt die Wahl auf die hypothesengenerierende, sachlich-analytische Strategie, deren Qualitätskriterien „eine gute und qualitativ hochwertige Literaturrecherche, eine saubere Abgrenzung der Themenstellung sowie eine logische und in sich geschlossene Argumentation“⁴ darstellen. Die Arbeit schafft damit die Basis für eine zukünftige kritische Überprüfung der Ergebnisse im Rahmen der empirischen Forschungsstrategie und kann auch als Ausgangspunkt für die Entwicklung quantitativer entscheidungstheoretischer Modelle im Rahmen der formal-analytischen Forschungsstrategie dienen.

Innerhalb der sachlich-analytischen Forschungsstrategie wird wiederum zwischen mehreren aufeinander aufbauenden Forschungsstufen mit ansteigendem Erkenntnisgewinn unterschieden.⁵ Die ersten beiden Forschungsstufen der begrifflichen Definition und der interpretierend-deskriptiven Aussagen über den Forschungskontext bilden das gedankliche Fundament und besitzen primär positiven⁶ Charakter. Sie werden im Rahmen dieser Arbeit durch die ersten beiden Forschungsfragen repräsentiert. Darauf aufbauend formuliert der Forscher hypothetisch-spekulative Aussagen mit oftmals normativem Charakter. Die in der dritten Forschungsfrage untersuchte Eignung von Controllinginstrumenten ist dieser Forschungsstufe zuzuordnen. Abbildung 2

¹ Grochla (1978), S.98.

² Vgl. Becker/Ulrich/Baltzer (2016), S.15f.

³ Vgl. ebenda.

⁴ Lingnau (2010), S.10.

⁵ Vgl. im Folgenden ausführlich Grochla (1978), S.72ff.

⁶ Zur Abgrenzung zwischen positivem und normativem Forschungsansatz sei beispielhaft auf Kornmeier (2007), S.28f. verwiesen.

verdeutlicht die Positionierung der Arbeit in dem skizzierten wissenschaftstheoretischen Gesamtkonzept:

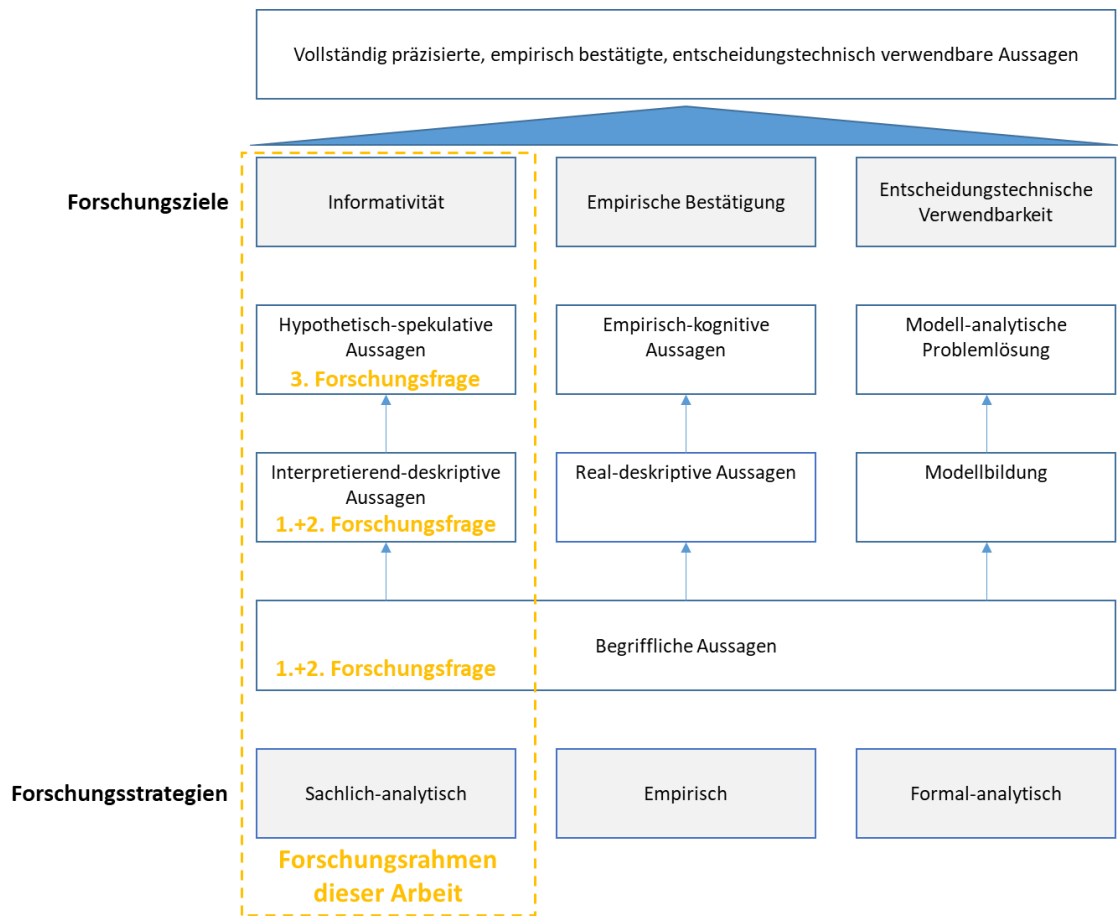


Abbildung 2: Einordnung der Arbeit in das wissenschaftstheoretische Gesamtkonzept¹

1.3 Stand der Forschung

Im Zuge der zunehmenden Ökonomisierung des Gesundheitswesens in den letzten Jahrzehnten hat sich auch die betriebswirtschaftliche Forschung verstärkt diesem zuvor eher vernachlässigten Sektor zugewendet. Sichtbare Zeichen dieser Veränderung der Forschungslandschaft sind die zahlreichen Neugründungen von Lehrstühlen für Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement an deutschen Hochschulen. Die verstärkte Forschungsaktivität schlägt sich auch in einer wachsenden Zahl von Publikationen nieder, jedoch widmen sich diese überwiegend dem Zusammenspiel der verschiedenen Akteure des Gesundheitssystems und damit der gesamtwirtschaftlichen Perspektive. Demgegenüber steht die einzelwirtschaftliche Perspektive, in der wiederum das Krankenhaus gegenüber anderen Akteuren wie den Arztpraxen als Forschungsobjekt

¹ Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Grochla (1978), S.98.

eindeutig dominiert. Dieser Eindruck festigt sich noch, wenn man den Blick auf die betriebswirtschaftliche Teildisziplin des Controllings verengt: Während Krankenhauscontrolling heute längst als eigenständiges Forschungsgebiet etabliert ist, fristen entsprechende Untersuchungen zu Arztpraxen in der wissenschaftlichen Literatur ein Schattendasein. Findet sozioökonomische Forschung im Kontext von Arztpraxen statt, widmet sie sich zudem mehrheitlich nicht-monetären Themen wie Ärzte- und Patientenzufriedenheit, Qualitätsmanagement oder Marketingaspekten. Eine umfassende Betrachtung der Arztpraxis aus einzelbetriebswirtschaftlicher Sicht fehlt hingegen nach wie vor.¹ Im Folgenden werden Entwicklung und Stand der Forschung anhand der bedeutendsten Veröffentlichungen skizziert. Dabei finden sowohl die wenigen Quellen Berücksichtigung, die sich explizit mit Controllingkonzepten in der (Haus-)Arztpraxis beschäftigen, als auch solche, die eng verwandte Themenkomplexe untersuchen.²

Eine umfassende Darstellung strategischer Controllinginstrumente für Arztpraxen wurde von Merk³ im Rahmen seiner Dissertationsschrift verfasst. Der Autor tritt für die Notwendigkeit eines strategischen Managements in Arztpraxen als Folge wachsender Herausforderungen und eines immer komplexer werdenden Umfeldes ein und adaptiert verschiedene Instrumente des strategischen Controllings bzw. Managements an die Besonderheiten einer Arztpraxis. Als Hindernis betrachtet Merk weniger die Implementierung der Instrumente als vielmehr deren dauerhafte Verankerung im Unternehmen sowie die oftmals fehlende betriebswirtschaftliche Qualifikation des Arztes.⁴

Einen ähnlichen Ansatz der Übertragung betriebswirtschaftlicher Controllingkonzepte auf die Arztpraxis verfolgt Prügger⁵, stellt dabei allerdings strategische Investitions- und Finanzierungsfragen sowie operatives Controlling in den Mittelpunkt seiner Untersuchungen. Als ein zentrales Ergebnis nennt der Autor die herausragende Bedeutung der Ermittlung des Praxiswertes sowohl für Praxisübernahmen als auch für das Controlling.⁶ Aufschlussreich ist ferner das persönliche Resümee, in dem Prügger grundsätzlich ein geringes Interesse der niedergelassenen Ärzteschaft an

¹ Zu diesem Schluss kommen auch Obermann/Müller (2017), S.10f.

² Keine Berücksichtigung finden hingegen Quellen, die sich überwiegend und detailliert dem Rechnungswesen widmen, da dieses kein primärer Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit ist.

³ Vgl. Merk (1999), S.223ff.

⁴ Vgl. ebenda, S.257.

⁵ Vgl. Prügger (2000).

⁶ Vgl. ebenda, S.103.

betriebswirtschaftlichen Instrumenten und ein fehlendes Bewusstsein für die Notwendigkeit von Unternehmenssteuerung feststellt.¹

Sohn/Schöffski/Voss² sehen insbesondere den ökonomischen Druck und die zunehmende fachliche Diversifizierung als Triebkraft für den Aufbau von Informationsmanagement- bzw. Controlling-Systemen in Arztpraxen. In ihren weiteren Ausführungen zur praktischen Umsetzung eines Kennzahlensystems differenzieren sie zwischen medizinischem Controlling anhand von Qualitätsindikatoren sowie ökonomischem Controlling zur wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit, rücken dabei allerdings die Anforderungen von Praxisnetzen in den Mittelpunkt. Hindernisse seien die mangelnde Akzeptanz elektronischer Informationsmanagementsysteme sowie die Anforderungen an Einheitlichkeit und Qualität der Dokumentationsinhalte.³

Frodl⁴ geht in seiner Monografie „Praxisführung für Ärzte“ auf Funktionen, Arten, Ausrichtungen und den Prozess des Controllings ein, ehe er sich detaillierter mit Controllinginstrumenten auseinandersetzt. Den Fokus legt der Autor auf vergleichende Instrumente sowie die Steuerung mit Praxiskennzahlen. Frodl widmet sich darüber hinaus dem Aufbau eines Risikomanagementsystems in der Arztpraxis.⁵

Empfehlungen zum Aufbau eines Controllingkonzeptes finden sich auch in Werken, die sich primär als Ratgeber für niedergelassene Ärzte verstehen und eher einen pragmatischen als einen forschungstheoretischen Ansatz verfolgen. Entsprechend dieser Zielsetzung wird die Thematik zumeist nur auf wenigen Seiten und in einem begrenzten Detailgrad betrachtet. Vor dem Hintergrund einer insgesamt geringen Durchdringung des Forschungsgebietes können auch solche Quellen einen Beitrag leisten, sie sind jedoch als ergänzend einzustufen. Beispielsweise greifen Schurr/Kunhardt/Dumont⁶ in ihrer Monografie nach einer einführenden Klärung des Controllingbegriffes die Balanced Scorecard als Instrument zur Erfassung verschiedener Zieldimensionen heraus und definieren die ihrer Ansicht nach bedeutsamsten Praxiskennzahlen.⁷

¹ Vgl. Prügger (2000), S.104.

² Vgl. Sohn/Schöffski/Voss (2013).

³ Vgl. ebenda, S.437.

⁴ Vgl. Frodl (2016), S.349ff.

⁵ Vgl. ebenda, S.363ff.

⁶ Vgl. Schurr/Kunhardt/Dumont (2008), S.31ff.

⁷ Als weitere Beispiele für Quellen dieser Kategorie seien Frank (2010), S.118ff. und Stiller (2013), S.40ff. angeführt.

Eine weitere Kategorie bilden Artikel in Fachzeitschriften, die sich mit Controlling in Arztpraxen auseinandersetzen. Die Autoren beschränken sich dabei allerdings zumeist auf eine einführende Vorstellung einzelner Controllinginstrumente und stellen den Anwendungsaspekt über den Forschungsgedanken.¹

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass das Controlling in Hausarztpraxen forschungstheoretisch bisher wenig erschlossen ist. Zwar finden sich in der Literatur inzwischen mehrere Beiträge, es fehlt jedoch im Unterschied zu anderen Branchen eine umfassende, über Teilaspekte hinausgehende, wissenschaftstheoretisch fundierte Gesamtbetrachtung des Controllings. Bemerkenswert ist, dass die Forschung sich der Thematik bisher fast ausschließlich sachlich-analytisch genähert und auf empirische Erhebungen verzichtet hat. Ferner ist zu konstatieren, dass die Autoren sich in der Regel auf die „unspezifische“ Arztpraxis konzentrieren und die Besonderheiten von Hausarztpraxen unberücksichtigt lassen.

1.4 Gang der Arbeit

Die für diese Arbeit gewählte inhaltliche Strukturierung orientiert sich an den in Abschnitt 1.2 formulierten Forschungsfragen. Das zweite Kapitel widmet sich der ersten Forschungsfrage und untersucht die heutige Rolle der Hausarztpraxis im deutschen Gesundheitssystem sowie die maßgeblichen derzeit in der hausärztlichen Versorgung zu beobachtenden Entwicklungen und Veränderungen. Ergänzend beinhaltet das Kapitel einen historischen Abriss der hausärztlichen Versorgung in Deutschland sowie eine Bestandsaufnahme der Zufriedenheit von Hausärzten mit verschiedenen Aspekten ihres Berufes. Im dritten Kapitel wird die Hausarztpraxis aus dem Blickwinkel der Betriebswirtschaftslehre betrachtet, um ihre Gemeinsamkeiten mit bzw. Unterschiede zu Unternehmen anderer Branchen herauszuarbeiten. Die Analyse orientiert sich dabei an den Phasen des Praxislebenszyklus und erörtert strukturiert die Besonderheiten in der Gründungs-, Betriebs- und Abgabephase. Das vierte Kapitel löst den Blick kurzzeitig von der Hausarztpraxis und richtet ihn auf die Grundkonzepte des betriebswirtschaftlichen Controllings, insbesondere auf eine Gegenüberstellung der verschiedenen, in der Forschung vorherrschenden Controlling-Konzeptionen. Kapitel 5 greift alle bis dahin gewonnenen Erkenntnisse auf und führt sie zusammen, um Controlling im Kontext der

¹ Stellvertretend seien die Beiträge von Letter/Letter (2006) zum Thema „SWOT-Analyse“ und von Kutscher (2011) zum Instrument „Balanced Scorecard“ angeführt.

Hausarztpraxis zu beleuchten. In einem ersten Schritt werden dabei die Bedeutung von Controlling für Hausarztpraxen erarbeitet sowie Vorschläge für das Schema eines hausärztlichen Zielsystems und die Auswahl einer Controlling-Konzeption unterbreitet. Die anschließende Gegenüberstellung ausgewählter strategischer und operativer Controllinginstrumente kann als inhaltlicher Kern der Arbeit betrachtet werden. Aus der Vielzahl von etablierten Verfahren werden diejenigen herausgegriffen, die die zuvor identifizierten Anforderungen von Hausarztpraxen am besten erfüllen. Alle Instrumente werden zuerst in einem generischen betriebswirtschaftlichen Rahmen vorgestellt und anschließend modellhaft in den hausärztlichen Kontext übertragen. Den inhaltlichen Abschluss der Arbeit bildet Kapitel 6, das die zentralen Ergebnisse der drei Forschungsfragen zusammenfassend betrachtet und einen Ausblick auf sich aus dieser Arbeit ergebende weitere Forschungsvorhaben wagt. Abbildung 3 veranschaulicht den Gang der Arbeit und stellt den Bezug der einzelnen Kapitel zu den drei Forschungsfragen her:

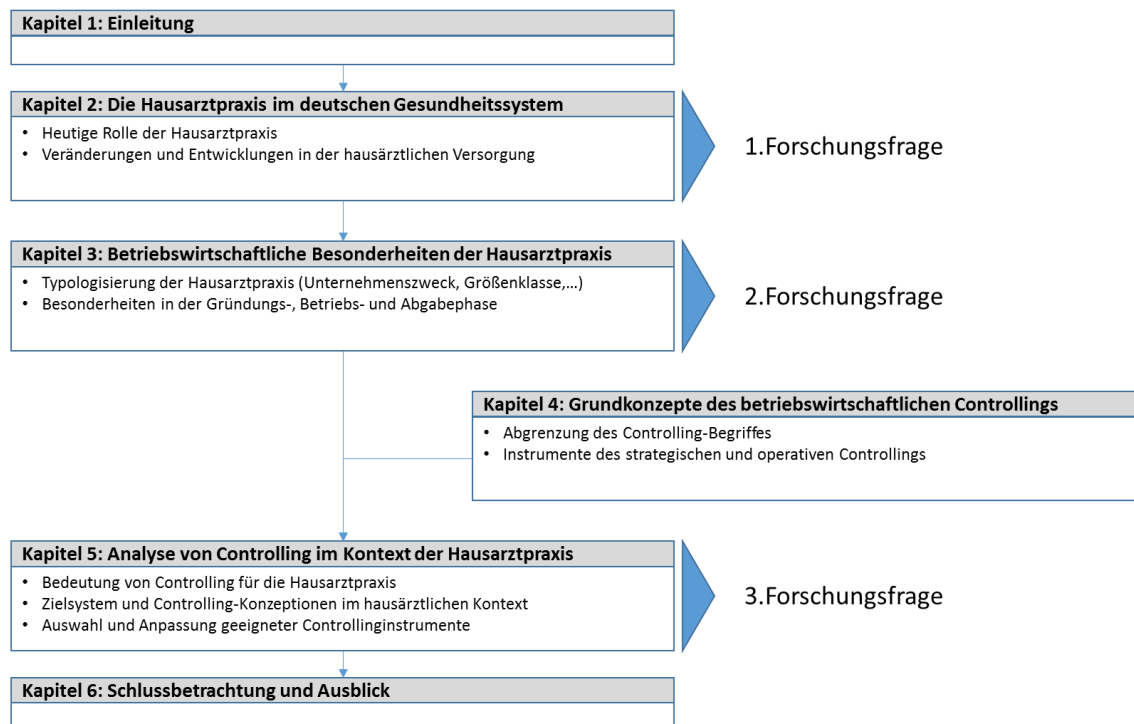


Abbildung 3: Gang der Arbeit¹

¹ Quelle: Eigene Darstellung.

2 Die Hausarztpraxis im deutschen Gesundheitssystem

Dieses Kapitel widmet sich der ersten Forschungsfrage und errichtet damit das Fundament für alle weiterführenden Gedankengänge. Um eine zahlenmäßige und inhaltliche Vorstellung von der heutigen Rolle der hausärztlichen Versorgung in Deutschland zu erhalten, werden in Abschnitt 2.1 zuerst die wesentlichen Akteure des Gesundheitssystems kurz vorgestellt und ihr Zusammenspiel untersucht. Da sich viele Charakteristika der ambulanten Versorgungsstruktur am besten mit der geschichtlichen Entwicklung erklären lassen, erfolgt im anschließenden Abschnitt 2.2 ein historischer Abriss der wesentlichen gesundheitspolitischen Meilensteine. Als nächstes fasst Abschnitt 2.3 die Ergebnisse mehrerer Studien der letzten Jahre zusammen, um ein aktuelles Bild der Zufriedenheit von Hausärzten mit verschiedenen Aspekten ihres Berufes zu zeichnen. Abschnitt 2.4 arbeitet die zentralen, derzeitigen Entwicklungen und Trends der hausärztlichen Versorgung heraus und hat damit besondere Relevanz für die im weiteren Verlauf dieser Arbeit stattfindende Beurteilung und Ausgestaltung von Controllinginstrumenten.

2.1 Einordnung der Hausarztpraxis in das deutsche Gesundheitssystem

Das deutsche Gesundheitssystem ist ein Netzwerk zahlreicher Akteure, die alle direkt oder indirekt am Zugang der Bürger zu medizinischer Versorgung beteiligt und durch vielfältige Finanz- und Leistungsströme miteinander verbunden sind. Im Mittelpunkt steht die Beziehung zwischen den Patienten als Leistungsbeziehern, den verschiedenen Leistungserbringern sowie den Krankenversicherungen als bedeutendstem Kostenträger. Der Staat als Regulator gibt die Rahmenbedingungen dieses Gefüges vor, auch wenn Deutschland im Unterschied zu anderen europäischen Ländern kein staatliches Gesundheitswesen besitzt. Zu den Leistungserbringern zählen vor allem die Krankenhäuser als stationäre und die Vertragsärzte als ambulante Versorger. Letztere lassen sich wiederum in die Gruppen der Hausarztpraxen und der Facharztpraxen untergliedern. Abbildung 4 stellt die beschriebene Grundstruktur des deutschen Gesundheitssystems schematisch dar:

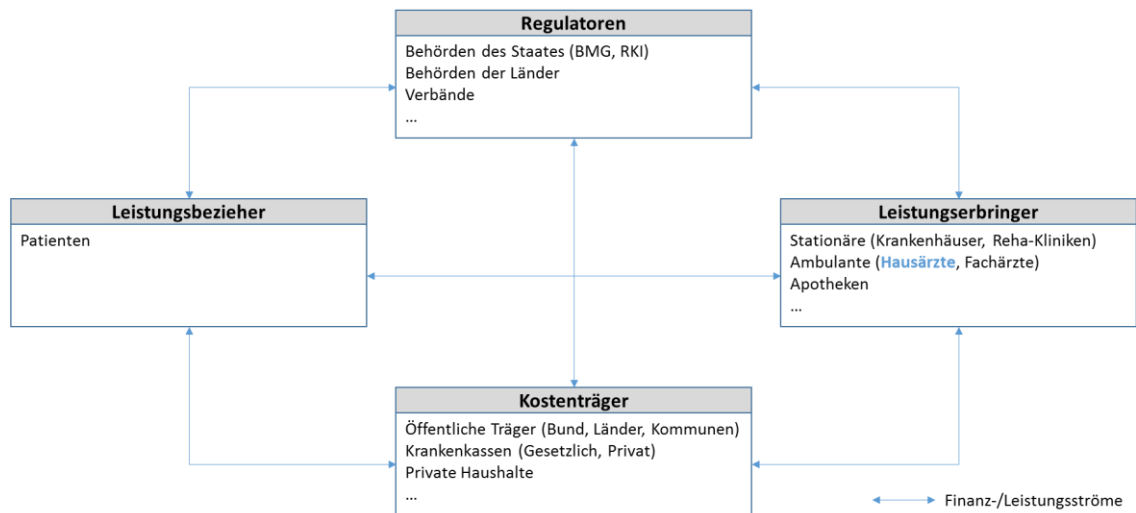


Abbildung 4: Akteure des deutschen Gesundheitssystems¹

Dass der Gesundheitssektor in Deutschland neben seiner sozialen auch eine außerordentliche volkswirtschaftliche Bedeutung besitzt, offenbart ein Blick auf die Gesundheitsausgaben:² Im Jahr 2017 lagen diese bei 376 Mrd. € und damit fast 5% höher als im Jahr zuvor. Auch der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt stieg in den vergangenen Jahren leicht an und betrug zuletzt 11,5%. Von den gesamten Gesundheitsausgaben wiederum entfielen 55 Mrd. € auf die Arztpraxen, sodass diese der zweitgrößte Ausgabenträger nach den Krankenhäusern sind (siehe Abbildung 5).

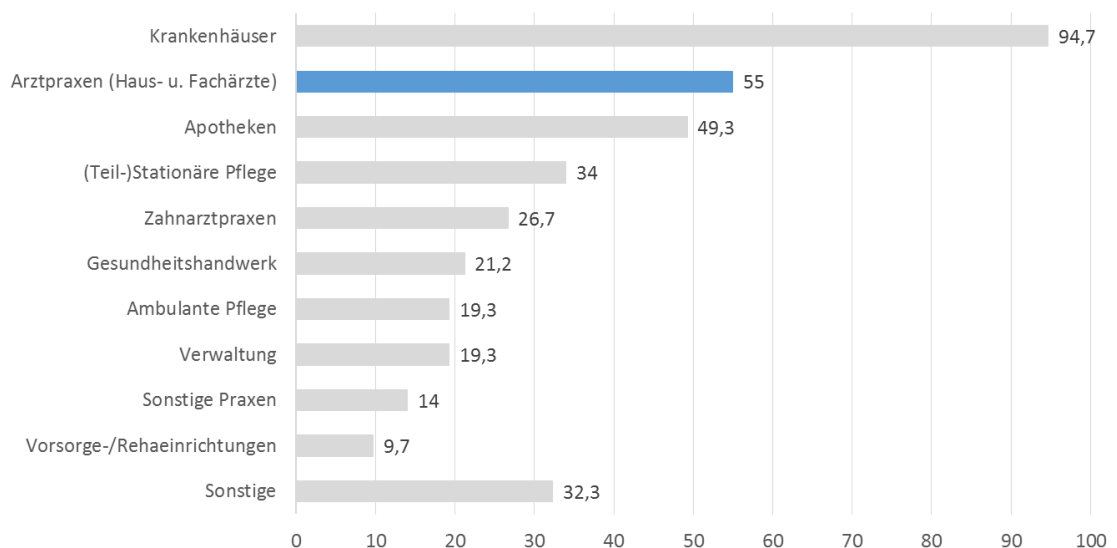


Abbildung 5: Anteile der Leistungserbringer an den deutschen Gesundheitsausgaben 2017 in Mrd. €³

¹ Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Penter/Augurzky (2014), S.21.

² Vgl. im Folgenden Statistisches Bundesamt (2019a), S.150, S.333, eigene Berechnungen.

³ Quelle: Eigene Darstellung, Datenbasis: Statistisches Bundesamt (2019a), S.150.

Ein ähnliches Bild ergibt sich bei Betrachtung der Arbeitsmarktzahlen: Auch hier nimmt das Gesundheitswesen mit rund 5,5 Millionen Beschäftigten bzw. einem Anteil von etwa 13% an der Gesamtbeschäftigung einen hohen volkswirtschaftlichen Stellenwert ein.¹ Zu diesem Segment gehören auch die rund 390.000 in Deutschland beschäftigten Ärzte, von denen etwas weniger als die Hälfte im ambulanten Bereich tätig ist.² Unter diesen wiederum stellen die rund 55.000 Hausärzte die größte Gruppe dar.³

Der Gesetzgeber hat die vertragsärztliche Versorgung im Sozialgesetzbuch verankert und die Aufgaben der Hausärzte von denen der Fachärzte abgegrenzt:

„Die vertragsärztliche Versorgung gliedert sich in die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung. Die hausärztliche Versorgung beinhaltet insbesondere

- 1. die allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes; Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen,*
- 2. die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen einschließlich der Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins bei einem an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer,*
- 3. die Dokumentation, insbesondere Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der ambulanten und stationären Versorgung,*
- 4. die Einleitung oder Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen.“⁴*

Konkretisiert werden diese Formulierungen u.a. durch die Fachdefinition der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), die dem Hausarzt darüber hinaus weitere Funktionen zuweist.⁵ Im Vordergrund der hausärztlichen Tätigkeit steht demnach die ganzheitliche, auf Dauer angelegte Betreuung und medizinische Grundversorgung eines Patienten unter Einbeziehung dessen sozialen Hintergrundes und seiner Krankengeschichte. Um dieser Aufgabe gerecht zu werden und insbesondere harmlose von bedrohlichen Verläufen unterscheiden zu können, muss der Hausarzt über ein breites medizinisches Wissen und hohe zwischenmenschliche Kompetenz verfügen. Erschwerend wirkt dabei die unselektierte Patientenpopulation eines Hausarztes, der von

¹ Vgl. Statistisches Bundesamt (2019a), S.361, eigene Berechnungen.

² Vgl. Bundesärztekammer (2018), S.2.

³ Vgl. KBV (2019a), S.3.

⁴ §73 Abs. 1 SGB V.

⁵ Vgl. im Folgenden DEGAM (2002).

Behandlungsbedürftigen jeden Alters und Geschlechts aufgesucht wird und als erste Anlaufstelle sein Urteil oftmals nicht auf Vordiagnosen stützen kann.¹ Bei jedem Beratungsanlass muss der Hausarzt abwägen, ob er den Patienten selber behandeln bzw. beobachten möchte oder ihn – ggf. unverzüglich – an einen Spezialisten überweist. Diese Entscheidungsfindung im Sinne eines abwartenden Offenhaltens bzw. Berücksichtigens abwendbar gefährlicher Verläufe gehört zu den essenziellen und anspruchsvollsten Kernkompetenzen eines Hausarztes.²

Den hohen fachlichen und menschlichen Anforderungen trägt eine differenzierte Weiterbildungsordnung Rechnung, die von den Hausärzten Expertise in den häufigsten Krankheitsbildern der Inneren Medizin sowie einen Kurs in psychosomatischer Grundversorgung verlangt.³ Einen Ausschnitt aus der Breite des hausärztlichen Behandlungsspektrums zeigt Abbildung 6:

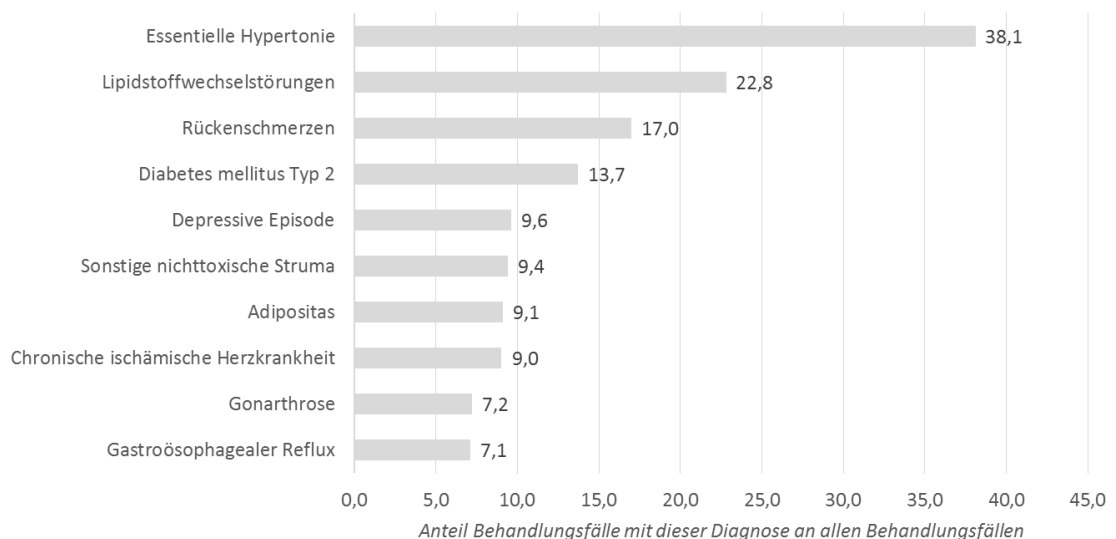


Abbildung 6: Die häufigsten Behandlungsanlässe in der hausärztlichen Versorgung⁴

Neben seiner Aufgabe in der direkten medizinischen Versorgung soll der Hausarzt die Behandlung des Patienten bei den übrigen ambulanten und stationären Leistungserbringern koordinieren und begleiten, weshalb ihm oft die Rolle als „Lotse“ in einem immer komplexer werdenden Gesundheitssystem zugedacht wird.⁵ Da er im Idealfall erster Ansprechpartner des Patienten bei medizinischen Problemen ist, obliegt

¹ Vgl. Riedl/Peter (2017), S.5f.

² Vgl. ebenda, S.7f.

³ Vgl. Ärztekammer des Saarlandes (2012), S.14ff.

⁴ Quelle: Eigene Darstellung, Datenbasis: KBV (2017a), S.91.

⁵ Vgl. beispielhaft Korzilius (2009).

ihm die Verantwortung, die Gesellschaft vor Fehl-, Unter- oder Überversorgung zu schützen.¹ Dem Hausarzt kommt somit eine gesellschaftlich und gesamtwirtschaftlich bedeutende Funktion zu, die allerdings dadurch geschwächt wird, dass etwa zwei von drei Patienten im Krankheitsfall direkt spezialisierte fachärztliche Versorger aufsuchen.²

Der Gesetzgeber versucht seit einiger Zeit, die Rolle des Hausarztes durch verschiedene Maßnahmen, wie z.B. die hausarztzentrierte Versorgung, wieder zu stärken, nicht zuletzt in der Hoffnung auf eine Verringerung der durch Mehrfachdiagnostik verursachten Gesundheitsausgaben. In einer Befragung zeigte sich, dass etwa drei von vier Patienten an einem solchen Hausarztmodell entweder schon teilnehmen oder im Falle einer deutlichen Beitragssenkung dazu bereit wären.³ Angesichts in den letzten Jahren kontinuierlich steigender Teilnehmerzahlen und positiver Evaluationsergebnisse kann für die Zukunft ein weiteres Wachstum der hausarztzentrierten Versorgung erwartet werden.⁴

2.2 Historische Entwicklung der hausärztlichen Versorgung in Deutschland

Fast alle derzeitigen Entwicklungen und Herausforderungen in der hausärztlichen Versorgung sind das Ergebnis weit zurückreichender gesellschaftlicher Prozesse und politischer Reformen. Insbesondere die Gründe für die zunehmende Ökonomisierung der ambulanten und stationären Versorgung sind anhand eines kurzen historischen Abrisses des deutschen Gesundheitswesens besser nachvollziehbar.⁵ So waren die Jahrzehnte nach Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 1883 geprägt von einer stetigen Erweiterung des Kreises versicherungspflichtiger Personen, einem wachsenden Leistungsumfang und steigenden Arztzahlen.⁶ Die mit der Zeit entstehende Unterfinanzierung des Gesundheitssystems konnte auch mit steigenden Beitragssätzen nicht ausgeglichen werden, sodass in den 1970er Jahren die Notwendigkeit größerer Reformen immer deutlicher wurde. Die Weltwirtschaftskrise wirkte schließlich als Katalysator für mehrere, unter dem Schlagwort „Kostendämpfungspolitik“ zusammengefasste, regulatorische Eingriffe des Gesetzgebers.⁷ Im stationären

¹ Vgl. DEGAM (2002).

² Vgl. Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld (2019a), S.10.

³ Vgl. ebenda, S.25.

⁴ Vgl. Deutscher Hausärzterverband (2018), S.11 und Deutscher Hausärzterverband (2020).

⁵ Vgl. im Folgenden ausführlich Simon (2016), S.19ff.

⁶ Vgl. ebenda, S.32ff.

⁷ Vgl. ebenda, S.52ff.

Krankenhaussektor waren dies u.a. das Prinzip der dualen Finanzierung sowie die Einführung von DRG-Fallpauschalen als neue Abrechnungsform. In der ambulanten Versorgung sollte zu Beginn vor allem über drei Maßnahmen eine Ausgabenlimitierung erreicht werden:¹ Durch eine Schwächung der Position der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) gegenüber den Krankenkassen, durch eine Limitierung der Vertragsarztzahlen sowie durch eine Begrenzung der vertragsärztlichen Vergütung. Im weiteren Verlauf trieb die Politik zudem eine immer stärkere private Beteiligung der Versicherten an den Behandlungskosten voran. Auch wenn im weiteren Zeitverlauf die jeweils regierenden Parteien unterschiedliche Schwerpunkte setzten, hat sich an dieser vor rund 50 Jahren eingeschlagenen Richtung grundlegend nichts geändert. Die Auswirkungen der beschriebenen Maßnahmen sind bis heute in positiver wie in negativer Hinsicht deutlich sichtbar:

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind zwar noch immer Körperschaften des öffentlichen Rechts mit dem Auftrag, die ambulante Versorgung sicherzustellen und als Interessenvertretung der Vertragsärzte zu fungieren.² Ihre Verhandlungsmacht wurde allerdings durch Lockerung ihres Vertragsmonopols, Stärkung der Krankenkassen sowie Schaffung neuer Steuerungsakteure wie dem Gemeinsamen Bundesausschuss geschwächt. Zugleich wuchs unter nicht wenigen niedergelassenen Medizinern der Eindruck, dass für die KVen die Interessen der Ärzte nicht immer im Vordergrund stünden.³ In mehreren Kontroversen um Vergütungen und Einschränkungen der ärztlichen Handlungsfreiheit mussten die Vertragsärzte bzw. die sie vertretenden KVen die Grenzen ihrer Macht erkennen. So blieb der Staat in der Auseinandersetzung mit mehreren streikenden niedersächsischen Kieferorthopäden im Jahr 2004 standhaft und nutzte schließlich das Instrument, den Sicherstellungsauftrag an die Krankenkassen zu übertragen und den betreffenden Ärzten für mehrere Jahre ihre Zulassung zu entziehen.⁴ Zu einer Zerreißprobe führte auch der Machtkampf um einen Ausstieg der bayerischen Hausärzte aus dem Kollektivvertragssystem.⁵ An diesem Beispiel wird deutlich, dass nicht nur KVen und Krankenkassen um die Höhe der Vergütung ringen, sondern auch hinsichtlich der Honorarverteilung zwischen den Arztgruppen Konfliktpotenzial

¹ Vgl. Gerlinger/Schönwalder (2012).

² Vgl. im Folgenden ausführlich ebenda.

³ Vgl. zu dem mit der Doppelrolle der KVen verbundenen Interessenkonflikt Simon (2016), S.298f. und Baumgärtner/Holzmann/Holzmann (2013), S.3, S.9.

⁴ Vgl. Simon (2016), S.295.

⁵ Vgl. Korzilius (2011).

vorhanden ist. Es ist davon auszugehen, dass die Diskrepanz zwischen dem Wunsch der Ärzte nach alleiniger Behandlungshoheit und der Notwendigkeit von Ausgabenkontrolle durch die Kostenträger die Gesundheitspolitik auch in künftigen Verhandlungsrunden beschäftigen wird.

Das zweite Ziel der Kostendämpfungspolitik sah eine Begrenzung der Vertragsarztzahlen vor.¹ Gesetzgeber und Krankenkassen unterstellten das betriebswirtschaftliche Prinzip, dass ein erhöhtes Angebot unabhängig vom tatsächlichen Bedarf eine höhere Nachfrage bedingt. Niederlassungsbeschränkungen waren somit in erster Linie als Instrument zur Limitierung der Gesundheitsausgaben konzipiert und wurden 1987 mit dem „Gesetz zur Verbesserung der kassenärztlichen Bedarfsplanung“ ermöglicht. Auch Ärzteschaft bzw. die sie vertretenden KVen standen der Neuregelung positiv gegenüber, allerdings aus anderen Gründen: Weniger neue Niederlassungen bedeuteten weniger ärztliche Kollegen, mit denen das nach oben weitgehend begrenzte Gesamtbudget der Krankenkassen geteilt werden musste.² Der Grundgedanke der Bedarfsplanung sieht die Festlegung arztgruppenspezifischer Arzt-Patienten-Relationen vor, anhand derer die Über- bzw. Unterversorgung einer Region ermittelt wird. In überversorgten Regionen ist die Niederlassung nur möglich, wenn ein anderer Arzt seinen Sitz aufgibt. Umgekehrt sollen in unterversorgten Regionen Anreize, z.B. in Form von Fördermaßnahmen, für die Niederlassung geschaffen werden. Die Erstellung der Bedarfspläne fällt in die Verantwortlichkeit des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), der sich mehrheitlich aus Vertretern der Krankenversicherungen, der KVen und der Krankenhausgesellschaft zusammensetzt. Die Anzahl der Vertragsärzte ist in den vergangenen Jahrzehnten nur moderat von ca. 120.000 im Jahr 1995 auf ca. 150.000 im Jahr 2019 angestiegen,³ die Bedarfsplanung hat also den ihr ursprünglich zgedachten Zweck grundsätzlich erfüllt. Nicht verhindert werden konnte allerdings, dass sich in einzelnen Arztgruppen Versorgungslücken auftraten. Dies trifft insbesondere für die Allgemeinmediziner zu, deren Anzahl nicht nur anteilig im Verhältnis zu den übrigen Vertragsarztgruppen gesunken, sondern auch absolut leicht rückläufig ist. Zugleich wies die Bedarfsplanung in ihrer ursprünglichen Form Defizite bei der Berücksichtigung regionaler

¹ Vgl. im Folgenden ausführlich Gerlinger/Schönwalder (2012).

² Vgl. Rosenbrock/Gerlinger (2014), S.186.

³ Eine ausführliche Untersuchung der Arztzahlentwicklung erfolgt in Abschnitt 2.4.2, ferner wird dort die im Folgenden nur kurz angesprochene Thematik der regionalen hausärztlichen Unterversorgung weiter vertieft.

Besonderheiten auf, was mitverantwortlich für den seit Jahren bestehenden Versorgungsmangel in strukturschwachen Regionen ist. Der Gesetzgeber reagierte auf diese Entwicklung mit mehreren regulatorischen Anpassungen, u.a. in Form des 2012 verabschiedeten Versorgungsstrukturgesetzes, das dem G-BA mehr Flexibilität bei der Erstellung der Bedarfspläne einräumt.¹

Das dritte Ziel der ausgabenbegrenzenden Kostendämpfungspolitik bestand in einer Reform des ambulanten Vergütungssystems, das seit den 1960er Jahren eine unlimitierte Einzelleistungsvergütung vorsah und entsprechend hohe Ausgaben verursachte.² Im Zentrum der vom Gesetzgeber beschlossenen Maßnahmen standen die Einführung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes sowie die Rückkehr zu den bereits 1931 eingeführten und später wieder ausgesetzten Vergütungsobergrenzen. Nach einer als Übergangsphase anzusehenden Zeitspanne zwischen 1975 und 1992 markierte insbesondere die Anbindung der Gesamtvergütung an die Einnahmeentwicklung der Krankenkassen im Gesundheitsstrukturgesetz einen Wendepunkt, der das Morbiditätsrisiko von den Krankenkassen auf die Ärzteschaft verlagerte. In den folgenden Jahren wurde das Prinzip einer Vergütungsobergrenze in den Grundzügen beibehalten und zuerst in Form von Praxisbudgets umgesetzt, die einige Zeit später wiederum durch Regelleistungsvolumina ersetzt wurden. Dieses bis heute gültige Vergütungsprinzip bezieht die Morbidität der Versicherten in die Berechnungen ein, wodurch das finanzielle Risiko eines erhöhten Behandlungsbedarfs nicht mehr ausschließlich auf Seiten der Vertragsärzte liegt. Die Abkehr von der unbegrenzten Einzelvergütung brachte allerdings als weiteres Problem mit sich, dass das nun nur noch limitiert zur Verfügung stehende Gesamthonorar gerecht zwischen den Arztgruppen aufgeteilt werden musste. Um ständigen Konflikten und einem möglichen resultierenden Mangel einzelner Arztgruppen vorzubeugen, musste sich die Politik in ihren Reformen auch dieses Themas annehmen. Vor allem galt es, die Einkommenskluft zwischen Allgemeinmedizinern und spezialisierten Fachärzten zu mindern und dem bereits damals absehbaren Hausärztemangel entgegen zu wirken. Der Gesetzgeber ersann infolgedessen mehrere Maßnahmen zur Stärkung der Hausarztstätigkeit.³ Unter diesen sind die Trennung des hausärztlichen und des fachärztlichen Vergütungsbudgets, die Einführung der

¹ Vgl. hierzu ausführlich Rosenbrock/Gerlinger (2014), S.188f.

² Vgl. hier und im Folgenden ausführlich ebenda, S.194ff.

³ Vgl. im Folgenden ausführlich ebenda, S.174ff.

hausärztlichen Grundvergütung als eigene Leistungsposition sowie die Verpflichtung der Krankenkassen zum Angebot der hausarztzentrierten Versorgung hervorzuheben.

Die drei beschriebenen Grundpfeiler der Kostendämpfungspolitik hatten eine Begrenzung der Gesundheitsausgaben zum Ziel. Daneben entschloss sich der Gesetzgeber, die Krankenkassen durch eine stärkere Beteiligung der Leistungsempfänger an den Gesundheitsausgaben finanziell zu entlasten. Seit den 1970er Jahren wurden daher den Patienten immer mehr Zuzahlungen auferlegt, u.a. in den Bereichen Arzneimittel, Zahnbehandlungen, Krankenhausaufenthalt oder durch die später wieder abgeschaffte Praxisgebühr.¹ Für die niedergelassenen Ärzte ist diese Entwicklung insofern relevant, als dass sie ihr Behandlungs- und Verordnungsverhalten immer wieder neuen Bestimmungen anpassen müssen.

2.3 Berufszufriedenheit von Hausärzten

Die berufliche Zufriedenheit von (Haus-)Ärzten war in den vergangenen Jahren Gegenstand zahlreicher empirischer Untersuchungen und wird u.a. im Rahmen des zweijährlich durchgeführten Ärztemonitors erfasst. Die zentralen Erkenntnisse der Erhebungen werden im Folgenden zusammengefasst und erfüllen im Kontext der Arbeit vorrangig zwei Aufgaben: Erstens gewähren sie ein besseres Verständnis des hausärztlichen Arbeitsalltags und ermöglichen es, die Auswirkungen der in den nachfolgenden Abschnitten untersuchten Entwicklungen besser einzuschätzen. Zweitens geben die Ergebnisse Hinweise darauf, welche Priorität das Controlling den unterschiedlichen Aspekten der betrieblichen Aktivität zukommen lassen sollte und können somit zur Beantwortung der dritten Forschungsfrage herangezogen werden. Neben der Gesamtzufriedenheit von Hausärzten mit ihren Arbeitsbedingungen (siehe Abbildung 7) ist u.a. von Interesse, wie diese Berufsgruppe ihr Einkommen und ihre Arbeitsbelastung einschätzt und in welchen Bereichen sich Unterschiede zu den anderen Arztgruppen ergeben.

¹ Vgl. beispielhaft zum kontinuierlichen Anstieg der Arzneimittelzuzahlungen Rosenbrock/Gerlinger (2014), S.274ff.

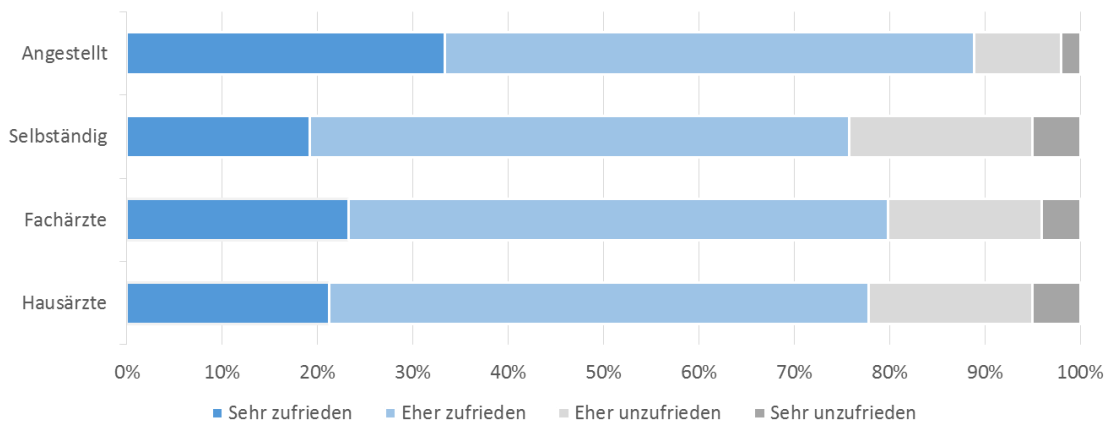


Abbildung 7: Gesamtzufriedenheit von Haus- und Fachärzten mit ihren Arbeitsbedingungen¹

Es zeigt sich, dass die meisten Haus- und Fachärzte, besonders die in einem Angestelltenverhältnis beschäftigten, mit ihren Arbeitsbedingungen insgesamt zufrieden sind.² Die große Mehrheit der Befragten schätzt besonders die Nützlichkeit und Sinnhaftigkeit ihres Berufes und würde ihn heute nochmals ergreifen.³

Der durchschnittliche Jahresüberschuss eines Hausarztes ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen und betrug im Jahr 2017 rund 181.000 €.⁴ Die meisten niedergelassenen Ärzte sind mit ihrem Einkommen zufrieden (siehe Abbildung 8) und schätzen auch die wirtschaftliche Situation ihrer Praxis positiv ein.

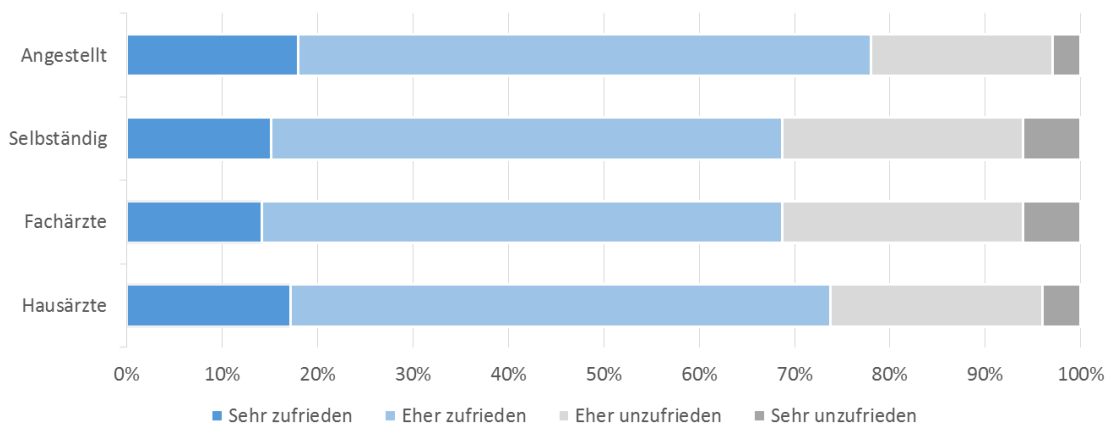


Abbildung 8: Zufriedenheit mit der Einkommenssituation⁵

¹ Quelle: Eigene Darstellung, Datenbasis: Infas (2018a), S.16.

² Zu vergleichbaren Ergebnissen kommt auch das Zi-Praxis-Panel, in dem drei Viertel der Hausärzte ihre Situation insgesamt als „gut“ oder „sehr gut“ beurteilen, vgl. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2019), S.43.

³ Vgl. Infas (2018a), S.22f.

⁴ Vgl. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2019), S.43.

⁵ Quelle: Eigene Darstellung, Datenbasis: Infas (2018a), S.65f.

Im Querschnitt des deutschen Arbeitsmarktes lassen sich niedergelassene Hausärzte als besserverdienend klassifizieren¹. Ein direkter Vergleich ihres Jahresüberschusses mit dem durchschnittlichen Jahresbruttoverdienst von rund 51.000 €² eines Vollzeitbeschäftigten in Deutschland ist allerdings aufgrund der unterschiedlichen Zusammensetzung dieser beiden finanziellen Größen nicht ohne Weiteres möglich.³

Neben dem Einkommen ist die wöchentliche Arbeitszeit eine weitere Determinante der Berufszufriedenheit. Abbildung 9 veranschaulicht, wie sich diese Größe bei Haus- und Fachärzten in den letzten Jahren entwickelt hat:

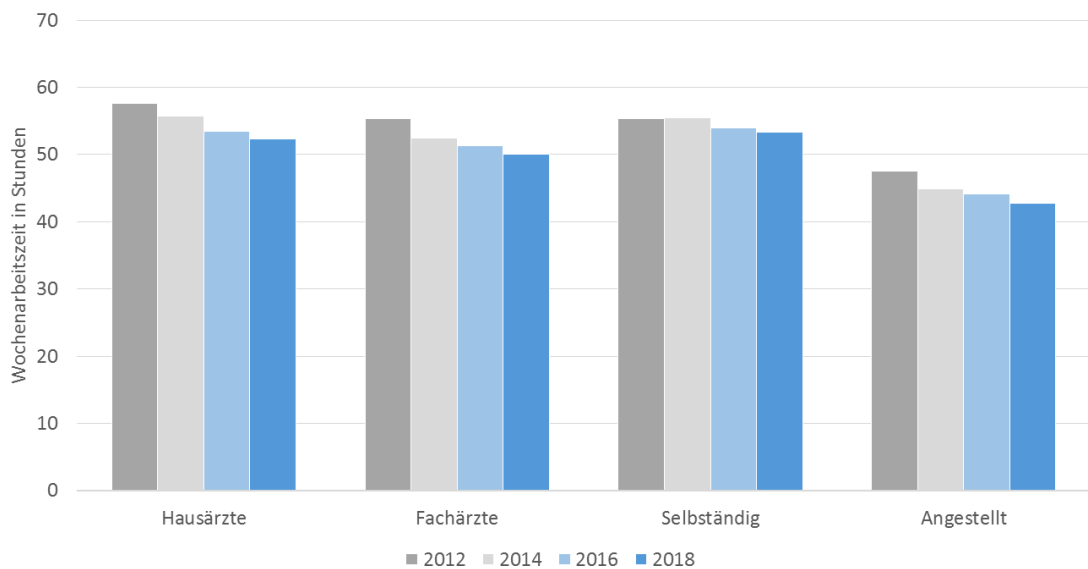


Abbildung 9: Wochenarbeitszeit von Haus- und Fachärzten⁴

Die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit eines Hausarztes lag im Jahr 2018 bei 52,3 Stunden und damit deutlich über dem Mittelwert von 35,5 Stunden⁵ eines Arbeitnehmers in Deutschland. Haus- und Fachärzte weisen keine nennenswerten Differenzen hinsichtlich ihrer Arbeitszeit auf, zwischen selbstständigen und angestellten Ärzten ist jedoch ein Unterschied von rund 10 Wochenstunden festzustellen. Der Anteil

¹ Zu den „Besserverdienenden“ zählt das statistische Bundesamt die 10% Arbeitnehmer mit den höchsten Bruttostundenlöhnen. Im Jahr 2014 waren dies 31 €, vgl. Statistisches Bundesamt (2017), S.6. Demgegenüber betrug der Jahresüberschuss je Inhaberstunde eines Hausarztes im selben Jahr 68 €, vgl. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2017), S.30.

² Vgl. Statistisches Bundesamt (2019a), S.390.

³ Eine nähere Beschäftigung mit dem Zustandekommen des hausärztlichen Einkommens auf Grundlage des Jahresüberschusses findet im weiteren Verlauf dieser Arbeit in Abschnitt 3.3.1. statt.

⁴ Quelle: Eigene Darstellung, Datenbasis: Infas (2012), S.21, Infas (2014), S.28, Infas (2016), S.24, Infas (2018a), S.26.

⁵ Vgl. Statistisches Bundesamt (2019a), S.392.

dieser zuletzt genannten Gruppe steigt seit einigen Jahren beständig¹ und ist mitverantwortlich für den im gleichen Zeitraum zu beobachtenden Rückgang der ärztlichen Wochenarbeitszeit insgesamt. Zu diesen Ergebnissen passend fällt die Zufriedenheit der niedergelassenen Ärzte mit der Arbeitsbelastung geringer aus als mit anderen Aspekten ihrer Tätigkeit. So sind etwa zwei Drittel der Ärzte der Ansicht, ihnen stünde nicht ausreichend Zeit für die Behandlung der Patienten zur Verfügung.² Bei einer genaueren Betrachtung der geleisteten Wochenarbeitszeit fällt auf, dass der Aufwand für Verwaltungstätigkeiten gemessen an der Kerntätigkeit der Patientenbehandlung einen relativ hohen Anteil einnimmt (siehe Abbildung 10):

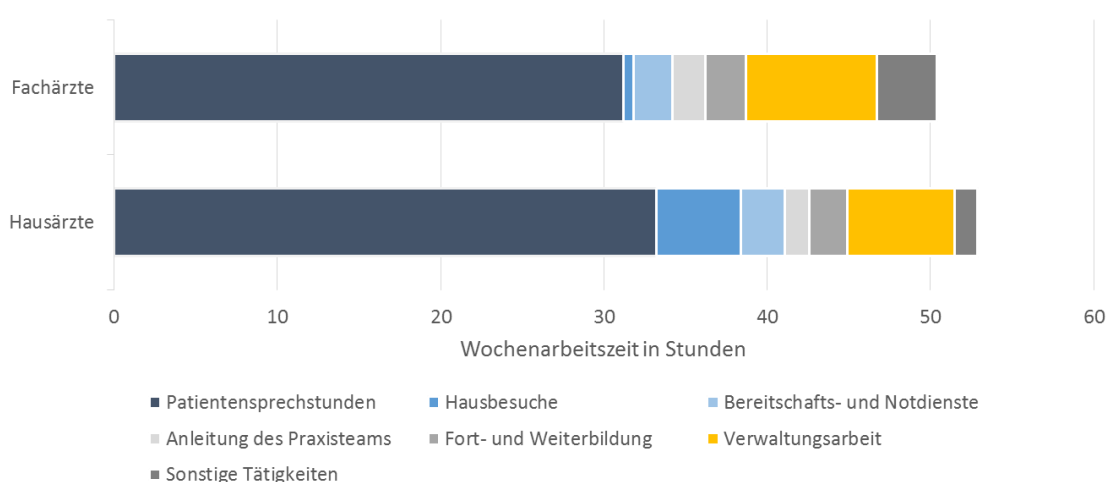


Abbildung 10: Anteile einzelner Tätigkeiten an der wöchentlichen Arbeitszeit von Haus- und Fachärzten³

Zu den zeitaufwändigsten bürokratischen Pflichten gehören dabei u.a. das Ausstellen von Überweisungen und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, Auskünfte an Krankenkassen, Verordnung von Krankenförderung und Hilfsmitteln und die Aufklärung von Patienten über selbst zu tragende Kosten.⁴ Die Mehrheit der Hausärzte empfindet den hohen bürokratischen Aufwand als eine der größten Herausforderungen des Gesundheitswesens und sieht dort entsprechenden Handlungsbedarf.⁵

Zusammenfassend ergibt sich bei den niedergelassenen (Haus-)Ärzten das Bild einer deutlichen Zufriedenheit mit ihrem Beruf insgesamt und – wenngleich etwas weniger ausgeprägt – ihrem Einkommen, dem eine hohe zeitliche Arbeitsbelastung

¹ Vgl. Infas (2018b), S.8.

² Vgl. Infas (2018a), S.24.

³ Quelle: Eigene Darstellung, Datenbasis: Infas (2018a), S.29ff.

⁴ Vgl. KBV (2019b), S.18.

⁵ Vgl. Deutsche Apotheker- und Ärztekammer (2019), S.19ff.

gegenübersteht. Aus diesen Erkenntnissen lassen sich erste Implikationen für die Schwerpunkte eines Controllingkonzeptes ableiten: Zum einen legt die grundsätzliche Zufriedenheit mit der wirtschaftlichen Situation nahe, dass finanzielle Aspekte zwar Bestandteil des Controllings sein sollten, aber für Hausarztpraxen einen geringeren Stellenwert einnehmen können als für Unternehmen anderer Branchen, die i.d.R. auch einem sehr viel höheren Insolvenzrisiko ausgesetzt sind.¹ Zum anderen erscheint es sinnvoll, die Arbeitsbelastung und den Bürokratieaufwand im Zielsystem der Hausarztpraxis zu berücksichtigen und sie im Rahmen der Praxissteuerung zu erfassen. Das Controlling-System sollte ferner nach Möglichkeit dazu beitragen, den Verwaltungsaufwand z.B. mittels Zusammenfassung relevanter Informationen zu reduzieren, zugleich aber nicht so komplex aufgebaut sein, dass seine Nutzung und Pflege selbst viel Zeit beanspruchen.

2.4 Aktuelle Entwicklungen in der hausärztlichen Versorgung

Im Folgenden werden verschiedene zentrale Entwicklungen betrachtet, die das zukünftige Bild der hausärztlichen Versorgung prägen werden bzw. deren Auswirkungen in vielen Praxen bereits heute sichtbar sind. Dazu zählt vor allem die – in der medialen Berichterstattung oft mit dem Schlagwort des „Ärztlemangels“ vergesellschaftete – drohende hausärztliche Unterversorgung ländlicher Regionen. Als weitere bedeutende Entwicklungen der letzten Jahre sind eine Veränderung der Arzt-Patient-Beziehung und die, auch vor den Hausarztpraxen nicht zum Stehen kommende, zunehmende Digitalisierung der Gesellschaft zu identifizieren. Viele Veränderungen haben zudem mit dem demografischen Wandel einen gemeinsamen Ursprung, weshalb dieser zentrale Aspekt zuerst beleuchtet wird.

2.4.1 Demografischer Wandel

Die letzten Jahrzehnte haben in Deutschland einen demografischen Wandel eingeläutet, der sich in den kommenden Jahren fortsetzen wird. Bis 2014 zeichneten die Prognosen des Statistischen Bundesamtes das klare Bild einer sinkenden Bevölkerungszahl und eines zugleich steigenden Durchschnittsalters.² Die seitdem zu beobachtende starke

¹ Im Jahr 2019 wurde in Deutschland gegen 11 Allgemeinmedizinische Praxen ein Insolvenzverfahren eröffnet, womit diese Branche zu den risikoärmsten gehört, vgl. Statistisches Bundesamt (2020a), S.15.

² Beispielhaft sei auf die Ergebnisse der 11.koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung aus dem Jahr 2006 verwiesen, vgl. Statistisches Bundesamt (2006), S.5ff.

Zuwanderung vermag diese Entwicklungen zwar kurzzeitig abzuschwächen, wird sie jedoch voraussichtlich langfristig nicht vollständig negieren können.¹ Die in aktuellen Vorausberechnungen bis zum Jahr 2060 prognostizierte Bevölkerungsentwicklung ist in Abbildung 11 dargestellt:

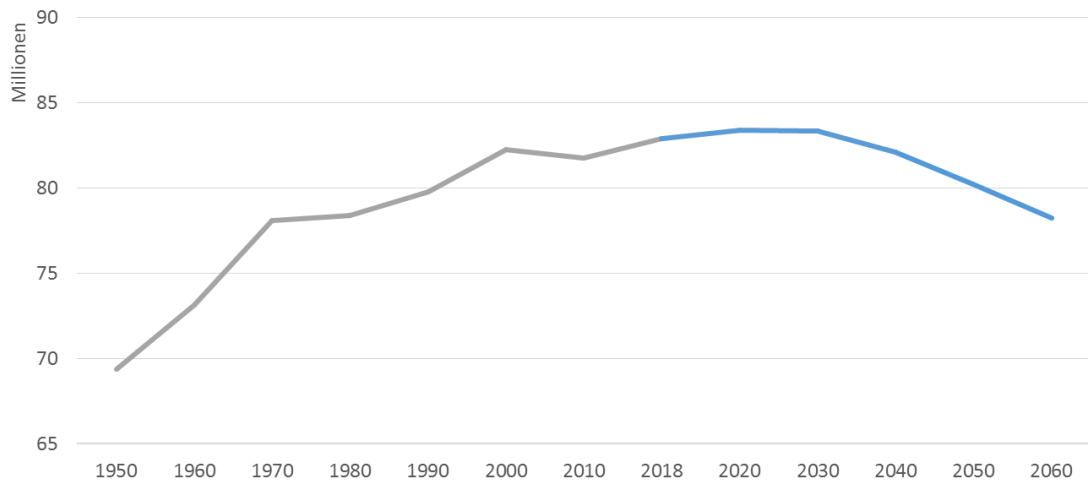


Abbildung 11: Prognose der Bevölkerungszahl in Deutschland bis 2060²

In diesem Szenario wird die Bevölkerungszahl noch einige Jahre lang in geringem Umfang zunehmen, ehe dann etwa ab dem Jahr 2030 das Geburtendefizit die Zuwanderung übersteigt und zu einem stetigen Rückgang führt.

Eindeutiger stellt sich die Entwicklung der Altersstruktur dar. Die vor etwa 100 Jahren in Deutschland vorliegende klassische Alterspyramide mit einem besonders hohen Anteil junger Menschen ist im Laufe der Zeit kontinuierlich der für überalterte Gesellschaften charakteristischen Urnenform gewichen.³ Abbildung 12 veranschaulicht den Anteil der unter 20-Jährigen sowie der über 65-Jährigen an der gesamten Bevölkerungszahl in seinem historischen und bis 2060 prognostizierten Verlauf:

¹ Vgl. Statistisches Bundesamt (2019b), S.17ff.

² Quelle: Eigene Darstellung, Datenbasis: Statistisches Bundesamt (2019a), S.26, Statistisches Bundesamt (2019c), S.22. Der Vorausberechnung liegen die Annahmen einer moderaten Entwicklung von Geburtenhäufigkeit, Lebenserwartung und Wanderung zugrunde.

³ Vgl. Statistisches Bundesamt (2019b), S.19f.

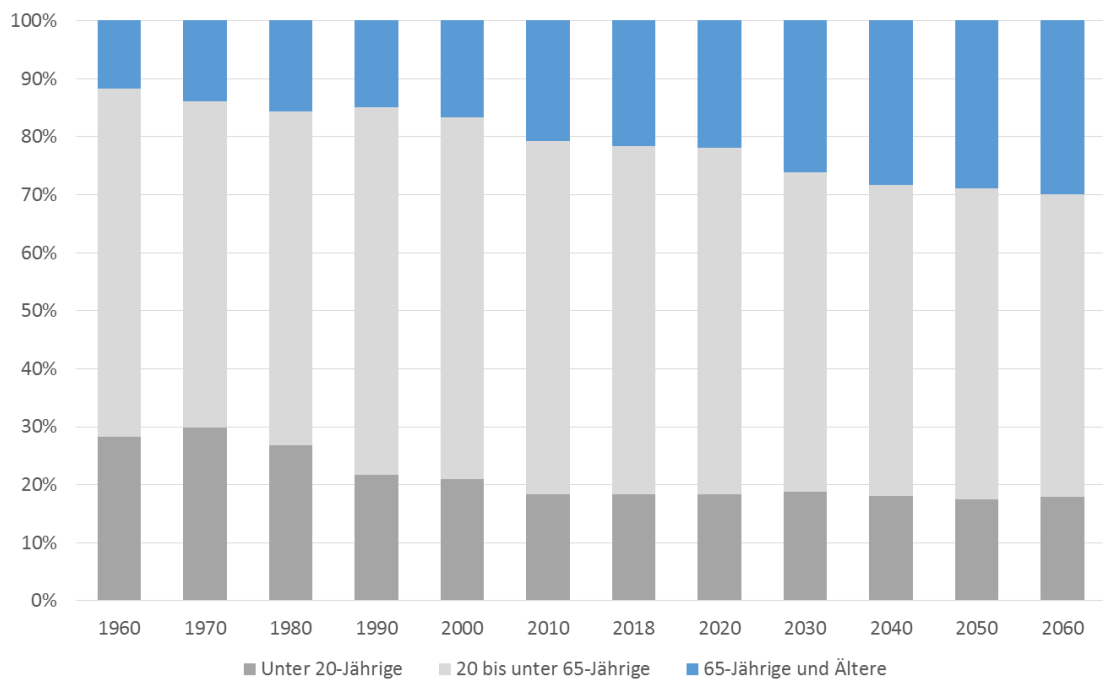


Abbildung 12: Bevölkerung in Deutschland nach Altersgruppen¹

Die Vorausberechnung prognostiziert bis 2060 einen etwa gleichbleibenden Anteil der unter 20-Jährigen und einen deutlich zunehmenden Anteil der mindestens 65 Jahre alten Menschen. Im Kontext des Gesundheitswesens bzw. einer Hausarztpraxis ist die Entwicklung der Altersstruktur in mehrfacher Hinsicht von besonderer Bedeutung:

Sozioökonomisch bergen die Alterung der Gesellschaft und der damit verknüpfte Rückgang der Erwerbstätigenzahl die Gefahr, den in einigen Regionen bzw. Fachrichtungen bereits bestehenden Ärztemangel zu verschärfen.² Betriebswirtschaftlich – aus Sicht der einzelnen Hausarztpraxis – kann zum einen die Rekrutierung geeigneten Praxispersonals aufgrund des schrumpfenden Arbeitsmarktes schwieriger werden.³ Zum anderen projiziert sich die Altersstruktur einer Gesellschaft i.d.R. direkt auf den Patientenstamm und damit auf das Krankheitsspektrum einer Praxis. So steigt z.B. die Prävalenz von Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, Krebserkrankungen, chronischen Lungenerkrankungen, muskuloskelettalen Erkrankungen und Diabetes

¹ Quelle: Eigene Darstellung, Datenbasis: Statistisches Bundesamt (2019a), S.31, Statistisches Bundesamt (2019c), S.22, Statistisches Bundesamt (2020b). Der Vorausberechnung liegen die Annahmen einer moderaten Entwicklung von Geburtenhäufigkeit, Lebenserwartung und Wanderung zugrunde.

² Hierauf wird im folgenden Abschnitt 2.4.2 ausführlich eingegangen.

³ Zur von den Ärzten überwiegend als schlecht empfundenen regionalen Verfügbarkeit medizinischer Fachangestellter vgl. weiterführend Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2019), S.80f.

Mellitus mit zunehmendem Lebensalter deutlich an.¹ Vor diesem Hintergrund ist zu erwarten, dass die Behandlung multimorbider, chronisch erkrankter Patienten für Hausärzte zukünftig einen noch höheren Stellenwert besitzen wird als bereits heute. Neben umfangreicher Erfahrung mit den typischen Alterserkrankungen wird im hausärztlichen Alltag auch die Kenntnis von Medikamenteninteraktionen aufgrund der bei älteren Patienten häufig vorliegenden Polymedikation an Bedeutung gewinnen. Viele Praxen werden zudem ihre apparative Ausstattung und die Praxisinfrastruktur an die Erfordernisse älterer Patienten anpassen müssen.² Abzusehen ist ferner ein Anstieg des bürokratischen Aufwandes, z.B. für die Verordnung von Krankentransport und Hilfsmitteln.³ Finanziell kann sich die geschilderte Entwicklung durchaus als vorteilhaft erweisen:⁴ So erzielen Hausarztpraxen mit einem älteren Patientenstamm durchschnittlich einen etwas höheren Jahresüberschuss als solche mit jüngeren Patienten, weisen dafür allerdings auch eine längere Arbeitszeit auf.

2.4.2 Hausärztliche Unterversorgung ländlicher Regionen

Der zunehmende Hausärztemangel in ländlichen Regionen ist in den vergangenen Jahren mehr und mehr in den Blickpunkt der Gesundheitspolitik und der medialen Aufmerksamkeit gerückt. Berichte über schließende Praxen und Bilder von überfüllten Wartezimmern haben inzwischen auch die breite Öffentlichkeit für die Dringlichkeit des Problems sensibilisiert. Dass es sich dabei nicht um Einzelfälle handelt, lässt sich anhand des hausärztlichen Versorgungsgrades nachvollziehen, der den Unterschied zwischen Ist- und Soll-Zustand des zahlenmäßigen Arzt-Einwohner-Verhältnisses in einzelnen Planungsgebieten widerspiegelt.⁵ Dabei entspricht ein Wert von 100% dem Soll-Versorgungsniveau und bedeutet derzeit, dass auf einen Hausarzt etwa 1600 Einwohner entfallen.⁶ Während der hausärztliche Versorgungsgrad in Großstädten zumeist über 110% beträgt, liegt er in vielen ländlichen, strukturschwachen Gebieten unter 100% und weist damit auf eine drohende oder bereits bestehende Unterversorgung hin.⁷ Ob in Deutschland darüber hinaus ein genereller Ärztemangel herrscht bzw. dieser ursächlich

¹ Vgl. Robert Koch-Institut (2015), S.411f.

² Vgl. Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2017), S.100.

³ Vgl. KBV (2018), S.23f.

⁴ Vgl. Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2017), S.101f., S.105f.

⁵ Vgl. zu dieser Thematik ausführlich KBV (2020a).

⁶ Vgl. KBV (2019c).

⁷ Für eine detaillierte Übersicht der regionalen Versorgungsgrade unterschiedlicher Arztgruppen sei auf KBV (2020b) verwiesen.

für die regionale hausärztliche Ungleichverteilung ist, wird zwischen den Akteuren des Gesundheitssystems kontrovers diskutiert. Vor allem die Krankenkassen beurteilen die Anzahl der insgesamt zur Verfügung stehenden Ärzte als ausreichend und sehen in der Situation primär ein Verteilungsproblem.¹ Die zeitliche Entwicklung der Ärztezahlen (siehe Abbildung 13) scheint diese These auf den ersten Blick zu stützen:

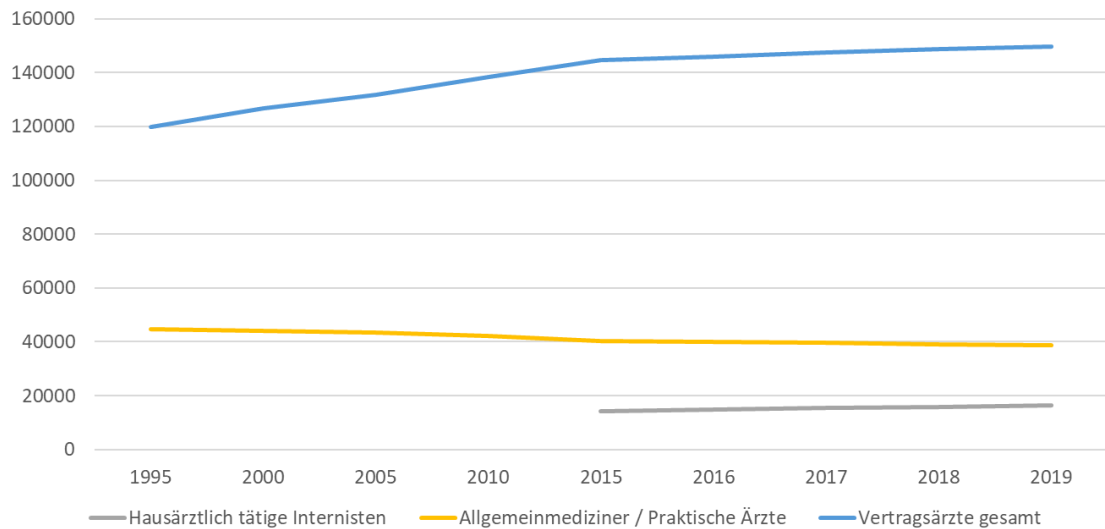


Abbildung 13: Entwicklung der Ärztezahlen im zeitlichen Verlauf²

Demnach sind heute in Deutschland mehr Vertragsärzte tätig als zu Beginn dieses Jahrtausends, und auch die Anzahl der Hausärzte ist aufgrund einer Zunahme der hausärztlich tätigen Internisten leicht angestiegen. Die Versorgungssituation wird jedoch durch weitere Faktoren bestimmt, weshalb sich allein mit dieser Statistik noch kein eindeutiges Bild zeichnen lässt. So ist patientenseitig der demografische Wandel zu berücksichtigen, der einen weiteren Anstieg der Lebenserwartung und des Anteils älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung mit sich bringen wird.³ Da im höheren Alter statistisch auch die Anzahl der jährlichen Arztkontakte ansteigt,⁴ wird ein Hausarzt zukünftig bei gleicher Patientenanzahl i.d.R. mehr Behandlungen durchführen. Ein weiterer Aspekt ist das aus der Ärztezahl nicht hervorgehende Arbeitsvolumen. Hier waren die vergangenen Jahre von einem Trend zum Angestelltenverhältnis und zur Teilzeittätigkeit geprägt, wodurch sich die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit eines Hausarztes vermindert hat.⁵ Die zukünftige Entwicklung der Ärztezahlen hängt

¹ Vgl. WiDO (2017), S.6.

² Quelle: Eigene Darstellung, Datenbasis: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2020a).

³ Vgl. Abschnitt 2.4.1.

⁴ Vgl. Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld (2019a), S.5.

⁵ Vgl. Abschnitt 2.3.

zudem davon ab, ob den aus dem Arbeitsleben ausscheidenden Ärzten genügend Nachfolger gegenüberstehen werden. Über die Altersstruktur lässt sich die Anzahl der in den nächsten Jahren in Ruhestand tretenden Ärzte schätzen (siehe Abbildung 14):

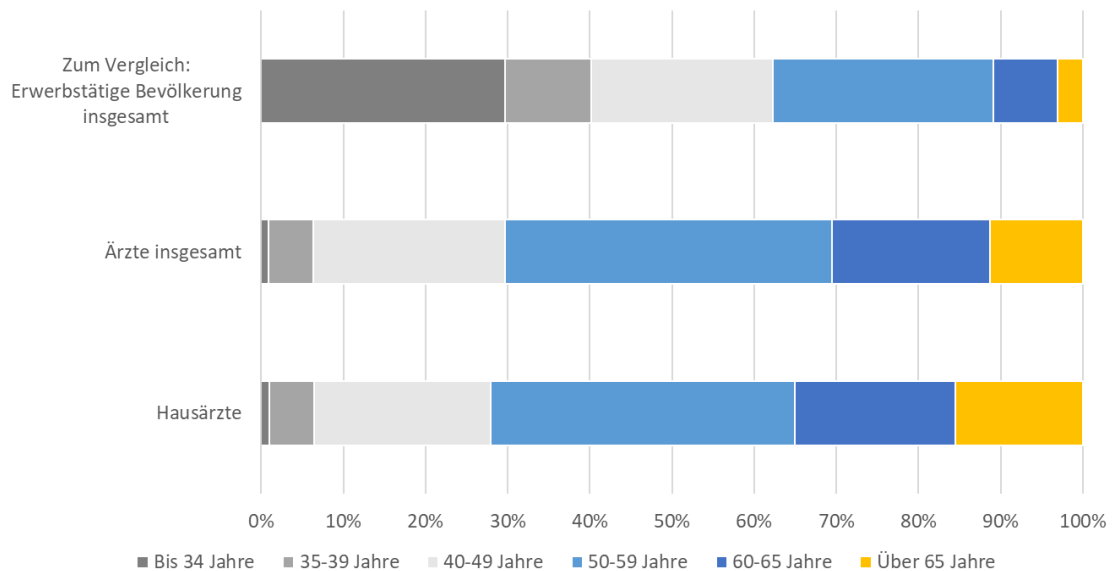


Abbildung 14: Altersstruktur von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Hausärzten und Ärzten insgesamt¹

Bei der Betrachtung fällt auf, dass etwa jeder dritte Hausarzt 60 Jahre oder älter ist und damit relativ kurz vor seinem Ruhestand steht. Mit dem hohen Anteil der über 65-Jährigen heben sich die Hausärzte auch noch einmal von der Population aller an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte insgesamt ab. Zu diesen Zahlen passen auch die Ergebnisse einer Umfrage aus dem Jahr 2016, in der 27% der Hausärzte angaben, ihre Praxis innerhalb der nächsten 5 Jahre abgeben zu wollen.² Ärzte, die bereits mit der Suche nach einem Nachfolger begonnen hatten, nahmen diese mehrheitlich als „sehr schwierig“ wahr.³ Angesichts dessen überrascht es nicht, dass mehr als die Hälfte der Hausärzte der Meinung ist, ihre Praxis habe die Funktion als Altersvorsorge verloren.⁴

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat den Versuch unternommen, die zukünftige Versorgungssituation unter Berücksichtigung vieler der genannten Einflussfaktoren mittels einer Modellrechnung zu quantifizieren. Das Ergebnis dieser Projektion lässt für das Jahr 2030 einen Mangel von rund 10.000 Hausärzten erwarten, womit diese

¹ Quelle: Eigene Darstellung, Datenbasis: Statistisches Bundesamt (2019a), S.366, KBV (2019a), S.16, eigene Berechnungen.

² Vgl. Infas (2016), S.7.

³ Vgl. ebenda, S.11.

⁴ Vgl. Infas (2014), S.49.

Arztgruppe im Vergleich zu den anderen Fachrichtungen am gravierendsten betroffen wäre.¹

Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken und bestehende Versorgungsengpässe zu beheben, hat die Gesundheitspolitik in den letzten Jahren verschiedene Strategien entwickelt. Zum einen wird versucht, den Hausarztberuf bzw. die Niederlassung auf dem Land durch finanzielle Förderung, Verbesserung der Work-Life-Balance, neue Versorgungskonzepte und weitere Maßnahmen attraktiver zu gestalten.² Zum anderen soll zur Sicherung der langfristigen Versorgung bereits unter den Medizinstudierenden das Interesse an der Allgemeinmedizin gesteigert werden, was sich u.a. in entsprechenden Passagen des „Masterplans Medizinstudium 2020“ widerspiegelt.³ Ob die beschriebenen Maßnahmen ihre Wirksamkeit entfalten und den drohenden Hausärztemangel in ländlichen Regionen verhindern konnten, wird sich in den kommenden Jahren zeigen.

2.4.3 Veränderungen der Arzt-Patient-Beziehung

Sozioökonomische Trends haben in vielen Branchen die Einstellungen der Konsumenten verändert und auch im Gesundheitssektor zu einer Wandlung des Patientenverhaltens geführt. Das vor einigen Jahrzehnten vorherrschende Bild einer von Informationsasymmetrie und hierarchischem Gefälle geprägten Arzt-Patient-Beziehung entspricht nicht mehr dem hausärztlichen Alltag. Stattdessen finden sich in der Literatur heute die Begriffe „mündiger Patient“, „informierter Patient“, „ePatient“ oder „Patient 2.0“, um die im Laufe der Zeit gestiegene Patienteninformiertheit und -autonomie zu beschreiben. Nach eigenen Angaben informiert sich etwa die Hälfte der Patienten vor dem Arztbesuch über ihre gesundheitlichen Probleme⁴ und auch fast alle Ärzte haben den Eindruck, dass ihre Patienten heute besser informiert seien als früher.⁵ Einer der Hauptgründe für diese Entwicklung ist in der Verbreitung des Internets und der damit einhergehenden Verfügbarkeit laienverständlicher medizinischer Informationen zu sehen. Neben populären Wissensplattformen wie Wikipedia stehen dem Nutzer auch vom Gesetzgeber unterhaltene Informationsportale zur Verfügung, z.B. die vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen betriebene Internetseite

¹ Vgl. KBV (2016), S.12.

² Vgl. ausführlich Rosenbrock/Gerlinger (2014), S.444ff, KBV (2020c) und KBV (2020d), S.13.

³ Vgl. Wissenschaftsrat (2018), S.26f.

⁴ Vgl. Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld (2015), S.64.

⁵ Vgl. Bittner (2016), S.144.

www.gesundheitsinformation.de. Zudem plant das Bundesgesundheitsministerium in naher Zukunft die Freischaltung eines nationalen Gesundheitsportals, das Patienten qualitätsgesicherte und evidenzbasierte Gesundheitsinformationen zur Verfügung stellen soll.¹ Abbildung 15 veranschaulicht, wie oft Patienten verschiedener Altersgruppen vor dem Arztkontakt auf das Internet als Recherchequelle zurückgreifen:

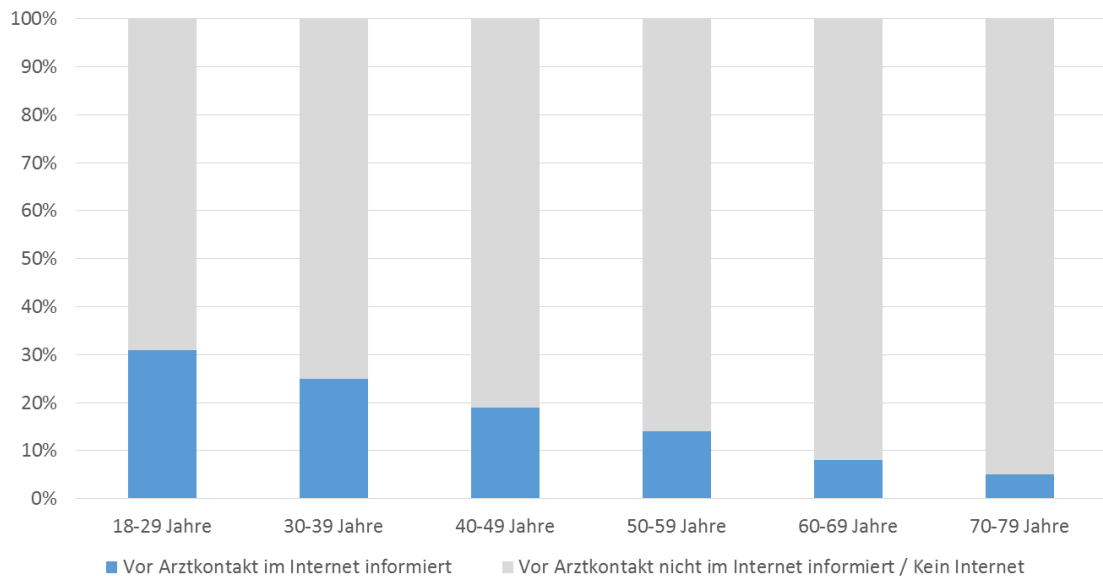


Abbildung 15: Nutzung des Internets als Informationsquelle vor dem Arztkontakt²

Demnach informiert sich etwa jeder vierte unter 40-jährige Patient vor dem Arztbesuch im Internet über sein Anliegen. Mit steigendem Patientenalter nimmt dieser Anteil, korrelierend mit der insgesamt niedrigeren Internetaffinität älterer Menschen, erwartungsgemäß stark ab. Auch bei der Auswahl des Arztes besitzt die Internetrecherche für die jüngere Bevölkerung einen ähnlich hohen Stellenwert wie Empfehlungen von Bekannten.³ Die beschriebene Entwicklung wird von den Ärzten zwiespältig beurteilt:⁴ Auf der positiven Seite erhöht die Informiertheit der Patienten das Verständnis der medizinischen Zusammenhänge und erspart unter Umständen Erklärungen. Fast die Hälfte der Ärzte befürchtet allerdings, dass die recherchierten Informationen den Patienten verwirren könnten und sieht das Arzt-Patienten-Verhältnis durch gestiegene Erwartungen belastet.

¹ Vgl. Bundesregierung (2019).

² Quelle: Eigene Darstellung, Datenbasis: Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld (2018), S.323.

³ Vgl. IKK classic (2015), S.7.

⁴ Vgl. im Folgenden Bittner (2016), S.146ff.

Da diese Entwicklung durch die zunehmende Digitalisierung des Gesundheitswesens zukünftig noch an Dynamik gewinnen dürfte, werden sich Hausärzte früher oder später mit dieser neuen Patientenrolle auseinandersetzen müssen. Parallel wächst seit einiger Zeit das Bedürfnis der Patienten, mit dem Arzt auf Augenhöhe zu kommunizieren und in Diagnose und Therapieentscheidungen eingebunden zu werden.¹ Dieses steigende Anspruchsdenken ist legitim und sinnvoll, kann jedoch auch problematisch werden, wenn ein Patient grundsätzlich die Entscheidungen des Arztes in Zweifel zieht und seine Behandlung selbst bestimmen möchte. Der Hausarzt steht dann vor der Herausforderung, die Grenze zwischen bedarfsorientierter Medizin und Wunschmedizin nicht zu überschreiten. Hierbei bietet sich ihm jedoch auch die Chance, die oft noch verbreitete paternalistische Arzt-Patient-Beziehung durch ein partizipatorisches Modell im Sinne eines Shared-Decision-Making umzugestalten und auf dieser Basis einen Wettbewerbsvorteil zu generieren.² So wäre es z.B. der falsche Ansatz, die Vorinformationen eines Patienten zu ignorieren oder gar zu kritisieren. Stattdessen könnte der Arzt das Informationsbedürfnis des Patienten fördern und zur Unterstützung der medizinischen Behandlung einsetzen, indem er ihn auf geeignete, qualitativ hochwertige Informationsangebote hinweist.³ Dass sich dieses Rollenverständnis im Praxisalltag bisher noch nicht durchgesetzt hat, lassen die Antworten auf eine im Rahmen des Gesundheitsmonitors 2016 gestellte Frage nach der Bekanntheit von medizinischen Internetseiten vermuten. Dabei zeigte sich, dass nur etwa jeder fünfte Arzt Internetportale wie www.krebsinformationsdienst.de oder www.gesundheitsinformation.de kennt, obwohl gerade diese von öffentlichen Institutionen mit dem Ziel betrieben werden, evidenzbasierte medizinische Informationen für Laien verständlich zur Verfügung zu stellen.⁴ In Hinblick auf die neuen Medien scheinen somit bei vielen Ärzten noch Wissenslücken vorzuliegen, die einer an die heutigen Gegebenheiten adaptierten Arzt-Patient-Beziehung im Wege stehen. Es lässt sich folgern, dass Hausärzte, die den Herausforderungen der neuen Patientenrolle gerecht werden möchten, zukünftig sowohl dieser Thematik als auch der Arzt-Patienten-Kommunikation verstärkte Aufmerksamkeit entgegenbringen sollten.

¹ Vgl. Penter/Augurzky (2014), S.44.

² Vgl. zu den verschiedenen Modellen ausführlich Klemperer/Rosenwirth (2005), S.5f.

³ Vgl. Penter/Augurzky (2014), S.44f.

⁴ Vgl. Bittner (2016), S.153f.

2.4.4 Digitalisierung

Digitalisierung bezeichnet im traditionellen, engeren Wortsinn die Überführung analoger Informationen in ihre digitale Speicherform, z.B. die elektronische Erfassung von Texten, Tönen oder Bildern.¹ Heute wird der Begriff zumeist in einer weiteren Auslegung verwendet, um die zunehmende Durchdringung aller gesellschaftlichen Bereiche mit digitalen Technologien zu beschreiben.² In der (haus-)ärztlichen Versorgung sind in Zusammenhang mit dem – oft auch als E-Health bezeichneten – digitalen Wandel derzeit zwei Entwicklungen hervorzuheben: Die elektronische Patientenakte (ePA) und die Telemedizin.

Die Einführung einer standardisierten, elektronischen Erfassung patientenbezogener Informationen ist schon seit mehreren Jahrzehnten ein zentrales Diskussionsthema der Gesundheitspolitik. Der Grundgedanke besteht darin, den verschiedenen Leistungserbringern des Gesundheitssystems im Rahmen einer medizinischen Behandlung den unkomplizierten Austausch von Patientendaten über eine gemeinsame Infrastruktur zu ermöglichen. Die Hauptargumente der Befürworter lauten, dass Informationen über Diagnosen, Vorerkrankungen und durchgeführte medizinische Maßnahmen die Behandlungsqualität erhöhen, Mehrfachuntersuchungen vermeiden und Gefahren durch z.B. Medikamenteninteraktionen verringern können.³ Als Kritikpunkte werden insbesondere die hohe Sensibilität medizinischer Daten und die damit verbundene Problematik des Datenschutzes und der Datensicherheit angeführt.⁴ Daneben steht regelmäßig die Kosten-Nutzen-Bilanz eines derartig umfangreichen Projektes in der Diskussion.⁵ Mehrere Umfragen zeigen, dass die Patienten selbst gegenüber einer elektronischen Erfassung ihrer medizinischen Daten überwiegend positiv eingestellt sind und insgesamt mehr Vor- als Nachteile erwarten.⁶ Eine große Mehrheit legt allerdings Wert darauf, dass Diagnosen, Therapien und insbesondere die Kosten in Anspruch genommener Leistungen gar nicht oder nur auf persönlichen Wunsch gespeichert werden.⁷ Eine automatische Speicherung ohne vorherige Einwilligung würde lediglich

¹ Vgl. Hess (2019).

² Vgl. ebenda.

³ Vgl. Beske (2016), S.89.

⁴ Vgl. Frodl (2016), S.273f.

⁵ Vgl. Gottschall et al. (2016), S.114f.

⁶ Vgl. beispielhaft ebenda, S.125f., S.134.

⁷ Vgl. ebenda, S.128f.

hinsichtlich Notfalldaten oder wichtiger Dokumente, wie z.B. einer Patientenverfügung, breite Akzeptanz in der Bevölkerung finden.¹

Ein erster Meilenstein im von der Bundesregierung forcierten digitalen Wandel des Gesundheitswesens war die vor etwa 10 Jahren erfolgte, flächendeckende Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarte, auf der primär nicht-medizinische Stammdaten wie Name, Geburtsdatum, Anschrift und Nummer des Versicherten abgespeichert sind.² Weitere Schritte in die eingeschlagene Richtung beinhalteten u.a. die Einführung des elektronischen Arztbriefes und des elektronischen Medikationsplanes, ehe schließlich mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz das verpflichtende Angebot der elektronischen Patientenakte spätestens im Januar 2021 beschlossen wurde.³ Diese kann zusätzlich zu den Stammdaten eines Patienten u.a. auch seine Befunde, Diagnosen, Therapiemaßnahmen, Impfungen und Notfalldatensätze speichern und stellt somit den zentralen Baustein der E-Health-Strategie der Bundesregierung dar. Der Patient behält die Autonomie über seine Daten und kann selbst entscheiden, ob er eine solche Akte anlegen lassen möchte bzw. welche Daten darauf gespeichert werden. Ferner soll der Patient seine Akte einsehen, Daten löschen sowie die Zugriffsrechte festlegen können. Technisch erfolgen Abruf und Aktualisierung dieser Daten über die sogenannte Telematikinfrastruktur, die bisher auch das Versichertenstammdatenmanagement ermöglicht.⁴ Arztpraxen und andere Leistungserbringer müssen sich an diese Plattform anbinden, da ihnen ansonsten ein Honorarabzug droht.

Es bleibt abzuwarten, ob die Einführung der elektronischen Patientenakte in den hausärztlichen Praxen plangemäß ablaufen und wie sie sich im Arbeitsalltag bewähren wird. Zwar liegt schon jetzt bei der großen Mehrheit aller Hausarztpraxen die Patientendokumentation in digitalisierter Form vor, allerdings zeigt sich nur etwa die Hälfte von ihnen einer Standardisierung der Anamnesen, Befunde und Therapien gegenüber aufgeschlossen.⁵ Bedenken hinsichtlich Fehleranfälligkeit und Sicherheitslücken der EDV-Systeme lassen zudem erwarten, dass viele Praxen bei der technischen Umsetzung auf die Hilfe externer Dienstleister angewiesen sein werden.⁶

¹ Vgl. Gottschall et al. (2016), S.128f.

² Für weiterführende Informationen zur elektronischen Gesundheitskarte sei auf KBV (2020e) verwiesen.

³ Vgl. im Folgenden und für weiterführende Informationen zur elektronischen Patientenakte Bundesgesundheitsministerium (2019b) und KBV (2019d).

⁴ Für weiterführende Informationen zu dieser Thematik sei auf KBV (2019e) verwiesen.

⁵ Vgl. KBV (2019f), S.16, S.45.

⁶ Vgl. ebenda, S.59.

Im Gegensatz zur elektronischen Datenerfassung unterliegt die Telemedizin bisher nur wenigen gesetzlichen Vorgaben und viele ihrer Anwendungsmöglichkeiten werden derzeit noch in Modellprojekten erforscht. Zum Spektrum der Telemedizin gehören zahlreiche Technologien, deren Gemeinsamkeit darin besteht, dass sie keine räumliche Nähe zwischen den beteiligten Akteuren erfordern. Neben der telemedizinischen Patientenversorgung fallen z.B. auch radiologische Telekonsile zur Befundbesprechung zwischen mehreren Ärzten unter dieses Begriffsverständnis.¹

Im hausärztlichen Kontext hat die Videosprechstunde das größte Innovationspotenzial und wird von der Gesundheitspolitik als Baustein einer besseren Versorgungssituation in ländlichen Gebieten vorangetrieben.² Nach einer längeren experimentellen Phase und Pilotprojekten ist sie seit 2019 für Ärzte fast aller Fachgruppen zugelassen und auch ohne vorherigen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt abrechenbar. Um Ärzten einen Anreiz zur Integration dieser Technologie in ihren Praxisalltag zu bieten, wird zurzeit von den gesetzlichen Krankenkassen über die üblichen Pauschalen hinaus noch eine Anschubfinanzierung für jede Videosprechstunde bezahlt. Organisatorisch und technisch sind die Anforderungen an Arzt und Patient dabei verhältnismäßig gering: Beide Seiten benötigen einen Bildschirm, Kamera, Lautsprecher, Mikrofon sowie eine Internetverbindung. Der Arzt muss sich zuvor bei einem zertifizierten Anbieter von Videosprechstunden registrieren, zusätzliche Software ist nicht erforderlich. Der Patient erhält eine Internetadresse und einen Einwahlcode und kann dann über seinen Computer, Tablet oder Smartphone an der Sprechstunde teilnehmen. Mehrere Studien zeigen, dass sowohl Ärzte als auch Patienten wachsendes Interesse an der Videosprechstunde zeigen, derzeit aber noch überwiegend kritisch eingestellt sind. So gaben in einer Befragung im Jahr 2019 88% der niedergelassenen Ärzte an, diese Technologie weder anzubieten noch ein entsprechendes Angebot zu planen.³ Zum einen werden durch die Telemedizin ein Anstieg von Kosten und Verwaltungsaufwand, zum anderen eine Verschlechterung des Arzt-Patienten-Verhältnisses befürchtet.⁴ Die neu geschaffene Möglichkeit, ohne vorherigen unmittelbaren Patientenkontakt eine Fernbehandlung durchzuführen, wird ebenfalls von der großen Mehrheit der Hausärzte abgelehnt.⁵

¹ Vgl. für eine Übersicht telemedizinischer Anwendungsmöglichkeiten in verschiedenen medizinischen Bereichen Frodl (2017), S.364f.

² Vgl. im Folgenden KBV (2017b) und KBV (2020f).

³ Vgl. MLP (2019), S.43.

⁴ Vgl. ebenda, S.44f.

⁵ Vgl. KBV (2019f), S.33.

Auch bei den Patienten überwiegt derzeit noch Skepsis gegenüber der Videosprechstunde, wobei sich hier in Abhängigkeit vom Alter der Befragten deutliche Abweichungen ergeben (siehe Abbildung 16):

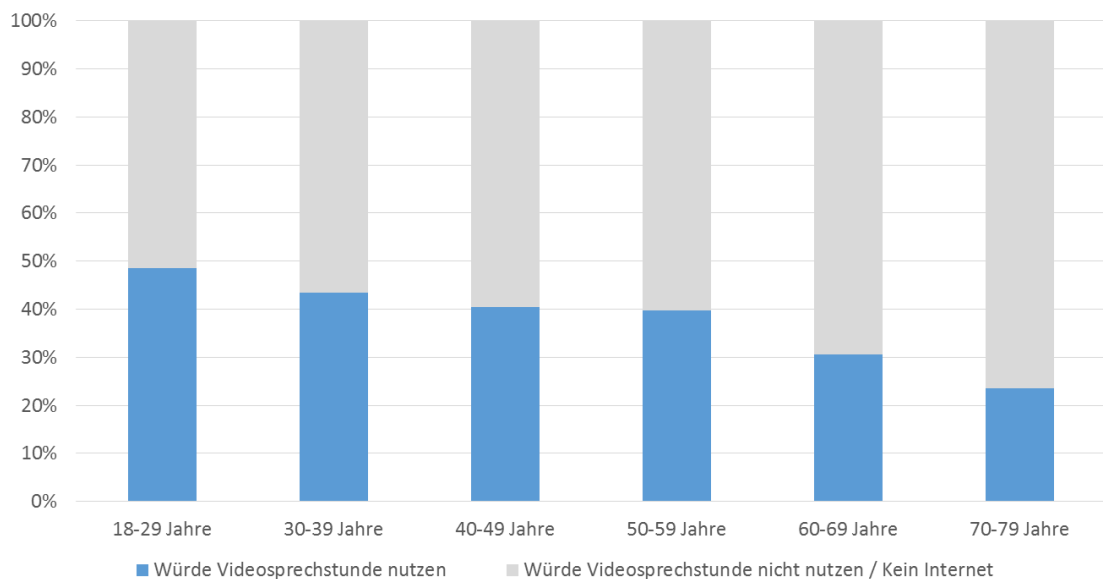


Abbildung 16: Potenzielle Nutzung der Videosprechstunde durch die Patienten¹

Es zeigt sich, dass fast jeder zweite Patient unter 30 Jahren zur Nutzung der Videosprechstunde bereit wäre, aber nur jeder vierte über 70-Jährige. Abhängig ist die Einstellung zur Videosprechstunde auch von Bildungsniveau und Wohnort des Befragten:² Menschen mit höherem Bildungsniveau zeigen sich gegenüber einer Fernbehandlung aufgeschlossener als Befragte mit niedrigerem Bildungsniveau, ebenso ist das Interesse der Großstadtbewohner stärker ausgeprägt als das der Einwohner kleiner Orte. Diese Zusammenhänge sind logisch über die tendenziell unterschiedliche Internetaffinität dieser Gruppen nachvollziehbar,³ stellen aber für das gesundheitspolitische Ziel, mit der Videosprechstunde gerade die Versorgungssituation auf dem Land zu verbessern, ein gewisses Hindernis dar. Als Gründe für eine Ablehnung dieser Kommunikationsform werden von den Patienten primär die Bevorzugung eines persönlichen Kontaktes sowie fehlende technische Voraussetzungen angegeben.⁴

Während die Telemedizin u.a. in Skandinavien und den USA schon lange eingesetzt wird, befindet sie sich in Deutschland ganz am Anfang ihrer Entwicklung, weshalb der

¹ Quelle: Eigene Darstellung, Datenbasis: Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld (2019b), S.67.

² Vgl. ebenda, S.67f.

³ Vgl. Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld (2019a), S.32.

⁴ Vgl. Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld (2019b), S.77ff.

Zeitpunkt für ein endgültiges Urteil noch zu früh erscheint. Die Akzeptanz der Ärzte wird stark von der Vergütung, dem organisatorischen Aufwand sowie Erfahrungen hinsichtlich des Behandlungserfolges abhängen. Bei einem günstigen Kosten-Nutzen-Verhältnis ist zu erwarten, dass mehr und mehr Hausärzte die Videosprechstunde z.B. als Alternative bei absehbar wenig kritischen Praxiskontakten und Hausbesuchen anbieten werden. Nutzerseitig stellen gerade für ältere Patienten oftmals technische Aspekte eine schwer überwindbare Hürde dar. Ob sich die Videosprechstunde durchsetzt, wird nicht zuletzt auch von zukünftigen Studien zu den Auswirkungen auf die Behandlungsergebnisse abhängen. Als ein Beschleuniger des Prozesses könnte sich dabei die Corona-Krise erweisen, die die Fernberatung von potenziell infektiösen Patienten als weiteren Einsatzzweck der Telemedizin in den Blickpunkt der öffentlichen Aufmerksamkeit rückt.

2.5 Zwischenfazit und Beantwortung der ersten Forschungsfrage

Den Schwerpunkt dieses zweiten Kapitels bildeten eine Bestandsaufnahme der heutigen Situation der Hausarztpraxis im deutschen Gesundheitssystem sowie eine Untersuchung aktueller Entwicklungen in der hausärztlichen Versorgung. Hausärzte stellen die personell größte Gruppe der ambulant tätigen Ärzte dar und besitzen eine entsprechend hohe sozioökonomische Bedeutung. Ihre inhaltliche Rolle im Zusammenspiel mit den übrigen Akteuren des Gesundheitssystems scheint sich aber in einem gewissen Wandel zu befinden. Einiges spricht dafür, dass die Hausarztpraxis zukünftig stärker in die ihr von vielen Seiten zugeordnete Rolle eines ersten Ansprechpartners („Lotsen“) im Gesundheitssystem hineinwachsen wird. Unterstrichen wird die wachsende Akzeptanz der hausarztzentrierten Versorgung nicht nur durch positive Evaluationsergebnisse und hohe Zustimmungswerte unter den Versicherten, sondern auch durch einen kontinuierlichen Anstieg der Teilnehmerzahlen auf zuletzt rund 5,4 Millionen Patienten und 17.000 Ärzte.¹ In den letzten Jahren wurden mehrere Erhebungen zur Berufszufriedenheit durchgeführt, deren Ergebnisse das Gesamtbild der gegenwärtigen hausärztlichen Situation komplettieren. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die allermeisten Hausärzte in ihrem Beruf glücklich sind und sowohl die Arbeitsbedingungen als auch das Einkommen positiv einschätzen. Kritisch gesehen werden vor allem, dass zu wenig Zeit für die Patienten zur Verfügung stünde und der bürokratische Aufwand sehr hoch sei.

¹ Vgl. Deutscher Hausärzterverband (2020).

Viele derzeit zu beobachtende Entwicklungen und Veränderungen in der hausärztlichen Versorgung sind auf den demografischen Wandel in Deutschland zurückzuführen. Bevölkerungsprognosen sagen für die kommenden Jahrzehnte einen leichten Rückgang der Bevölkerungszahl und eine zunehmende Alterung der Gesellschaft vorher und werfen damit u.a. die Frage auf, ob die hausärztliche Versorgung zukünftig noch sichergestellt sein wird. Die Altersstruktur mit einem relativ hohen Anteil über 60-jähriger Hausärzte legt für die nächsten Jahre zahlreiche Eintritte in den Ruhestand nahe, denen oftmals kein Nachfolger gegenübersteht. Zugleich ist zu befürchten, dass sich die Diskrepanz zwischen hohen Versorgungsgraden in Großstädten und Hausärztemangel in ländlichen Regionen verschärfen wird. Befördert wird die Entwicklung noch durch eine sinkende Wochenarbeitszeit der Hausärzte auf der einen und eine steigende Anzahl der Arzt-Patienten-Kontakte auf der anderen Seite. Im Gegenzug versucht die Gesundheitspolitik, Ärzte und Medizinstudenten durch gezielte Anreize und Förderungen für den Hausarztberuf und die Tätigkeit auf dem Land zu begeistern. Neben den negativen Folgen für die Versorgungslandschaft kann der drohende Ärztemangel auch für die einzelnen Praxen Konsequenzen in Gestalt von sinkenden Praxiswerten bis hin zu einem möglichen Wegfall der Praxis als Altersvorsorge nach sich ziehen. Die zweite Auswirkung des demografischen Wandels betrifft den Patientenstamm, dessen durchschnittliches Alter sich ebenfalls zunehmend erhöht. Hausarztpraxen sollten diesen Wert im Zuge ihres strategischen Controllings im Auge behalten, da er das Spektrum der zu behandelnden Krankheiten bestimmt und Investitionen in eine altersgerechte Praxisinfrastruktur erforderlich machen kann.

Ein deutlicher Wandel ist auch im Verhalten der Patienten zu beobachten, die sich heute i.d.R. besser über ihre Erkrankung informieren und stärker an der Behandlung beteiligt werden möchten als es in der Vergangenheit der Fall war. Es ist zu erwarten, dass Hausärzte und ihre Mitarbeiter der Patientenkommunikation zukünftig mehr Zeit widmen werden und sich das Arzt-Patient-Verhältnis in Richtung eines partizipativen Modells entwickeln wird. Zugleich muss dafür Sorge getragen werden, dass der gestiegene Patientenanspruch nicht zu einer Wunschmedizin führt, die das Gesundheitssystem durch eingeforderte, aber medizinisch nicht notwendige Untersuchungen und Behandlungen belastet.

Die Digitalisierung als möglicherweise bedeutendster gesellschaftlicher Megatrend der letzten Jahrzehnte hat längst auch das Gesundheitswesen erfasst. Der unmittelbar

bevorstehenden flächendeckenden Einführung der elektronischen Patientenakte ging ein langer Diskurs voraus, der von Beske pointiert zusammengefasst wurde: „*Man mag es wollen oder nicht wollen, es mag einem passen oder nicht passen: Dies wird der Weg der Zukunft sein.*“¹. Auf Hausarztpraxen hat diese Entwicklung direkte Auswirkungen, da sie sich ihr nicht bzw. nur unter Inkaufnahme von Honorarkürzungen entziehen können. Dabei ist zu erwarten, dass die elektronische Erfassung der Patientendaten und die Vernetzung mit den anderen Teilnehmern des Gesundheitssystems bei vielen Praxen umfangreiche technische und organisatorische Anpassungen erforderlich machen wird. Die Telemedizin als zweite große Innovation des gesundheitspolitischen E-Health Konzeptes ist in Deutschland noch wenig etabliert und stellt für Hausärzte derzeit lediglich eine optionale zusätzliche Behandlungsmöglichkeit dar. Besonders die Videosprechstunde wird jedoch von der Politik als Instrument zur Verbesserung der Versorgungslage in ländlichen Regionen stark vorangetrieben und dürfte zukünftig einen festen Platz im hausärztlichen Alltag innehaben, zumal sie derzeit durch die Corona-Krise einen weiteren öffentlichen Aufmerksamkeitsschub erfährt.

¹ Beske (2016), S.90.

3 Betriebswirtschaftliche Besonderheiten der Hausarztpraxis

Ziel dieses Kapitels ist die systematische Herausarbeitung von betriebswirtschaftlichen Besonderheiten der Hausarztpraxis vor dem Hintergrund ihrer Relevanz für das Controlling. Zu diesem Zweck wird der Wirtschaftszweig zuerst typologisiert, d.h. anhand mehrerer definierter Kriterien betriebswirtschaftlich eingeordnet. In diesem Kontext erfolgt auch ein erster Blick auf die Ziele einer Hausarztpraxis, die sich schon durch ihre gesellschaftliche Bedeutung von denen anderer Unternehmen unterscheiden. Der weitere Gang der Untersuchung legt den Lebenszyklus einer Hausarztpraxis zugrunde, um einzelne Aspekte und Fragestellungen der jeweiligen Phase zu beleuchten. Eine Orientierung kann dabei das genetische Konzept der Betriebswirtschaftslehre mit der Unterteilung in Gründungs-, Betriebs- und Liquidationsphase bieten,¹ wobei es zweckmäßig erscheint, im hausärztlichen Kontext letztere durch eine Abgabe- bzw. Rückzugsphase zu ersetzen² (siehe Abbildung 17).

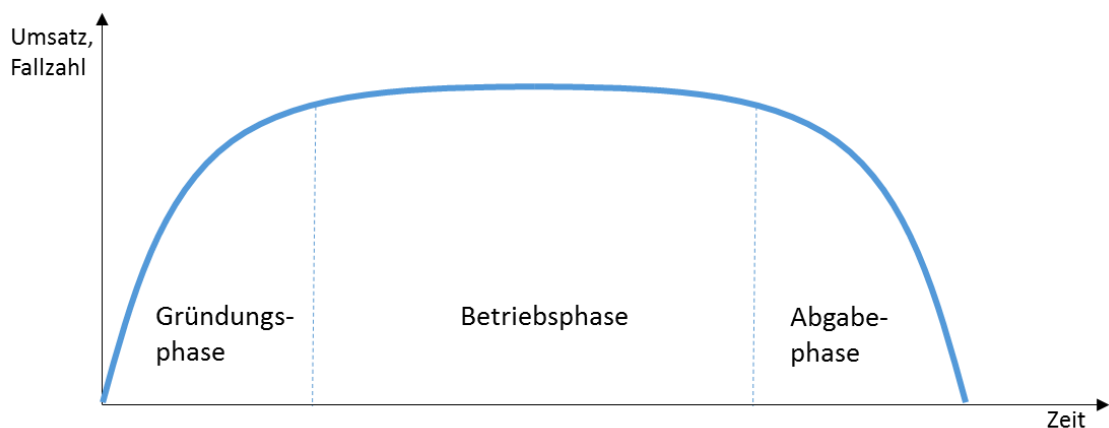


Abbildung 17: Lebenszyklus einer Hausarztpraxis³

Branchenspezifische Besonderheiten sind in der Gründungs- bzw. Übernahmephase vor allem hinsichtlich der Wahl von Standort und Organisationsform zu beachten, während die Betriebsphase sich vordergründig durch das spezifische und komplexe vertragsärztliche Vergütungssystem von anderen Branchen abgrenzt. Schwerpunkt der Abgabe- bzw. Rückzugsphase schließlich ist die Auflösung der Praxis bzw. die Weitergabe an einen Nachfolger.

¹ Vgl. zu diesem Konzept Wöhe/Döring/Brösel (2016), S.45 und Thommen et al. (2017), S.19.

² Damit soll der starken Verknüpfung zwischen Hausarztpraxis und Inhaber, die eine vom Unternehmer losgelöste Betrachtung des Unternehmens kaum möglich macht, Rechnung getragen werden.

³ Quelle: Eigene Darstellung.

3.1 Einordnung der Hausarztpraxis in die betriebswirtschaftlichen Unternehmenstypologien

Als erster Schritt bei der Analyse von Unternehmen hat sich ihre systematische Typologisierung anhand definierter Kriterien bewährt.¹ Für die folgende Untersuchung der Branche der Hausarztpraxen bieten sich vorrangig die Gewinnorientierung, der Wirtschaftszweig sowie die Unternehmensgröße als von der einzelnen Praxis abstrahierende Untersuchungsmerkmale an. Zu den weiteren in der Literatur beschriebenen Kriterien, die sich allerdings eher zur Typologisierung einer konkreten Einheit eignen, gehören u.a. die Rechtsform und der Standort.

3.1.1 Gewinnorientierung

Hinsichtlich der Gewinnorientierung lässt sich einerseits zwischen privaten und öffentlichen, andererseits zwischen Profit- und Non-Profit-Organisationen unterscheiden.² Die Hausarztpraxis ist ein privates Unternehmen, in dem die Ärzte freiberuflich bzw. angestellt tätig sind. Auch die Behandlung der Patienten geschieht im Rahmen eines privatrechtlichen Dienstverhältnisses.³ Als Leistungserbringer des Gesundheitssystems stellen Vertragsärzte die ambulante Versorgung sicher und erfüllen damit einen sozialen Auftrag, von Non-Profit-Organisationen grenzen sie sich aber dadurch ab, dass sie nicht von Mitgliederbeiträgen oder einem Gewährträger erhalten werden.⁴ Um sich im marktwirtschaftlichen Wettbewerb zu behaupten und ihr Bestehen zu sichern, sind sie ebenso wie Unternehmen der meisten anderen Branchen zum erwerbswirtschaftlichen Handeln gezwungen. Bei einer Hausarztpraxis handelt es sich somit um eine private Profit-Organisation, deren Ziel letztlich – neben weiteren – in der Gewinnmaximierung liegt. Diese Feststellung hat für die Auswahl eines geeigneten Controllingkonzeptes insofern zentrale Bedeutung, als dass dieses auch den wirtschaftlichen Erfolg abbilden muss und nicht z.B. ausschließlich den Behandlungserfolg oder die Patientenzufriedenheit.

¹ Vgl. Thommen et al. (2017), S.22ff.

² Vgl. ebenda, S.22.

³ Vgl. Simon (2016) S.299.

⁴ Vgl. zu den Charakteristika eines Non-Profit-Betriebes Wöhe/Döring/Brösel (2016), S.31.

3.1.2 Wirtschaftszweig

Bezüglich der Branche eines Unternehmens ist zwischen Sachleistungs- und Dienstleistungsbetrieben zu unterscheiden.¹ Hausarztpraxen als Produzenten immaterieller Güter gehören dem Dienstleistungssektor an, das Statistische Bundesamt ordnet sie in den Unterbereich „Gesundheits- und Sozialwesen“ ein.² Dienstleistungen wiederum können gebunden oder ungebunden sein.³ Anders als die Mehrzahl der heutigen Dienstleister, insbesondere im Finanz- und IT-Sektor, erbringen Hausärzte gebundene Dienstleistungen, die sich durch Personenbezug und Gleichzeitigkeit von Produktion und Verbrauch kennzeichnen. Die Arbeitsleistung des Arztes ist der limitierende Faktor, weshalb Produktivitätssteigerungen nur in geringem Umfang möglich sind.⁴

3.1.3 Größe

Um eine Aussage über die Größe eines Unternehmens zu treffen, werden üblicherweise Mitarbeiterzahl, Umsatz und Bilanzsumme zugrunde gelegt. Eine mögliche Einordnung kann anhand der von der Europäischen Kommission festgelegten Definition von Kleinen und Mittleren Unternehmen erfolgen (siehe Tabelle 1):

Unternehmensgröße	Zahl der Beschäftigten	Umsatz	Bilanzsumme
Kleinstunternehmen	< 10	≤ 2 Mio. €	≤ 2 Mio. €
Kleine Unternehmen	< 50	≤ 10 Mio. €	≤ 10 Mio. €
Mittlere Unternehmen	< 250	≤ 50 Mio. €	≤ 43 Mio. €

Tabelle 1: Größenklassen von Unternehmen nach Definition der Europäischen Kommission⁵

Für allgemeinmedizinische Praxen ergeben sich – unter Ausklammerung der aus der Datenlage nicht ermittelbaren, aber für diese Branche auch vernachlässigbar relevanten Bilanzsumme⁶ – folgende Durchschnittswerte (siehe Tabelle 2):

¹ Vgl. Thommen et al. (2017), S.22.

² Vgl. Statistisches Bundesamt (2008), S.144.

³ Vgl. Gabler Wirtschaftslexikon (2020a).

⁴ Daneben sind Produktivitätssteigerungen auch durch die Budgetmechanik des vertragsärztlichen Vergütungssystems limitiert.

⁵ Quelle: Eigene Darstellung, Datenbasis: Europäische Kommission (2003).

⁶ Zum einen ist davon auszugehen, dass der weitaus größte Anteil der Hausarztpraxen eine deutlich unter 2 Mio. € liegende Bilanzsumme aufweist. Zum anderen ist die Bilanzsumme als Kriterium zur Größenkategorisierung von Unternehmen grundsätzlich umstritten, vgl. beispielhaft Jost (2009).

Praxistyp	Ø Zahl der Beschäftigten	Ø Umsatz
Praxen für Allgemeinmedizin gesamt	7,1	405.000 €
Davon: Einzelpraxen	5,7	319.000 €
Davon: Fachgleiche Berufsausübungsgemeinschaften	10,7	621.000 €

Tabelle 2: Kenngrößen von allgemeinmedizinischen Praxen im Jahr 2015¹

Es zeigt sich, dass sowohl Einzelpraxen als auch verbundene allgemeinmedizinische Praxen so gut wie immer in die Kategorie „Kleinstunternehmen“ fallen. Die Umsätze sind deutlich niedriger als die für die nächsthöhere Klasse definierten 2 Mio. €, die Beschäftigtenzahl liegt nur in wenigen Fällen über der für zahlreiche Regelungen des Arbeits- und Sozialrechtes entscheidenden Anzahl von 10 Mitarbeitern. Die durchschnittliche Hausarztpraxis unterschreitet somit oftmals die für arbeitsrechtliche Gesetze, z.B. das Kündigungsschutzgesetz oder das Arbeitssicherheitsgesetz, definierten Schwellenwerte und kann auf verschiedene Vereinfachungen und Ausnahmeregelungen hoffen.²

3.2 Besonderheiten in der Gründungsphase

Die Gründungsphase markiert den ersten Schritt im Lebenszyklus eines Unternehmens. Ihre Dauer von der Idee bis zur Aufnahme der Geschäftstätigkeit variiert, für Arztpraxen kann ein Zeitraum von bis zu zwei Jahren als Richtwert dienen.³ Einige Fragestellungen bei der Gründung eines Unternehmens sind weitgehend unabhängig von der Branche und werden daher nicht vertieft. So sollte jeder Unternehmer vor dem Schritt in die Selbstständigkeit seine persönlichen Eignung kritisch hinterfragen und die Erwartungen hinsichtlich Einkommen, Risiko und Arbeitszeit mit den Alternativen – im Falle des Hausarztes zumeist mit der Tätigkeit im Angestelltenverhältnis – vergleichen. Auf der wirtschaftlichen Seite müssen die langfristige Tragfähigkeit des Geschäftskonzeptes kalkuliert, die Finanzierung von Kaufpreis und Anfangsinvestitionen gesichert sowie

¹ Quelle: Eigene Darstellung, Datenbasis: Statistisches Bundesamt (2008), S.20 und S.52. Für die hier betrachtete, betriebswirtschaftliche Fragestellung werden die Größen „Umsatz“ und „Einnahmen“ synonym verwendet, vgl. zur Definition Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2020b).

² Für weiterführende Informationen zu einzelnen Regelungen sei auf Deutscher Bundestag (2016) verwiesen.

³ Vgl. Beerheide (2017).

mindestens für die ersten Monate ausreichende finanzielle Reserven zurückgelegt werden.

Bei der Gründung einer Arztpraxis sind die Wahl der Organisationsform und des Standortes von besonderer unternehmerischer Tragweite und weisen zugleich Charakteristika auf, die in anderen Wirtschaftszweigen nicht anzutreffen sind. Diese beiden Themenkomplexe werden im Folgenden näher betrachtet.¹

3.2.1 Die Wahl der Organisations- und Rechtsform

Mehrere Unternehmen können in unterschiedlichem Ausmaß zusammenarbeiten und zu diesem Zweck Verbindungen von einfachen Projektkooperationen bis hin zur vollständigen Verschmelzung eingehen. Auch Vertragsärzten stehen neben der Einzelpraxis verschiedene, in der Berufsordnung geregelte Organisationsformen zur gemeinsamen Berufsausübung zur Verfügung. Die Rechtsform eines Unternehmens beeinflusst u.a. Haftung, Mitbestimmung, Publizitätspflichten sowie steuerliche Rahmenbedingungen.² Neben den verschiedenen Personen- und Kapitalgesellschaften existieren noch Mischformen und einige weitere – u.a. international orientierte – Rechtsformen.³ Im Kontext der (Haus-)Arztpraxen bietet sich eine gemeinsame Betrachtung von Organisations- und Rechtsform an, da z.B. für Einzelpraxen nur bestimmte Rechtsformen zugelassen sind. Insofern hat für Arztpraxen die Wahl der Organisationsform größere Bedeutung als die – nur eingeschränkt mögliche – Wahl der Rechtsform.

Die klassische und unter Hausärzten nach wie vor häufigste⁴ Organisationsform ist die Einzelpraxis. Sie ermöglicht dem Eigentümer den maximalen Gestaltungsspielraum, er kann über alle Abläufe, Arbeitszeiten usw. selbst entscheiden und trägt das unternehmerische Risiko allein – was sich als Vor- oder Nachteil herausstellen kann. Der Praxisinhaber hat die Möglichkeit, Zweigpraxen zu eröffnen, zur Unterstützung und Entlastung weitere Ärzte oder Weiterbildungsassistenten im Angestelltenverhältnis zu beschäftigen und über Praxisnetze mit Kollegen zu kooperieren.⁵

¹ Dieses Kapitel stellt die Praxisneugründung in den Mittelpunkt. Zum Ablauf und den rechtlichen Besonderheiten bei der Übernahme einer bestehenden Praxis sei auf weiterführende Literatur verwiesen, beispielhaft sei Frodl (2016), S.11ff. angeführt.

² Vgl. Thommen et al. (2017), S.26.

³ Vgl. zu den verschiedenen Rechtsformen ebenda, S.26ff.

⁴ Vgl. KBV (2019a), S.26.

⁵ Vgl. KBV (2015a), S.3.

Die nächst engere Stufe der ärztlichen Zusammenarbeit stellt die Praxisgemeinschaft dar, bei der die beteiligten Ärzte über ihren eigenen Patientenstamm verfügen und getrennte KV-Abrechnungen durchführen, die unternehmerische Verantwortung also behalten.¹ Zur Nutzung von Synergien und Einsparung von Kosten teilen sie sich Räumlichkeiten, Einrichtung, Gerätschaften oder Personal.²

Einen Schritt weiter geht die Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)³ als zweithäufigste⁴ hausärztliche Praxisform.⁵ In der Regel handelt es sich dabei um örtliche BAG, es gibt allerdings auch die Möglichkeit, überörtliche BAG sowie Teil-BAG zu betreiben. Die beteiligten Ärzte verfügen über einen gemeinsamen Patientenstamm, rechnen gemeinsam ab und haften gemeinsam. Jeder Arzt gibt also seine alleinige unternehmerische Verantwortung auf und teilt sie mit seinen Kollegen. Die Vorteile dieser Praxisform sind vielfältig:⁶ In wirtschaftlicher Hinsicht steht die Maximierung der Deckungsbeiträge durch Synergieeffekte und Fixkosteneinsparungen im Vordergrund. Weitere Argumente sind die Aufteilung des unternehmerischen Risikos sowie die mit der Größenzunahme verbundene bessere strategische Marktposition. Flexiblere Arbeitszeiten und eine unkomplizierte Vertretung durch die Kollegen ermöglichen zudem eine – verglichen mit der Einzelpraxis – meist bessere Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben. Ferner bietet sich in Form von Teilzeitarbeit die Option eines schrittweisen Ausstiegs aus dem Berufsleben. Weniger erfahrene Ärzte profitieren außerdem von einem regelmäßigen fachlichen Austausch mit den Kollegen. Auch für den Patienten kann diese Praxisform durch ein größeres Leistungsangebot, abgestimmte Behandlungen und längere Öffnungszeiten vorteilhaft sein. Die starke Verbindung der beteiligten Ärzte birgt allerdings Nachteile und Risiken:⁷ Die gemeinsame Abrechnung hat zur Folge, dass die Einnahmen nicht automatisch durch die KV den einzelnen Ärzten zugewiesen werden, sondern diese selbst für die korrekte Aufteilung verantwortlich sind. Neben der Schwierigkeit der individuellen Zurechnung ist ferner die Gefahr eines resultierenden praxisinternen Wettbewerbs zu berücksichtigen. Alle wichtigen Entscheidungen in der Praxis erfordern zudem die Einigkeit der beteiligten Ärzte und beinhalten somit auch stets

¹ Vgl. KBV (2015a), S.6.

² Vgl. ebenda.

³ In der Literatur findet teilweise noch der frühere Begriff „Gemeinschaftspraxis“ Verwendung.

⁴ Vgl. KBV (2019a), S.26.

⁵ Vgl. im Folgenden KBV (2015a), S.4f.

⁶ Vgl. Baumgärtner/Holzmann/Holzmann (2013), S.92ff. und Peikert/Schimke (2013).

⁷ Vgl. Baumgärtner/Holzmann/Holzmann (2013), S.96ff. und Peikert/Schimke (2013).

das Risiko von Misstönen bis hin zur Praxisauflösung. Zu bedenken ist weiterhin, dass mit dem geteilten unternehmerischen Risiko auch die gemeinsame Haftung für Behandlungsfehler und Regressforderungen einhergeht.

Abbildung 18 vergleicht den im Jahr 2017 erzielten Jahresüberschuss sowie die Einnahmen und Aufwendungen je Inhaber in hausärztlichen Einzelpraxen mit denen in Berufsausübungsgemeinschaften.

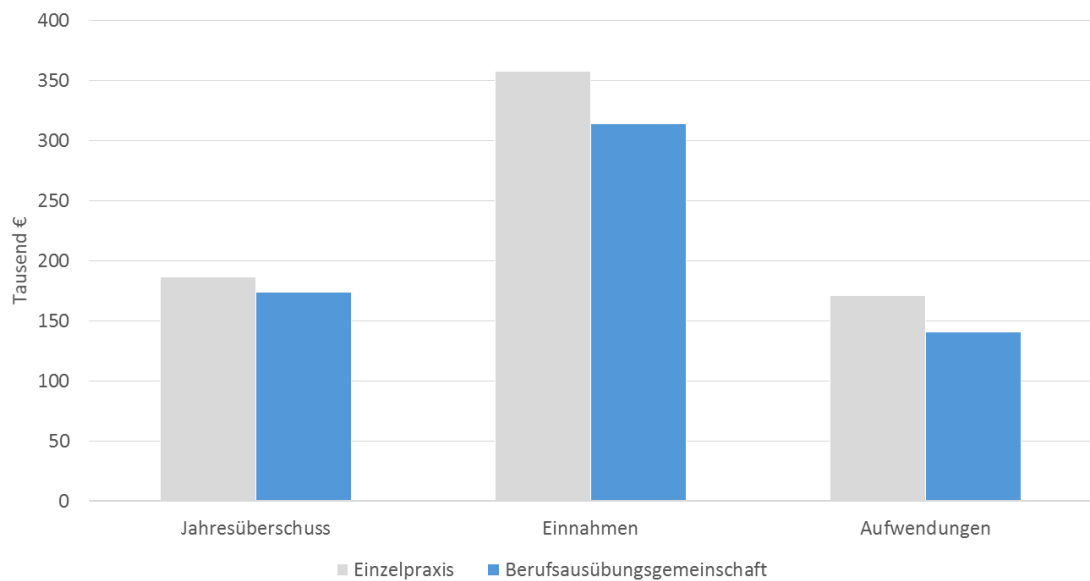


Abbildung 18: Jahresüberschuss, Einnahmen und Aufwendungen je Inhaber in hausärztlichen Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften¹

Es zeigt sich, dass die gemeinschaftliche Praxistätigkeit zwar zu Kostenersparnissen führt, diesen allerdings auch geringere Einnahmen gegenüberstehen, sodass der durchschnittliche Jahresüberschuss jedes Arztes letztlich in der Berufsausübungsgemeinschaft etwas geringer ausfällt als in der Einzelpraxis. Das Ergebnis legt den Schluss nahe, dass finanzielle Beweggründe oft nicht der Haupttreiber für den Zusammenschluss sind.²

Neben den beschriebenen Praxisformen besteht für Ärzte auch die Möglichkeit, sich in angestelltem Verhältnis oder als Vertragsarzt an einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) zu beteiligen.³ Diese an den Polikliniken der ehemaligen DDR orientierten Einrichtungen sollen die interdisziplinäre ambulante

¹ Quelle: Eigene Darstellung, Datenbasis: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2019), S.110 und S.114.

² Vgl. ebenda, S.26.

³ Vgl. zu dieser Organisationsform ausführlich Halbe (2018).

Patientenversorgung an einem Ort ermöglichen, weshalb ursprünglich mindestens zwei Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen beteiligt sein mussten. Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz hat der Gesetzgeber im Jahr 2015 diese Bedingung allerdings aufgehoben, sodass diese Organisationsform nun fachgleiche Ärztezusammenschlüsse, also auch ein Hausarzt MVZ, ermöglicht.

Im Jahr 2019 waren rund 55% der Hausärzte in einer Einzelpraxis tätig, 39% in einer Berufsausübungsgemeinschaft und 6% in Medizinischen Versorgungszentren und sonstigen Organisationsformen.¹ Seit einigen Jahren ist der Anteil der Einzelpraxen rückläufig und der Anteil der medizinischen Versorgungszentren steigend,² sodass ein Trend in Richtung größerer Praxisstrukturen besteht.

3.2.2 Standortwahl

Die Standortwahl eines Unternehmens wird vom Grad seiner geografischen Ausbreitung und seinen Standortfaktoren bestimmt.³ Auch wenn der Gesetzgeber in den letzten Jahren die Gründung von Zweigpraxen erleichtert hat, besitzen Hausarztpraxen im Unterschied zu vielen großen Betrieben anderer Branchen in der Regel nur einen einzigen Standort, an dem die gesamte Geschäftstätigkeit stattfindet. Der Patientenstamm einer typischen Hausarztpraxis rekrutiert sich zumeist aus einem relativ kleinen Einzugsbereich im Umkreis von einigen Kilometern. Hinsichtlich ihrer geografischen Ausbreitung sind die allermeisten Hausarztpraxen folglich als lokale Unternehmen zu klassifizieren.⁴ Ausnahmen stellen neben großen Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ fachlich stark spezialisierte Praxen dar, die aufgrund ihrer überregionalen Bekanntheit auch von weiter entfernt wohnenden Patienten aufgesucht werden.

3.2.2.1 Die Rolle der Bedarfsplanung bei der Standortwahl

Bei der Suche nach einem geeigneten Praxisstandort müssen niederlassungswillige Ärzte eine Reihe von Unterschieden zu anderen Wirtschaftszweigen beachten. Die gravierendste Besonderheit besteht darin, dass der Standort der Praxis nicht frei wählbar, sondern durch die Bedarfsplanung eingeschränkt ist. Dieses Instrument wurde Anfang

¹ Vgl. KBV (2019a), S.26, eigene Berechnungen.

² So lag beispielsweise der Anteil der Einzelpraxen im Jahr 2015 noch bei rund 57% und der Anteil der MVZ und sonstigen Einrichtungen bei 4%, vgl. KBV (2015b), S.26, eigene Berechnungen.

³ Vgl. Thommen et al. (2017), S.38.

⁴ Zur Unterscheidung zwischen lokalen, regionalen, nationalen, internationalen und multinationalen Standorten vgl. ebenda.

der 1990er Jahre vom Gesetzgeber zur Begrenzung der Arztzahlen und der Gesundheitsausgaben eingeführt und seitdem beständig erweitert und flexibler ausgestaltet.¹ Die Hauptaufgabe der Bedarfsplanung besteht heute darin, auch in sozial schwächeren Regionen eine adäquate medizinische Versorgung zu gewährleisten. Damit ermöglicht sie den KVen die Erfüllung ihres öffentlichen Sicherstellungsauftrages. Zugleich verhindert sie Überversorgung in einzelnen Regionen und garantiert damit den dort bereits niedergelassenen Ärzten, dass ihr Anteil an der Honorarvergütung nicht zu klein wird. Für den Hausarzt bedeutet die Bedarfsplanung, dass er seine Standortwahl auf solche Planungsbereiche eingrenzen muss, für die keine Zulassungsbeschränkung besteht. Handelt es sich um eine unterversorgte Region, kann er zudem auf verschiedene Fördermöglichkeiten hoffen.² Dagegen ist in einem zulassungsbeschränkten Planungsbereich – von einigen Ausnahmeregelungen wie Jobsharing oder Sonderbedarf abgesehen³ – eine Niederlassung in der Regel nur möglich, indem die Praxis eines Vorgängers im Rahmen eines Nachbesetzungsverfahrens übernommen wird.

3.2.2.2 Standortfaktoren

Unter Berücksichtigung der Bedarfsplanung als branchenspezifischem gesetzgeberischem Korsett kann die Wahl des Praxisstandortes in zwei Planungsschritten erfolgen: Der Identifikation aller Standortfaktoren im ersten schließt sich deren Erfassung und Bewertung mittels Entscheidungsmodellen im zweiten Schritt an.⁴ Nach dem Grad ihrer Quantifizierbarkeit und Kostenwirksamkeit kann in weiche und harte Standortfaktoren unterschieden werden:⁵ Weiche Faktoren spiegeln hauptsächlich die subjektive Lebensqualität wider und nehmen bei der Standortwahl in den letzten Jahren eine zunehmend stärkere Rolle ein. Zu ihnen gehören u.a. die geografische Lage, Freizeit- und Kulturmöglichkeiten, Wohnqualität, Beschäftigungsmöglichkeiten für den Partner sowie das Bildungsumfeld.⁶ Die harten Standortfaktoren sind Indikatoren für den zu erwartenden wirtschaftlichen Erfolg des Unternehmens, ihre Zusammenfassung zu sinnvollen Kategorien ist Teil der betriebswirtschaftlichen Standorttheorie. Für die Arztpraxis als Dienstleistungsbetrieb sind einige Kategorien von größerer Bedeutung als

¹ Vgl. hier und im Folgenden auch Abschnitt 2.2 und KBV (2020d), S.2.

² Vgl. hierzu ausführlich KBV (2020d), S.13.

³ Vgl. ebenda, S.8.

⁴ Vgl. Wöhe/Döring/Brösel (2016), S.256.

⁵ Vgl. Bingel/Leßmann/Nußbaum (2017), S.74f.

⁶ Vgl. ebenda sowie Bredl (2016), S.135.

andere. So spielen z.B. beschaffungs-, energie- und umweltschutzbezogene Standortfaktoren für produzierende Unternehmen eine entscheidende, für Arztpraxen hingegen nur eine sehr untergeordnete Rolle.¹ Abbildung 19 veranschaulicht eine auf Arztpraxen zugeschnittene Kategorisierung, die in den folgenden Abschnitten als Basis für eine Detaillierung der Standortfaktoren dient.

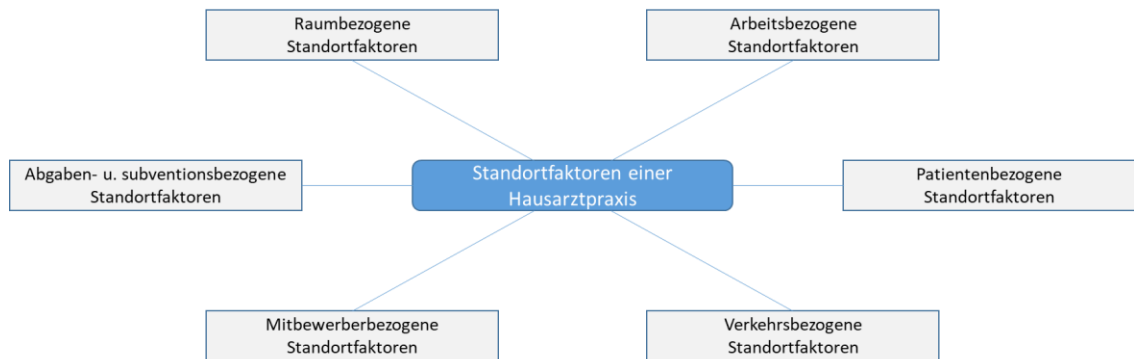


Abbildung 19: Kategorien von Standortfaktoren einer Hausarztpraxis²

In die Kategorie der raumbezogenen Standortfaktoren fallen in erster Linie die für Kauf bzw. Miete der Praxisräumlichkeiten zu erwartenden Kosten. Als eine erste Orientierung für das Niveau der regionalen Immobilienpreise können in Mietspiegeln veröffentlichte Quadratmeterpreise herangezogen werden. Hohe Immobilienpreise einer Region sind allerdings nicht zwangsläufig als Nachteil zu sehen, sondern reflektieren i.d.R. auch die finanziellen Verhältnisse der Patienten und damit indirekt die zu erwartenden Einnahmen der Praxis.³ Energiekosten weisen ebenfalls regionale Unterschiede auf, sind für Arztpraxen als wenig energieintensive Betriebe aber von geringer Relevanz bei der Entscheidungsfindung. Auch die variablen Materialkosten sind für ein Unternehmen des Dienstleistungssektors bei der Standortfrage zu vernachlässigen. Zum einen ist der Anteil des medizinischen Materials an den gesamten Praxisaufwendungen relativ gering,⁴ zum anderen sind die Beschaffungspreise anders als bei vielen produzierenden Betrieben nicht von der räumlichen Nähe zum Lieferanten abhängig.

Arbeitsbezogene Standortfaktoren umfassen die Fragen nach der Verfügbarkeit qualifizierten Personals sowie nach den regionalen Arbeitskosten.⁵ Die

¹ Vgl. zu den Besonderheiten von Standortfaktoren für die Branche der Dienstleistungsunternehmen ausführlich Haller (2017), S.294ff.

² Quelle: Eigene Darstellung.

³ Vgl. Schurr/Kunhardt/Dumont (2008), S.103.

⁴ Eine nähere Beschäftigung mit den Aufwendungen einer Hausarztpraxis erfolgt in Abschnitt 3.3.3.

⁵ Vgl. Wöhe/Döring/Brösel (2016), S.257.

Praxisangehörigen haben herausragende Bedeutung für den Erfolg einer Arztpraxis,¹ weshalb potenzielle Standorte in jedem Fall eine ausreichende Auswahl an Fachkräften bieten sollten. In einer Umfrage aus dem Jahr 2017 wird der regionale Arbeitsmarkt für medizinisches Fachpersonal von 85% der Ärzte als schlecht oder sehr schlecht beurteilt.² Um vor der Praxisgründung bzw. -übernahme die regionale Arbeitskräfteverfügbarkeit einzuschätzen, können u.a. das Vorhandensein von entsprechenden Aus- und Weiterbildungseinrichtungen sowie die Anzahl der Stellenangebote und -gesuche Berücksichtigung finden. Ist die Beschäftigung weiterer Ärzte in der Praxis vorgesehen, sollten ferner der regionale Arbeitsmarkt für Humanmediziner bzw. die Nähe zu einer medizinischen Fakultät in die Standortanalyse einbezogen werden. Die regionalen Arbeitskosten weisen zwar auch innerhalb Deutschlands Unterschiede auf, sie sind bei der Standortwahl für eine Arztpraxis aber von geringerer Bedeutung als z.B. für ein international agierendes Unternehmen mit der Möglichkeit, Teile der Wertschöpfung in Länder mit niedrigeren Lohnkosten auszulagern.³

Unter patientenbezogenen Standortfaktoren werden – analog zur Analyse des Absatzmarktes anderer Wirtschaftszweige – relevante demografische Merkmale der Bevölkerung im Einzugsgebiet der Arztpraxis subsumiert. Neben der zu erwartenden Patientenzahl insgesamt sind vor allem die Altersstruktur sowie der Anteil der Privatpatienten von Interesse für die Standortwahl. In den meisten Wirtschaftszweigen ist der Versorgungsgrad einer Region nicht bekannt und kann dann z.B. über das Verhältnis zwischen Geschäftsfläche und Einwohnerzahl geschätzt werden.⁴ Arztpraxen profitieren hier branchenspezifisch von der Besonderheit, dass im Rahmen der Bedarfsplanung bereits die Versorgungsgrade jedes Planungsbereiches berechnet wurden und eine erste Orientierung zur Prognose des Patientenaufkommens ermöglichen. Unterversorgte Gebiete lassen tendenziell ein höheres Patientenaufkommen bzw. eine leichtere Patientenakquise erwarten als solche mit einem hohen Arzt-Einwohner-Verhältnis. Zur Betrachtung eines konkreten Standortes eignet sich im nächsten Schritt die Einwohnerdichte in fußläufiger Entfernung bzw. in geringem Umkreis der Praxis. Des Weiteren gibt die Altersstruktur einer Region Aufschluss über die zu erwartenden

¹ Vgl. Frodl (2016), S.107.

² Vgl. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2019), S.80.

³ Vgl. vertiefend für eine Übersicht der industriellen Arbeitskosten je Stunde im internationalen Vergleich Wöhe/Döring/Brösel (2016), S.258.

⁴ Vgl. Haller (2017), S.299.

Behandlungsschwerpunkte und erlaubt eine Einschätzung der zukünftigen Bevölkerungszahl und -zusammensetzung. Für die wirtschaftliche Ertragsprognose ist der Privatpatientenanteil einer Region von großer Bedeutung. Er wird zwar statistisch nicht direkt erfasst, kann aber u.a. über die regionalen Einkommensverhältnisse und die Kaufkraft¹ sowie aus der Differenz zwischen Gesamtbevölkerung und gesetzlich versicherten Personen geschätzt werden.² Das Gewicht dieses Standortfaktors für die Ertragssituation einer Praxis wird auch durch den gleichgerichteten Zusammenhang zwischen Ärztedichte und Anteil der Privatversicherten in Deutschland untermauert.³

Verkehrsbezogene Standortfaktoren umfassen die räumliche Nähe eines Betriebes zu seinen Kunden, seine Erreichbarkeit und seine Zugänglichkeit.⁴ Für die Hausarztpraxis als Anbieter gebundener Dienstleistungen ist die räumliche Nähe zu den Patienten ein zentraler Erfolgsfaktor. Während die Patienten Ärzte anderer Fachrichtungen primär nach Empfehlungen auswählen und eine längere Anfahrt in Kauf nehmen, ist bei der Wahl des Hausarztes die Distanz das entscheidende Kriterium.⁵ So wohnen etwa drei Viertel der Bevölkerung in einer Entfernung von weniger als 5 km zu ihrem Hausarzt.⁶ Neben der Distanz sollte bei der Standortwahl die Erreichbarkeit der Praxis zu Fuß, mit dem PKW und mit öffentlichen Verkehrsmitteln geprüft werden. Weitergehende Analysen des Einzugsgebietes sind z.B. mittels der Zeitdistanzen-Methode oder Kundenbefragungen möglich.⁷ Eine Besonderheit der Hausarztpraxis im Vergleich mit den meisten übrigen Facharztgruppen und mit Betrieben anderer Branchen besteht darin, dass der Ort der Leistungserstellung variiert:⁸ Für alle in die Praxis kommenden Patienten liegt er beim Anbieter, im Rahmen von Hausbesuchen liegt er beim Nachfrager der Leistung. Für den Hausarzt ist eine gute Verkehrsanbindung folglich auch vor dem Hintergrund von Bedeutung, dass er auf diese Weise seine Anfahrtszeiten zu den Patienten minimiert. Ein weiterer, besonders für Arztpraxen essenzieller, Aspekt der verkehrsbezogenen Standortfaktoren ist die Sicherstellung einer barrierefreien Zugänglichkeit. Aufgrund des im Vergleich zu Betrieben anderer Branchen höheren Anteils von Besuchern mit

¹ Vgl. Baumgärtner/Holzmann/Holzmann (2013), S.158f.

² Vgl. Sundmacher/Ozegowski (2015), S.445.

³ Vgl. ebenda, S.447ff.

⁴ Vgl. Haller (2017), S.299.

⁵ Vgl. IKK classic (2015), S.3.

⁶ Vgl. ebenda.

⁷ Vgl. Haller (2017), S.297.

⁸ Vgl. zu den verschiedenen örtlichen Konstellationen der Dienstleistungserstellung Meffert/Bruhn/Hadwich (2015), S.395f.

Behinderungen sollte bei der Standortwahl auch auf eine ausreichende Anzahl Parkplätze in direkter Praxisnähe, einen behindertengerechten Eingangsbereich und ggf. einen Aufzug geachtet werden.¹

Mitbewerberbezogene Standortfaktoren beschäftigen sich mit dem Vorhandensein weiterer ärztlicher Einrichtungen in der näheren Umgebung. Eine mit anderen Branchen, wie z.B. dem Einzelhandel, vergleichbare intensive Konkurrenzsituation ist für Hausärzte i.d.R. nicht zu erwarten.² Der Gesetzgeber verhindert mittels Zulassungsbeschränkungen im Rahmen der Bedarfsplanung, dass sich in bereits gut versorgten Regionen weitere Ärzte niederlassen und schränkt damit den Wettbewerb um gesetzlich versicherte Patienten ein. Privat Krankenversicherte finden dabei allerdings keine Berücksichtigung, sodass um diese finanziell attraktive Patientengruppe durchaus Wettbewerb entstehen kann. Neben dem Privatpatientenanteil der Region sind daher auch andere medizinische Einrichtungen mit umfangreichem Angebot an IGeL-Leistungen und ggf. auch nichtärztliche Leistungserbringer, z.B. Heilpraktiker, als Standortfaktoren zu berücksichtigen. Umgekehrt kann eine hohe Versorgungsdichte allerdings auch als positiver Einflussfaktor fungieren. Weitere Hausärzte in räumlicher Nähe bieten die Option zu Kooperationen und erleichtern Vertretungen, während das Vorhandensein von Ärzten anderer Disziplinen, Apotheken und Physiotherapeuten den Patienten kurze Wege ermöglicht und damit die Attraktivität des Standortes steigert.

Unter den abgaben- und subventionsbezogenen Standortfaktoren sind im Kontext der Betriebswirtschaftslehre die regional unterschiedlichen Gewerbesteuersätze als zentraler Aspekt zu beachten.³ §18 EStG zählt Ärzte explizit als Angehörige der freien Berufe auf, sodass sie grundsätzlich nicht der Gewerbesteuerpflicht unterliegen. Von wenigen speziellen Konstellationen abgesehen⁴, spielen regionale Unterschiede in der Gewerbesteuer folglich für Arztpraxen bei der Standortwahl keine Rolle. Im Gegensatz dazu können Subventionen ein wichtiges Argument in der Entscheidungsfindung sein. Wie in Abschnitt 2.4.2 ausführlich betrachtet wurde, hat der Gesetzgeber einen vorliegenden bzw. drohenden Mangel in der ambulanten hausärztlichen Versorgung

¹ Vgl. KBV (2019g).

² Die folgenden Überlegungen werden in Abschnitt 5.4.2.1 im Rahmen der Beschäftigung mit der Branchenstrukturanalyse als Controllinginstrument weiter vertieft.

³ Vgl. Wöhe/Döring/Brösel (2016), S.260.

⁴ Solche Konstellationen können z.B. im Zusammenhang mit dem Verkauf von Heilhilfsmitteln, der Beschäftigung vieler Angestellter oder bestimmten Kooperationsformen vorliegen, vgl. hierzu Bierling et al. (2017), S.108ff.

festgestellt und entsprechende Gegenmaßnahmen eingeleitet. Besonders in ländlichen, schlecht versorgten Regionen können Hausärzte infolgedessen auf vielfältige Niederlassungsförderungen durch Staat, Bundesländer und Kommunen hoffen.

3.2.2.3 Verfahren der Standortentscheidung

Die Entscheidung für einen Standort ist betriebswirtschaftlich als Investitionsentscheidung aufzufassen und sollte auf quantitative Methoden zurückgreifen. Hierzu stehen verschiedene Verfahren der Investitionsrechnung zur Verfügung, z.B. stellt die Kapitalwertmethode im Rahmen einer Totalanalyse alle zukünftig erwarteten Cashflows der Praxis den Anfangsinvestitionen gegenüber.¹ Sie beantwortet damit – zumindest aus finanzieller Perspektive – die Frage nach der Sinnhaftigkeit einer Investition und ermöglicht die Entscheidung zwischen mehreren Standorten durch den Vergleich ihrer errechneten Kapitalwerte. Viele der beschriebenen Standortfaktoren haben allerdings qualitativen Charakter und lassen sich nur schwer in Zahlungsströme umrechnen. Um diesem Sachverhalt gerecht zu werden, kann eine heuristische Nutzwertanalyse als Entscheidungshilfe dienen.² Dieses subjektive Verfahren listet alle relevanten Standortfaktoren auf, gewichtet sie anhand ihrer Bedeutung für das Unternehmen und bewertet sie anschließend für den jeweiligen Standort auf einer numerischen Punkteskala. Die Summe dieser gewichteten Faktoren ergibt den Gesamtnutzwert eines Standortes, der sich im nächsten Schritt mit den Gesamtnutzwerten der Standortalternativen vergleichen lässt.

Die Standortanalyse mit den beschriebenen Verfahren hat nicht nur im Rahmen der Neugründung bzw. Übernahme einer Praxis ihren Platz, sondern sollte auch im späteren Praxisbetrieb regelmäßig durchgeführt werden.³ So könnte im Rahmen des Praxiscontrollings z.B. in jährlichen Abständen die Neubewertung relevanter Standortfaktoren stattfinden, um Fehlentwicklungen frühzeitig zu identifizieren und nötigenfalls einen Standortwechsel vorzubereiten.

3.3 Besonderheiten in der Betriebsphase

Innerhalb der Betriebsphase ist das komplexe Vergütungssystem das herausragende betriebswirtschaftliche Alleinstellungsmerkmal von Hausarztpraxen, weshalb im

¹ Vgl. hierzu ausführlich Wöhe/Döring/Brösel (2016), S.484ff.

² Vgl. im Folgenden Thommen et al. (2017), S.41.

³ Vgl. Schurr/Kunhardt/Dumont (2008), S.102f.

Folgenden eine ausführliche Auseinandersetzung mit der Gewinn-, Umsatz- und Kostenmechanik dieser Branche erfolgt. Zwei weitere Besonderheiten der Betriebsphase – das hausärztliche Zielsystem und die hausärztliche Wertschöpfungskonfiguration – werden nicht an dieser Stelle, sondern im Rahmen der dritten Forschungsfrage behandelt.

3.3.1 Gewinnbegriff und Zustandekommen des hausärztlichen Einkommens

Das oberste Ziel eines erwerbswirtschaftlichen Unternehmens ist die Maximierung seines Gewinns, der sich aus dem Blickwinkel der Preis- und Markttheorie als Differenz zwischen Erlösen und Kosten definiert.¹ Die Erlöse ergeben sich aus der Multiplikation von Verkaufsmenge und Verkaufspreis, während sich die Kosten in Fixkosten und variable Kosten unterteilen lassen.² Fixkosten beschreiben dabei die stets anfallenden Bereitschaftskosten, variable Kosten stellen den von der Ausbringungsmenge abhängigen Anteil der Gesamtkosten dar.³ Basierend auf dieser in Abbildung 20 veranschaulichten Gleichung hat die Betriebswirtschaftslehre zahlreiche Theorien und Modelle entwickelt, wie ein Unternehmen zur Gewinnmaximierung seine Erlöse steigern bzw. seine Kosten senken kann.⁴

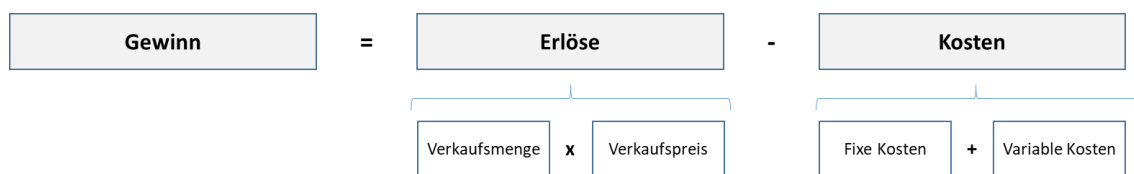


Abbildung 20: Allgemeine, vereinfachte Gewinnformel eines Unternehmens⁵

Diese Formel besitzt mit einigen Anpassungen auch für die Hausarztpraxis Gültigkeit. Der Jahresüberschuss der Praxis ergibt sich aus der Summe aller Praxiseinnahmen abzüglich der Summe aller Praxisaufwendungen. Die Praxiseinnahmen bestehen größtenteils aus den GKV-Einnahmen, die sich wiederum im Wesentlichen aus den Vergütungen für budgetierte und extrabudgetäre Leistungen zusammensetzen. Dazu addieren sich die über IGeL-Leistungen und die Behandlung privat versicherter Patienten generierten Privateinnahmen. Diesem Betrag stehen die Praxisaufwendungen gegenüber, die sich analog zur allgemeinen Gewinnformel in fixe und variable Aufwendungen

¹ Vgl. Gabler Wirtschaftslexikon (2020b).

² Die hier vorgenommene Vereinfachung setzt u.a. ein Einproduktunternehmen sowie konstante Preise voraus, erfüllt aber ihren Zweck als Grundlage für die nachfolgende Herausarbeitung hausärztlicher Besonderheiten.

³ Vgl. Wöhe/Döring/Brösel (2016), S.295.

⁴ Exemplarisch sei auf die Modelle zur Preistheorie verwiesen, vgl. ebenda, S.411ff.

⁵ Quelle: Eigene Darstellung.

unterteilen lassen. Abbildung 21 stellt die an eine Hausarztpraxis adaptierte Gewinnleichung grafisch dar:

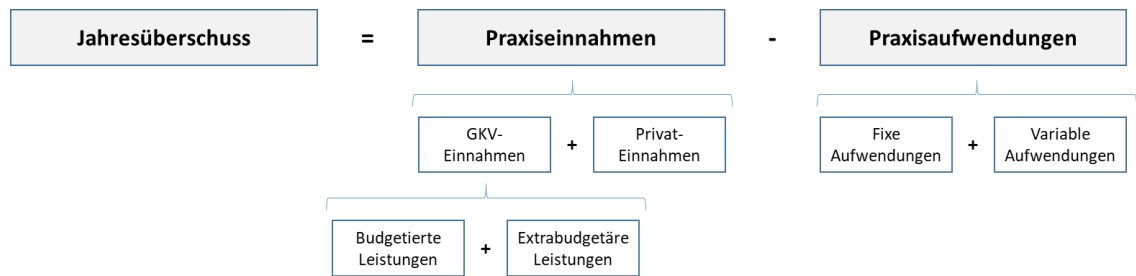


Abbildung 21: Gewinnleichung einer Hausarztpraxis¹

Im Jahr 2017 konnten hausärztliche Praxisinhaber einen durchschnittlichen Jahresüberschuss von 181.042 € erwirtschaften, der sich entsprechend obiger Gleichung als Differenz aus Praxiseinnahmen in Höhe von 339.164 € und Praxisaufwendungen in Höhe von 158.121 € ergibt. Aus Tabelle 3 ist die Entwicklung dieser drei Größen im zeitlichen Verlauf der letzten Jahre ersichtlich:

	Jahresüberschuss	Praxiseinnahmen	Praxisaufwendungen
2014	160.664 €	299.476 €	138.812 €
2015	168.765 €	313.597 €	144.832 €
2016	176.516 €	327.092 €	150.576 €
2017	181.042 €	339.164 €	158.121 €
Jährlicher Anstieg (Ø)	4,1 %	4,2 %	4,4 %

Tabelle 3: Jahresüberschuss, Einnahmen und -aufwendungen je hausärztlichem Praxisinhaber²

Es zeigt sich, dass der Jahresüberschuss, die Praxiseinnahmen und -ausgaben eines Hausarztes zuletzt kontinuierlich angestiegen sind. Die Wachstumsrate des Jahresüberschusses von rund 4% im Jahr übertrifft sowohl die jährliche Steigerung des deutschen Nominallohnindex von rund 2,5% als auch die des im gleichen Zeitraum um 0,5-1,5% jährlich angestiegenen Verbraucherpreisindex.³

Aufgrund der unterschiedlichen Abgabenstruktur lassen sich die absoluten Beträge von Jahresüberschuss und Nominallohn nicht ohne Weiteres miteinander vergleichen,

¹ Quelle: Eigene Darstellung. Die Gewinnleichung ist bewusst vereinfacht und lässt z.B. die nur einen sehr geringen Anteil ausmachenden sonstigen Einnahmen unberücksichtigt.

² Quelle: Eigene Darstellung, Datenbasis: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2019), S.110ff., eigene Berechnungen.

³ Datenbasis der beiden letztgenannten Werte: Statistisches Bundesamt (2020c), S.5.

weshalb z.B. auch die Gehälter eines Hausarztes und angestellten Klinikarztes nicht direkt gegenübergestellt werden können.

Um vom Jahresüberschuss eines Hausarztes zu seinem Nettoeinkommen zu gelangen, sind mindestens die Altersvorsorgeaufwendungen, Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung sowie die Einkommensteuer abzuziehen. Die Beispielrechnung in Abbildung 22 verdeutlicht, dass nach diesen Subtraktionsschritten etwa die Hälfte des durchschnittlichen Jahresüberschusses als verfügbares Nettoeinkommen verbleibt.

	Mittelwert (2017)
Jahresüberschuss	181.042 €
- Ärztliche Altersvorsorge	24.426 €
- Kranken- und Pflegeversicherung	9.292 €
- Einkommensteuer	58.068 €
Verfügbares Nettoeinkommen im Jahr	89.256 €
Monatlich verfügbares Nettoeinkommen	7.438 €

Abbildung 22: Beispielrechnung zum Jahresüberschuss und Nettoeinkommen eines hausärztlichen Praxisinhabers¹

Von diesem Nettoeinkommen sind im nächsten Schritt noch verschiedene für den Praxisbetrieb notwendige bzw. sinnvolle Ausgaben zu bestreiten, z.B. Beiträge für eine Berufshaftpflicht-, Rechtsschutz- und Praxisinventarversicherung.² Erst der nach diesen Abzügen verbleibende Betrag steht für die freie private Verwendung zur Verfügung.

3.3.2 Das hausärztliche Vergütungssystem

Die hausärztliche Einkommensmechanik unterscheidet sich grundlegend von der anderer Branchen. Während ein „klassisches“ Unternehmen in der freien Marktwirtschaft höhere Umsätze sowohl über eine Steigerung der Verkaufsmenge als auch über eine Steigerung des Verkaufspreises generieren kann, stehen Hausarztpraxen diese beiden Möglichkeiten nur sehr eingeschränkt zur Verfügung. Der Grund liegt in einem historisch gewachsenen, gesetzlich geregelten Vergütungssystem, das auf einer Budgetobergrenze und einem

¹ Quelle: Eigene Berechnung unter Anwendung von Methodik und Prämissen des Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2019), S.26, Datenbasis: ebenda, S.114. Grundlage ist der mittlere Jahresüberschuss im Jahr 2017, zu den Prämissen zählen u.a.: Mitglied im Versorgungswerk Niedersachsen, freiwillig gesetzlich versichert, kinderlos, Steuerklasse 1.

² Für eine Übersicht sinnvoller Versicherungen für Praxisinhaber vgl. Stiller (2013), S.53ff.

definierten Leistungskatalog mit festen Preisen fußt. Im Laufe der Zeit ist die Vergütungsmechanik zudem außerordentlich komplex geworden und weist regionale Unterschiede auf, weshalb sie an dieser Stelle nur in ihren Grundzügen beschrieben werden kann.

Wie aus Tabelle 4 ersichtlich ist, setzen sich die Einnahmen einer Hausarztpraxis hauptsächlich aus der Abrechnung gesetzlicher und privater Leistungen zusammen. Von geringerer Relevanz sind die Umsätze aus Leistungen zu Lasten der Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungen sowie die sich u.a. aus Gutachtertätigkeiten, betriebsärztlichen Tätigkeiten und der Überlassung von Infrastruktur generierenden sonstigen Einnahmen.¹

	Einnahmen je Inhaber	davon aus...			
		GKV-Abrechnung	Privatabrechnung	BG- / Unfall-abrechnung	Sonstige
2014	299.476 €	83,4 %	13,3 %	0,3 %	3,0 %
2015	313.597 €	83,8 %	13,0 %	0,3 %	3,0 %
2016	327.092 €	84,4 %	12,5 %	0,3 %	2,8 %
2017	339.164 €	84,9 %	11,9 %	0,3 %	2,9 %

Tabelle 4: Zusammensetzung der hausärztlichen Einnahmen²

Mit über 80% der Gesamteinnahmen stellen die Erlöse aus der Behandlung gesetzlich krankenversicherter Patienten den weitaus größten und in den letzten Jahren anteilig noch gewachsenen Posten dar. Der Hausarzt erhält diese Einnahmen von der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Zuständigkeitsbereich sich seine Praxis befindet.³ Er übermittelt der KV quartalsweise und heute i.d.R. elektronisch eine Aufstellung seiner für jeden gesetzlich Versicherten erbrachten Leistungen. Als Berechnungsgrundlage dient der bundesweit geltende Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM), in dem u.a. Inhalt, Euro-Wert und Punktzahl jeder abrechnungsfähigen Leistung definiert sind. Die KV überprüft die Abrechnung auf Vollständigkeit, sachliche und rechnerische Richtigkeit. Sie führt zudem Plausibilitäts- sowie Wirtschaftlichkeitsprüfungen durch und wählt einige Praxen für Stichprobenprüfungen aus. So sind z.B. allen im EBM aufgeführten Leistungen Prüfzeiten zugeordnet, anhand der nachvollzogen wird, ob der Arzt die abgerechneten Leistungen hinsichtlich des zeitlichen Umfangs überhaupt erbringen konnte. Sind alle

¹ Eine genaue Zusammensetzung der in Tabelle 4 aufgeführten Posten kann Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2019), S.101 entnommen werden.

² Quelle: Eigene Darstellung, Datenbasis: ebenda, S.105ff.

³ Vgl. im Folgenden Simon (2016), S.322ff. und KBV (2020g).

Abrechnungen bearbeitet, ermittelt die KV das dem Hausarzt zustehende Honorar und teilt es ihm im Rahmen des Honorarbescheides mit.

Wie hoch dieser Betrag ausfällt, ist das Ergebnis einer komplexen, in Abbildung 23 veranschaulichten und nachfolgend in ihren Grundzügen skizzierten Mechanik.

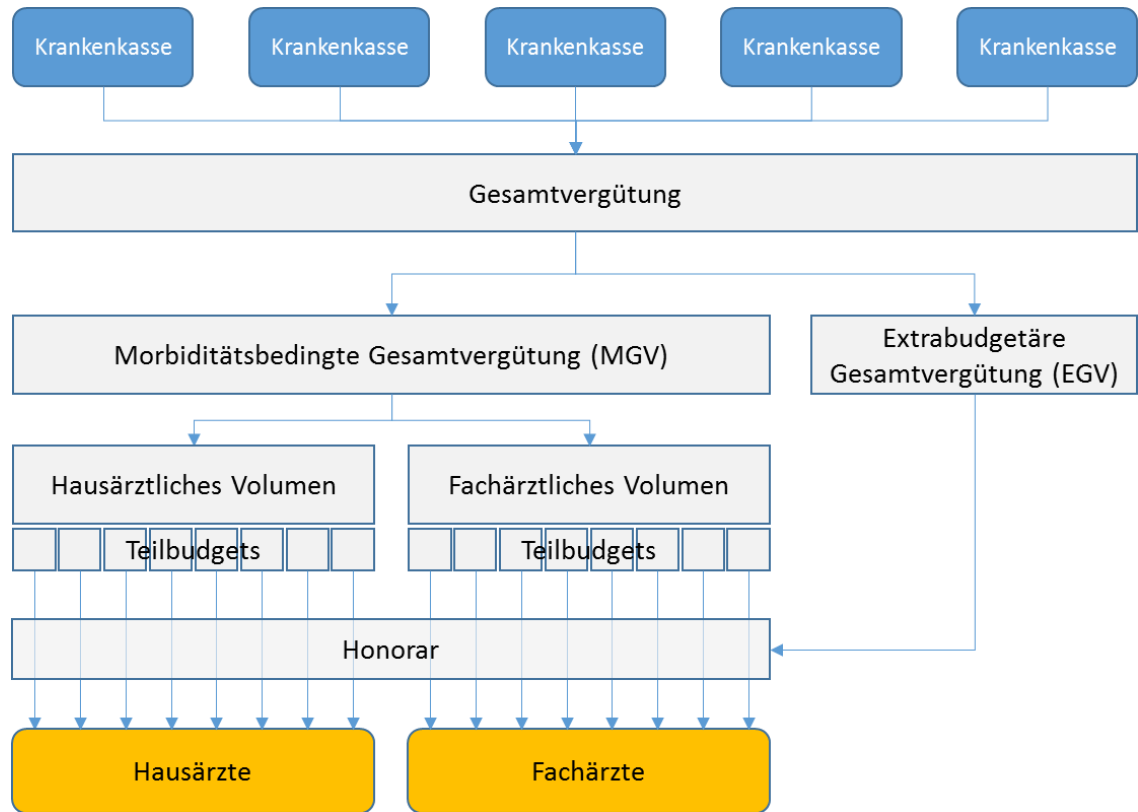


Abbildung 23: Vergütungsmechanik in der vertragsärztlichen Versorgung¹

Den Ausgangspunkt des Verteilungsmechanismus stellt die Gesamtvergütung dar. Sie wird von jeder einzelnen Krankenkasse an die zuständige KV entrichtet, um damit „die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Mitglieder mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung einschließlich der mitversicherten Familienangehörigen“² sicherzustellen. Die Krankenkassen entrichten die Gesamtvergütung mit befreiender Wirkung und übergeben damit die Zuständigkeit für Vergütungsansprüche der Vertragsärzte an die den Betrag erhaltende KV.³ Die Höhe der von den Kassen zu zahlenden Gesamtvergütung ist das Ergebnis jährlicher Verhandlungen auf mehreren

¹ Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Simon (2016), S.325 sowie KBV (2020f). Zugunsten der Übersichtlichkeit sind einige Aspekte wie Abgaben, Vorweg-Abzüge und Fremdkassenzahlungsausgleich nicht dargestellt.

² §85 Abs.1 SGB V.

³ Vgl. Simon (2016), S.310.

Ebenen:¹ In einem ersten Schritt werden auf Bundesebene Honorarverhandlungen zwischen der KBV und dem GKV-Spitzenverband geführt, die in der Festlegung des neuen Orientierungswertes und der morbiditätsbedingten Veränderungsrate durch den Bewertungsausschuss bzw. den Erweiterten Bewertungsausschuss als Schiedsstellengremium münden. Basierend auf diesen Resultaten verhandeln in einem zweiten Schritt auf regionaler Ebene die einzelnen KVen mit den Landesverbänden der Krankenkassen über die Anpassung der auf Bundesebene definierten Preis- und Mengenkomponten an regionale Gegebenheiten und halten die Ergebnisse in einem Honorarvertrag fest. Damit ist die Grundlage für die Berechnung der von den Kassen zu entrichtenden Gesamtvergütung geschaffen, die sich wiederum in eine morbiditätsbedingte Gesamtvergütung und eine extrabudgetäre Gesamtvergütung unterteilt. Der größere und bedeutendere dieser beiden Posten ist die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, die sich im Wesentlichen als Produkt des in EBM-Punkten gemessenen durchschnittlichen Behandlungsbedarfs eines Versicherten, der Anzahl der Versicherten der Kasse und dem regionalen Punktwert berechnet.² In dieser Formel kommt auch die 2009 eingeführte, die Kopfpauschale ersetzende und in Form von Risikozuschlägen realisierte, Einflussgröße der unterschiedlichen Morbidität der Versicherten zum Ausdruck. Unter die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung fallen typische Behandlungsleistungen wie z.B. die arztgruppenspezifischen Versichertenpauschalen, Untersuchungs- und Gesprächsleistungen, Hausbesuche und Basisdiagnostik.³ Die Aufteilung der zur Verfügung stehenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zwischen den niedergelassenen Ärzten hat der Gesetzgeber mit dem 2012 verabschiedeten GKV-Versorgungsstrukturgesetz den einzelnen KVen übertragen, die die entsprechende Mechanik in einem Honorarverteilungsmaßstab festlegen.⁴ Viele KVen haben sich dabei für eine Fortsetzung des bis dahin geltenden Systems der Regelleistungsvolumina entschieden oder halten sich zumindest sehr eng an dieses Verteilungsprinzip.⁵ In einem ersten Schritt wird die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung auf Basis eines im jeweiligen HVM definierten Trennungsfaktors in

¹ Vgl. im Folgenden ausführlich Simon (2016), S.310ff. und GKV-Spitzenverband (2020).

² Vgl. Simon (2016), S.311.

³ Vgl. GKV-Spitzenverband (2020).

⁴ Vgl. Simon (2016), S.310.

⁵ Vgl. ebenda, S.320. Aus diesem Grund wird in dieser Arbeit von einer Praxis ausgegangen, die sich im Gebiet einer Regelleistungsvolumina verwendenden KV befindet. Für die Abrechnungsmechaniken der einzelnen KVen sei auf deren jeweilige HVM verwiesen.

ein hausärztliches und ein fachärztliches Budget sowie diese wiederum in weitere Arztgruppen-Teilbudgets unterteilt.¹ Anschließend kann das Regelleistungsvolumen jedes einzelnen Vertragsarztes auf Grundlage der folgenden Formel berechnet werden (siehe Abbildung 24):

$$\boxed{\text{Regelleistungsvolumen des Arztes}} = \boxed{\text{Fallwert der Arztgruppe}} \times \boxed{\text{Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal}}$$

Abbildung 24: Berechnung des Regelleistungsvolumens²

Der auf diese Weise errechnete Betrag wird dem Vertragsarzt vor Beginn eines Quartals mitgeteilt und stellt für ihn die Obergrenze dar, bis zu der seine im Quartal erbrachten Leistungen vollständig zu den Preisen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes vergütet werden. Für darüberhinausgehend abgerechnete Leistungen erhält er nur eine abgestaffelte Vergütung mit niedrigerem Punktwert.³

Dagegen umfasst die extrabudgetäre Gesamtvergütung Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die keiner Mengenbegrenzung unterliegen und zu festen Preisen bezahlt werden.⁴ Typische Beispiele solcher Leistungen sind u.a. Wegepauschalen, Impfungen, Präventionsuntersuchungen, Substitutionsbehandlungen und ambulante Operationen.⁵ Ebenfalls außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden im Rahmen besonderer Versorgungsformen erbrachte Leistungen abgerechnet. Unter diesen Posten, der in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen hat, fallen direkt zwischen den KVen und den Leistungserbringern geschlossene Selektivverträge. Zu deren Vertretern zählen vor allem die hausarztzentrierte Versorgung, strukturierte Behandlungsprogramme sowie Verträge zur integrierten und besonderen ambulanten Versorgung.⁶

Neben den GKV-Einnahmen generieren Vertragsärzte Privateinnahmen, die sich aus der Behandlung privat versicherter Patienten sowie aus der Erbringung von IGeL-Leistungen für gesetzlich versicherte Selbstzahler zusammensetzen. Als Abrechnungsgrundlage dient die von der Bundesregierung verabschiedete und von den Ärzten verpflichtend

¹ Vgl. Simon (2016), S.324f.

² Quelle: Eigene Darstellung nach ebenda, S.322.

³ Vgl. ebenda, S.321.

⁴ Vgl. GKV-Spitzenverband (2020).

⁵ Vgl. beispielhaft KV RLP (2020).

⁶ Vgl. ebenda.

anzuwendende Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).¹ Analog zur GKV-Abrechnung ergibt sich das Honorar aus Multiplikation der einer Leistung zugeordneten Punktzahl mit einem bestimmten Punktwert. Finanziell ist die Privatabrechnung für den Arzt zumeist vorteilhaft. So unterliegen die abrechenbaren Leistungen keiner Mengensteuerung, die in der GKV zu berücksichtigenden Budgetobergrenzen spielen folglich keine Rolle. Weiterhin dürfen für bestimmte Leistungen Steigerungssätze Verwendung finden, weshalb die Behandlung eines Privatpatienten oftmals zu höheren Einnahmen führt als dieselbe Behandlung eines gesetzlich Versicherten. Die Abrechnung erfolgt direkt mit dem Patienten, der sich die Kosten der Leistung dann von seiner Versicherung erstatten lässt. Den zweiten Posten der Privateinnahmen bilden die Individuellen Gesundheitsleistungen.² Unter diesen Begriff fallen Leistungen, die die gesetzlichen Krankenkassen nicht bezahlen, vom Patienten aber auf eigene Kosten nach den Bestimmungen der GOÄ in Anspruch genommen werden können. Dazu zählen u.a. gutachterliche Bescheinigungen und medizinische Beratungen zu Fernreisen, aber auch kosmetische Eingriffe und nach wissenschaftlichem Kenntnisstand nicht sinnvolle, ggf. sogar schädliche, Vorsorgeuntersuchungen. Die Befürchtung, dass Ärzte ihren Patienten aus ökonomischen Motiven medizinisch nicht notwendige Untersuchungen empfehlen könnten, hat in den letzten Jahren zu einer kontroversen Diskussion um die zunehmende Bedeutung dieses Einkommenspostens geführt.³ Die Praxiseinnahmen setzen sich somit aus den nachfolgend veranschaulichten Komponenten zusammen (siehe Abbildung 25):

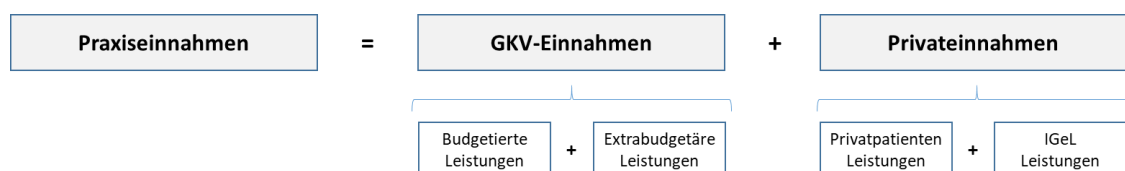


Abbildung 25: Komponenten der hausärztlichen Praxiseinnahmen⁴

Eine Einkommensmaximierung kann grundsätzlich über eine Steigerung jedes einzelnen dieser Summanden angestrebt werden.

Die budgetierten Leistungen bilden mit etwa 75% den größten Anteil an den GKV-Einnahmen eines Hausarztes,⁵ sind aufgrund der Mengensteuerung aber am schwierigsten

¹ Vgl. hier und im Folgenden Simon (2016), S.327ff.

² Vgl. im Folgenden Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung (2012), S.6ff.

³ Vgl. ebenda sowie Simon (2016), S.329.

⁴ Quelle: Eigene Darstellung.

⁵ Vgl. exemplarisch KV Berlin (2019), S.7.

zu erhöhen. Da das Regelleistungsvolumen die Größe darstellt, bis zu der alle Leistungen mit vollem Preis vergütet werden, sollte die Strategie nach Möglichkeit eine volle Ausschöpfung dieses Betrages beinhalten. Die Steigerung der Fallzahl ist auch deshalb sinnvoll, weil sie im System der Regelleistungsvolumina die Berechnungsgrundlage für das dem Arzt im darauffolgenden Jahr zur Verfügung stehende Budget darstellt. Zu beachten ist, dass eine übermäßige Steigerung über das Regelleistungsvolumen hinaus aufgrund der abgestaffelten Vergütungsmechanik u.U. in keinem ökonomischen Verhältnis zum Aufwand steht. Weiterhin muss sichergestellt sein, dass die eingereichten Leistungen im Rahmen der Plausibilitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen durch die KV keine Auffälligkeiten zeigen.

Dagegen hat eine Ausweitung der extrabudgetären Leistungen grundsätzlich den Vorteil, dass diese keiner Mengensteuerung unterliegen. Zu diesem Zweck könnte der Arzt z.B. seine Patienten aktiv über förderungswürdige und medizinisch sinnvolle, extrabudgetäre Leistungen wie Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen informieren und zur Inanspruchnahme motivieren. Eine weitere Möglichkeit kann darin bestehen, sich als Schwerpunktpraxis für besondere Patientengruppen, z.B. für Opioidabhängige, zu etablieren und diesen die entsprechenden Behandlungsleistungen anzubieten. Zu den extrabudgetären Leistungen gehören daneben auch einige nur schwer beeinflussbare Posten, wie z.B. die Wegepauschale. Auch bei der Abrechnung extrabudgetärer Leistungen muss beachtet werden, dass starke Abweichungen vom Vorjahreswert und von vergleichbaren Praxen plausibel begründet werden können. Für Hausärzte stellen ferner Selektivverträge eine interessante und relativ neue Option zur Erbringung von Leistungen dar, deren Abrechnung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfolgt. Zu diesem Zweck könnten geeignete Patienten z.B. gezielt auf die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung oder an Disease Management Programmen angesprochen werden.

Die Einnahmen aus Privatabrechnung sind zwar in den letzten Jahren anteilig zurückgegangen, stellen aber noch immer eine wichtige Vergütungsquelle dar. Eine direkte Strategie zur Steigerung dieser Einnahmenposition ist die Akquise weiterer privat versicherter Patienten, was allerdings viel Aufwand erfordert und hinsichtlich der Erfolgsaussichten nur schwer einschätzbar ist. Zwar kann eine Praxis ihre Attraktivität für diese Patientengruppe durch gezielte Marketingmaßnahmen erhöhen, allerdings ist der Privatpatientenanteil in besonderem Maße vom Standort der Praxis abhängig und

somit im Nachhinein kaum zu beeinflussen.¹ Eine Ausweitung der IGeL-Leistungen ist dagegen unkomplizierter möglich, allerdings vor dem Hintergrund des bereits beschriebenen Interessenkonfliktes kontrovers zu betrachten.

3.3.3 Kostenstruktur

In einer praxisorientierten Annäherung können Kosten betrachtet werden als „Geldbetrag, den man mindestens erhalten muss, damit man nicht ärmer wird“². Die Kosten bzw. Aufwendungen stehen somit den Erlösen eines Unternehmens gegenüber und bilden die zweite Determinante des erzielten Gewinns.³ Im Unterschied zur durch den Gesetzgeber in engen Grenzen regulierten Vergütungsmechanik sind der Arztpraxis hinsichtlich ihrer Kostenstruktur keine besonderen Vorgaben auferlegt. Tabelle 5 gliedert die durchschnittlichen Gesamtaufwendungen einer Hausarztpraxis im Sinne einer Kostenartenrechnung in einzelne Komponenten:

	Aufwendungen je Inhaber	davon für...						Sonstige*
		Personal	Miete einschl. NK für Praxisräume	Abschreibungen	Versicherungen, Beiträge, Gebühren	Material und Labor	Kfz	
2014	138.812 €	56,0 %	11,2 %	5,9 %	5,0 %	3,7 %	3,0 %	15,2 %
2015	144.832 €	57,4 %	10,7 %	5,3 %	5,0 %	3,7 %	2,9 %	14,8 %
2016	150.576 €	58,6 %	10,5 %	4,9 %	5,1 %	3,7 %	2,8 %	14,3 %
2017	158.121 €	60,0 %	10,1 %	4,3 %	5,1 %	3,7 %	2,8 %	14,1 %

* Beinhaltet u.a. Aufwendungen für Leasing und Miete von Geräten, Fremdkapital-Zinsen, Fortbildungen, Beratungsleistungen

Tabelle 5: Zusammensetzung der hausärztlichen Aufwendungen⁴

In einer zeitlichen Betrachtung zeigt sich, dass die Gesamtaufwendungen seit 2014 um durchschnittlich 4,4 % pro Jahr angestiegen sind. Den mit Abstand größten Posten stellen die Personalkosten dar, unter denen sich die Gehälter für ärztliches und nicht-ärztliches Praxispersonal wiederfinden.⁵ Der Anteil dieser Kostenkategorie an den Gesamtkosten hat in den letzten Jahren zugenommen, was auf Entgelterhöhungen und die wachsende Verbreitung von Anstellungsverhältnissen unter den Allgemeinmediziner zurückzuführen ist.⁶ Den zweitgrößten Kostenfaktor bilden mit einem Anteil von rund 10% die Miet- und Mietnebenkosten, zu den weiteren nennenswerten Aufwendungen

¹ Vgl. hierzu auch Abschnitt 3.2.2.2.

² Wöhe/Döring/Brösel (2016), S.847.

³ Siehe auch Abbildung 20 in Abschnitt 3.3.1.

⁴ Quelle: Eigene Darstellung, Datenbasis: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2019), S.112ff.

⁵ Vgl. zu den im Folgenden beschriebenen Bestandteilen der einzelnen Aufwendungen Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2019), S.102.

⁶ Vgl. Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2017), S.16.

gehören Abschreibungen auf die Praxiseinrichtung und den bei der Praxisübernahme bezahlten immateriellen Praxiswert. Der mit rund 5% verhältnismäßig hohe Anteil der Versicherungen und Beiträge an den Gesamtaufwendungen begründet sich mit der Notwendigkeit u.a. einer Berufshaftpflicht, Praxisversicherung, Feuer- und Diebstahlversicherung. Die Kosten für Material und Laborarbeiten umfassen z.B. Aufwendungen für Medikamente, Verbandsmaterial, Desinfektions- und Reinigungsmittel. Das Gewicht dieses Kostenfaktors ist mit 3-4% ähnlich gering wie die Aufwendungen für Kraftfahrzeughaltung. Unter „Sonstige“ fallen u.a. Aufwendungen des Arztes für Rechts- und Steuerberatung, Fremdkapitalzinsen und Fortbildungen.

Für die unternehmerische Planung und Entscheidung ist die Unterteilung der Gesamtkosten in fixe und variable Kosten von Bedeutung.¹ Diese Trennung erfolgt danach, ob die Kosten unabhängig von einer betrachteten Einflussgröße, zumeist der Ausbringungsmenge bzw. dem Beschäftigungsgrad, konstant anfallen oder sich entsprechend verändern. Fixe Kosten sind Kosten für die Herstellung der Betriebsbereitschaft, fallen auch bei einer Ausbringungsmenge von Null an und sind i.d.R. kurzfristig kaum zu beeinflussen. Typische Beispiele für fixe Kostenpositionen sind Mietzahlungen, langfristige Mitarbeiterverträge oder Versicherungsgebühren. Variable Kosten sind dagegen abhängig von der Einflussgröße, steigen also mit der Ausbringungsmenge an und sind somit auch kurzfristig steuerbar. Zu dieser Kostenkategorie gehören typischerweise die in der Produktion anfallenden Rohstoffkosten oder Fertigungslöhne. Die Einteilung in fixe und variable Kosten ist stets auch von dem betrachteten Zeitraum abhängig. Je kürzer dieser gewählt wird, desto höher ist üblicherweise der Anteil der fixen Kosten, da z.B. langfristige Mitarbeiterverträge, Versicherungsverträge oder Mietverträge nur mit entsprechender Vorlaufzeit gekündigt bzw. angepasst werden können. Abbildung 26 verdeutlicht das betriebswirtschaftliche Grundmodell der fixen und variablen Kosten grafisch:

¹ Vgl. im Folgenden Wöhe/Döring/Brösel (2016), S.294ff. und Thommen et al. (2017), S.257f.

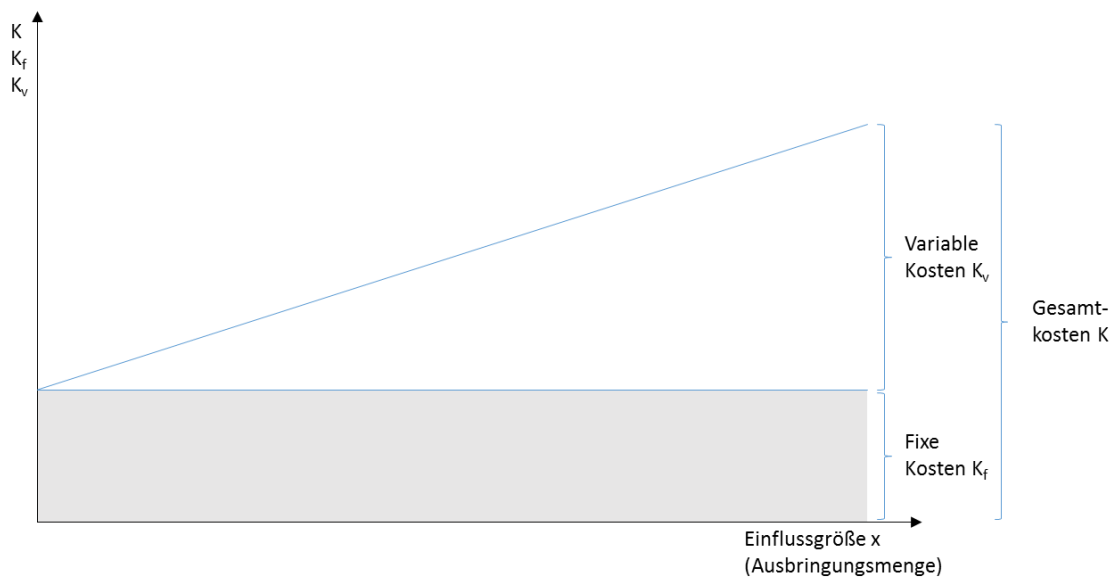


Abbildung 26: Fixe und variable Kosten¹

Im Kontext der Hausarztpraxis bietet sich die Zahl der Behandlungsfälle als betriebswirtschaftliches Äquivalent der Ausbringungsmenge eines Produktionsbetriebes an. Fixe Kosten können als Aufwendungen für den Aufbau der Behandlungsbereitschaft verstanden werden, die bereits bei einer theoretischen Zahl von null Behandlungsfällen anfallen und sich mit dem Patientenaufkommen nicht verändern. Dagegen sind variable Kosten abhängig von der Zahl der Behandlungsfälle und steigen mit einem höheren Patientenaufkommen an. Dabei entsteht die Problematik, dass nicht jede in Tabelle 5 angeführte Aufwendung eindeutig den fixen oder variablen Kosten zuzurechnen ist. Mietzahlungen, Versicherungsbeiträge und Abschreibungen gehören zu den klassischen, die Betriebsbereitschaft herstellenden Fixkosten. In dem betragsmäßig bedeutsamsten Posten der Personalaufwendungen sind hingegen sowohl fixe als auch variable Kosten enthalten: Ein gewisser Personalstamm ist für den Betrieb der Praxis unerlässlich, allerdings erfordert ein höheres Patientenaufkommen zusätzliche Personalkapazität für z.B. Administration, Laborbetrieb und Behandlung. Da der Faktor Arbeit nicht beliebig teilbar ist, wird der Inhaber einer Hausarztpraxis üblicherweise so vorgehen, dass er sich ab einem bestimmten Patientenaufkommen für die Einstellung einer weiteren ärztlichen bzw. nicht-ärztlichen Arbeitskraft entscheidet. Die Betriebswirtschaftslehre verwendet für diese Konstellation den Begriff der sprungfixen Kosten, die sich durch Konstanz innerhalb bestimmter Auslastungsintervalle und einen treppenförmigen Anstieg

¹ Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Wöhe/Döring/Brösel (2016), S.295. Eine Adaption dieser Abbildung an den hausärztlichen Kontext erfolgt in Abschnitt 5.4.5.

kennzeichnen.¹ Ebenfalls sowohl den fixen als auch den variablen Kosten zuzurechnen sind die Kraftfahrzeugkosten. Zwar führt ein geringes Patientenaufkommen auch zu einer geringen Anzahl von Hausbesuchen und somit zu niedrigen Treibstoffkosten, die Anschaffung, Abschreibung und Wartung eines Kraftfahrzeugs ist dennoch erforderlich. Rohstoffe, die bei industriellen Produktionsbetrieben einen großen Anteil der Gesamtkosten darstellen, finden ihr hausärztliches Äquivalent in der Kostenposition „Material und Labor“. Diese Kosten sind überwiegend variabel, da sich mit einer steigenden Patientenzahl auch der Verbrauch von z.B. Handschuhen, Desinfektionsmitteln oder Schutztüchern für die Behandlungsliege erhöht. Ihr Anteil an den Gesamtkosten ist mit 3-4% allerdings gering. In der Gesamtbetrachtung lässt sich somit für die Hausarztpraxis ein hoher Anteil an konstanten, unabhängig von der Patientenzahl anfallenden Aufwendungen feststellen.² Diese Fixkostendominanz sowie die Schwierigkeit der Kostenzuordnung aufgrund eines hohen Anteils an Gemeinkosten sind nicht nur kennzeichnend für die Arztpraxis, sondern für die gesamte Branche der Dienstleistungsunternehmen.³

3.4 Besonderheiten in der Abgabephase

Wenn ein Inhaber sich für die Abgabe seines Unternehmens entschließt, können dabei vielfältige Motive, z.B. die Suche nach neuen Herausforderungen, eine als zu hoch empfundene Arbeitsbelastung oder Profitmaximierung durch den Verkauf, eine Rolle spielen. Auch die Liquidation des gesamten Betriebes aufgrund von Überschuldung oder zu geringer Renditeaussichten ist in vielen Branchen ein häufiges Szenario.

Für Inhaber einer Hausarztpraxis spielen die meisten der genannten Beweggründe eine untergeordnete Rolle, stattdessen kann der Eintritt in das Rentenalter als dominantes Motiv angenommen werden. Der Königsweg besteht in der Veräußerung der Praxis an einen Nachfolger, während typische Exit-Strategien größerer Unternehmen, wie z.B. der Verkauf an Investoren, Management-Buy-Outs oder Börsengänge⁴, in dieser Branche nicht zu erwarten bzw. gar nicht möglich sind.

¹ Vgl. Thommen et al. (2017), S.257.

² Zu diesem Schluss kommen auch Greiner/Hodek (2013), S.307.

³ Vgl. Reckenfelderbäumer (2005), S.37.

⁴ Für eine ausführliche Darstellung der unterschiedlichen Exit-Strategien vgl. Fueglistaller et al. (2016), S.345ff.

Die Suche nach einem geeigneten Nachfolger für die Hausarztpraxis stellt in vielen Regionen Deutschlands ein großes Problem dar, weshalb rechtzeitig mit ihr begonnen werden sollte. Für potenzielle Interessenten zeigt sich dabei im Rahmen der Übernahmeverhandlungen ein weiterer Unterschied zwischen einer Hausarztpraxis und anderen Betrieben: Die endgültige Entscheidung über seinen Nachfolger obliegt nicht dem abgebenden Arzt, sondern dem Zulassungsausschuss. Dieser kann im Rahmen eines Prüfverfahrens sogar bestimmen, dass die Zulassung aufgrund eines zu hohen Versorgungsgrades der Region gar nicht neu vergeben und der Inhaber stattdessen von der KV mit dem Verkehrswert der Praxis entschädigt wird.¹ Dem Veräußerer stehen jedoch verschiedene Möglichkeiten offen, das Nachbesetzungsverfahren legal zu beeinflussen, indem er seinem Wunschkandidaten die Rolle eines privilegierten Nachfolgers überträgt und damit nötigenfalls sogar die angesprochene Versorgungsgradprüfung umgehen kann.² Privilegiert, und damit bei der Entscheidung des Zulassungsausschusses bevorzugt zu berücksichtigen, sind nicht nur Ehegatte, Lebenspartner oder Kinder des abgebenden Arztes, sondern auch Ärzte, die bereits in der Praxis angestellt sind bzw. diese gemeinschaftlich mitbetreiben. Die gemeinsame Berufsausübung darf allerdings nicht erst kurz vor dem Verkauf begonnen worden sein, sondern muss z.T. bereits über mehrere Jahre bestanden haben. Auch aus diesem Grund empfiehlt es sich, mit den Vorbereitungen der Praxisabgabe sehr frühzeitig, im Idealfall bereits 10 bis 15 Jahre vor der geplanten Praxisabgabe, zu beginnen.³ Neben der Einflussnahme auf das Nachbesetzungsverfahren sprechen auch andere Gründe dafür, dass Käufer und Verkäufer die Praxis eine Zeit lang gemeinsam führen. Im Vergleich zu anderen Branchen spielt die Patienten- bzw. Kundenbindung aufgrund des meist langjährigen Vertrauensverhältnisses in der Hausarztpraxis eine größere Rolle. Ziel ist es somit auch, den Übergang fließend zu gestalten und zu verhindern, dass viele Patienten nach dem Verkauf die Praxis verlassen. Ärzten, die zuvor noch in keiner Praxis tätig waren, bietet sich auf diese Weise außerdem die Möglichkeit, sich schrittweise mit den administrativen Tätigkeiten vertraut zu machen. Zur Realisierung eines solchen schrittweisen Übergangs stehen verschiedene Optionen wie das vorgelagerte Jobsharing,

¹ Vgl. Bierling et al. (2016), S.45.

² Vgl. im Folgenden ebenda, S.42ff.

³ Vgl. ebenda, S.8.

die sukzessive Übertragung vorerst eines hälftigen Versorgungsauftrages sowie – nach erfolgtem Verkauf – die übergangsweise Mitarbeit beim Übernehmer zur Verfügung.¹

Auch auf den zu erwartenden Verkaufserlös bleibt eine schwierige Nachfolgersuche nicht ohne Auswirkung. So ist tendenziell davon auszugehen, dass sich in unterversorgten Regionen weniger Interessenten für eine Praxis finden und die daraus resultierende schlechtere Verhandlungsposition des Praxisinhabers einen geringeren Verkaufspreis nach sich zieht. Auf der anderen Seite besteht in beliebten, städtischen Regionen die Gefahr, dass die Zulassung nicht neu vergeben und der Arzt durch die KV mit dem – möglicherweise nicht seinen ursprünglichen Erwartungen entsprechenden – Verkehrswert entschädigt wird.² Gerade bei der Planung der Altersvorsorge sollte folglich der Praxiserlös nur eine ergänzende, untergeordnete Rolle spielen.³

3.5 Zwischenfazit und Beantwortung der zweiten Forschungsfrage

Dieses Kapitel ging der zweiten Forschungsfrage nach und untersuchte die betriebswirtschaftlichen Besonderheiten der Hausarztpraxis und ihre Auswirkungen auf das Controlling. Dazu erfolgten zuerst eine Typologisierung der Hausarztpraxis und anschließend eine systematische Analyse der branchenspezifischen Charakteristika in den einzelnen Phasen des Praxislebenszyklus.

Eine erste zentrale Feststellung lautet, dass Hausarztpraxen zwar einen Versorgungsauftrag und damit eine stärkere soziale Rolle als Betriebe anderer Branchen wahrnehmen, letztlich aber primär erwerbswirtschaftliche, auf Gewinnmaximierung ausgerichtete Privatunternehmen sind. Ihr Controlling sollte dieser Tatsache Rechnung tragen und Aspekte beider gedanklicher Welten vereinen.

Im Rahmen der Gründungs- bzw. Übernahmephase ist zuvorderst die Bedarfsplanung als branchenspezifische, die Standortwahl bestimmende Besonderheit zu nennen. Für das Controlling ergibt sich daraus das Erfordernis, die auch in den späteren Phasen aussagekräftige Kennzahl des Versorgungsgrades im Auge zu behalten. Unter den Standortfaktoren sind für eine Hausarztpraxis insbesondere die patientenbezogenen Merkmale einer Region von Bedeutung und sollten regelmäßig beobachtet werden. So sind z.B. die Einkommenssituation und die Kaufkraft gute Prädiktoren für den aus

¹ Vgl. Bierling et al. (2016), S.68ff.

² Vgl. zur Ermittlung des Verkehrswertes ebenda, S.56f.

³ Vgl. ebenda, S.12.

Privatabrechnung erzielbaren Umsatz, während die Altersstruktur einen Hinweis auf die zukünftige Entwicklung der Praxis geben kann.

Die Betriebsphase einer Hausarztpraxis ist durch eine Gewinnleichung gekennzeichnet, in der sich der Jahresüberschuss als Differenz zwischen Praxiseinnahmen und -aufwendungen berechnet. Branchenspezifische Besonderheiten betreffen vor allem die weitgehend gesetzlich regulierte Einnahmenseite. Während andere Unternehmen Umsatzsteigerungen durch eine Erhöhung von Preis oder Absatzmenge ihrer Produkte erzielen können, sind die hausärztlichen Erlöse im Wesentlichen durch das Regelleistungsvolumen begrenzt. Ist dieses erreicht, werden darüberhinausgehende Leistungen nur noch abgestaffelt vergütet. Ansatzpunkte zur Maximierung der Einnahmen sind u.a. in der Abrechnung extrabudgetärer Leistungen und in der Privatabrechnung zu sehen. Dagegen unterliegen die Aufwendungen keinen besonderen gesetzlichen Vorgaben, weshalb der Kostenkontrolle eine wichtige Bedeutung in der Gewinnmaximierung zukommt. Um ihren Beitrag zum Gesamtergebnis nachzuvollziehen, sollte das Controlling die einzelnen Komponenten der hausärztlichen Gewinnleichung und die Ausschöpfung der zur Verfügung stehenden Budgets regelmäßig erfassen.

In der Abgabephase erweist sich vor allem die zunehmende Nachfolgeproblematik als Merkmal dieser Branche. Besonders Inhaber ländlicher Praxen müssen heute oftmals befürchten, nur wenige Kaufinteressenten zu finden und einen geringeren als den erwarteten Verkaufserlös zu erzielen. Auf der anderen Seite kann ein Verkäufer in deutlich überversorgten Regionen aufgrund gesetzlicher Bestimmungen nicht sicher davon ausgehen, seine Praxis an den Wunschnachfolger verkaufen zu dürfen. Praxisinhabern kann daher geraten werden, in ihrem Controlling den regionalen Versorgungsgrad und die Nachfragesituation zu beobachten sowie regelmäßig den Praxiswert zu ermitteln, insbesondere wenn der Zeitpunkt des geplanten Ruhestandes näher rückt. Zudem sollte frühzeitig mit der Abgabepflicht und der Suche nach geeigneten Nachfolgern begonnen werden.

4 Grundkonzepte des betriebswirtschaftlichen Controllings

Obwohl Controlling mittlerweile fest in der betriebswirtschaftlichen Theorie und Praxis etabliert ist, konnte sich bis heute keine allgemein akzeptierte Abgrenzung des Begriffes durchsetzen. Vielmehr werden regelmäßig neue Controlling-Konzeptionen entwickelt und den bisherigen Auffassungen kritisch gegenübergestellt. Anstatt sich an dem Diskurs zu beteiligen, legt dieses Kapitel den Fokus darauf, die für eine fundierte Beschäftigung mit den drei Forschungsfragen erforderlichen Grundlagen des Controllings zu beleuchten. Dazu erfolgt zuerst eine auf die wesentlichen Merkmale beschränkte Vorstellung der in der Forschung vorherrschenden Controlling-Konzeptionen sowie der damit verbundenen Begriffsdefinitionen. Anschließend werden in Abschnitt 4.2 die Unterschiede zwischen strategischem und operativem Controlling beschrieben, ehe sich Abschnitt 4.3 dem Begriff des Controllinginstrumentes nähert und eine inhaltliche Einordnung verschiedener etablierter Werkzeuge vornimmt.

4.1 Abgrenzung des Controlling-Begriffes anhand vorherrschender Controlling-Konzeptionen

In der betriebswirtschaftlichen Forschung existiert eine Vielzahl von Controlling-Konzeptionen, die jeweils mit einer eigenen Philosophie und Struktur verknüpft sind und eigene Controlling-Prozesse mit sich bringen (siehe Abbildung 27).

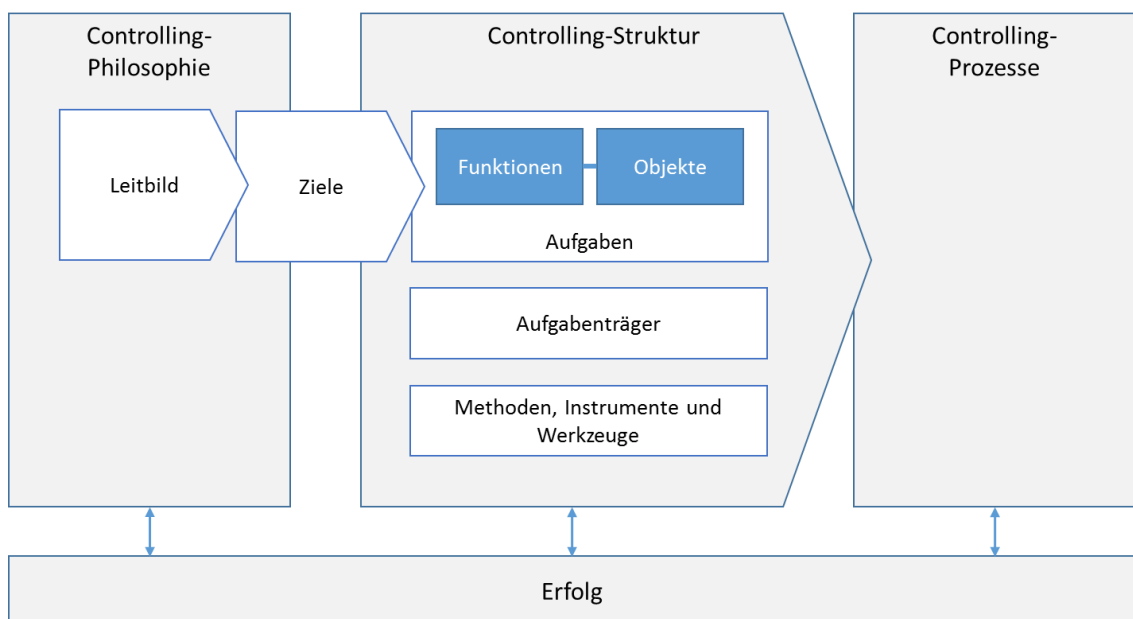


Abbildung 27: Generische Elemente einer Controlling-Konzeption¹

¹ Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Becker/Baltzer/Ulrich (2014), S.51.

Angesichts dieser Mehrdimensionalität wird deutlich, warum sich bisher noch keine einheitliche Definition des Controlling-Begriffes herausbilden konnte. Einigkeit herrscht dahingehend, dass Controlling nicht in wörtlicher Übersetzung auf den Begriff der Kontrolle beschränkt werden darf, sondern weit darüber hinausgeht.¹ Als erste begriffliche Annäherung kann folgendes, verbreitetes Begriffsverständnis herangezogen werden:

„Controlling ist ein Teilbereich des unternehmerischen Führungssystems, dessen Hauptaufgabe die Planung, Steuerung und Kontrolle aller Unternehmensbereiche ist. Im Controlling laufen die Daten des Rechnungswesen und anderer Quellen zusammen.“²

Die Controlling-Konzeptionen unterscheiden sich u.a. dadurch, dass sie diesen Aufgaben unterschiedliches Gewicht beimessen und den Umfang des Controllings enger oder weiter fassen. Nachfolgend werden ausgewählte Anschauungen in ihren Grundzügen vorgestellt.³ Die u.a. von Reichmann propagierte, informationsversorgende Konzeption betrachtet Controlling als

„die zielbezogene Unterstützung von Führungsaufgaben, die der systemgestützten Informationsbeschaffung und Informationsverarbeitung zur Planerstellung, Koordination und Kontrolle dient; es ist eine rechnungswesen- und vorsystemgestützte Systematik zur Verbesserung der Entscheidungsqualität auf allen Führungsstufen der Unternehmung“⁴.

Eine sinnvolle Umsetzung dieses gedanklichen Ansatzes kann darin münden, dem Management die maßgeblichen internen und externen Informationen über das Unternehmen in Form eines Controlling-Cockpits zu präsentieren.⁵ Entsprechend ihrer Zielsetzung legt die Konzeption den Schwerpunkt auf quantitative Kennzahlensysteme und den umfassenden Einbezug von betrieblichen Informationssystemen.

Die koordinationsorientierte Controlling-Konzeption erweitert die Rolle des Controllings und sieht ihre Hauptaufgabe in der Abstimmung zwischen den verschiedenen Teilbereichen des betrieblichen Führungssystems. Horváth als einer der führenden Vertreter dieses gedanklichen Gebäudes definiert Controlling als

„dasjenige Subsystem der Führung, das Planung und Kontrolle sowie Informationsversorgung systembildend und systemkoppelnd zielorientiert koordiniert und so die Adaption und Koordination des Gesamtsystems unterstützt“⁶.

¹ Vgl. Baum/Coenenberg/Günther (2013), S.3.

² Gabler Wirtschaftslexikon (2020c).

³ Für eine ausführliche Gegenüberstellung dieser und weiterer Konzeptionen sei auf Becker/Baltzer (2009), S.13ff. verwiesen.

⁴ Reichmann/Kißler/Baumöl (2017), S.19.

⁵ Vgl. ebenda, S.31.

⁶ Horváth/Gleich/Seiter (2015), S.58.

Das Controllingssystem ist damit indirekt auch an der Ausrichtung der betrieblichen Wertschöpfungskette beteiligt (siehe Abbildung 28):

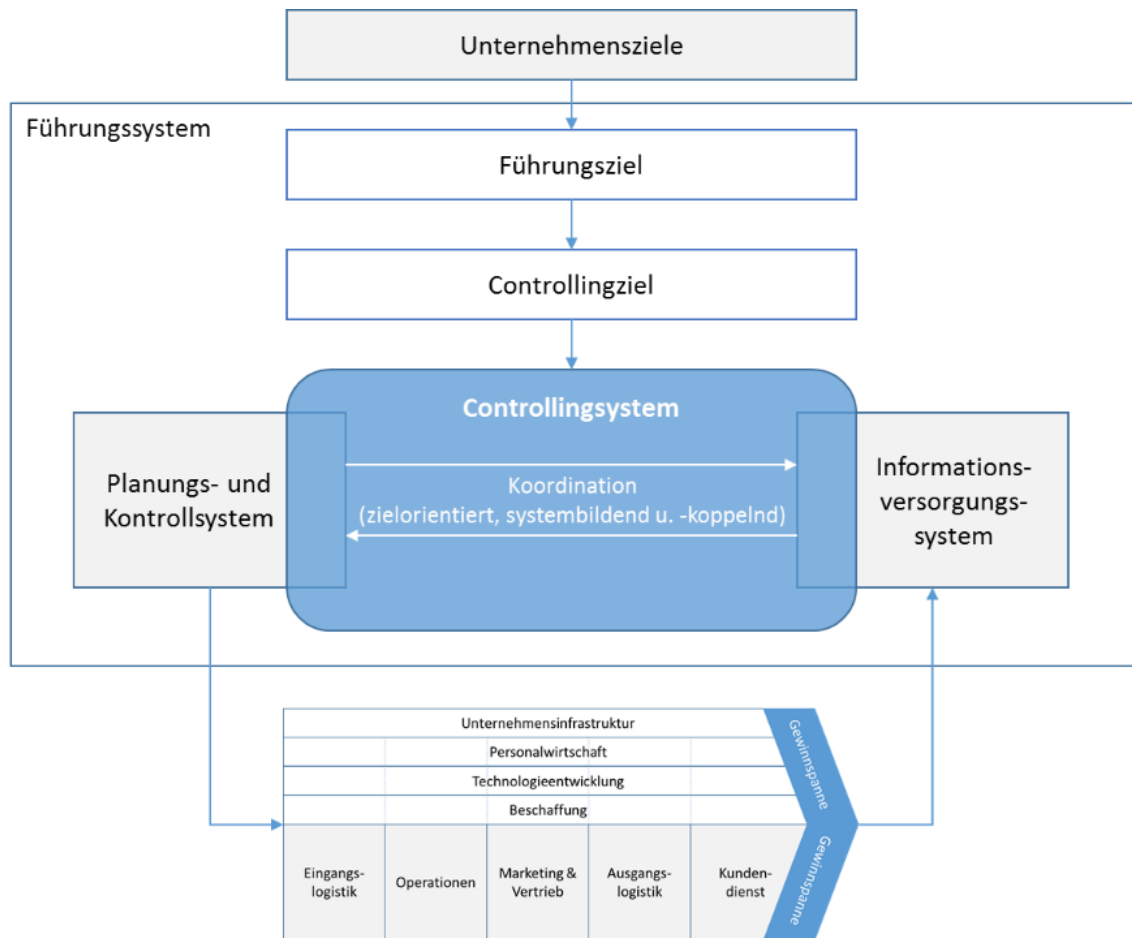


Abbildung 28: Koordinationsorientierte Controlling-Konzeption nach Horváth¹

Küpper als ein weiterer Vertreter des koordinationsorientierten Controllings verfolgt einen vergleichbaren Ansatz, integriert aber das Personalführungssystem und die Organisation als zusätzliche durch das Controlling zu koordinierende Teilsysteme (siehe Abbildung 29). Die Koordinationsfunktion des Controllings unterteilt er weiter in eine Anpassungs- und Innovationsfunktion zur Koordination der Unternehmensführung mit der Umwelt, eine Funktion zur Ausrichtung des Controllings auf die Unternehmensziele sowie eine Servicefunktion zur Unterstützung der Führung und Abstimmung der Führungsaufgaben und -methoden.²

¹ Quelle: Eigene Darstellung in vereinfachter Anlehnung an Horváth/Gleich/Seiter (2015), S.57.

² Vgl. Küpper et al. (2013), S.38ff.

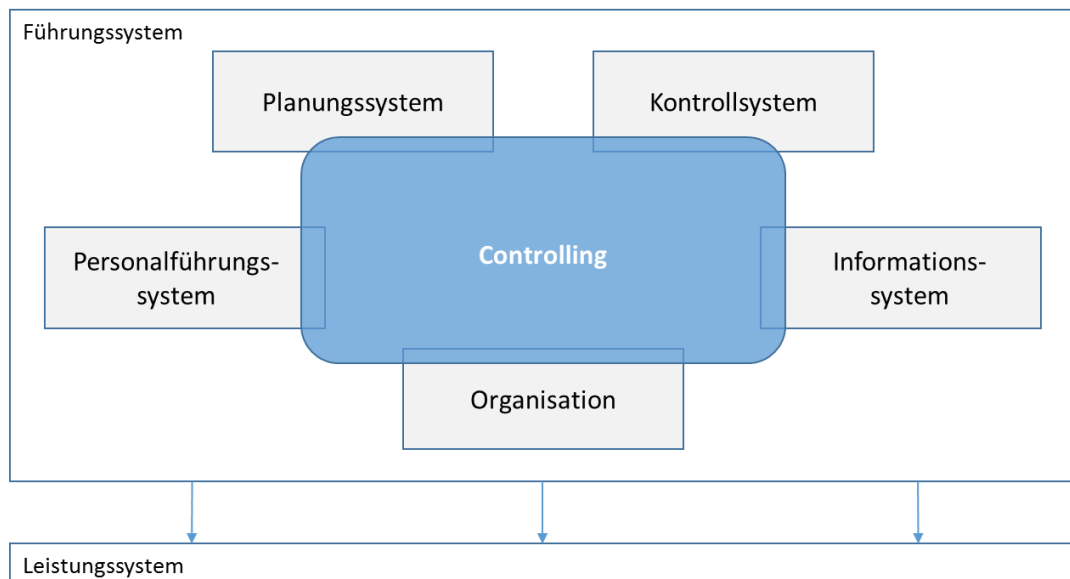


Abbildung 29: Koordinationsorientierte Controlling-Konzeption nach Küpper¹

Ein neuerer Ansatz ist die von Weber und Schäffer vertretene Rationalitätssichernde Controlling-Konzeption. Ihre Prämisse besteht darin, dass die Unternehmensführung nicht unfehlbar ist und aus verschiedenen Gründen Rationalitätsdefizite in ihren Entscheidungen auftreten können.² Das wesentliche Ziel des Controllings liegt entsprechend dieses Ansatzes in einer Rationalitätssicherung der Führung durch rechtzeitiges Erkennen bzw. Vermeiden, Vermindern und Beseitigen von Rationalitätsdefiziten.³

Ein weiteres, relativ neues gedankliches Modell ist die von Becker entwickelte wertschöpfungsorientierte Controlling-Konzeption. Danach dient das Controlling der Optimierung von Effektivität und Effizienz des unternehmerischen Handels und orientiert sich in seinen Zielen stets am Wertschöpfungsziel.⁴ Zu den drei Aufgaben des Controllings zählt der Autor die Lokomotion als originäre sowie die Abstimmung und Informationsversorgung als derivative Funktionen.⁵ Abbildung 30 veranschaulicht die Rolle des wertschöpfungsorientierten Controllings im Managementprozess:

¹ Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Küpper et al. (2013), S.36.

² Als hauptsächliche Ursachen führen die Autoren mangelndes Wissen und Können, opportunistisches Verhalten sowie Emotionen und kognitive Verzerrungen an, vgl. Weber/Schäffer (2020), S.51.

³ Vgl. ebenda, S.48f.

⁴ Vgl. Becker/Baltzer (2010), S.13.

⁵ Vgl. ebenda, S.13ff.

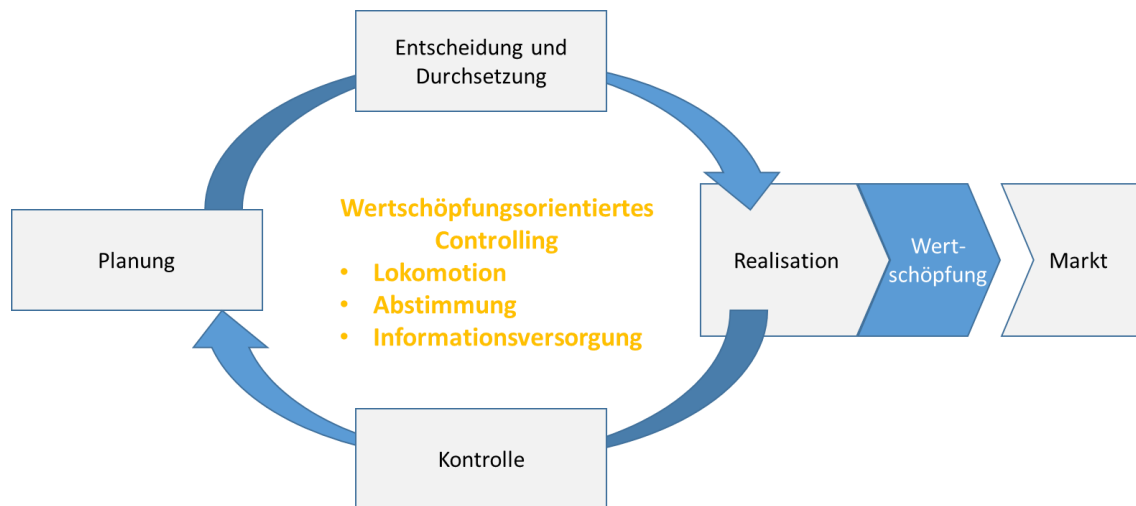


Abbildung 30: Wertschöpfungsorientiertes Controlling im Management-Prozess¹

Das Alleinstellungsmerkmal dieser Konzeption ist darin zu sehen, dass Controlling nicht nur eine führungsunterstützende, sondern in Gestalt der Lokomotion selbst eine führende, Wertschöpfung generierende Funktion erhält.² Das Controlling ist dabei nicht zwangsläufig als eigene Institution im Unternehmen zu verankern, sondern kann bis zu einer bestimmten Betriebsgröße vom Management selbst ausgeübt werden.³

4.2 Strategisches und operatives Controlling

Von den im vorigen Abschnitt behandelten Konzeptionen weitgehend unabhängig ist die Aufteilung des Gesamtcontrollings in ein strategisches und ein operatives Controlling.⁴ Abbildung 31 skizziert die Position dieser beiden Subsysteme in den chronologisch aufeinander folgenden Entwicklungsstufen der Unternehmenssteuerung.⁵

¹ Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Becker/Baltzer (2010), S.16.

² Vgl. ebenda, S.15f.

³ Vgl. ebenda, S.19f.

⁴ Teilweise wird in der Literatur zusätzlich noch das taktische Controlling berücksichtigt, vgl. hierzu Hubert (2016), S.43ff.

⁵ Vgl. im Folgenden und zu den einzelnen Entwicklungsstufen ausführlich Buchholz (2013), S.6ff.

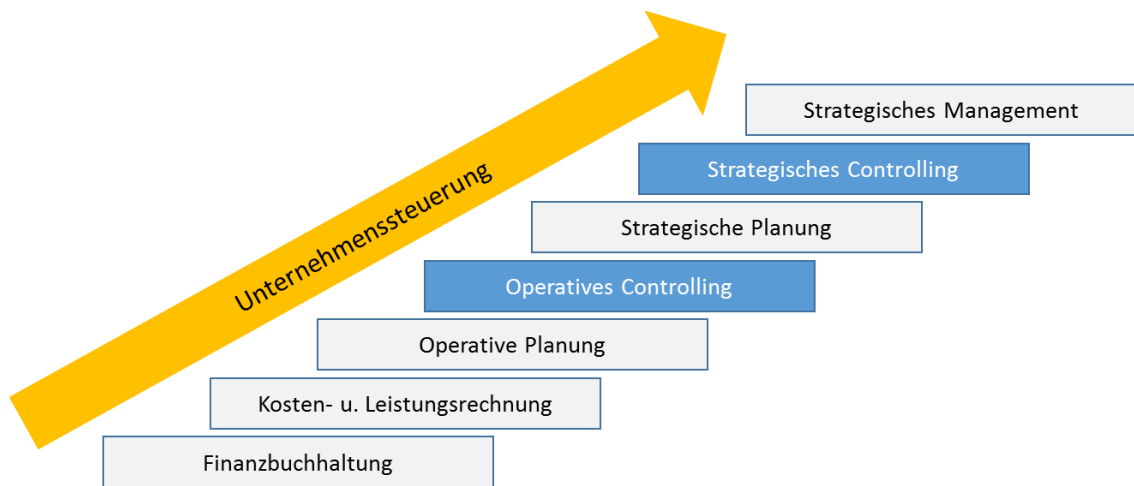


Abbildung 31: Entwicklungsstufen der Unternehmenssteuerung¹

Die Finanzbuchhaltung gilt als ältestes Instrument der Unternehmenssteuerung und fand schon vor mehreren Jahrhunderten zu diesem Zweck Verwendung. Im Laufe der Zeit setzte sich dann zunehmend die Erkenntnis durch, dass eine erfolgreiche Unternehmenssteuerung von vergangenheitsbasierten Rechenwerken abstrahieren und strategische Überlegungen in den Vordergrund stellen sollte. Das strategische Management als höchste Stufe dieser Entwicklung vereint schließlich strategisches und operatives Denken zu einem integrierten Steuerungskonzept.² Tabelle 6 stellt das operative und strategische Controlling anhand ihrer wesentlichen Merkmale gegenüber:

	Operatives Controlling	Strategisches Controlling
Zielgrößen	<ul style="list-style-type: none"> • Gewinn • Liquidität / Cash Flow 	<ul style="list-style-type: none"> • Nachhaltigkeit • Existenzsicherung • Erfolgspotenziale • Unternehmenswert
Hauptinformationen	<ul style="list-style-type: none"> • Erträge / Aufwendungen • Leistungen / Kosten • Einnahmen / Ausgaben • Einzahlungen / Auszahlungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Unternehmen: Stärken / Schwächen • Umfeld: Chancen / Risiken
Art der Informationen	Quantitativ / Monetär	Überwiegend qualitativ
Vorherrschende Orientierung	Unternehmensintern	Unternehmensintern und -extern
Rahmenbedingungen	Stabiles Umfeld	Komplexität, Dynamik und Diskontinuität des Umfeldes
Zeitbezug	Gegenwart und nahe Zukunft	Nahe und ferne Zukunft

Tabelle 6: Merkmale des operativen und strategischen Controllings³

¹ Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Buchholz (2013), S.6.

² Vgl. ebenda, S.9.

³ Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Baum/Coenenberg/Günther (2013), S.14.

Als zentrales Abgrenzungskriterium wird oftmals der Zeithorizont angeführt.¹ Die Perspektive des operativen Controllings ist vorrangig auf Gewinnmaximierung und Liquiditätssicherung in der Gegenwart und nahen Zukunft ausgerichtet. Dagegen ist der Blick des strategischen Controllings langfristig und betont Nachhaltigkeit, Existenzsicherung und die Generierung von Erfolgspotenzialen. Dabei stützt sich das operative Controlling auf monetäre Zahlen des betrieblichen Rechnungswesens, während das strategische Controlling das unternehmerische Umfeld in die Betrachtung einbezieht und neben quantitativen auch qualitative Inputdaten verwendet. Aufgrund dieses umfassenden Blickwinkels und der Prämisse unsicherer, diskontinuierlicher Rahmenbedingungen weist das Strategische Controlling zahlreiche inhaltliche und institutionelle Überschneidungen mit dem Strategischen Management auf.² Zugleich wird insbesondere anhand des stets im Ermessen des einzelnen Unternehmens liegenden Zeithorizontes deutlich, dass eine objektive, trennscharfe Abgrenzung zwischen operativem und strategischem Controlling nicht möglich ist. Abbildung 32 veranschaulicht die Verzahnung des operativen und strategischen Controllings und ihre Einbettung in das gesamte Controlling-System.

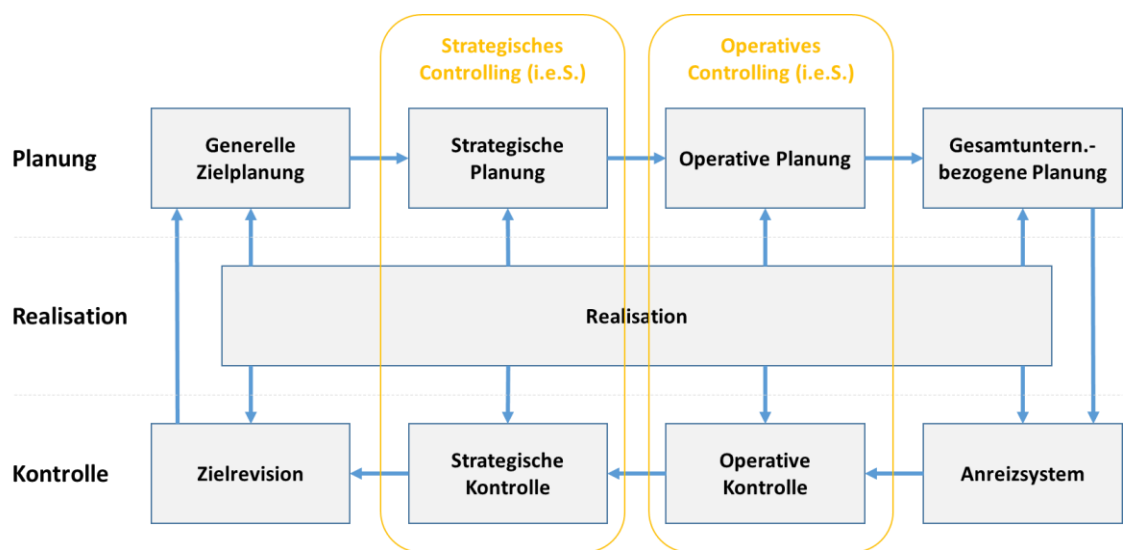


Abbildung 32: Kybernetisches Controlling-System³

In der Abbildung ist das gesamte Controlling-System als dreistufiger, kybernetischer Prozess aus Planung, Realisation und Kontrolle dargestellt.⁴ Dieser beinhaltet einen

¹ Einige Autoren sehen den Zeithorizont als Abgrenzungskriterium allerdings auch kritisch, vgl. hierzu stellvertretend Hubert (2016), S.44.

² Zu dieser Schlussfolgerung kommen auch Baum/Coenenberg/Günther (2013), S.23.

³ Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an ebenda, S.12.

⁴ Vgl. im Folgenden ausführlich ebenda, S.12f.

Feedback- und Feedforward-Mechanismus, der die Ergebniseinhaltung überprüfen, ggf. eine rechtzeitige Gegensteuerung einleiten sowie zur zukünftigen Verbesserung beitragen soll. In horizontaler Betrachtung der Abbildung beginnt die Planung auf einem hohen Abstraktionsniveau mit der Definition von Formal-, Sach- und Sozialzielen des Unternehmens. Diese werden im nächsten Schritt zu strategischen Plänen verdichtet, die wiederum im Rahmen der operativen Planung als Basis für die Vorbereitung einzelner operativer Entscheidungen dienen. Die gesamtunternehmensbezogene Planung fasst die dezentralen, operativen Planungen zusammen, um Finanzierung und Liquiditätserhalt des Unternehmens auf zentraler Ebene sicherzustellen. Die nach der Realisation erfolgenden Kontrollschritte laufen in umgekehrter Richtung ab und werden durch ein Anreiz- bzw. Sanktionssystem unterstützt. Die operative Kontrolle überprüft u.a. mittels quantitativer Abweichungsanalysen die Zielerreichung der operativen Pläne und ist damit zugleich Grundlage für die sich anschließende Erfolgskontrolle der strategischen Planung und Realisation. Zeigt sich, dass die festgelegten Unternehmensziele trotz Gegensteuerungsmaßnahmen auf den verschiedenen Stufen nicht eingehalten werden können, ist als letzter Schritt eine Zielrevision erforderlich. In dem Gesamtprozess wird deutlich, dass strategisches und operatives Controlling nicht losgelöst voneinander betrieben werden können, sondern wechselseitig aufeinander aufbauen und sich im Sinne eines Regelkreises ergänzen.

4.3 Controllinginstrumente

Genauso wenig wie ein einheitlicher Controlling-Begriff konnte sich in der betriebswirtschaftlichen Forschung bisher eine gemeinsame Definition des Terminus „Controllinginstrument“ herausbilden, insbesondere hinsichtlich einer Abgrenzung zu den Begriffen der Methode und des Verfahrens.¹ Als schlüssig und mit den gängigen Konzeptionen kompatibel stellt sich der Ansatz von Jonen/Lingnau zu den Bestandteilen eines Controllinginstrumentes dar (siehe Abbildung 33):

¹ Vgl. Jonen/Lingnau (2007), S.7.

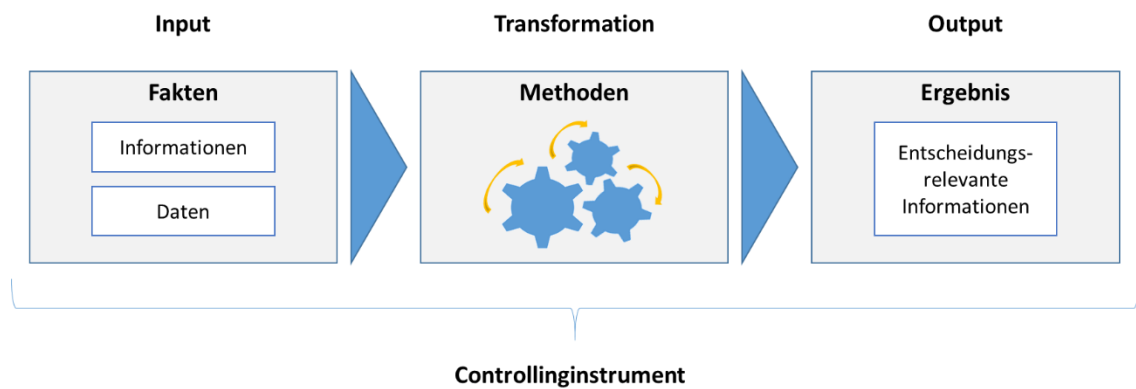


Abbildung 33: Bestandteile eines Controllinginstrumentes¹

Demnach kann ein Controllinginstrument als Werkzeug verstanden werden, das eingehende Fakten mithilfe bestimmter Methoden und Verfahren in entscheidungsrelevante Informationen transformiert und diese den Adressaten zur Verfügung stellt.² Während der Anwender des Instrumentes detailliertes Wissen über die verwendeten Fakten und Methoden besitzen muss, entfällt dieses Erfordernis für die Nutzer der generierten Informationen.³ In einem größeren Unternehmen mit personeller Trennung zwischen Controlling und Management wird dieses Szenario regelhaft zu beobachten sein. Die Autoren weisen ferner darauf hin, dass der Output eines Controllinginstrumentes zugleich wieder als Inputfaktor für ein weiteres, i.d.R. hierarchisch höher angeordnetes, Instrument fungieren kann.⁴

Eine weitere Fragestellung beschäftigt sich mit Eigenständigkeit und Umfang des Controlling-Instrumentariums in Abgrenzung zu den Instrumenten der anderen betriebswirtschaftlichen Teilbereiche.⁵ Aufgrund der eher geringen praktischen Relevanz dieses Diskurses soll die Feststellung genügen, dass das Controlling nur sehr wenige eigenständige Instrumente einsetzt und sich überwiegend aus einem Pool bedient, der mit aus anderen betriebswirtschaftlichen Teildisziplinen stammenden Instrumenten gefüllt ist.⁶ Somit kann im Controlling grundsätzlich jedes betriebswirtschaftliche Instrument eingesetzt werden, das mit der gewählten Controlling-Konzeption in Einklang steht und zur Zielerreichung beiträgt.⁷

¹ Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Jonen/Lingnau (2007), S.8 und Baltzer (2013), S.65.

² Vgl. Jonen/Lingnau (2007), S.7.

³ Vgl. ebenda.

⁴ Vgl. ebenda, S.8f.

⁵ Für eine ausführliche Gegenüberstellung der unterschiedlichen Positionen sei auf Becker/Baltzer (2009), S.36ff verwiesen.

⁶ Vgl. ebenda, S.48.

⁷ Eine solche effektivitätsbasierte Abgrenzung verwendet auch Balzer (2013), S.71.

Um die Vielzahl von Controllinginstrumenten einer ordnenden Struktur zu unterwerfen, werden in der Forschung verschiedene Klassifikationen verwendet.¹ Denkbar ist u.a. eine Unterteilung der Instrumente nach ihrer ursprünglichen betriebswirtschaftlichen Teildisziplin, ihrem systemübergreifenden bzw. isolierten Einsatzzweck oder ihrem quantitativen bzw. qualitativen Charakter.² Verbreitet ist ferner eine Zuordnung der Instrumente zum operativen bzw. strategischen Controlling, wie sie exemplarisch Abbildung 34 vornimmt:

Operative Controllinginstrumente	Strategische Controllinginstrumente
<ul style="list-style-type: none"> • ABC-Analyse • Abweichungsanalyse • Bestellmengenoptimierung • Break-Even-Analyse • Deckungsbeitragsrechnung • Investitionsrechnung • Kennzahlensysteme • Target-Costing • XYZ-Analyse 	<ul style="list-style-type: none"> • Balanced Scorecard • Frühaufklärungssysteme • GAP-Analyse • Portfolio-Konzepte • Produktlebenszykluskonzept • SWOT-Analyse • Szenario-Technik • Wertkettenanalyse • Wertorientierte Konzepte

Abbildung 34: Operative und strategische Controllinginstrumente³

Die Zuordnung eines Instrumentes ist allerdings nur selten eindeutig, da bereits die Abgrenzung zwischen operativem und strategischem Controlling subjektiven Charakter besitzt und u.a. davon abhängt, wie ein Unternehmen seinen kurz- bzw. langfristigen Zeithorizont definiert.⁴ Ferner ist die Klassifizierung komplexer Instrumente, z.B. der Balanced Scorecard, dadurch erschwert, dass diese sowohl Elemente des operativen als auch des strategischen Controllings beinhalten können.

¹ Dabei muss allerdings Beachtung finden, dass nicht selten unterschiedliche Bezeichnungen für dasselbe Instrument verwendet werden, vgl. hierzu Baltzer (2013), S.77f.

² Vgl. Becker/Baltzer (2009), S.19 und S.48f.

³ Quelle: Eigene Darstellung. Exemplarische Auswahl ohne Anspruch auf Vollständigkeit. Für eine ausführliche Darstellung einzelner Instrumente sei stellvertretend für viele weitere Werke auf Vollmuth (2011), S.15ff. verwiesen.

⁴ Vgl. Abschnitt 4.2.

5 Zusammenführung der Themenfelder zur Analyse von Controlling im Kontext der Hausarztpraxis

Dieses Kapitel widmet sich der dritten Forschungsfrage und führt dazu die zentralen Ergebnisse der bisherigen Untersuchung zusammen. Abschnitt 5.1 stellt die grundlegende Frage nach der Bedeutung bzw. Notwendigkeit von Controlling in einer Hausarztpraxis, ehe sich Abschnitt 5.2 mit dem Zielsystem einer Hausarztpraxis auseinandersetzt. Damit ist das gedankliche Fundament geschaffen, um in den darauffolgenden Abschnitten 5.3 und 5.4 etablierte Controlling-Konzeptionen und -Instrumente hinsichtlich ihrer Eignung für eine Hausarztpraxis einzuschätzen und auszugestalten. Abschnitt 5.5 verbindet die so gewonnenen Erkenntnisse zur Beantwortung der dritten und letzten Forschungsfrage.

5.1 Bedeutung von Controlling für die Hausarztpraxis

Die Bedeutung von Controlling für eine Hausarztpraxis lässt sich am besten analysieren, indem man sich der Thematik aus verschiedenen Richtungen nähert. Erste Rückschlüsse erlaubt eine Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Größe und Controllingorganisation eines Betriebes. Hilfreich ist zudem ein Blick auf die – im Vergleich zur Arztpraxis deutlich umfassender erforschte – Verbreitung und Bedeutung von Controlling in anderen Bereichen des Gesundheitswesens. Neben dieser indirekten, von verwandten Forschungsgebieten projizierenden, Herangehensweise kann das Thema auch über eine Diskussion möglicher praktischer Einsatzzwecke von Controlling in der Hausarztpraxis beleuchtet werden.

Unstrittig ist, dass Controlling in großen Unternehmen heute einen festen Platz einnimmt.¹ Untersuchungen zeigen zudem, dass Controlling auch in kleinen und mittleren Betrieben verbreitet ist² und Unternehmen mit wachsender Mitarbeiterzahl häufiger eigene Controllerstellen einrichten.³ Preißler stellt über den Zusammenhang zwischen Controlling und Unternehmensgröße fest: „Controlling verlangt keine Mindestbetriebsgröße, aber die Betriebsgröße muss berücksichtigt werden!“⁴. Demnach sei Controlling auch für kleine Unternehmen grundsätzlich sinnvoll, diese müssten allerdings ihre besonderen Bedingungen einbeziehen und u.a. die Controllerfunktion

¹ Vgl. zur Entwicklung und zunehmenden Verbreitung des Controllings in Deutschland ausführlich Weber/Schäffer (2020), S.7ff.

² Vgl. Becker/Baltzer/Ulrich (2008), S.63.

³ Vgl. Küpper (2013), S.3f.

⁴ Preißler (2014), S.31.

durch andere Stellen mit wahrnehmen lassen.¹ Viele Kleingewerbetreibende würden außerdem Controlling betreiben, ohne es selbst als solches zu erkennen bzw. zu bezeichnen.²

Bei dem Versuch, sich der Bedeutung von Controlling in der Hausarztpraxis über die Betrachtung anderer Einrichtungen des Gesundheitswesens zu nähern, wird der Blick unweigerlich auf das Krankenhaus als zentrales und in den letzten Jahren vielbeachtetes Objekt der Controllingforschung gelenkt. In der Vergangenheit war festzustellen, dass betriebswirtschaftliche Entwicklungen oftmals erst mit einiger Verspätung ihre Akzeptanz und Anwendung in Krankenhäusern fanden. Diesbezüglich ist zuletzt ein Wandel auszumachen, der seinen Ursprung u.a. in der zunehmenden Ökonomisierung und Privatisierung dieses Sektors hat und sich auch in einem institutionellen und funktionalen Bedeutungszuwachs des Controllings äußert. Aus organisatorischer Perspektive ist auffällig, dass die Zahl der Controllerstellen zuletzt deutlich angestiegen ist und die Controllerquote im mit der Mitarbeiterzahl gewichteten Durchschnitt inzwischen bei 5 Controllern pro 1.000 Mitarbeiter liegt.³ Aus funktionaler Perspektive ist ein typisches Merkmal dieser Branche die mittlerweile in vielen Krankenhäusern etablierte Trennung in das kaufmännische und das – üblicherweise von einem Arzt mit betriebswirtschaftlicher Zusatzausbildung wahrgenommene – medizinische Controlling.⁴ Dabei ist das Controlling in Krankenhäusern zumeist operativ und wird noch nicht regelhaft, wie in anderen Wirtschaftszweigen, als Teil des Führungssystems betrachtet.⁵ Zuletzt zeichnen sich jedoch eine Veränderung in diesem Rollenverständnis und eine Entwicklung hin zum Controller als Businesspartner ab.⁶ Trotz der offenkundigen Unterschiede zwischen Arztpraxis und Krankenhaus, schon hinsichtlich der Unternehmensgröße, sind verschiedene branchenspezifische Gemeinsamkeiten mit Controlling-Relevanz festzustellen. So sind z.B. der Wandel in demografischer Struktur und Verhalten der Patienten, aber auch der Mangel an ärztlichem und nicht-ärztlichem Personal Herausforderungen, denen sich sowohl ambulante als auch stationäre Versorger derzeit stellen müssen. Eine weitere Gemeinsamkeit zwischen Arztpraxen und Krankenhäusern ist in ihrem Zielsystem zu sehen, das die Charakteristika eines

¹ Vgl. Preißler (2014), S.31.

² Vgl. ebenda, S.30f.

³ Vgl. Crasselt/Heitmann/Maier (2016), S.16.

⁴ Vgl. Fleßa/Weber (2013), S.418.

⁵ Vgl. ebenda, S.415.

⁶ Vgl. Crasselt/Heitmann/Maier (2016), S.17.

erwerbswirtschaftlichen mit denen eines am Versorgungsauftrag ausgerichteten Unternehmens vereinen muss. Auch die Vergütungsmechaniken weisen aufgrund ihrer Reglementierung durch den Gesetzgeber einige Gemeinsamkeiten auf.

Die bisherigen Überlegungen können zu zwei Kernaussagen zusammengefasst werden: Zum einen ist Controlling nicht nur größeren Betrieben vorbehalten, sodass ein Verzicht auf Controlling in der Hausarztpraxis unter Verweis auf die geringe Betriebsgröße nicht gerechtfertigt erscheint. Zum anderen ist im Zuge der Ökonomisierung des Gesundheitswesens zuletzt ein Bedeutungszuwachs des Controllings im stationären Versorgungssektor zu beobachten. Es liegt somit der Schluss nahe, dass der Nutzen adäquater betrieblicher Steuerungskonzepte auch im hausärztlichen Kontext gegeben ist bzw. zukünftig weiter steigen wird.

Schließlich kann der Bedeutung von Controlling für eine Hausarztpraxis auch über mögliche praktische Einsatzzwecke nachgegangen werden. Verschiedene Potenziale hatten sich bereits im Rahmen der Beschäftigung mit den ersten beiden Forschungsfragen herausgebildet und sollen nachfolgend exemplarisch verdeutlicht werden. In Zusammenhang mit der ersten Forschungsfrage ergeben sich vor allem strategische, auf Erfolgspotenziale und langfristige Existenzsicherung ausgerichtete Controllingaufgaben. So wurde u.a. ein Wandel in der Patientendemografie als zentrale Herausforderung ausgemacht. Ein sinnvolles Controlling könnte hier ansetzen und im einfachsten Fall das Durchschnittsalter des Patientenstamms sowie der Bevölkerung im regionalen Umkreis erfassen und dem Praxisinhaber regelmäßig in geeigneter Form präsentieren. Noch aufschlussreicher wäre es, diesen und andere Parameter im Rahmen einer systematischen Unternehmens- und Umweltanalyse zu erheben und auf dieser Grundlage Chancen und Risiken für die Praxis zu ermitteln. Im Zusammenhang mit der zweiten Forschungsfrage nach den betriebswirtschaftlichen Besonderheiten der Hausarztpraxis wurden mehrere Kriterien erarbeitet, die über die Güte eines Praxisstandortes entscheiden. Um die langfristige Zukunftsfähigkeit sicherzustellen, könnte das strategische Praxiscontrolling einige dieser Standortfaktoren zu Kennzahlen operationalisieren und regelmäßig überwachen. Auch den Besonderheiten der hausärztlichen Vergütung könnte mit geeigneten Controllinginstrumenten, die z.B. die Ausschöpfung der Budgets erfassen, Rechnung getragen werden. Eine weitere Einsatzmöglichkeit liegt in der Bereitstellung von Informationen für interne und externe Anspruchsgruppen. So könnten die mittels der verschiedenen Instrumente generierten Ergebnisse u.a. zur Motivation der Mitarbeiter

dienen, in einen von Banken vor der Kreditvergabe erbetenen Businessplan einfließen oder im Rahmen einer Praxisveräußerung als Verhandlungsargument eingesetzt werden.

5.2 Definition eines Zielsystems als Basis für das Controlling

Um langfristig erfolgreich und planvoll agieren zu können, benötigen Unternehmen Ziele, an denen sie ihr Handeln messen können.¹ Da ein solches Zielsystem die Grundlage aller betrieblichen Aktivitäten darstellt, sollte es bereits bei der Unternehmensgründung definiert und anschließend regelmäßig überarbeitet werden. Zugleich sind die Unternehmensziele Ausgangspunkt für die Definition der Controllingziele und die funktionale und organisatorische Ausgestaltung eines Controllingsystems.²

Eine zentrale und kontrovers diskutierte Frage im Rahmen der Festlegung von Unternehmenszielen lautet, an welchen Interessengruppen sich diese orientieren sollen.³ Das Shareholder-Value-Konzept und das Stakeholder-Value-Konzept bilden hierbei die beiden theoretischen Maximalpositionen. Der Shareholder-Value-Ansatz betrachtet die Unternehmenseigentümer als die entscheidende Anspruchsgruppe, da nur diese das unternehmerische Risiko tragen. Die obersten Unternehmensziele müssen diesem Gedankengang zufolge in der langfristigen Gewinnmaximierung bzw. der Steigerung des Unternehmenswertes liegen. Dagegen vertreten die Befürworter des Stakeholder-Value-Konzeptes die Ansicht, dass neben ökonomischen Zielen auch die Interessen der Anspruchsgruppen des Unternehmens Eingang in das Zielsystem finden müssen. Während traditionell das Shareholder-Value-Konzept im Vordergrund stand, hat zuletzt eine Entwicklung hin zu einer stärkeren Berücksichtigung sozialer und ökologischer Aspekte stattgefunden.⁴ Abbildung 35 veranschaulicht ein solches, exemplarisch an eine Hausarztpraxis adaptiertes, mehrdimensionales Zielsystem, das neben übergeordneten Erfolgszielen verschiedene Sachziele als Nebenkategorien umfasst:

¹ Vgl. Wöhe/Döring/Brösel (2016), S.65.

² Vgl. Ossadnik/van Lengerich/Barklage (2010), S.18.

³ Vgl. im Folgenden Hungenberg (2014), S.29f.

⁴ Vgl. Horváth/Gleich/Seiter (2015), S.51.

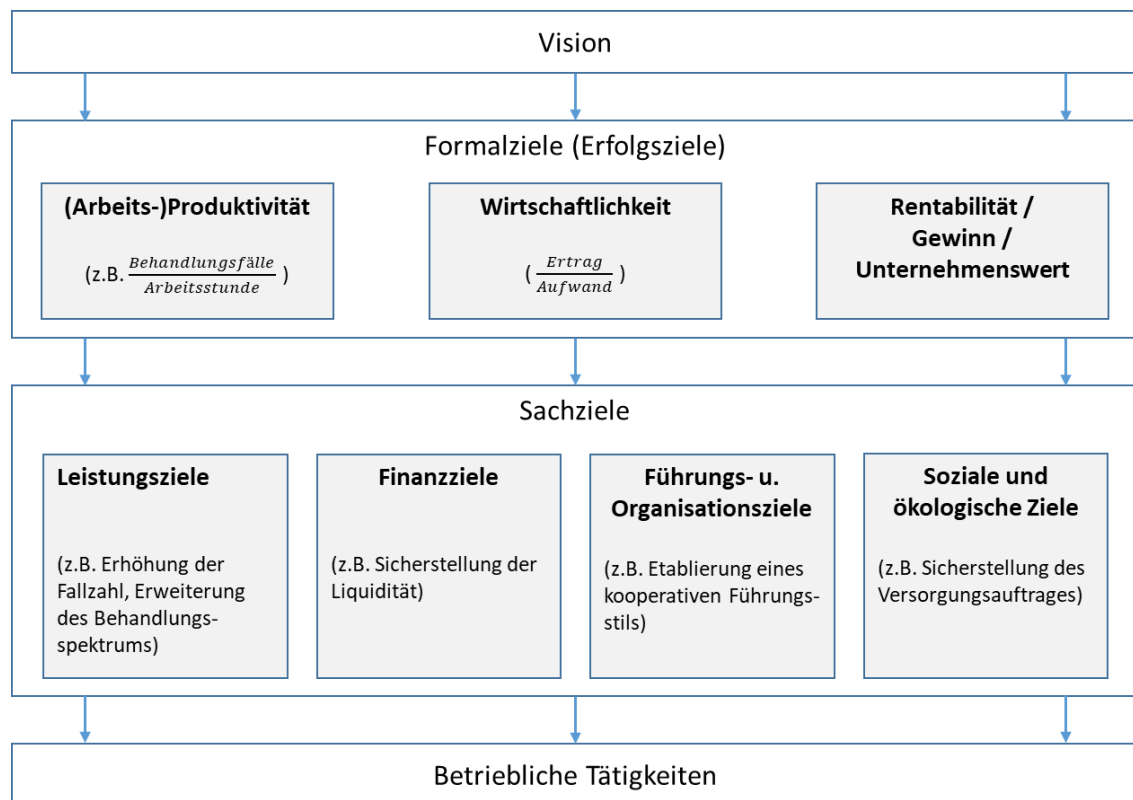


Abbildung 35: Schema eines hausärztlichen Zielsystems¹

Die oberste Ebene des Zielsystems wird durch die, als Vision bezeichnete, grundlegende Vorstellung der Eigentümer von der zukünftigen Rolle ihres Unternehmens repräsentiert.² Ein solches Zukunftsbild dient den Mitarbeitern als Orientierung und kann mit dem Ziel einer dauerhaften Wirksamkeit auch schriftlich in Form einer Mission festgehalten werden.³ So könnte die Vision eines Hausarztes z.B. der Betrieb einer Praxis mit möglichst umfangreicher apparativer Ausstattung und neuesten technischen Möglichkeiten sein. Ein anderes Beispiel wäre die Etablierung einer überregional bekannten Schwerpunktpraxis für Naturheilkundeverfahren. Eine geeignete Vision ist den konkreten Unternehmenszielen übergeordnet und so allgemein formuliert, dass sich ihre Erfüllung einer direkten Messbarkeit entzieht.

Die eine Hierarchiestufe darunter liegenden Formal- bzw. Erfolgsziele bilden die ökonomische Perspektive des betrieblichen Geschehens ab und lassen damit den Shareholder-Value-Gedanken erkennen. Um den Erfolg des Unternehmens zu beurteilen, können das ökonomische Prinzip eines möglichst effizienten und effektiven Einsatzes der

¹ Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Thommen et al. (2017), S.47.

² Vgl. Bea/Haas (2019), S.76.

³ Vgl. Hungenberg (2014), S.26.

Produktionsfaktoren zugrunde gelegt und der Grad der Zielerreichung über verschiedene Parameter bzw. Kennzahlen operationalisiert und gemessen werden:¹ Die Produktivität bezeichnet das Verhältnis zwischen Output und Input und spiegelt damit die Effizienz des Betriebes wider.² In der Hausarztpraxis kann z.B. die Arbeitsproduktivität als die Anzahl pro Stunde behandelter Patienten sinnvoll operationalisiert werden. Die Wirtschaftlichkeit ergibt sich als Quotient aus Erträgen und Aufwänden, sodass ein Wert größer als eins eine gewinnbringende betriebliche Tätigkeit anzeigt.³ In der Hausarztpraxis wird dies regelhaft der Fall sein⁴, weshalb hier vornehmlich die Höhe der Kennzahl von Interesse ist. Neben der Wirtschaftlichkeit können der Gewinn und die als Verhältnis zwischen Gewinn und Kapitaleinsatz berechnete Rentabilität als Indikatoren der unternehmerischen Effektivität eingesetzt werden.⁵ Im Rahmen einer wertorientierten Unternehmenssteuerung kann zu diesem Zweck auch der Unternehmenswert herangezogen werden.⁶

Die Sachziele sind den Erfolgszielen hierarchisch untergeordnet und konkretisieren diese in Gestalt einzelner betrieblicher Zielvorgaben.⁷ So könnte eine Hausarztpraxis z.B. in der Kategorie der Leistungsziele eine höhere Zahl der Behandlungsfälle anstreben, um damit indirekt das abstrakte Erfolgsziel der Gewinnsteigerung zu erreichen. Ein denkbare Ziel könnte auch die Reduzierung der Verwaltungsarbeit sein, damit mehr Arbeitszeit für die Kerntätigkeit der Patientenbetreuung zur Verfügung steht. Zu den Sachzielen zählen ferner die sozialen und ökologischen Ziele, in denen vornehmlich die Interessen der externen Anspruchsgruppen und damit die Sichtweise des Stakeholder-Value-Ansatzes zum Ausdruck kommen. Während in Industriebetrieben ökologische Aspekte wie Abfallvermeidung oder Klimaschutz zuletzt stark in den Vordergrund gerückt sind, ist in der Hausarztpraxis die Sicherstellung des Versorgungsauftrages als soziales Ziel in dieser Kategorie von zentraler Bedeutung.

Damit die Erfüllung der Sachziele messbar wird, müssen diese hinsichtlich ihres Ausmaßes und zeitlichen Bezuges eine geeignete Ausgestaltung erfahren.⁸ So sollte z.B.

¹ Vgl. Thommen et al. (2017), S.46f.

² Vgl. ebenda, S.46.

³ Vgl. ebenda, S.47.

⁴ Vgl. hierzu auch Abschnitt 3.3.1.

⁵ Vgl. Thommen et al. (2017), S.46f.

⁶ Vgl. zum Unternehmenswert als Zielgröße ausführlich Welge/Al-Laham/Eulerich (2017), S.227ff.

⁷ Vgl. zu den einzelnen Kategorien von Sachzielen ausführlich Thommen et al. (2017), S.44ff.

⁸ Vgl. ebenda, S.47f.

das Ziel der Fallzahlerhöhung durch eine genaue Anzahl und einen zeitlichen Rahmen konkretisiert werden. Zu beachten ist ferner, dass manche Ziele, z.B. eine Verbesserung der Unternehmenskultur oder der Behandlungsqualität, nur schwer operationalisiert werden können. In diesem Fall muss der Zielerreichungsgrad anstatt auf einer numerischen Kardinalskala ordinal oder nominal eingeschätzt werden.¹ Da ein Unternehmen üblicherweise mehrere Ziele zugleich verfolgt, sollte das Zielsystem auch die Beziehung zwischen den einzelnen Zielen beinhalten. Unterschieden werden muss hierbei insbesondere zwischen komplementären, konkurrierenden und indifferenten Zielen.² So steht z.B. eine durch zeitliche, personelle und materielle Investitionen erreichte hohe Behandlungsqualität möglicherweise in einem Konkurrenzverhältnis zu den Gewinnzielen, während sie sich komplementär zur Patientenzufriedenheit verhält.

5.3 Konzeption eines hausärztlichen Controlling-Systems

Ein ganzheitliches Controlling-System beschränkt sich nicht allein auf den selektiven Einsatz einiger betriebswirtschaftlicher Verfahren, sondern umfasst ein bestimmtes Controlling-Verständnis sowie mit diesem verbundene Ziele, Rollen, Aufgaben und Instrumente.³ In Kapitel 4 wurden verschiedene Controlling-Konzeptionen vorgestellt, die in der Forschungsliteratur oftmals noch weiter zu spezifischen Konzeptionen, z.B. für bestimmte Branchen oder Unternehmensgrößenklassen, modifiziert worden sind. Der Unternehmer kann diese generischen Konzeptionen als Grundlage für die Definition eines eigenen, spezifischen Controlling-Systems heranziehen und an die Kontextfaktoren seines Betriebes anpassen (siehe Abbildung 36).⁴

¹ Vgl. zu den verschiedenen Messskalen der Zielerreichung Thommen et al. (2017), S.48.

² Vgl. ebenda, S.49.

³ Vgl. zur Mehrdimensionalität des Controllings Horváth/Gleich/Seiter (2015), S.57f.

⁴ Vgl. für das im Folgenden nur in Grundzügen beschriebene Vorgehen ausführlich Baltzer (2013), S.9f.

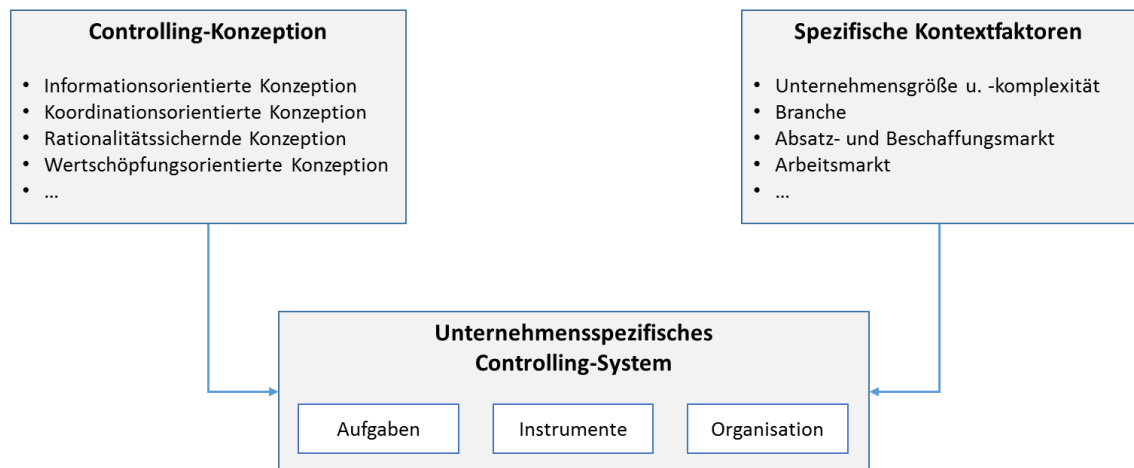


Abbildung 36: Genese eines unternehmensspezifischen Controlling-Systems¹

Auf das hausärztliche Controlling bezogen, evaluiert der Praxisinhaber im ersten Schritt allgemeine Controlling-Konzeptionen und wählt diejenige aus, die ihm hinsichtlich seiner Gegebenheiten und Problemstellungen am besten geeignet erscheint. Zugleich erfasst er alle relevanten internen und externen Kontextfaktoren seines Unternehmens und gleicht sie mit denen ab, die der gewählten Controlling-Konzeption zugrunde liegen.² Anschließend nimmt er an der gewählten Konzeption Anpassungen vor und gelangt damit zu seinem eigenen, unternehmensspezifischen Controlling-System, das er schließlich funktional und institutionell in seiner Hausarztpraxis verankern kann. Die getroffene Auswahl und die Modifikationen sind stets individuell, weshalb es ein generisches, für jede Hausarztpraxis geeignetes, Controlling-System nicht geben kann. Die nachfolgenden Ausführungen sollen unter Berücksichtigung einiger weitgehend einheitlicher hausärztlicher Kontextfaktoren die Eckpunkte eines spezifischen hausärztlichen Controlling-Systems definieren und zugleich den Auswahl- und Anpassungsprozess exemplarisch verdeutlichen. Denkbare hausärztliche Kontextfaktoren sind u.a. die in Kapitel 1 und 3 erarbeiteten Entwicklungen, Herausforderungen und betriebswirtschaftlichen Besonderheiten.

5.3.1 Auswahl einer generischen Controlling-Konzeption

Grundsätzlich kommt jede der in Kapitel 4 behandelten generischen Konzeptionen als Vorlage für das hausärztliche Controlling-System in Betracht, allerdings erscheinen

¹ Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Ossadnik/van Lengerich/Barklage (2010), S.18.

² Vgl. Baltzer (2013), S.9.

einige Vertreter vor dem Hintergrund der geringen Größe einer Hausarztpraxis, ihres Zielsystems und ihrer Kontextfaktoren geeigneter als andere.

Die informationsorientierte Konzeption stellt die Versorgung der Unternehmensführung mit entscheidungsunterstützenden Informationen in den Vordergrund der Controlling-Funktionen. Während damit in größeren Unternehmen i.d.R. eine Trennung von Controlling und Geschäftsführung verbunden ist, werden diese Aufgaben in kleineren Betrieben nicht selten gemeinsam ausgeübt.¹ Auch wenn die Betonung der Informationsversorgung eine für mittelständische Betriebe wichtige Transparenz erzeugt,² sind verschiedene Merkmale dieser Konzeption im hausärztlichen Kontext kritisch zu sehen. So liegt zum einen der Fokus auf operativen, monetären Kennzahlen des Rechnungswesens, wohingegen die Hausarztpraxis dem strategischen Controlling mit nicht-monetären, qualitativen Daten eine hohe Bedeutung zumessen sollte. Zum anderen erscheint es fraglich, ob Hausarztpraxen, in denen zum Teil noch immer viele Informationen papierbasiert verwaltet werden, überhaupt mehrheitlich über eine für die Generierung der Kennzahlen erforderliche IT-Infrastruktur verfügen.

Koordinationsorientierte Controlling-Konzeptionen sehen die funktionale, organisatorische und informatorische Abstimmung aller unternehmerischen Aktivitäten als zentrale Aufgabe des Controllings.³ Der Umfang der Controllertätigkeit geht nach diesem Verständnis deutlich über eine Führungsunterstützung durch Bereitstellung von Informationen hinaus und besteht insbesondere in der Begleitung des Planungs- und Kontrollprozesses.⁴ Diese Betonung des strategischen Controllings lässt die koordinationsorientierte Konzeption auf der einen Seite für die Hausarztpraxis geeignet erscheinen. Auf der anderen Seite spielt der Ansatz seine Stärke erst bei stark verzweigten Unternehmen aus, die einer entsprechenden Abstimmung zwischen ihren Subsystemen bedürfen.⁵ Für die inhabergeführte Einzelpraxis ist es i.d.R. unnötig, der Koordinationsfunktion ein solches Gewicht beizumessen, weshalb diese Konzeption tendenziell eher für Medizinische Versorgungszentren oder große Berufsausübungsgemeinschaften in Frage kommt.

¹ Vgl. Reichmann/Kißler/Baumöl (2017), S.33.

² Vgl. Becker/Baltzer/Ulrich (2014), S.259.

³ Vgl. Horváth/David (2016), S.48.

⁴ Vgl. ausführlich Horváth/Gleich/Seiter (2015), S.87f.

⁵ Vgl. Ossadnik/van Lengerich/Barklage (2010), S.9.

Die Rationalitätssichernde Konzeption setzt sich das Ziel, Fehler der Unternehmensführung zu verhindern bzw. zu korrigieren.¹ Institutionell fällt dies am ehesten in die spezifische Funktion eines Controllers, der als organisatorisch unabhängiger Aufgabenträger den bisweilen intuitiven Entscheidungen des Managements eine analytische Komponente entgegensetzen kann.² Hausarztpraxen verfügen im Regelfall über keine eigene Controllerstelle, allerdings kann der Hausarzt auch nicht als Träger der Rationalitätssicherung für die von ihm selbst getroffenen Entscheidungen fungieren. Somit bliebe nur die Möglichkeit, einen ärztlichen oder nicht-ärztlichen Mitarbeiter neben seiner eigentlichen Tätigkeit mit dieser Aufgabe zu betrauen, was jedoch auch mit verschiedenen Nachteilen verbunden ist.³ Trotz ihres auch für eine Hausarztpraxis grundsätzlich sinnvollen Ansatzes erscheint die Konzeption in diesem spezifischen betrieblichen Umfeld folglich schwer umsetzbar.

Die wertschöpfungsorientierte Controlling-Konzeption betrachtet das Anstoßen und Ausrichten des unternehmerischen Handels auf den Wertschöpfungsprozess als ihre eigenständige Problemstellung.⁴ Der Wertschöpfungsprozess wiederum kann in die drei Komponenten der Bedürfnisbefriedigung, Entgelterzielung und Bedarfsdeckung durch die angebotenen Produkte bzw. Dienstleistungen unterteilt werden.⁵ Während in anderen Branchen die Bedarfsdeckung zumeist nur als Treiber der Umsatzmaximierung fungiert, repräsentiert sie im hausärztlichen Kontext die Sicherstellung des Versorgungsauftrages und erhält damit einen ganz anderen Stellenwert. Die Ausrichtung dieser Controlling-Konzeption an der betrieblichen Wertschöpfung anstelle einer Fokussierung auf ausschließlich monetäre Erfolgsziele vermag somit sehr gut die Mehrdimensionalität des hausärztlichen Zielsystems wiederzugeben. Ein weiteres Argument für die Wahl dieser Konzeption als Grundlage eines hausärztlichen Controlling-Systems besteht darin, dass sie sich explizit an Unternehmen jeder Größe und Branche richtet.⁶ So weisen die Autoren darauf hin, dass in kleinen und mittleren Betrieben die Möglichkeit besteht, keinen eigenständigen Controller(-bereich) zu definieren und die Funktion von der Geschäftsleitung oder externen Aufgabenträgern ausüben zu lassen.⁷

¹ Vgl. Weber/Schäffer (2020), S.48f.

² Vgl. ebenda, S.47.

³ Vgl. ebenda.

⁴ Vgl. Becker/Baltzer (2010), S.22.

⁵ Vgl. Becker/Baltzer/Ulrich (2014), S.54.

⁶ Vgl. Becker/Baltzer (2010), S.24.

⁷ Vgl. Becker/Baltzer/Ulrich (2014), S.181.

Die bisherigen Überlegungen zusammenfassend, stellt die wertschöpfungsorientierte Konzeption aufgrund ihrer Ausrichtung an den unternehmerischen Wertschöpfungszielen und der Berücksichtigung verschiedener betrieblicher Größenklassen eine gute gedankliche Basis für den Aufbau des hausärztlichen Controlling-Systems dar. Allerdings kann nach einer entsprechenden Skalierung und Modifikation grundsätzlich auch jede andere generische Konzeption herangezogen werden, weshalb sich die Entscheidung stets an den individuellen Gegebenheiten der Praxis orientieren sollte.

5.3.2 Exemplarische Anpassung der generischen Controlling-Konzeption an die hausärztlichen Kontextfaktoren

Im Anschluss an die Auswahl einer zugrundeliegenden Controlling-Konzeption wird das unternehmensspezifische Controlling-System unter Einbeziehung der Kontextfaktoren hinsichtlich Aufgaben, Instrumenten und organisationaler Verankerung ausgestaltet. Die Aufgaben des Controllings leiten sich aus den Controlling-Zielen ab, die wiederum durch die Unternehmensziele determiniert sind.¹ Fällt die Wahl in Anknüpfung an die Überlegungen des vorigen Abschnitts exemplarisch auf die wertschöpfungsorientierte Konzeption als Grundgerüst, so sind die Ziele eng mit dem Wertschöpfungsziel verbunden und dem Controlling obliegen die drei Funktionen der Lokomotion, Abstimmung und Informationsversorgung (siehe Abbildung 37).²

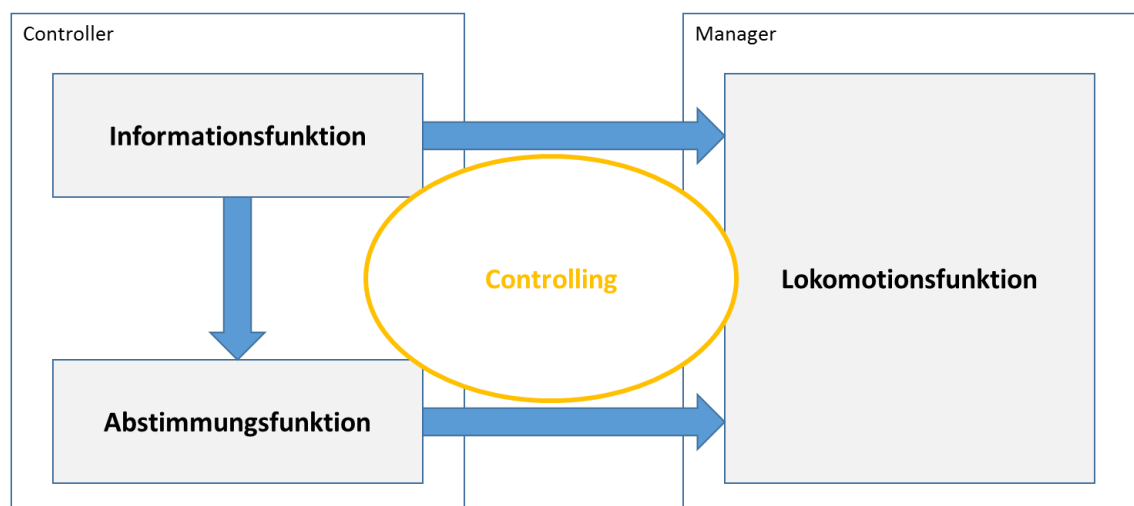


Abbildung 37: Controllingfunktionen³

¹ Vgl. hierzu auch Abschnitt 5.2.

² Vgl. Becker/Baltzer/Ulrich (2014), S.60.

³ Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an ebenda, S.61.

Bei einer gedanklichen Übertragung dieses Schaubildes auf den hausärztlichen Kontext fällt auf, dass der Praxisinhaber die Rolle des Controllers und Managers oftmals in Personalunion ausführen wird, sodass die dargestellte und in größeren Unternehmen übliche institutionelle Trennung entfällt. Im Folgenden wird der Frage nachgegangen, welche Rolle die drei Funktionen im hausärztlichen Controlling-System spielen und welches Gewicht ihnen zukommt.

Die Lokomotion als originäre Funktion wird von der Unternehmensführung ausgeübt und dient dazu, das betriebliche Handeln entsprechend der namensgebenden Zielsetzung dieser Controlling-Konzeption kontinuierlich am Wertschöpfungskreislauf auszurichten.¹ Dieser wird durch das Zusammenspiel von Erfolgspotenzialen, Erfolg und Liquidität als den drei zentralen Führungsgrößen angetrieben.² Es ist davon auszugehen, dass in der Hausarztpraxis die primär operativen Führungsgrößen Erfolg und Liquidität im Rahmen des Rechnungswesens regelmäßig erfasst werden, während eine Ausrichtung des hausärztlichen Controllings an den strategischen Erfolgspotenzialen deutlich seltener sein dürfte. Gerade dieser Dimension ist aber vor dem Hintergrund der in Abschnitt 2.4 beschriebenen Entwicklungen und Herausforderungen verstärkt Beachtung zu schenken. Ein weiteres Ziel der Lokomotionsfunktion im hausärztlichen Kontext ist darin zu sehen, das betriebliche Geschehen nicht nur am monetären Erfolg auszurichten, sondern bei Entscheidungen auch stets die Sicherstellung des Versorgungsauftrages im Blick zu behalten. Es liegt somit nahe, die Lokomotionsfunktion und die damit verbundene Ausrichtung aller betrieblichen Aktivitäten an der Wertschöpfung im hausärztlichen Controlling besonders zu betonen.

Die Abstimmung als derivative Funktion dient der Primär- und Sekundärkoordination zwischen Schnittstellen, die im Zuge der betrieblichen Arbeitsteilung entstanden sind.³ Die Primärkoordination beschreibt die Abstimmung aller ausführenden Aktivitäten der betrieblichen Wertschöpfungskette durch die Unternehmensführung, z.B. mittels Weisungen, Plänen und Vorgabe einer Organisationskultur.⁴ Dagegen bezeichnet die Sekundärkoordination die Abstimmung innerhalb des Führungssystems selbst, bei größeren Unternehmen z.B. zwischen den verschiedenen Führungsebenen.⁵ In der

¹ Vgl. Becker/Baltzer/Ulrich (2014), S.60.

² Vgl. ebenda sowie Becker/Baltzer (2010), S.13ff.

³ Vgl. ausführlich Becker/Baltzer/Ulrich (2014), S.74ff.

⁴ Vgl. ebenda, S.75.

⁵ Vgl. ebenda.

Hausarztpraxis gehören dem Führungssystem üblicherweise nur die ärztlichen Inhaber und ggf. der Praxismanager an, weshalb die Sekundärkoordination von untergeordneter Bedeutung ist. In das Ausführungssystem ist dagegen neben dem Arzt stets noch weiteres Praxispersonal involviert, sodass die Primärkoordination auch in der Hausarztpraxis eine Daseinsberechtigung besitzt. Insgesamt sollte jedoch das geringe Ausmaß an Arbeitsteilung und Schnittstellen in der Hausarztpraxis auch in einer niedrigeren Gewichtung der Abstimmungsfunktion resultieren.

Die derivative Funktion der Informationsversorgung dient in der wertschöpfungsorientierten Controlling-Konzeption der Herstellung von Informationskongruenz, die dann erreicht ist, wenn alle zur Aufgabenerfüllung erforderlichen Informationen vorliegen und nachgefragt werden.¹ Infolge einer unzureichenden Übereinstimmung zwischen Informationsbedarf, Informationsangebot und Informationsnachfrage können sich sowohl ein Informationsdefizit als auch eine Informationsflut ergeben.² Es ist davon auszugehen, dass viele Hausarztpraxen weder über die für eine adäquate Informationsversorgung erforderliche IT-Infrastruktur noch über vollständig und konsistent vorliegende Informationen verfügen. Daneben darf bezweifelt werden, dass jeder Praxisinhaber eine klare und hinsichtlich einer optimalen Praxisführung objektiv begründete Vorstellung seines Informationsbedarfes besitzt. Da die Informationsversorgung eine derivative Funktion mit Auswirkungen auf die originäre Lokomotionsfunktion darstellt, kann eine suboptimale Informationsfunktion letztlich die gesamte unternehmerische Wertschöpfung negativ beeinträchtigen.³ Es erscheint daher angebracht, der Informationsversorgungsfunktion bzw. ihren Teilaufgaben ein höheres Gewicht im hausärztlichen Controlling-System einzuräumen.

Das Zusammenspiel dieser drei Funktionen im hausärztlichen Kontext soll anhand der Sicherstellung des Versorgungsauftrages als Besonderheit des hausärztlichen Zielsystems exemplarisch verdeutlicht werden: Die Lokomotionsfunktion richtet das betriebliche Handeln u.a. auf den Wertschöpfungszweck der Fremdbedarfsdeckung aus, indem sie aktuelle medizinische Entwicklungen antizipiert und die Einrichtung darauf zugeschnittener neuer Behandlungsprozesse anstößt. Unterstützung erfährt sie dabei durch die Informationsversorgungsfunktion, die die entsprechenden Daten zur Verfügung

¹ Vgl. Becker/Baltzer/Ulrich (2014), S.80f.

² Vgl. Becker/Baltzer (2010), S.19.

³ Vgl. ebenda.

stellt und eine Messung der durch die neuen Prozesse erreichten Behandlungsergebnisse und Patientenzufriedenheit ermöglicht. Die Abstimmungsfunktion kann im Sinne einer Koordination zwischen dem ärztlichen und nicht-ärztlichen Personal oder einer Abstimmung zwischen diesem Vorhaben und anderen unternehmerischen Aktivitäten unterstützend wirken.

Zur Umsetzung der Controlling-Aufgaben kann auf ein umfangreiches Repertoire an strategischen und operativen Instrumenten zurückgegriffen werden.¹ Die Frage nach der Controlling-Organisation betrifft die institutionelle Verankerung des Controllings im Unternehmen und befasst sich darüber hinaus mit Kompetenzen und Verantwortung von Controlling-Stellen.² Im Unterschied zu größeren Unternehmen, in denen Controlling üblicherweise als Stabsstelle oder eigenständige Institution eingerichtet ist,³ muss sich der Hausarzt entscheiden, ob er die Controllingfunktion zusätzlich zu seiner ärztlichen Tätigkeit selbst ausübt oder an Angehörige des Praxispersonals oder externe Fachkräfte, wie z.B. den Steuerberater, delegiert.

Zusammenfassend ist ein hausärztliches Controlling-System zum einen dadurch gekennzeichnet, dass die Hauptaufgabe weniger in der Koordination als vielmehr in der Informationsversorgung sowie der Ausrichtung aller Aktivitäten am Wertschöpfungszweck besteht. Zum anderen ist organisatorisch eine Nicht-Institutionalisierung der Controller-Stelle charakteristisch.⁴ Da die bisherigen Untersuchungen ferner eine hohe Bedeutung des strategischen Controllings erkennen lassen, resultiert insgesamt eine funktional und institutionell enge Verwandtschaft von Controlling und Strategischem Management in der Hausarztpraxis.

5.4 Gegenüberstellung ausgewählter Controllinginstrumente

Für das Controlling einer Hausarztpraxis kommt eine Vielzahl von Instrumenten in Betracht, deren Auswahl sich an den individuellen Rahmenbedingungen der Praxis und dem Informationsbedarf des Inhabers orientieren sollte. Im Folgenden werden mehrere in der betriebswirtschaftlichen Theorie und Praxis etablierte Instrumente vorgestellt und

¹ In Frage kommen dabei sämtliche betriebswirtschaftlichen Methoden, Verfahren und Techniken, vgl. Becker/Baltzer (2009), S.24. Die Untersuchung einzelner Instrumente hinsichtlich ihrer Eignung für das hausärztliche Controlling ist Gegenstand des folgenden Abschnitts 5.4.

² Vgl. ausführlich Becker/Baltzer/Ulrich (2014), S.178ff.

³ Vgl. Reichmann/Kißler/Baumöl (2017), S.33f.

⁴ Vgl. Schreyögg (2013), S.396f.

hinsichtlich ihrer Eignung für die Hausarztpraxis untersucht. Die Auswahl berücksichtigt die im bisherigen Verlauf der Arbeit deutlich gewordene Signifikanz des strategischen Controllings für eine Hausarztpraxis und stellt sicher, dass die Werkzeuge gemeinsam ein breites inhaltliches Spektrum der Praxisaktivitäten abdecken. Um dem von vielen Hausärzten als hoch empfundenen Verwaltungsaufwand Rechnung zu tragen,¹ werden bevorzugt solche Instrumente herausgegriffen, die einen klaren informationellen Mehrwert generieren, aber keine unverhältnismäßig hohen Anforderungen hinsichtlich Komplexität und Implementierungsaufwand stellen. Abbildung 38 veranschaulicht die Rolle der in den folgenden Abschnitten behandelten Instrumente im Controlling-System:

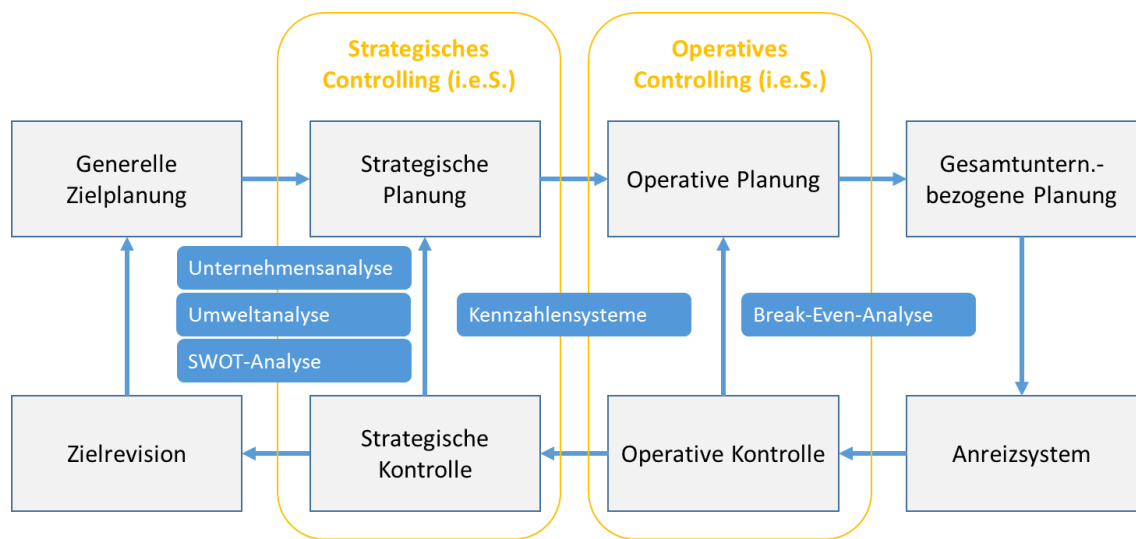


Abbildung 38: Ausgewählte Controllinginstrumente im kybernetischen Controlling-System²

Im Zentrum des strategischen Controllings steht eine umfassende Unternehmens- und Umweltanalyse, die mittels verschiedener Werkzeuge erfolgen kann. Mit der Wertkette, der Branchenstrukturanalyse und der PEST³-Analyse werden drei solcher Instrumente exemplarisch für eine Hausarztpraxis ausgestaltet. Die Ergebnisse dieser Analysen fließen schließlich in Form von Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken in einer SWOT⁴-Analyse zusammen. Im Bereich des operativen Controllings steht dem Praxisinhaber eine große Auswahl teilweise sehr komplexer Verfahren zur Verfügung. Aus diesem Instrumentarium wird die Break-Even-Analyse als anschauliches und verhältnismäßig intuitiv umzusetzendes Werkzeug vorgestellt und an die Besonderheiten

¹ Vgl. Abschnitt 2.3.

² Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Baum/Coenberg/Günther (2013), S.12. Zum kybernetischen Controlling-System sei ausführlich auf Abschnitt 4.2 verwiesen.

³ Political, Economical, Social, Technological.

⁴ Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats.

der hausärztlichen Gewinnerzielungsmechanik adaptiert. Auch die meisten Kennzahlensysteme sind dem operativen Controlling zuzuordnen, insbesondere wenn sie ausschließlich auf quantitativen Daten des Rechnungswesens fußen. Grundsätzlich können Kennzahlensysteme aber auch quantifizierte qualitative Informationen enthalten und dann im strategischen Controlling eingesetzt werden. Als Beispiel für ein solches, sehr etabliertes Instrument zur mehrdimensionalen, kennzahlengestützten Integration von strategischem und operativem Controlling wird die Balanced Scorecard vorgestellt und im hausärztlichen Kontext beleuchtet.

5.4.1 Unternehmensanalyse

Im Rahmen der Unternehmensanalyse wird die interne Perspektive eingenommen, um ein Stärken- und Schwächenprofil der eigenen Arztpraxis zu erstellen. Die Untersuchung kann sowohl quantitative als auch qualitative Daten einbeziehen und sollte die Realität möglichst objektiv abbilden.¹ Quantitative Daten stehen vor allem in Form des Rechnungswesens zur Verfügung und können wertvolle Informationen beisteuern, sind aufgrund ihrer Vergangenheitsorientierung jedoch eher für das operative Controlling geeignet als für die dem strategischen Controlling zugehörige Unternehmensanalyse.² Um einen Gegenwarts- und Zukunftsbezug sicherzustellen, sollte der Fokus stattdessen auf qualitativen Daten, z.B. den Kernkompetenzen und Wettbewerbsvorteilen der eigenen Praxis, liegen. Eine besondere Herausforderung bei der Unternehmensanalyse ist die Gewährleistung von Objektivität und Vollständigkeit, weshalb eine subjektive Auflistung von vermeintlichen Stärken und Schwächen der Praxis im Sinne eines Brainstormings allenfalls als erste Orientierung hilfreich ist. Vielmehr sollte der Praxisinhaber die Untersuchung strukturiert durchführen, wozu sich die von Porter entwickelte Wertkette als strategisches Controllinginstrument und Modell zur Systematisierung der Unternehmensaktivitäten anbietet.

5.4.1.1 Porters Wertkette und Arten von Wettbewerbsvorteilen

Die Wertkette wählt den Blickwinkel des unternehmerischen Wertschöpfungsprozesses – der Transformation von Input- in Outputfaktoren – um zwischen primären und unterstützenden Aktivitäten zu differenzieren:³ Primäre Aktivitäten sind unmittelbar an

¹ Vgl. Welge/Al-Laham/Eulerich (2017), S.360.

² Vgl. ebenda.

³ Vgl. ausführlich Porter (2014), S.65ff. und Stabell/Fjeldstad (1998), S.416ff.

diesem Prozess beteiligt, während unterstützende Aktivitäten ihn flankieren und somit die Rahmenbedingungen sicherstellen. Die Herausarbeitung dieser Aktivitäten und somit die Modellierung einer eigenen, unternehmensspezifischen Wertkette ist der erste Schritt der Unternehmensanalyse und die Grundlage für die Erarbeitung eines Stärken- und Schwächenprofils. Abbildung 39 stellt die Wertkette nach Porter dar und illustriert ihre Verknüpfung mit den Wertketten der vor- und nachgelagerten Produktionsstufen zum Wertkettensystem der gesamten Branche.

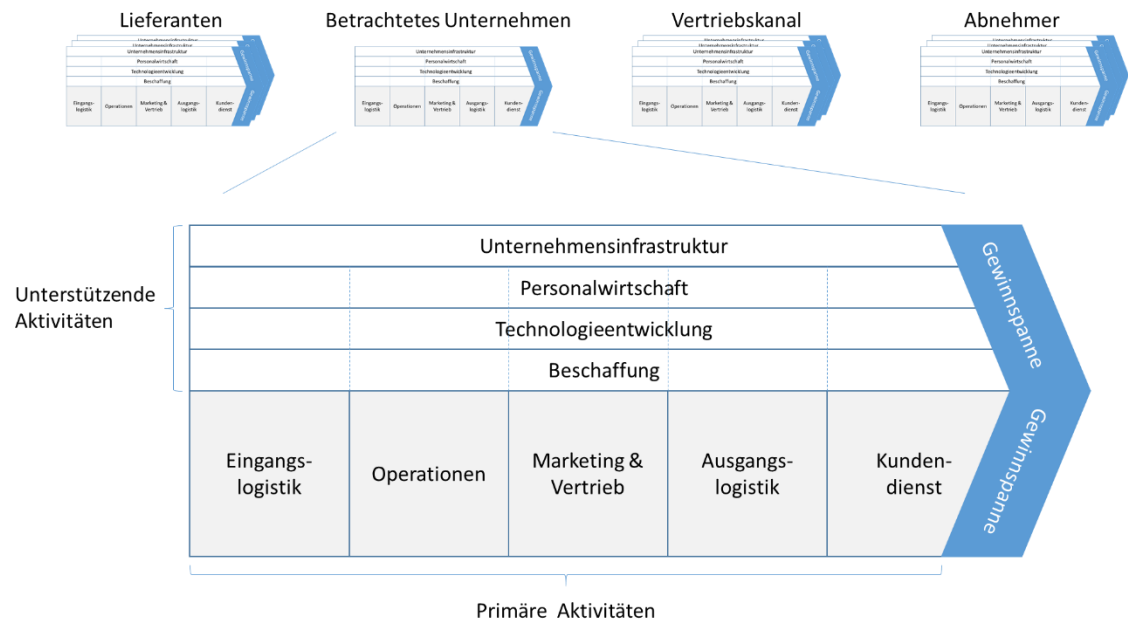


Abbildung 39: Wertkette nach Porter¹

Porter hat der Wertkette die Funktion eines Instrumentes zur Unternehmensanalyse und Entwicklung von Wettbewerbsstrategien zugeordnet.² Im Zentrum steht dabei die Maximierung der Gewinnspanne, die sich als Differenz zwischen dem Gesamtwert der unternehmerischen Leistung und den im Rahmen der Wertaktivitäten entstandenen Kosten und somit als shareholderorientierte Wertschöpfung interpretieren lässt.³ Die prozessuale Gliederung des Unternehmens in einzelne Aktivitäten ermöglicht es, diese hinsichtlich ihrer Bedeutung als Kosten- und Werttreiber in dieser Gleichung zu beurteilen.⁴ Dabei bietet jede einzelne Aktivität der Wertkette einem Unternehmen die Möglichkeit, sich von seinen Mitbewerbern abzuheben. Das Ziel der Wertkettenanalyse besteht folglich darin, sämtliche betrieblichen Aktivitäten auf ihr Potenzial zur

¹ Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Porter (2014), S.62 u. S.64.

² Vgl. hier und im Folgenden ausführlich ebenda, S.61ff.

³ Vgl. ebenda, S.66 und Stauss/Bruhn (2007), S.6.

⁴ Vgl. Porter (2014), S.67.

Generierung von Wettbewerbsvorteilen hin zu untersuchen und zugleich ein Stärken- und Schwächenprofil des Unternehmens zu erstellen. Dabei lässt sich grundsätzlich zwischen den beiden im Folgenden erläuterten Wettbewerbsvorteilen des Kostenvorsprungs und der Differenzierung unterscheiden.¹

Im Rahmen einer idealtypischen Kostenanalyse werden jeder primären bzw. unterstützenden Aktivität ihre Betriebskosten und -anlagen zugeordnet.² Grafisch dargestellt ergibt sich dabei eine Wertkette, aus der die anteiligen Kosten aller Aktivitäten hervorgehen und in der sich u.U. bereits Kostensenkungspotenziale erkennen lassen. Zur Beurteilung möglicher Wettbewerbsvorteile werden in einem nächsten Schritt die Wertketten der relevanten Konkurrenten definiert und deren Kostenstruktur geschätzt, um diese mit den Kosten der eigenen Aktivitäten vergleichen zu können.³ Auf Basis der so gewonnenen Erkenntnisse kann ein Unternehmen schließlich Strategien zur Verbesserung seiner Kostenstruktur entwickeln, z.B. in Form von Veränderungen der Beschaffungspolitik oder einer Neustrukturierung der Wertkette.⁴

Der skizzierte Prozess der Kostenanalyse stößt in der Praxis auf zahlreiche Hindernisse. Neben der Schwierigkeit, die im eigenen Unternehmen anfallenden Kosten auf einzelne Aktivitäten zu verteilen, stellt besonders die Kostenschätzung der Wettbewerber eine große Herausforderung dar.⁵ Die Hürden dürften für Arztpraxen aus mehreren Gründen noch höher liegen als für größere Unternehmen anderer Branchen. So sind die primären Aktivitäten einer Arztpraxis im Regelfall weniger trennscharf voneinander abgrenzbar als die eines Produktionsbetriebes.⁶ Lassen sich die Materialkosten möglicherweise noch einzelnen Prozessschritten des Behandlungspfades zuordnen, gelingt dies spätestens bei den Personalkosten nicht mehr eindeutig. Erschwerend wirkt zudem ein im Vergleich mit größeren Betrieben oftmals weniger transparentes und detailliertes internes Rechnungswesen. Auch die Schätzung der Kostenstruktur von Wettbewerbern gestaltet sich schwierig, da diese zumeist keine öffentlich zugänglichen Daten zur Verfügung stellen. Zwar werden von verschiedenen Organisationen regelmäßige Statistiken und Tabellensammlungen zu den durchschnittlichen Aufwendungen von Hausarztpraxen

¹ Vgl. Porter (2014), S.61.

² Vgl. hier und im Folgenden ausführlich ebenda, S.97ff.

³ Vgl. ebenda, S.140f.

⁴ Vgl. ebenda, S.141ff.

⁵ Vgl. ebenda, S.95f.

⁶ Eine ausführliche Auseinandersetzung mit den Aktivitäten einer Arztpraxis erfolgt in Abschnitt 5.4.1.2.

erstellt,¹ diese weisen jedoch oftmals eine abweichende Struktur oder nicht den erforderlichen Detailgrad auf. So werden z.B. im Rahmen des Zi-Praxis-Panels die Gesamtaufwendungen u.a. in Aufwendungen für Personal, Material und Labor, Miete, Versicherungen, Kfz, Abschreibungen, Leasing, Fremdkapitalzinsen, Fortbildungen, Wartung sowie Nutzung externer Infrastruktur differenziert.² Zwischen diesen Aufwandsarten und den Aktivitäten der hausärztlichen Wertkette liegen allerdings kaum inhaltliche Überschneidungen vor, weshalb ein Vergleich wenig zielführend wäre. Ein denkbarer Weg bei der Kostenanalyse könnte hingegen darin bestehen, dass mehrere in Struktur und Größe vergleichbare Praxen sich gegenseitig Einblick in ihre Kostenstrukturen gewähren. Ein belastbares Vertrauensverhältnis zwischen den Praxisinhabern vorausgesetzt, erscheint ein solcher Vergleich als die beste Möglichkeit, Hinweise zur Kostenposition der eigenen Praxis im Branchenvergleich zu erhalten.

Die zweite mögliche Art eines Wettbewerbsvorteils besteht nach Porter in der Differenzierung.³ Ein Unternehmen kann sich demnach auch dadurch von seinen Konkurrenten abheben, dass „es etwas bietet, was für den Käufer über einen bloß niedrigeren Preis hinaus Wert besitzt“⁴. Als mögliche Differenzierungsquellen kommen dabei nicht nur das Endprodukt bzw. die erbrachte Dienstleistung in Betracht, sondern sämtliche primären und indirekt auch alle unterstützenden Aktivitäten der betrieblichen Wertkette.⁵ Entscheidend bei der Suche nach solchen Alleinstellungsmerkmalen ist, dass diese zum einen für den Abnehmer einen erkennbaren Zusatznutzen bieten und sich zum anderen auch dauerhaft behaupten lassen.⁶ Der Wert, den der Abnehmer einem Produkt bzw. einer Dienstleistung beimisst, ist subjektiv und wird von vielen Faktoren beeinflusst.⁷ So spielen beispielsweise bei Konsumgütern neben der Warenqualität auch immaterielle Kaufkriterien wie das Markenimage eine große Rolle. Für einen Hausarzt ist es folglich von zentraler Bedeutung, im Vorhinein die Erwartungen seiner Patienten an ihren Praxisbesuch sowie im Nachgang deren Erfüllung in Erfahrung zu bringen. Einen ersten Anhaltspunkt können bereits vorliegende Erhebungen – wie z.B. die von der

¹ Stellvertretend seien hier die Kostenstrukturanalyse des Statistischen Bundesamtes sowie das Praxis-Panel des Zentralinstitutes für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland angeführt.

² Vgl. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2019), S.112ff. und Abschnitt 3.3.3.

³ Vgl. hier und im Folgenden ausführlich Porter (2014), S.167ff.

⁴ ebenda, S.168.

⁵ Vgl. ebenda, S.169.

⁶ Vgl. ebenda, S.181ff. und S.214ff.

⁷ Vgl. ebenda, S.189ff.

KBV regelmäßig durchgeführte Versichertenbefragung – geben, die aussagekräftigsten Informationen sind jedoch mittels Befragung der eigenen Patienten zu erlangen. Neben der Erstellung eines individuellen Fragebogens haben Hausärzte auch die Möglichkeit, auf bereits vorhandene Fragenbatterien zur Patientenzufriedenheit zurückzugreifen.¹

Um Wettbewerbsvorteile zu identifizieren, besteht der erste Schritt in der Modellierung einer Wertkette des eigenen Unternehmens. Nachfolgend wird der Versuch unternommen, Porters generische Wertkette an die Besonderheiten einer Hausarztpraxis anzupassen und Aktivitäten mit besonders hohem Potenzial zur Generierung von Wettbewerbsvorteilen herauszuarbeiten. Diese branchenspezifische Wertkette kann wiederum als Grundlage für die zukünftige Definition konkreter, unternehmensspezifischer Wertketten einzelner Hausarztpraxen dienen.

5.4.1.2 Die Wertkette einer Hausarztpraxis

Die Wertkette in ihrer originären Form ist ein auf Industriebetriebe ausgelegtes Modell, das erst auf andere Wirtschaftszweige und einzelne Unternehmen zugeschnitten werden muss.² Während sich die unterstützenden Aktivitäten in der Regel zumindest in ihrer Grundstruktur ähnlich darstellen, weichen die primären Aktivitäten verschiedener Wirtschaftszweige teilweise stark von Porters Vorlage ab und haben in der betriebswirtschaftlichen Forschung entsprechende branchenspezifische Ausgestaltungen erfahren. Beispielsweise besteht die Wertschöpfung eines Unternehmens des produzierenden Gewerbes üblicherweise aus sequenziell ablaufenden, klar abgrenzbaren Prozessschritten und generiert standardisierte Güter, sodass in diesem Fall eine Orientierung an der ursprünglichen Wertkette möglich ist. Auch zur Abbildung der Aktivitäten eines Krankenhauses kann sie nach einigen Modifikationen eingesetzt werden.³ Eine Hausarztpraxis dagegen fokussiert sich auf langfristige Patientenbeziehungen und die Lösung spezifischer individueller Beratungsanlässe unter Interaktion mit dem Patienten. Die Wertkette ist zur Abbildung dieses Szenarios nur bedingt geeignet, weshalb andere Wertschöpfungskonfigurationen erwogen werden müssen. In die engere Auswahl gelangen insbesondere Konzepte der betriebswirtschaftlichen Forschung, die sich mit der Übertragung von Porters Logik auf die Dienstleistungsbranche auseinandersetzen.

¹ Beispielhaft sei KBV (2020h) angeführt.

² Vgl. Stauss/Bruhn (2007), S.12.

³ Vgl. Reuschl/Bouncken (2015), S.596.

Benkenstein/Steiner/Spiegel unterscheiden zwischen Dienstleistungsunternehmen mit projektorientierter und solchen mit kontinuierlicher Leistungserstellung,¹ von denen die letztgenannte Logik die hausärztliche Geschäftstätigkeit im Grundsatz besser abzubilden vermag. Die Autoren haben für die Wertkette eines Dienstleistungsunternehmens mit kontinuierlicher Leistungserbringung Porters Ansatz insbesondere im Bereich der primären Aktivitäten modifiziert (siehe Abbildung 40):

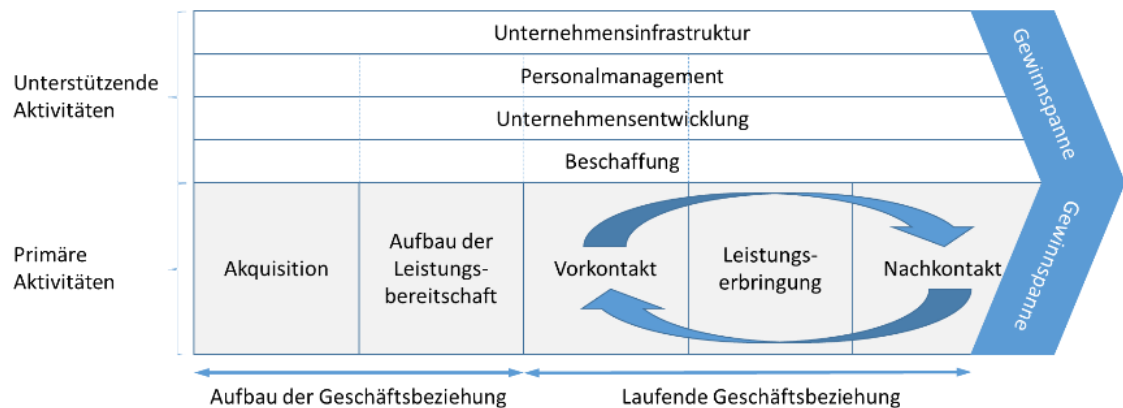


Abbildung 40: Wertkette für Dienstleistungsunternehmen mit kontinuierlicher Leistungserstellung²

Zum einen fällt die Teilung der primären Aktivitäten in zwei Phasen auf, zum anderen der zyklische Ablauf innerhalb der Phase der laufenden Geschäftsbeziehung. Die Zyklizität der Wertschöpfung im Sinne eines wiederholt ablaufenden Prozesses ist ein Charakteristikum, das auch für die Modellierung der Hausarztpraxis herangezogen werden kann. Als Beispiel hierfür sei der hohe Anteil von Patienten mit chronischen Erkrankungen wie essenzieller Hypertonie oder Lipidstoffwechselstörungen angeführt,³ deren Therapie über Jahre hinweg begleitet, kontrolliert und angepasst werden muss und somit die wiederholte Einbestellung der Patienten in regelmäßigen Abständen erfordert. Die Autoren setzen ferner bei ihrem gedanklichen Ansatz das Bestehen einer langfristigen Vertragsbeziehung zwischen Anbieter und Nachfrager voraus, weshalb der Aufbau der Geschäftsbeziehung nur einmalig oder in großen zeitlichen Abständen erfolgt.⁴ Für die Hausarztpraxis erscheint diese Zweiteilung der primären Aktivitäten weniger geeignet, da der Arzt-Patient-Beziehung kein langfristiger Vertrag zugrunde liegt. Vielmehr kann der Patient nach jedem Durchlauf eines Behandlungspfades neu entscheiden, ob er für die

¹ Vgl. Benkenstein/Steiner/Spiegel (2007), S.56.

² Quelle: Eigene Darstellung nach ebenda, S.59.

³ Vgl. auch Abschnitt 2.1.

⁴ Vgl. Benkenstein/Steiner/Spiegel (2007), S.60.

weitere Behandlung eine andere Praxis aufsucht.¹ Zur Bindung des Patientenstammes ist es für eine Hausarztpraxis vor diesem Hintergrund sinnvoll, auch die Akquisitionsphase in den Kreislauf der primären Aktivitäten einzuschließen.

Ebenfalls auf die besonderen Eigenschaften von Dienstleistungsunternehmen ausgerichtet ist die von Stabell/Fjeldstad vorgestellte Erweiterung der klassischen Wertkette um das Wertnetzwerk und den in Abbildung 41 dargestellten Wertshop.²

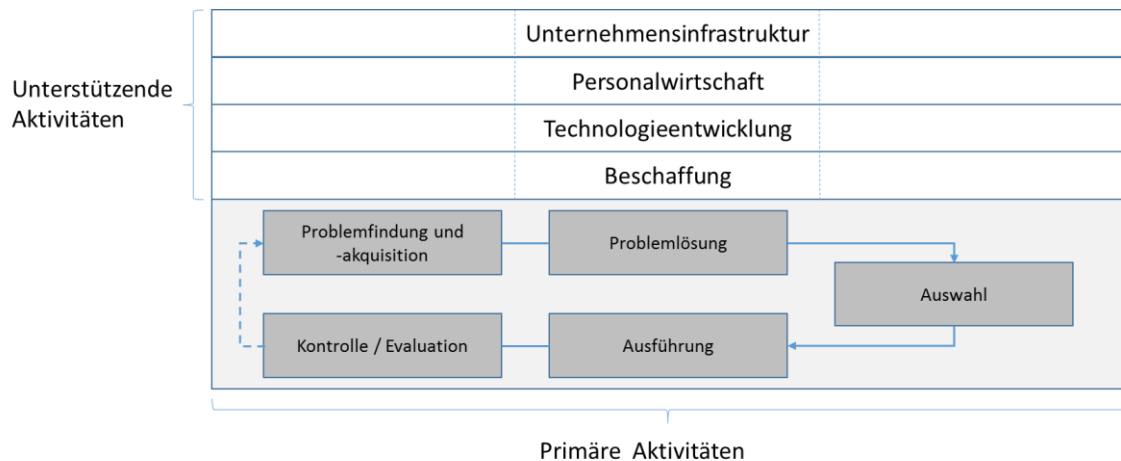


Abbildung 41: Der Wertshop³

Anstatt die schrittweise Transformation von Produktionsfaktoren in Güter zugrunde zu legen, steht im Wertshop die iterativ ablaufende Lösung eines spezifischen Kundenproblems im Vordergrund, wozu die Autoren die Problemfindung und -akquisition, Problemlösung, Auswahl, Ausführung, Kontrolle und Evaluation als primäre Aktivitäten definieren.⁴ Welche konkreten Ressourcen und Maßnahmen zum Einsatz kommen, richtet sich nach den Anforderungen des jeweiligen Problems und muss immer wieder neu entschieden werden.⁵ Die Autoren führen explizit den ärztlichen Behandlungspfad als einen möglichen Einsatzzweck dieser Wertschöpfungslogik an.⁶ In der Gesamtbetrachtung weist der Wertshop mehrere Charakteristika auf, die auch bei der Modellierung einer Hausarztpraxis im Zentrum stehen:⁷ Zum einen erbringt der

¹ So gaben im Jahr 2018 immerhin 9% der Versicherten an, in den letzten 12 Monaten aus Unzufriedenheit ihren Arzt gewechselt zu haben. Unter chronisch kranken Patienten und solchen mit vielen Arztbesuchen liegt der Anteil noch etwas höher, vgl. Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld (2018), S.270f.

² Vgl. Stabell/Fjeldstad (1998), S.414ff.

³ Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an ebenda, S.424.

⁴ Vgl. ebenda, S.423f.

⁵ Vgl. ebenda, S.420.

⁶ Vgl. ebenda, S.421.

⁷ Vgl. im Folgenden ebenda, S.421f.

Allgemeinmediziner keine standardisierten Dienstleistungen, sondern muss jeden Patientenbesuch als spezifisches Problem betrachten, analysieren und lösen. Zum anderen erfordert die Behandlung oftmals die mehrmalige Einbestellung des Patienten im Sinne eines iterativen Problemlösungsprozesses. Ein weiterer, auch für die Hausarztpraxis zutreffender Aspekt des Wertshops ist darin zu sehen, dass Wettbewerbsvorteile über die Qualität der erbrachten Gesamtleistung erzielt werden und Preise für den Abnehmer eine geringere Rolle spielen.¹

Zusammenfassend betrachtet, weisen das Modell der kontinuierlichen Wertkette und des Wertshops viele gedankliche Gemeinsamkeiten auf und erscheinen beide geeignet, die Logik der hausärztlichen Wertschöpfung abzubilden. Um die terminologische Verwandtschaft mit Porters Wertkette nicht zu verlieren und zu betonen, dass die primären Aktivitäten trotz ihrer Zyklizität in einer definierten Reihenfolge ablaufen, gibt diese Arbeit dem Begriff der kontinuierlichen Wertkette den Vorzug. Basierend auf diesen Überlegungen stellt Abbildung 42 eine mögliche Modellierung der Wertschöpfungsaktivitäten einer Hausarztpraxis als modifizierte kontinuierliche Wertkette dar.

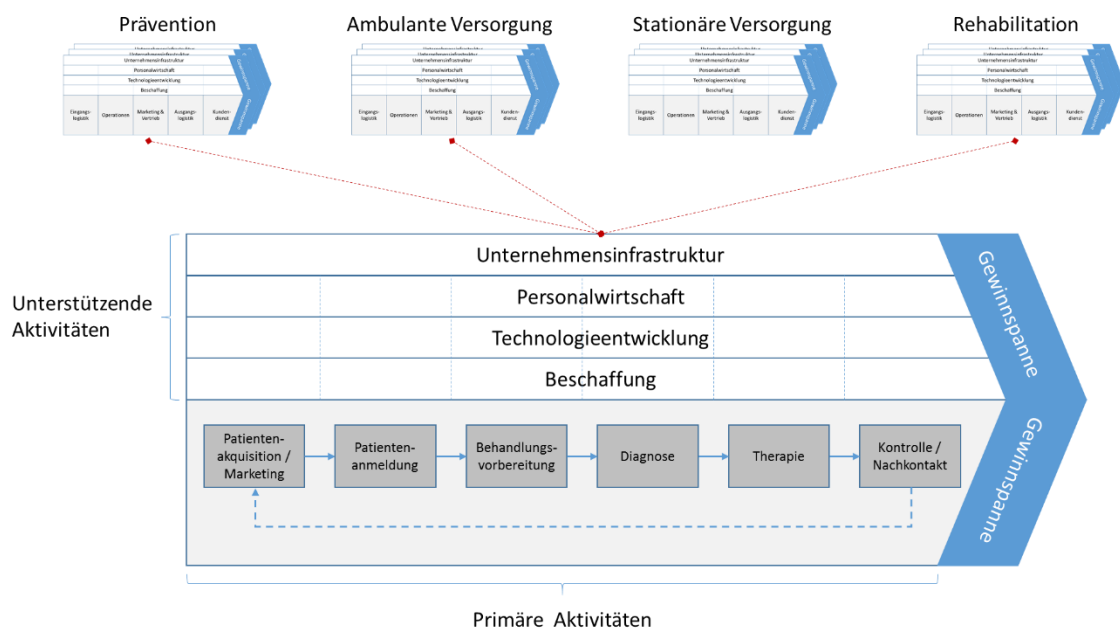


Abbildung 42: Wertschöpfungskonfiguration einer Hausarztpraxis im Kontext der sektoralen Versorgung²

¹ Vgl. Stabell/Fjeldstad (1998), S.426.

² Quelle: Eigene Darstellung.

Im Zentrum stehen die Schritte des Behandlungspfades als primäre wertschöpfende Aktivitäten der hausärztlichen Versorgung. Wie auch in Betrieben anderer Branchen werden diese von den unterstützenden Aktivitäten flankiert. Es fällt weiterhin auf, dass die Hausarztpraxis nicht eindeutig einer einzigen Stufe in der branchenübergreifenden Wertkette der sektoralen Versorgung zuzuordnen ist.¹ Vielmehr kann sie neben der Durchführung ambulanter Behandlungen auch präventive und rehabilitative Aufgaben erfüllen und wird in ihrer Funktion als erste Anlaufstelle für Patienten mit gesundheitlichen Beschwerden oftmals die erste Stufe der sektoralen Wertkette sein.

5.4.1.2.1 Primäre Aktivitäten

Der primäre Wertschöpfungsprozess in der Hausarztpraxis beginnt mit der Patientenakquisition, deren Ziele die Gewinnung neuer Patienten und die Bindung des bestehenden Patientenstammes sind. Der direkte Kontakt zwischen Personal und Patient findet zuerst im Rahmen der Anmeldung statt, wonach der Patient einige Zeit im Wartezimmer verbringt und ggf. noch Voruntersuchungen erhält. Vor der Durchführung weiterer Maßnahmen müssen im Zuge einer Behandlungsvorbereitung geeignete Rahmenbedingungen sichergestellt werden. Darunter fallen z.B. die Bereitstellung von Materialien, die hygienische Aufbereitung des ärztlichen Behandlungszimmers und der medizinischen Geräte sowie die Vorbereitung schriftlicher und elektronischer Patientenunterlagen. Bis hierhin werden die Schritte üblicherweise durch die Medizinischen Fachangestellten ohne unmittelbare Beteiligung des Arztes durchgeführt. Der direkte Arzt-Patienten-Kontakt beginnt mit diagnostischen Aktivitäten wie der Erhebung einer Anamnese sowie körperlichen und medizintechnischen Untersuchungen. Im nächsten Schritt verwertet der Arzt die bisher gewonnenen Informationen, wägt Therapieoptionen ab und trifft gemeinsam mit dem Patienten eine Entscheidung über das weitere Vorgehen. Die eigentliche Behandlung kann dann z.B. in einem kleineren Eingriff, der Verordnung von Medikamenten, der Überweisung an einen Facharzt, einem therapeutischen Gespräch oder auch dem abwartenden Offenlassen bestehen.² Den Abschluss des Behandlungspfades bilden die Therapiekontrolle und die Patientennachkontrolle. Je nach Krankheitsbild wird der Patient z.B. im Nachgang telefonisch über Laborergebnisse informiert oder gebeten, sich nach einem bestimmten

¹ Vgl. Merk (1999), S.240.

² Vgl. auch Abschnitt 2.1.

Zeitintervall oder bei Wiederauftreten der Beschwerden erneut vorzustellen. In diesem Fall, der in der Hausarztpraxis aufgrund des hohen Anteils von Patienten mit chronischen Erkrankungen die Regel darstellt, wird der Behandlungspfad von neuem beschrritten. Abbildung 43 veranschaulicht den beschriebenen Prozess unter beispielhafter Aufzählung einiger typischer Aufgaben jeder Phase.

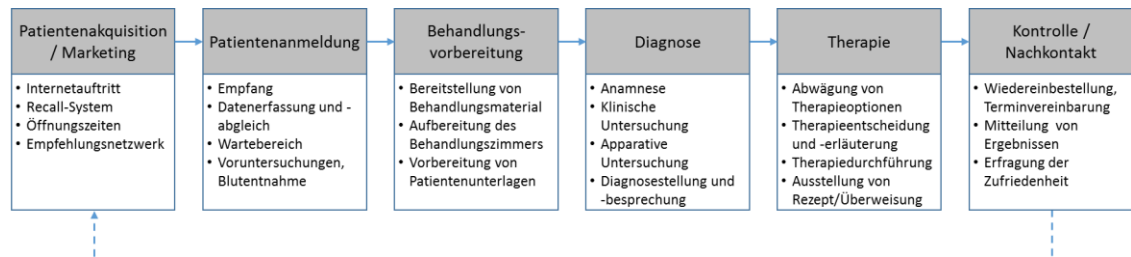


Abbildung 43: Primäre Wertaktivitäten einer Hausarztpraxis¹

Während der mit der Anmeldung beginnende Behandlungspfad für jeden Patienten individuell durchschritten und daher hier nicht weiter vertieft wird, ist das Praxismarketing – bzw. die Patientenakquisition als eines seiner Teilziele – eine übergreifende Tätigkeit und wird aufgrund seiner Bedeutung für den Praxiserfolg im Folgenden eingehender beleuchtet.

In der Betriebswirtschaftslehre existieren für den Marketingbegriff vielfältige Definitionen, weshalb er oftmals noch immer als Synonym für Werbung und Kommunikation verstanden wird.² Als ein den Forschungsstand widerspiegelndes Begriffsverständnis kann Marketing als „die Planung und Kontrolle aller Unternehmensaktivitäten, die durch zielkonformen Einsatz der Marketinginstrumente auf eine Verbesserung der eigenen Marktposition ausgerichtet sind“³ verstanden werden. Unter diesen Marketinginstrumenten wiederum werden vier Werkzeuge subsumiert und aufgrund ihrer englischen Wortentsprechungen auch als die „vier Ps“ bezeichnet (siehe Abbildung 44).⁴ Ausgehend von seinen Zielen setzt ein Unternehmen eine optimierte Kombination dieser Instrumente ein und gelangt auf diese Weise zu dem sogenannten Marketing-Mix.⁵

¹ Quelle: Eigene Darstellung.

² Vgl. Meffert/Burmann/Kirchgeorg (2015), S.849.

³ Wöhe/Döring/Brösel (2016), S.365.

⁴ Vgl. ebenda.

⁵ Vgl. ebenda, S.460.

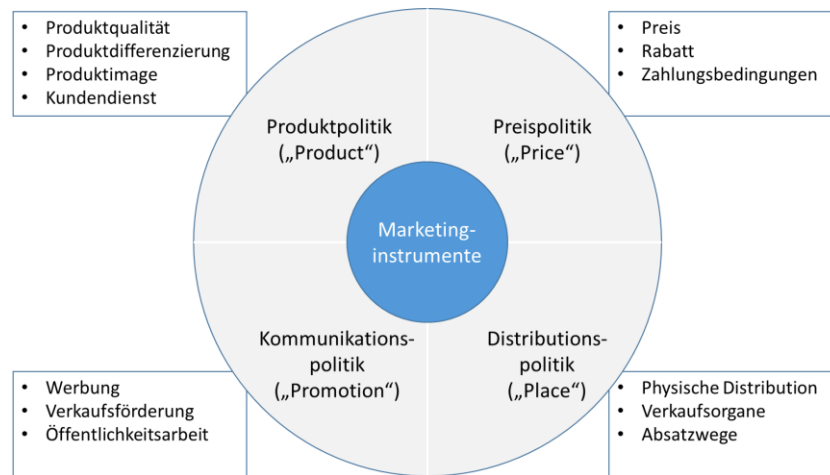


Abbildung 44: Marketinginstrumente und zugehörige Handlungsfelder¹

Die Betrachtung des Marketingbegriffes im branchenspezifischen Kontext der Arztpraxis offenbart zunächst keine grundlegenden Unterschiede in der Zielsetzung:

„Das Praxismarketing beschreibt eine Grundhaltung, die sich mit einer konsequenten Ausrichtung aller Aktivitäten der Arztpraxis an den Erfordernissen und Bedürfnissen der Patienten umschreiben lässt. [...] Praxismarketing ist somit ein Mittel zur Schaffung von Präferenzen bei den Patienten und damit der Erringung von Wettbewerbsvorteilen gegenüber konkurrierenden Praxen durch gezielte Maßnahmen.“²

Hinsichtlich des Instrumentariums zur Erreichung der Ziele sind der Arztpraxis allerdings Grenzen gesetzt, die in anderen Branchen nicht anzutreffen sind. Abbildung 45 veranschaulicht die „vier Ps“ im Kontext der Hausarztpraxis und führt beispielhaft einige Handlungsfelder der jeweiligen Instrumente an.



Abbildung 45: Marketinginstrumente in der Hausarztpraxis und beispielhafte Handlungsfelder³

¹ Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Wöhe/Döring/Brösel (2016), S.390.

² Frodl (2016), S.58.

³ Quelle: Eigene Darstellung.

Der Produktpolitik wird in der Betriebswirtschaftslehre der höchste Stellenwert unter den Marketinginstrumenten attestiert.¹ Dies trifft in besonderem Maße für Arztpraxen zu, die in diesem Bereich – im Gegensatz zu den anderen Instrumenten – über relativ umfangreiche Gestaltungsmöglichkeiten verfügen. Das größte Potenzial zur Generierung von Wettbewerbsvorteilen bietet dabei neben der Behandlungsqualität die Anpassung des Leistungsspektrums an die Patientenbedürfnisse.² Im Rahmen des produktpolitischen Marketings stehen dem Arzt außerdem zahlreiche Möglichkeiten zu einer Verbesserung der vom Patienten wahrgenommenen Praxisatmosphäre zur Verfügung.³

Die Preispolitik beschäftigt sich vornehmlich mit der Bestimmung des gewinnmaximalen Angebotspreises⁴ und spielt im Marketing der meisten Unternehmen eine entscheidende Rolle. Für die Arztpraxis bietet sie kaum eine Möglichkeit zur Generierung eines Wettbewerbsvorteils, da das ärztliche Honorar in weiten Teilen gesetzlich reguliert ist und nur sehr geringe Spielräume zur Preisgestaltung bietet.⁵ Denkbare Wettbewerbsvorteile in der Preispolitik können sich z.B. im Bereich der privat abgerechneten Leistungen, durch die Teilnahme an für den Patienten mit finanziellen Anreizen verbundenen Selektivverträgen oder durch Finanzierungsangebote bei der Abrechnung ergeben.

Die Distributionspolitik als dritter Teilbereich des Marketinginstrumentariums setzt sich das Ziel, „den Weg eines Gutes vom Hersteller zum Endabnehmer (Transformation) kundenfreundlich zu gestalten“⁶. Im hausärztlichen Kontext sind hier insbesondere kurze Anfahrtswege für die Patienten entscheidend, sodass der Standortwahl ein hohes Gewicht zukommt⁷. Der zeitlichen Komponente der Distributionspolitik kann durch kundenfreundliche Öffnungszeiten und kurze Wartezeiten Rechnung getragen werden. Auch alternative Kommunikationswege wie E-Mail oder die noch wenig verbreitete Telemedizin sind der Distributionspolitik zugehörig und konnten zuletzt einen Bedeutungszuwachs verzeichnen.

¹ Vgl. Meffert/Burmann/Kirchgeorg (2015), S.361.

² Vgl. zu den verschiedenen Möglichkeiten der Gestaltung des Leistungsspektrums Frodl (2016), S.95ff.

³ Stellvertretend für viele weitere Abhandlungen zu dieser Thematik sei auf Dumont/Schüller (2016), S.118ff. verwiesen.

⁴ Vgl. Wöhe/Döring/Brösel (2016), S.424.

⁵ Vgl. ausführlich Abschnitt 3.3.2.

⁶ Wöhe/Döring/Brösel (2016), S.447.

⁷ Vgl. ausführlich Abschnitt 3.2.2

Die Aufgabe der Kommunikationspolitik besteht darin, „potentiellen Abnehmern Botschaften zu übermitteln, die geeignet sind, Absatzwiderstände zu überwinden“¹. Im hausärztlichen Kontext bedeutet dies vor allem, potenzielle neue Patienten über die Praxis zu informieren und dabei möglichst die Wettbewerbsvorteile in den Mittelpunkt zu rücken. Auch in diesem Bereich des Marketings unterliegt der niedergelassene Arzt Beschränkungen durch den Gesetzgeber, die allerdings in den letzten Jahren zunehmend abgeschwächt worden sind. So untersagen ihm die Berufsordnung bzw. das Heilmittelwerbegesetz u.a. irreführende und vergleichende Werbung.² Zu den erlaubten Kommunikationsmitteln gehören dagegen z.B. ein Praxisschild, Internetpräsentationen, Rundfunk- und Fernsehwerbung.³ Weiterhin ist der Aufbau eines Empfehlungsnetzwerkes im privaten und beruflichen Umfeld ein geeigneter Weg zur Akquisition neuer Patienten.⁴

5.4.1.2.2 Unterstützende Aktivitäten

Porters Wertkette benennt die Infrastruktur, Personalwirtschaft, Technologieentwicklung und Beschaffung als vier Kategorien von unterstützenden Aktivitäten eines Betriebes. Diese Einteilung kann auch für eine Hausarztpraxis übernommen werden, allerdings weisen Inhalt und unternehmerische Bedeutung der einzelnen Bereiche Unterschiede zum ursprünglich auf das produzierende Gewerbe ausgerichteten Wertkettenkonzept auf. Zur Infrastruktur gehörige Aktivitäten sind u.a. die betriebliche Planung, Finanzen, Rechtsfragen und Qualitätskontrollen.⁵ Im Unterschied zu den übrigen Unterstützungsaktivitäten lassen sie sich nicht einzelnen primären Aktivitäten zuordnen, sondern flankieren die Wertschöpfungskette als Ganzes.⁶ Sie stellen sowohl für die Hausarztpraxis als auch für Unternehmen anderer Branchen das unverzichtbare Rückgrat der Geschäftstätigkeit dar. Da dieser Bereich in der Regel nicht zu den Kernkompetenzen des Praxispersonals gehört und der Verwaltungsaufwand von vielen Ärzten als Belastung empfunden wird, ist ein teilweises Outsourcing hier nicht unüblich. So ist neben der Beauftragung eines Steuerberaters z.B. die Auslagerung der privatärztlichen Verrechnung an externe Dienstleister verbreitet. Die Personalwirtschaft subsumiert u.a. die

¹ Wöhe/Döring/Brösel (2016), S.433.

² Vgl. KBV (2020i).

³ Vgl. ebenda.

⁴ Vgl. Dumont/Schüller (2016), S.70f.

⁵ Vgl. Porter (2014), S.73.

⁶ Vgl. ebenda.

Einstellung, Weiterbildung und Entlohnung des Personals und bietet Unternehmen die Möglichkeit, sich über die Qualität ihrer Mitarbeiter von der Konkurrenz abzuheben.¹ Wie für die meisten Dienstleistungsunternehmen stellt auch für Arztpraxen das Personal einen ganz entscheidenden, vom Kunden bzw. Patienten direkt wahrnehmbaren, Erfolgsfaktor dar und kann sich als Wettbewerbsvorteil erweisen. Technologieentwicklung beschreibt die Begleitung aller Wertaktivitäten durch geeignete technische Mittel und Verfahren.² Im hausärztlichen Kontext fallen hierunter beispielsweise die Verwendung einer geeigneten Praxissoftware sowie die Ausstattung mit Hardware, Kommunikationselektronik und medizinischen Geräten. Während für Praxen bestimmter Fachrichtungen, beispielsweise Radiologie, die Medizintechnik einen wesentlichen Erfolgsfaktor darstellen kann, ist sie für die hausärztliche Wertschöpfung von geringerem Stellenwert und bietet kaum Differenzierungspotenzial. Ein anderes Bild könnte sich allerdings zukünftig im Zuge der zunehmenden Digitalisierung ergeben. Die Beschaffung stellt die vierte Kategorie unterstützender Aktivitäten dar. Sie umfasst die betrieblichen Prozesse zum Einkauf von Inputfaktoren, nicht jedoch diese Inputfaktoren selbst.³ Für Dienstleistungsunternehmen besitzt diese Aktivität allgemein ein eher niedriges Gewicht,⁴ und die Hausarztpraxis stellt in dieser Hinsicht keine Ausnahme dar. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass im hausärztlichen Kontext insbesondere die Personalwirtschaft als Möglichkeit zur Differenzierung im Sinne einer Qualitätsführerschaft heraussticht und der Auswahl und Weiterbildung geeigneten Personals besondere Bedeutung zukommen sollte. Daneben könnten sich zukünftig mit einer Verbreitung der Telemedizin Differenzierungspotenziale in der Technologieentwicklung ergeben.

5.4.2 Umweltanalyse

Im Zuge der Umweltanalyse wird das Umfeld des Unternehmens im Hinblick auf relevante Akteure und Entwicklungen beleuchtet. Anders als seine internen Faktoren kann ein Unternehmen das Umfeld nur in geringem Maße beeinflussen, weshalb hier die Identifikation und Antizipation der sich aus den externen Faktoren ergebenden Chancen und Risiken im Vordergrund stehen. Eine erste Herausforderung liegt darin, aus der Fülle

¹ Vgl. Porter (2014), S.72.

² Vgl. ebenda, S.71.

³ Vgl. ebenda, S.70.

⁴ Vgl. Haller (2017), S.70.

an Daten und Informationen diejenigen mit Relevanz für das eigene Unternehmen herauszufiltern.¹ Zu diesem Zweck hat sich ein strukturiertes Vorgehen etabliert, in dessen Zuge das Mikro- und Makroumfeld mit ihren jeweiligen Einflusskräften separat betrachtet werden (siehe Abbildung 46).

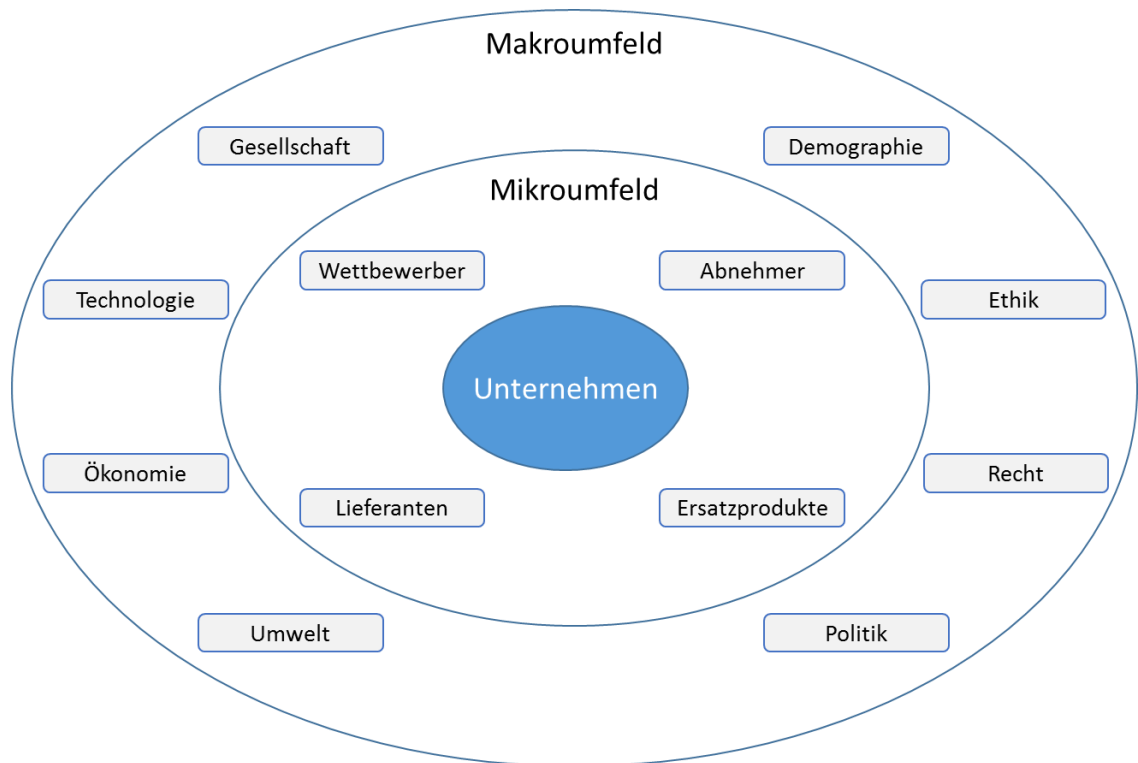


Abbildung 46: Mikro- und Makroumfeld im Rahmen der Umweltanalyse²

5.4.2.1 Analyse des Mikroumfeldes

Das Mikroumfeld, oftmals auch als aufgabenspezifisches Umfeld bezeichnet,³ umfasst Einflusskräfte mit direkten Auswirkungen auf die unternehmerische Wertschöpfung. Als Instrument zur strukturierten Untersuchung dieses Bereiches hat sich Porters Branchenstrukturmodell etabliert, das die fünf zentralen Einflusskräfte („5 Forces“) der Wettbewerbsintensität in Gestalt von bestehenden Wettbewerbern, potenziellen neuen Wettbewerbern, Abnehmern, Lieferanten und Ersatzprodukten beleuchtet (siehe Abbildung 47).⁴

¹ Vgl. Welge/Al-Laham/Eulerich (2017), S.300.

² Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Baum/Coenberg/Günther (2013), S.81 und Bea/Haas (2019), S.106.

³ Vgl. beispielhaft Welge/Al-Laham/Eulerich (2017), S.300.

⁴ Vgl. Porter (2014), S.25.

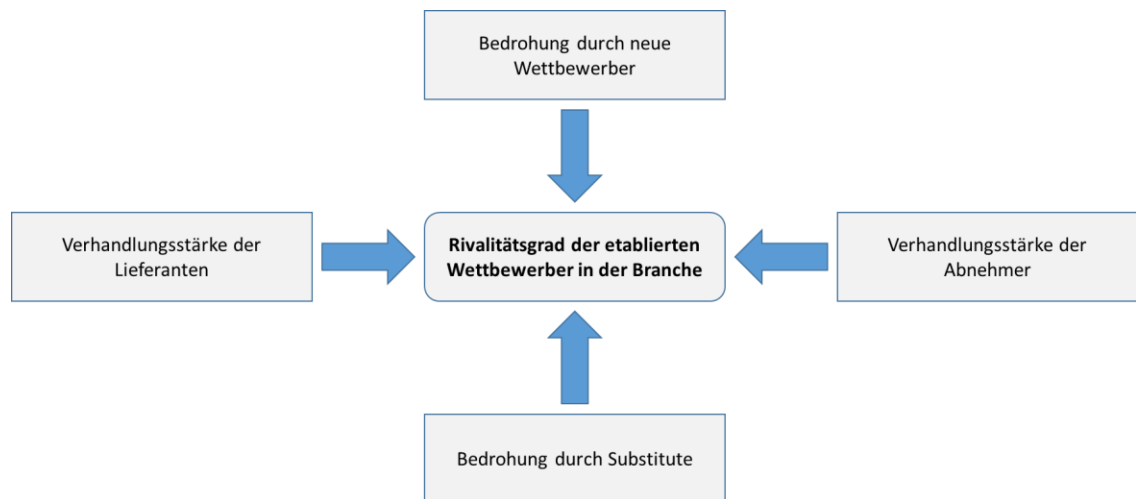


Abbildung 47: Porters Branchenstrukturmodell¹

Die Beurteilung der Marktmacht dieser fünf Akteure ermöglicht einen Rückschluss auf die zu erwartende Rentabilität der in diesem Umfeld agierenden Unternehmen und damit auf die Attraktivität der Branche.² Im Folgenden werden die einzelnen Einflusskräfte generisch sowie im Kontext des hausärztlichen Umfeldes betrachtet.

Die Marktmacht der Lieferanten hat direkte Auswirkungen auf die vom Unternehmen zu bezahlenden Einkaufspreise und damit auf dessen Gewinn. Je stärker der Beschaffungsmarkt konzentriert ist und je weniger standardisiert und damit austauschbar die benötigten Waren sind, desto höher ist i.d.R. die Verhandlungsstärke der Lieferanten.³ Weitere Bestimmungsfaktoren der Marktmacht sind die Möglichkeit der Vorwärtsintegration sowie die Bedeutung der Branche für den Lieferanten.⁴ Der Extremfall mit maximaler Verhandlungsstärke der Lieferanten wäre in dieser Hinsicht eine Marktsituation mit Lieferantenmonopol, vielen kleinen Abnehmern und nicht-substituierbaren Produkten. Der gegensätzliche Fall läge bei einem Markt mit vielen Lieferanten, wenigen großen Abnehmern und einfacher Substituierbarkeit der Produkte vor. Bezogen auf die Branche der Hausarztpraxen ist eine Situation zwischen diesen beiden Polen festzustellen: Grundsätzlich stehen zwar viele kleinere Praxen einer überschaubaren Anzahl von Lieferanten für Praxisbedarf gegenüber, zwischen diesen Anbietern herrscht aber durchaus eine Konkurrenzsituation und Preiswettbewerb. Zudem können Einzelpraxen die Möglichkeit nutzen, ihre Verhandlungsstärke durch die Bildung

¹ Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Porter (2014), S.25.

² Vgl. hier und im Folgenden ausführlich ebenda, S.24ff.

³ Vgl. Müller-Stewens/Lechner (2011), S.174.

⁴ Vgl. ebenda.

von Einkaufsgemeinschaften zu erhöhen. Der Großteil der für den Praxisbetrieb erforderlichen Geräte und Materialien weist einen hohen Standardisierungsgrad auf, sodass ein Anbieterwechsel zumeist gut möglich ist. Produzenten von medizinischen Geräten bzw. Praxisbedarf können ferner selbst keine hausärztlichen Leistungen erbringen, im Gegensatz zu anderen Branchen steht den Lieferanten folglich nicht die Möglichkeit einer Vorwärtsintegration als Drohkulisse im Rahmen von Preisverhandlungen zur Verfügung.

Die Marktmacht der Abnehmer hat direkte Auswirkungen auf den Absatz und damit auf den Gewinn des Unternehmens. Sie wird von den gleichen Kräften bestimmt wie die zuvor betrachtete Lieferantenmacht, allerdings findet sich die Arztpraxis diesmal selbst in der Lieferantenrolle wieder und die Patienten agieren als Abnehmer. Die Analyse der Einflussfaktoren verläuft daher unter umgekehrten Vorzeichen.¹ Prinzipiell stehen – gerade im ländlichen Raum – sehr vielen einzelnen Patienten oft nur wenige Hausarztpraxen gegenüber, was in einer geringen Verhandlungsstärke der Abnehmer resultiert. Hinsichtlich der Standardisierung der Produkte ist zwischen grundlegenden Behandlungsleistungen und darüberhinausgehenden Angeboten zu differenzieren. Basisleistungen – wie z.B. Krankschreibungen oder die Versorgung typischer chronischer Erkrankungen – können Patienten in jeder Hausarztpraxis erhalten. Auch wenn zwischen den Praxen Qualitätsunterschiede auftreten können, sind solche Behandlungen als relativ standardisiert zu klassifizieren. Viele Hausarztpraxen nutzen die Möglichkeit, sich darüber hinaus als Schwerpunktpraxis für bestimmte Erkrankungen und Patientengruppen zu positionieren. Ein solches Angebot ist weniger standardisiert und die Marktmacht von Patienten mit dem Wunsch nach diesen Leistungen folglich eingeschränkt. Für Patienten ist es zudem kaum möglich, das Spektrum und insbesondere die Qualität der angebotenen Leistungen objektiv zu bewerten und einen Vergleich zwischen mehreren Hausarztpraxen durchzuführen.² Auch diese aus Sicht der Abnehmer geringe Markttransparenz wirkt sich nachteilig auf deren Verhandlungsmacht aus.³ Ferner droht den Arztpraxen keine Gefahr durch eine Rückwärtsintegration der Abnehmer: Zwar können Patienten entscheiden, bestimmte Erkrankungen eigenständig ohne einen Arztbesuch zu kurieren, für z.B. Krankschreibungen, verschreibungspflichtige

¹ Vgl. Müller-Stewens/Lechner (2011), S.174.

² Zu der diesem Sachverhalt zugrundeliegenden Informationsasymmetrie bzw. Prinzipal-Agent-Theorie sei beispielhaft auf Penter/Augurzky (2014), S.34 verwiesen.

³ Vgl. Müller-Stewens/Lechner (2011), S.174.

Medikamente oder die Abklärung schwerer Erkrankungen besteht jedoch keine Alternative zum Arztbesuch.

Als dritten Einflussfaktor der Marktintensität identifiziert Porter die Bedrohung durch neue Wettbewerber, deren Ausmaß im Wesentlichen von den Markteintrittsbarrieren und der erwarteten Reaktion der etablierten Unternehmen abhängt.¹ Für die Branche der Hausarztpraxen sind nur die Markteintrittsbarrieren relevant, eine abwehrende Reaktion bestehender Praxen auf die Gründung einer neuen Praxis ist dagegen kaum zu erwarten. Da eine neue Hausarztpraxis aufgrund der wettbewerbsbeschränkenden Bedarfsplanung nur dort eröffnen darf, wo ein freier Sitz vorhanden ist,² sind die Markteintrittsbarrieren im hausärztlichen Sektor als außergewöhnlich hoch zu beurteilen. In vielen ländlichen Regionen wirkt neben diesen rechtlichen Hürden auch die als gering empfundene Marktattraktivität anreizmindernd für neue Wettbewerber. Insgesamt ist damit die Bedrohung durch neue Konkurrenten für die Branche der Hausarztpraxen als sehr gering einzustufen, insbesondere in unterversorgten Regionen.

Die vierte Einflusskraft in Porters Branchenstrukturmodell ist die Bedrohung durch Substitute, d.h. durch Produkte bzw. Dienstleistungen, die die vom Unternehmen angebotenen mindestens gleichwertig zu ersetzen vermögen.³ Einige von Hausärzten durchgeführte Leistungen überschneiden sich zwar mit dem Behandlungsspektrum von Ärzten anderer Fachrichtungen, doch ist dort schon die Wartezeit auf einen Termin üblicherweise deutlich länger. Für die typischen Behandlungsanlässe in einer Hausarztpraxis ist eine Bedrohung durch Substitute somit nicht existent.

Der fünfte und bedeutendste Einflussfaktor auf die Wettbewerbsintensität ist das Ausmaß der Konkurrenz unter den bestehenden Unternehmen. Er steht deshalb im Zentrum des Branchenstrukturmodells, weil er stark von den anderen vier Kräften mitbestimmt wird.⁴ Ist die Branche beispielsweise durch eine geringe Lieferanten- und Abnehmermacht geprägt und zudem die Bedrohung durch neue Konkurrenten und Substitute gering, so resultiert daraus im Regelfall ein attraktiver Markt mit geringer Notwendigkeit zu einem hart umkämpften Wettbewerb zwischen den etablierten Unternehmen. Eine vergleichbare Konstellation liegt im Segment der Hausarztpraxen vor. Besteht eine ernsthafte

¹ Vgl. Müller-Stewens/Lechner (2011), S.175.

² Vgl. hierzu auch Abschnitt 3.2.2.1.

³ Vgl. Müller-Stewens/Lechner (2011), S.176.

⁴ Vgl. ebenda.

Konkurrenzsituation, bezieht sich diese in der Regel auf die finanziell lukrative Steigerung des Anteils an Privatpatienten bzw. IGeL-Leistungen und beschränkt sich auf attraktivere Einzugsgebiete mit einer hohen Praxisdichte.

Zusammenfassend lässt Porters Branchenstrukturmodell auf eine grundsätzlich hohe Attraktivität des hausärztlichen Mikroumfeldes schließen. Die Wettbewerbsintensität unter den etablierten Hausarztpraxen ist gering, was insbesondere dem Mechanismus der wettbewerbslimitierenden Bedarfsplanung zuzuschreiben ist. Auch der Einfluss der übrigen Marktkräfte auf eine Hausarztpraxis ist verglichen mit anderen Branchen niedrig. Zu beachten sind allerdings regionale Unterschiede, z.B. zwischen ländlichen, unterversorgten Gebieten mit wenigen Praxen und attraktiven Ballungsgebieten mit vielen Hausärzten auf engem Raum. Im Rahmen des Controllings sollte eine Praxis folglich stets ein individuelles Strukturmodell ihres Mikroumfeldes erstellen und regelmäßig an neue Entwicklungen anpassen.

5.4.2.2 Analyse des Makroumfeldes

Die Analyse des Makroumfeldes widmet sich Gegebenheiten und Entwicklungen, die für sämtliche Unternehmen eines geografischen Raumes unabhängig von ihrer Branche Gültigkeit besitzen. Diese Einflusskräfte weisen dabei eine solche Dimension auf, dass das einzelne Unternehmen sie kaum selbst beeinflussen kann und folglich zur Anpassung gezwungen ist.¹

Um eine strukturierte und vollständige Betrachtung des Makroumfeldes zu gewährleisten, kann dieses in mehrere inhaltliche Kategorien zerlegt werden. In der Literatur wird hierzu oftmals eine Unterteilung in politische, ökonomische, soziokulturelle und technologische Rahmenbedingungen vorgenommen. Werden die Anfangsbuchstaben der entsprechenden englischen Begriffe zu einem Akronym verknüpft, ergibt sich daraus das Controllinginstrument der PEST-Analyse² (**P**olitical, **E**conomical, **S**ocial, **T**echnological). Häufig zu finden ist auch eine Erweiterung des Konzeptes um ökologische (**E**nvironmental) und rechtliche (**L**egal) Faktoren zur PESTEL-Analyse bzw. um ethische (**E**thical) und demografische (**D**emographic) Faktoren zur STEEPLED-Analyse.³ Welche dieser Varianten eingesetzt wird, ist letztlich von untergeordneter

¹ Vgl. Welge/Al-Laham/Eulerich (2017), S.302.

² Synonym findet auch der Begriff „STEP-Analyse“ in der Literatur Verwendung.

³ Vgl. Baum/Coenenberg/Günther (2013), S.80.

Bedeutung und in der Regel sind alle zusätzlichen Faktoren auch gut in die vier Dimensionen der PEST-Analyse integrierbar:¹ So sind rechtliche Faktoren oft untrennbar mit politischen Entwicklungen verbunden und können zum Oberbegriff der politisch-rechtlichen Rahmenbedingungen zusammengefasst werden, während sich ethische, demografische und ökologische Faktoren in der soziokulturellen Kategorie subsumieren lassen. Abbildung 48 zeigt die Grundstruktur einer solchen Aufgliederung des Makroumfeldes in vier Kategorien, die nachfolgend branchenübergreifend und im Kontext der Hausarztpraxis betrachtet werden.

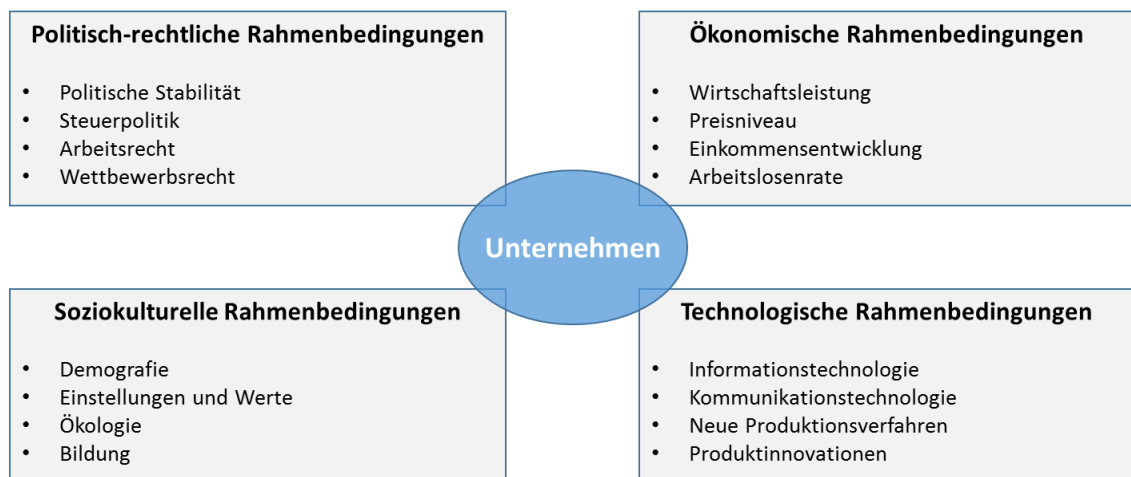


Abbildung 48: Makroumfeld eines Unternehmens²

Die politisch-rechtlichen Rahmenbedingungen werden den Unternehmen vom Staat bzw. dem Gesetzgeber vorgegeben. In diese Kategorie fallen u.a. die innen- und außenpolitische Stabilität, die politische Einstellung der amtierenden Regierung, die Steuergesetzgebung sowie das Arbeits- und Wettbewerbsrecht.³ Für Hausarztpraxen und andere Leistungserbringer des Gesundheitssystems ist dieser Bereich des Makroumfeldes von großer Bedeutung und sollte entsprechende Aufmerksamkeit erhalten. Angefangen bei der durch die Bedarfsplanung beeinflussten Praxisgründung über die Abrechnung der ärztlichen Leistungen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab bis hin zu Vorgaben bei der Praxisveräußerung sind sämtliche Phasen des hausärztlichen Lebenszyklus von politisch-rechtlichen Vorgaben bestimmt.⁴ Um relevante Entwicklungen rechtzeitig zu erfassen, ist es für das hausärztliche Controlling essenziell, diesen Bereich in regelmäßigen Abständen genau zu untersuchen. So ist z.B. die immer wieder

¹ Vgl. Steuernagel (2017), S.61.

² Quelle: Eigene Darstellung.

³ Vgl. Müller-Stewens/Lechner (2011), S.188f.

⁴ Vgl. ausführlich Kapitel 3.

aufkommende Diskussion um eine Bürgerversicherung als eine mögliche Entwicklung mit gravierenden Konsequenzen für die vertragsärztliche Vergütungsmechanik zu identifizieren. Weitere wesentliche politisch-rechtliche Entwicklungen sind der zunehmende Hausärztemangel in ländlichen, unterversorgten Gebieten und die von der Politik als Antwort darauf eingeführten Fördermaßnahmen für Gründer und bestehende Arztpraxen.¹

Ökonomische Faktoren beschreiben die gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen, in denen ein Unternehmen agiert. Viele Informationen dieser Kategorie liegen in Gestalt quantitativer Daten vor und werden regelmäßig vom Statistischen Bundesamt zur Verfügung gestellt. Relevante Kenngrößen, die Unternehmen bei der Einschätzung ihrer Angebots- und Nachfragesituation verwenden können, sind z.B. das Bruttoinlandsprodukt, die Einkommensentwicklung, die Lebenshaltungskosten, die Arbeitslosenrate und die Inflationsrate.² Ein Vergleich mit anderen Ländern kann zudem international agierende Unternehmen bei Entscheidungen zur Auslandsexpansion unterstützen.³ Hausarztpraxen sollten die volkswirtschaftlichen Rahmenbedingungen im Auge behalten, müssen sie aber nicht in das Zentrum ihres Controllings stellen. Angebot und Nachfrage ärztlicher Leistungen hängen im Gegensatz zu Produkten bzw. Dienstleistungen anderer Branchen kaum von wirtschaftlichen Faktoren ab und unterliegen keinen nennenswerten konjunkturellen Schwankungen. Von größerer Bedeutung sind in dieser Kategorie dagegen die Arbeitsmarktsituation im Allgemeinen sowie die Verfügbarkeit und das Lohnniveau von Praxispersonal im Speziellen.

Unter den soziokulturellen Rahmenbedingungen werden die Struktur einer Gesellschaft und die in ihr herrschenden Werte, Normen und Einstellungen gegenüber verschiedenen Themenbereichen subsumiert.⁴ So gehört z.B. der mittlerweile im Zentrum der öffentlichen Aufmerksamkeit angekommene Klimawandel zu diesem Segment des Makroumfeldes. Das Geschäftsmodell einer Hausarztpraxis wird durch viele soziokulturelle Rahmenbedingungen beeinflusst, von denen aktuell zwei Entwicklungen hervorzuheben sind: Zum einen unterliegt der gesellschaftliche Wertekompass in den letzten Jahren einem Wandel hin zu einem höheren Gesundheitsbewusstsein und einem stärkeren Interesse an gesundheitlichen Themen. Im ärztlichen Alltag spiegelt sich diese

¹ Vgl. ausführlich Abschnitt 2.4.2.

² Vgl. Welge/Al-Laham/Eulerich (2017), S.304 und Müller-Stewens/Lechner (2011), S.188.

³ Vgl. Steuernagel (2017), S.62.

⁴ Vgl. Müller-Stewens/Lechner (2011), S.188.

Entwicklung dahingehend wider, dass Patienten häufiger einen Arzt aufsuchen, sich besser informieren als in der Vergangenheit und sich eine stärkere Partizipation am Behandlungsprozess wünschen.¹ Zum anderen bestimmt der demografische Wandel verschiedene Aspekte der hausärztlichen Geschäftstätigkeit und resultiert u.a. in einem zunehmend höheren Durchschnittsalter der Patienten und infolgedessen einem anders zusammengesetzten Krankheits- und Behandlungsspektrum.²

Die vierte Kategorie der Umweltfaktoren im Rahmen der PEST-Analyse wird durch die technologischen Rahmenbedingungen gebildet. Im Zentrum des Interesses steht dabei der Einsatz neuer Technologien sowohl in internen Prozessen als auch in den angebotenen Produkten und Dienstleistungen.³ Kennzeichnend für das technologische Umfeld sind seine hohe Veränderungsgeschwindigkeit und sein außergewöhnlicher Einfluss auf einzelne Unternehmen und gesamte Märkte, was sich z.B. an der raschen und sämtliche Lebensbereiche umfassenden Verbreitung des Internets in den letzten Jahrzehnten nachvollziehen lässt.⁴ Unternehmen, die ihr Geschäftsmodell nicht bzw. nicht schnell genug an diese neue Technologie anpassen konnten oder wollten, sind in fast allen Branchen aus dem Wettbewerb gedrängt worden. Hausarztpraxen gehören zu der kleinen Gruppe von Betrieben, für die diese Marktregeln nur eingeschränkte Gültigkeit besitzen. Noch heute begnügen sich viele Hausärzte mit einer einfachen technischen Infrastruktur und verzichten z.B. bewusst auf einen Internetauftritt oder elektronische Kommunikationsformen. Aufgrund des über die Bedarfsplanung regulierten Wettbewerbes und der gesetzlich vorgegebenen Vergütung ihrer Behandlungsleistungen können sich auch solche Praxen gut behaupten. Sie schöpfen jedoch oftmals nicht ihr gesamtes Potenzial aus und müssen mittlerweile z.B. auch mit Honorarabzügen rechnen, wenn sie sich nicht an der vom Gesetzgeber zuletzt forcierten Telematikinfrastruktur beteiligen. Im Gegenzug bieten sich gerade den gegenüber neuen Technologien aufgeschlossenen Hausarztpraxen derzeit gute Möglichkeiten zur Erweiterung ihres Geschäftsmodells. So stellt insbesondere die Telemedizin eine für den Patienten direkt wahrnehmbare Innovation dar und wird sehr wahrscheinlich in den kommenden Jahren stark an Bedeutung zunehmen.⁵

¹ Vgl. ausführlich Abschnitt 2.4.3.

² Vgl. ausführlich Abschnitt 2.4.1.

³ Vgl. Müller-Stewens/Lechner (2011), S.189.

⁴ Vgl. Welge/Al-Laham/Eulerich (2017), S.305.

⁵ Vgl. zur Digitalisierung ausführlich Abschnitt 2.4.4.

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass für Hausarztpraxen ebenso wie für Betriebe anderer Branchen die Durchführung einer PEST-Analyse einen sinnvollen Baustein des strategischen Controllings darstellen kann. Hausarztpraxen sollten dabei den politisch-rechtlichen und den soziokulturellen Rahmenbedingungen die größte Aufmerksamkeit widmen, da diese beiden Kategorien besonders viele ihre Geschäftstätigkeit beeinflussende Faktoren enthalten. Derzeit können u.a. der Hausärztemangel, der demografische Wandel, ein verändertes Patientenverhalten sowie die Telemedizin als bedeutende Trends des hausärztlichen Makroumfeldes angesehen werden.¹ Ob sich die im Rahmen der Umweltanalyse identifizierten Entwicklungen als Chancen oder Risiken darstellen, wird primär von den individuellen Gegebenheiten und der Anpassungsreaktion des Unternehmens bestimmt. Vor diesem Hintergrund wird die Bedeutung einer frühzeitigen und regelmäßigen Antizipation der relevanten Umweltentwicklungen für eine Hausarztpraxis ersichtlich.

5.4.3 SWOT-Analyse

Die SWOT-Analyse (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) ist den Instrumenten des strategischen Controllings zugehörig und nimmt eine zentrale Rolle im Gesamtprozess der strategischen Planung ein (siehe Abbildung 49).

¹ Vgl. ausführlich Abschnitt 2.4.

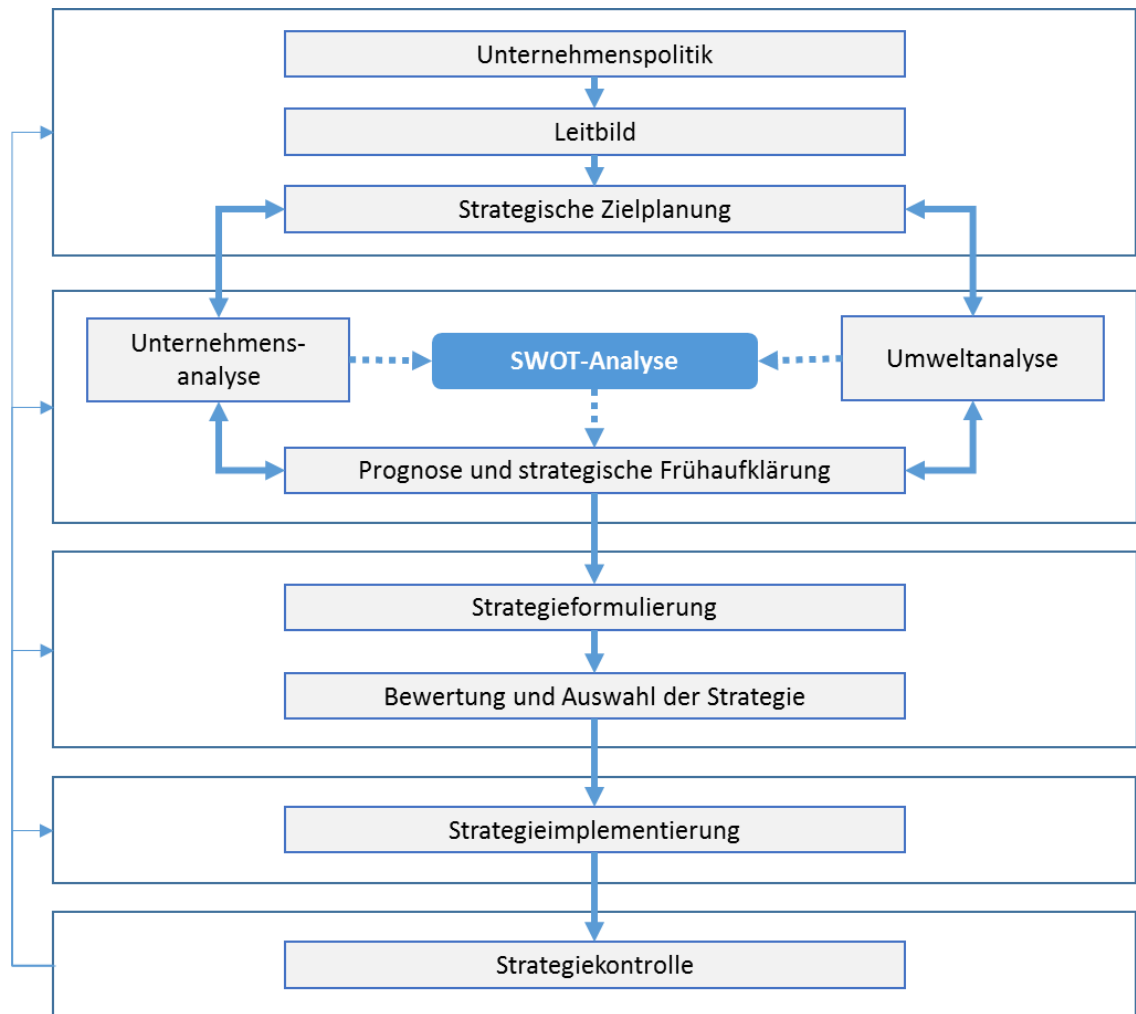


Abbildung 49: Rolle der SWOT-Analyse im strategischen Managementprozess¹

Basierend auf den Visionen und Zielen zeichnen eine umfassende Unternehmens- und Umweltanalyse ein Gesamtbild der unternehmerischen Situation und liefern zugleich die notwendigen Informationen für die Entwicklung und Auswahl von Strategien.² Dabei können z.B., wie in den vorigen Abschnitten dargelegt, die Unternehmensanalyse mittels der Wertkette und die Umweltanalyse mittels Branchenstrukturanalyse und PEST-Analyse erfolgen. Die SWOT-Analyse nimmt dann eine systematisierende Rolle ein, indem sie die Ergebnisse der Unternehmensanalyse in Form von Stärken und Schwächen zusammenfasst und den im Rahmen der Umweltanalyse ermittelten Chancen und Risiken gegenüberstellt. Die resultierende Vier-Felder-Matrix kann wiederum als Basis für die anschließende Strategieformulierung dienen (siehe Abbildung 50).

¹ Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Welge/Al-Laham/Eulerich (2017), S.195.

² Vgl. ebenda, S.299.

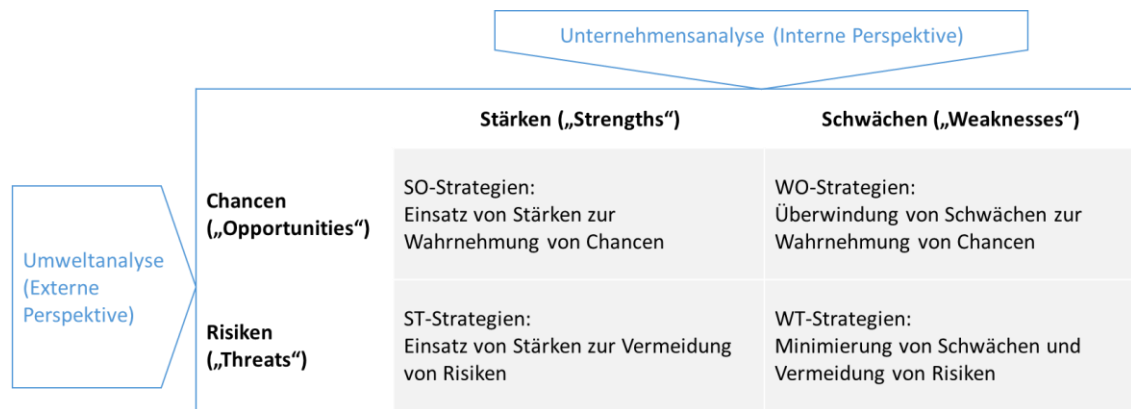


Abbildung 50: SWOT-Matrix¹

Es ergeben sich vier idealtypische Szenarien:² Sogenannte SO-Strategien (**S**trengths **O**pportunities) setzen die Stärken des eigenen Unternehmens ein, um die im Zuge der Umweltanalyse identifizierten Chancen zu nutzen. Es handelt sich hier um die klassische Form einer Wachstumsstrategie. Ein Beispiel für dieses Szenario wäre ein technologieaffiner Hausarzt mit moderner Praxis-IT-Infrastruktur, der die telemedizinische Patientenversorgung als Chance auffasst und sein Geschäftsmodell um entsprechende Angebote erweitert. Im Rahmen von WO-Strategien (**W**eaknesses **O**pportunities) sollen interne Schwächen überwunden bzw. zu Stärken transformiert werden, um externe Chancen wahrnehmen zu können. Möchte in Anknüpfung an das vorige Beispiel eine bisher wenig technologieaffine Hausarztpraxis ihren Patienten zukünftig telemedizinische Angebote machen, so könnte sie im Sinne einer solchen Strategie ihre IT-Infrastruktur durch Investitionen auf einen modernen Stand bringen. ST-Strategien (**S**trengths **T**hreats) zielen auf den Einsatz der eigenen Stärken zur Abwehr von Umweltrisiken ab. Ein Beispiel im hausärztlichen Kontext wäre eine Praxis, die im Zuge der internen Analyse ein umfangreiches Angebot an individuellen Gesundheitsleistungen als Stärke identifiziert hat. Sollten sich die politisch-rechtlichen Rahmenbedingungen dahingehend verändern, dass eine zukünftige Regierung die Bürgerversicherung einführt, hätte das für viele Arztpraxen durch den Wegfall der privatärztlichen Vergütung voraussichtlich deutliche Umsatzeinbußen zur Folge.³ Die besagte Praxis könnte versuchen, diese Bedrohung zu minimieren, indem sie ihr bereits vorhandenes Angebot privater Zusatzleistungen weiter ausbaut und aktiv bewirbt. Im Szenario der WT-Strategien (**W**eaknesses **T**hreats) treffen interne Schwächen eines Unternehmens auf

¹ Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Welge/Al-Laham/Eulerich (2017), S.460.

² Vgl. im Folgenden ebenda, S.461.

³ Vgl. Kaiser (2017), S.34f.

korrespondierende Bedrohungen des Makroumfeldes. Betriebe in einer solchen Situation sind oft in ihrer Existenz bedroht und sollten Defensivstrategien ergreifen, um ihr Überleben zu sichern.¹ Als Beispiel sei ein Produktionsbetrieb angeführt, der im Vergleich zu den Mitbewerbern hohe Fertigungskosten als Schwäche festgestellt hat und in einem Umfeld agiert, das derzeit einen Preiswettbewerb führt. In der Branche der Hausarztpraxen sind solche existenzbedrohenden Situationen selten anzutreffen, weshalb WT-Strategien hier eine untergeordnete Rolle spielen.

5.4.4 Kennzahlensysteme

Kennzahlen dienen der verdichteten, quantitativen Abbildung betriebswirtschaftlicher Sachverhalte und Zusammenhänge.² In einer Welt mit nahezu unbegrenzt zur Verfügung stehenden Daten und Informationen verfolgen sie u.a. den Zweck, ihren Adressaten einen schnellen, aussagekräftigen Überblick über verschiedene unternehmerische Aspekte zu vermitteln. Unterschieden werden kann zwischen absoluten, Einzelwerte repräsentierenden Kennzahlen und relativen Kennzahlen, die zwei Werte in ein Verhältnis zueinander stellen.³ Beispielsweise berechnet sich die relative Kennzahl „Eigenkapitalquote“ als Quotient aus den absoluten Kennzahlen „Eigenkapital“ und „Bilanzsumme“. Der primäre Einsatzbereich von Kennzahlen ist das operative Controlling, sie können aber auch Bestandteil von strategischen oder kombinierten strategisch-operativen Instrumenten sein. Kennzahlen besitzen in erster Linie eine Informationsfunktion und können z.B. im Rahmen eines Elektronischen Management-Information-Systems in Form eines Ampel- oder Tachometerschemas visualisiert werden. Um die quantitative Ausprägung einer Kennzahl inhaltlich einschätzen zu können, ist mindestens ein weiterer, z.B. im Rahmen eines Zeitreihen-, Betriebs- oder Soll-Ist-Vergleiches erhobener, Richtwert erforderlich.⁴ Zeitreihenvergleiche beurteilen die Ausprägung einer Kennzahl anhand ihrer Werte in der Vergangenheit, Betriebsvergleiche anhand des Branchendurchschnittswertes. Im Rahmen eines Soll-Ist-Vergleiches wird eine Kennzahl an einem vorher definierten Plan- bzw. Zielwert gemessen.

¹ Vgl. Welge/Al-Laham/Eulerich (2017), S.461.

² Vgl. Gladen (2014), S.9.

³ Vgl. ebenda, S.14f.

⁴ Vgl. ebenda, S.34.

Ein Kennzahlensystem stellt mehrere solcher Kennzahlen zusammen, um eine Übersicht des gesamten Unternehmens oder bestimmter Teilbereiche zu ermöglichen.¹ Das Spektrum reicht dabei von fokussierten Management-Cockpits mit nur wenigen, zentralen Kennzahlen bis hin zu komplexen, mehrstufigen Kennzahlensystemen wie z.B. dem in Abbildung 51 dargestellten DuPont-Schema.

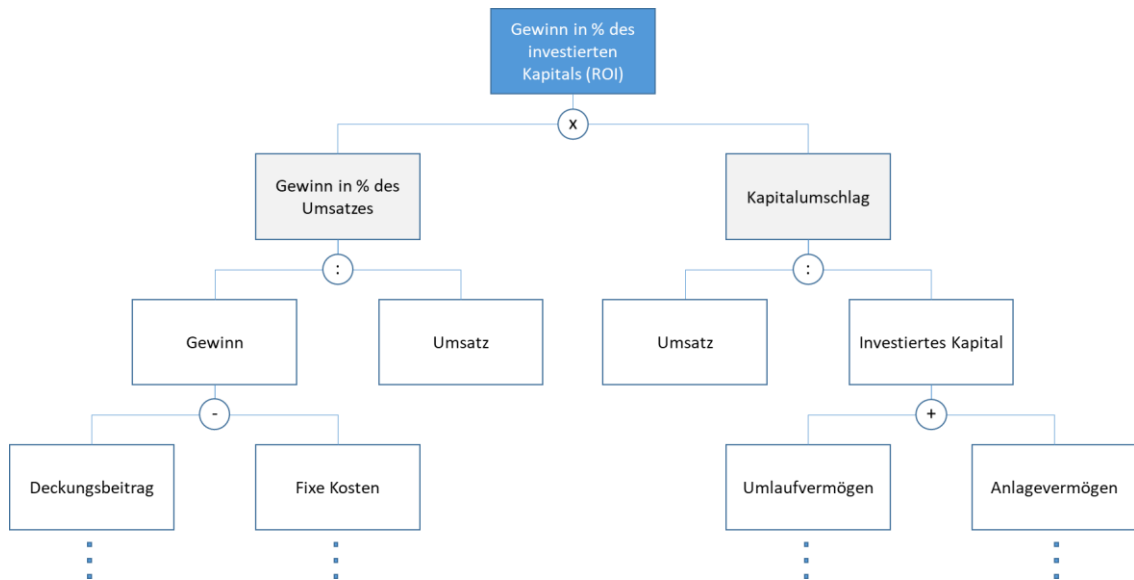


Abbildung 51: DuPont-Schema²

Dieses 1919 entwickelte Kennzahlensystem definiert die Gesamtkapitalrentabilität (Return on Investment bzw. ROI) als Spitzenkennzahl und zugleich Zielgröße des Unternehmens und verzweigt sie pyramidenartig immer tiefer, wodurch der Einfluss einzelner Faktoren und Bereiche auf den Gesamterfolg des Unternehmens erkennbar wird.³ Da jede Beziehung zwischen zwei Kennzahlen auf mathematischen Operationen basiert, zählt das DuPont-Schema zu den Rechensystemen.⁴ Controlling-Konzepte wie dieses weisen mehrere Einschränkungen auf, die sie für den Einsatz in der Hausarztpraxis wenig geeignet erscheinen lassen.⁵ So werden die verwendeten Kennzahlen ausschließlich aus dem Rechnungswesen bezogen, was einerseits eine entsprechend detaillierte und zuverlässige Buchhaltung erfordert und andererseits bedeutet, dass die zugrundeliegenden Daten vergangenheitsorientiert sind. Weiterhin wird zwar der Einfluss der untergeordneten Kennzahlen auf die übergeordnete Kennzahl deutlich,

¹ Vgl. Reichmann/Kißler/Baumöl (2017), S.50ff.

² Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung (verkürzt) an Horváth/Gleich/Seiter (2015), S.292.

³ Vgl. ebenda, S.291f.

⁴ Vgl. zum Unterschied zwischen Ordnungs- und Rechensystemen ebenda, S.288f.

⁵ Vgl. zu den Grenzen des DuPont-Schemas bzw. von Kennzahlensystemen allgemein ebenda, S.289, Joos (2014), S.71, S.74f. und Gladen (2014), S.91f.

Beziehungen zwischen Kennzahlen der gleichen Ebene finden jedoch keine Berücksichtigung. Für den alleinigen Einsatz in einer Hausarztpraxis disqualifizierend ist schließlich der Umstand, dass das DuPont-Schema einer Monozielausrichtung folgt und das mehrdimensionale Zielsystem einer Hausarztpraxis nicht adäquat abzubilden vermag. Eine Weiterentwicklung stellt das von Reichmann konzipierte RL-Kennzahlensystem dar, das der Rentabilität die Liquidität als zweite Spitzenkennzahl zur Seite stellt.¹ Anders als in das DuPont-Schema können nicht nur rechnerisch, sondern auch sachlich miteinander verknüpfte Kennzahlen Eingang finden, weshalb von einem Ordnungssystem gesprochen wird.² Das RL-Kennzahlensystem besteht aus einem allgemeinen Teil mit branchenübergreifend relevanten Kennzahlen sowie einem Sonderteil, der unternehmensspezifische Felder enthält. Besonders die Flexibilität des Sonderteils lässt das RL-Kennzahlensystem für eine Hausarztpraxis geeigneter erscheinen als das DuPont-Schema. Als gewichtiger Nachteil verbleibt jedoch vor allem die Beschränkung auf zwei Spitzenkennzahlen, sodass auch hier das mehrdimensionale, nicht-monetäre Ziele enthaltende, Zielsystem einer Hausarztpraxis nur unzureichend Berücksichtigung findet.

Viele der genannten Einschränkungen vermag die Balanced Scorecard zu überwinden, deren Grundstruktur in Abbildung 52 veranschaulicht ist:

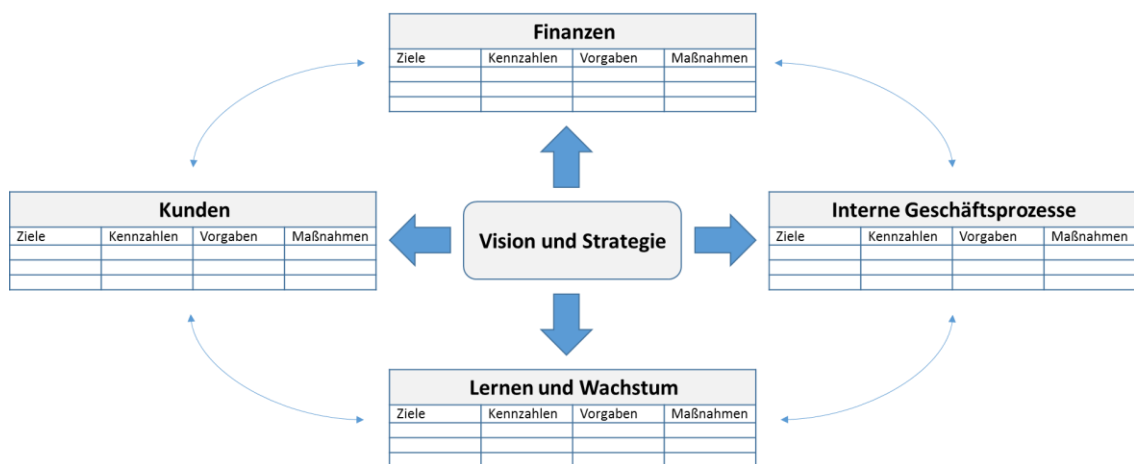


Abbildung 52: Grundstruktur der Balanced Scorecard³

Dieses von Kaplan/Norton konzipierte Controllinginstrument kann als vollständiges strategisches Managementsystem fungieren und ist damit mehr als ein reines

¹ Vgl. hier und im Folgenden ausführlich Reichmann/Kißler/Baumöl (2017), S.55ff.

² Vgl. Gladen (2014), S.101.

³ Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Kaplan/Norton (1996), S.76.

Kennzahlensystem. Im Zentrum der Betrachtung stehen die Unternehmensvision und -strategie.¹ Diese werden von den vier Dimensionen „Finanzen“, „Kunden“, „Lernen und Wachstum“ sowie „Interne Geschäftsprozesse“ umgeben, wodurch sich eine integrierte Sichtweise aus unterschiedlichen Perspektiven auf das Unternehmen ergibt. Aus Vision und Strategie werden verbalisierte Ziele für die einzelnen Dimensionen abgeleitet und diese durch geeignete Kennzahlen operationalisiert. Neben monetären Kennzahlen, wie z.B. der Liquidität, können auch nicht-monetäre Kennzahlen, z.B. die Patientenzahl, Berücksichtigung finden. Der nächste Schritt weist diesen Kennzahlen Vorgabewerte zu und legt Maßnahmen zur Zielerreichung fest. Dieses Vorgehen macht deutlich, dass es sich bei der Balanced Scorecard nicht nur um ein Kennzahlensystem, sondern um ein Konzept zur Umsetzung strategischer Ziele in operative Aufgaben handelt.² Entsprechend im Unternehmen verankert, kann sie auch zur Einbindung und Motivation der Mitarbeiter sowie zur Überprüfung und Konkretisierung der Strategie dienen und die Aufgabe eines Frühwarnsystems wahrnehmen.³

Zur Veranschaulichung der bisherigen Ausführungen soll nachfolgend die exemplarische Anwendung der Balanced Scorecard im hausärztlichen Kontext skizziert werden. Dem Beispiel zugrunde gelegt sei eine Hausarztpraxis, deren Vision es vorsieht, sich in den nächsten Jahren als überregionale Schwerpunktpraxis für Diabetologie zu etablieren und in diesem Zuge möglichst auch den Praxisgewinn zu steigern. Die Aufgabe der Balanced Scorecard besteht darin, als Controllinginstrument die Umsetzung dieser Vision in untergeordnete Ziele und schließlich in konkrete, operative Maßnahmen zu unterstützen. Dazu werden in einem ersten Schritt die vier generischen Perspektiven des Grundmodells angepasst. Es bietet sich an, die Finanz- und Prozess-Perspektiven zu übernehmen, die Kunden-Sichtweise durch eine Patienten-Sichtweise zu ersetzen sowie „Lernen und Wachstum“ zu einer Mitarbeiter-Perspektive zu konkretisieren. Für jede Sichtweise werden anschließend Ziele, Kennzahlen, Vorgaben und Maßnahmen festgelegt.

So könnte die Finanzperspektive die beiden Ziele „Steigerung des Gewinns“ und „Steigerung der mit diabetologischen Behandlungsleistungen erzielten Umsätze“ enthalten. Das Gewinnziel wird durch die Kennzahlen „Rentabilität“ und „Umsatz“ abgebildet, denen wiederum Sollwerte zugewiesen werden. Um das Ziel der

¹ Vgl. im Folgenden Buchholz (2013), S.284ff.

² Vgl. Buchholz (2013), S.281f.

³ Vgl. ebenda, S.283.

diabetesbezogenen Umsatzsteigerung zu operationalisieren, können z.B. einzelne Abrechnungspositionen oder der im Rahmen des entsprechenden Disease Management Programmes erzielte Umsatz herangezogen werden. Die Finanzperspektive bildet inhaltlich die Spitzenperspektive, an der sich die anderen Dimensionen ausrichten.¹ Damit im Einklang könnte die Patientenperspektive das strategische Ziel verfolgen, die Anzahl der im Disease Management Programm eingeschriebenen Patienten zu erhöhen. Diese Patientenzahl wird auch als zu überwachende Kennzahl definiert und erhält einen Sollwert. Eine denkbare Maßnahme zur Zielerreichung ist eine intensivierete Kommunikation der Vorteile des Programmes unter den an Diabetes erkrankten Patienten der Praxis. Zur Gewinnung neuer Patienten könnte die Praxis ferner einen Internetauftritt erhalten, der gezielt den diabetologischen Schwerpunkt in den Vordergrund stellt. Als strategisches Ziel der Mitarbeiterperspektive bietet sich eine umfassende diabetologische Qualifizierung des Praxispersonals an, wobei die durchschnittliche Anzahl der zu diesem Thema durchgeführten jährlichen Schulungstage pro Mitarbeiter als Kennzahl fungieren kann. Denkbare Maßnahmen zur Zielerreichung sind u.a. die Durchführung regelmäßiger Schulungen und die Weiterbildung von medizinischen Fachangestellten zu Diabetesassistenten oder -beratern. Erstrebenswerte strategische Ziele der Prozessperspektive sind eine hohe Qualität sowie effiziente Abläufe in der Beratung und Behandlung von Diabetespatienten. Diese könnten z.B. über die Komplikationsrate und die Zeitdauer diabetologischer Eingriffe operationalisiert werden. Sinnvolle Maßnahmen zur Optimierung dieser Kennzahlen umfassen u.a. wiederum die Durchführung regelmäßiger Mitarbeiterschulungen sowie eine Verbesserung der Praxisausstattung.

Die beschriebenen Ziele, Kennzahlen und Maßnahmen stellen nur einen kleinen, exemplarischen Ausschnitt einer hausärztlichen Balanced Scorecard dar. Eine vollständige Ausgestaltung wird darüber hinaus etliche weitere Kennzahlen enthalten, die möglicherweise nur einen indirekten Bezug zur Vision besitzen, für den Praxisinhaber aber von betriebswirtschaftlicher Bedeutung sind. Beispielhaft seien der Praxiswert, die Fallzahl der Praxis, die Patientenzufriedenheit, die durchschnittlichen Fehltagel der Mitarbeiter und die durchschnittliche Wartezeit auf einen Termin angeführt. Auch globale Entwicklungen lassen sich mit geeigneten Kennzahlen abbilden, z.B. der demografische Wandel mittels einer Erfassung des durchschnittlichen Patientenalters. Um eine Beurteilung der Werte im Betriebsvergleich zu ermöglichen, kann sich der

¹ Vgl. Buchholz (2013), S.285f.

Praxisinhaber an öffentlich verfügbaren Daten orientieren und bevorzugt solche Kennzahlen auswählen, die z.B. vom Statistischen Bundesamt oder im Rahmen des Zi-Praxis-Panels erhoben werden. Nach vollständiger Modellierung und Einführung der Balanced Scorecard kann der Praxisinhaber sie als integriertes Managementsystem nutzen. Die regelmäßige Überprüfung auf Soll-Ist-Abweichungen kann dann z.B. mittels softwarebasierter Dashboards erfolgen und dient als Entscheidungshilfe zum Anstoßen bzw. Intensivieren der zuvor definierten Zielerreichungsmaßnahmen.

Für das hausärztliche Controlling erscheint die Balanced Scorecard insbesondere aufgrund ihrer ausgewogenen („balanced“) Herangehensweise gut geeignet: Anstatt nur auf wenige Spitzenkennzahlen zu fokussieren, kann das Zielsystem des Unternehmens verschiedene monetäre und nicht-monetäre, strategische und operative Komponenten sowie Früh- und Spätindikatoren beinhalten.¹ Zudem erfolgt die Betrachtung der Geschäftstätigkeit nicht nur aus der finanzwirtschaftlichen Perspektive, sondern bezieht mehrere Sichtweisen ein und basiert auf flexiblen Kennzahlen, zu denen neben quantitativen auch quantifizierbare qualitative Größen gehören können.

Den Vorteilen der Balanced Scorecard stehen verschiedene Beschränkungen und Kritikpunkte gegenüber:² Zum einen bedingt die Verfolgung mehrerer verschiedener strategischer Ziele fast unausweichlich einen Konflikt zwischen diesen. Ist z.B. im DuPont-Schema die Gesamtkapitalrentabilität als Spitzenkennzahl eindeutig allen anderen übergeordnet, so muss der Unternehmer bei der Balanced Scorecard im Falle konkurrierender Ziele selbst entscheiden, welchem er Priorität einräumt. Im zuvor beschriebenen Beispiel der Hausarztpraxis wäre ein solcher Konflikt zu erwarten, wenn der Praxisinhaber zusätzlich eine optimale Work-Life-Balance in seine Vision integrieren möchte. Ein weiterer Kritikpunkt ist die Beschränkung des Grundmodells auf vier Perspektiven unter Vernachlässigung weiterer relevanter Einflussfaktoren insbesondere des Makroumfeldes. Dem kann begegnet werden, indem die Balanced Scorecard zum einen entsprechende unternehmensspezifische Anpassungen erfährt und zum anderen durch weitere Controllinginstrumente, wie z.B. das Branchenstrukturmodell oder die PEST-Analyse, ergänzt wird. Ein die Implementierung betreffendes Hindernis ist darin zu sehen, dass die Balanced Scorecard ihre vielfältigen Funktionen nur dann umfassend erfüllen kann, wenn sie entsprechend sorgfältig modelliert wurde. So wird u.a. die

¹ Vgl. Buchholz (2013), S.281.

² Vgl. im Folgenden Baum/Coenenberg/Günther (2013), S.418f.

begleitende Erstellung einer Strategy Map empfohlen, die sämtliche Ursachen-Wirkungsketten zwischen den Kennzahlen aufzeigt.¹ Im betrieblichen Alltag dürfte der für die initiale Ausgestaltung und spätere Überarbeitungen nötige Aufwand viele Unternehmen überfordern und zu einer Komplexitätsreduktion verleiten, indem z.B. nur der Aspekt eines in mehrere Kategorien unterteilten Kennzahlensystems umgesetzt wird.² Eine solcherart vereinfachte Version der Balanced Scorecard kann zwar nicht mehr als integratives Managementsystem fungieren, es ließe sich jedoch argumentieren, dass sie als Instrument mit primärer Informationsfunktion dennoch einen sinnvollen Beitrag zum Controlling der meisten Hausarztpraxen leisten kann.

5.4.5 Break-Even-Analyse

Die Break-Even-Analyse zählt zu den Instrumenten des operativen Controllings und basiert auf Daten der Kosten- und Leistungsrechnung. Ihre Aufgabe besteht darin, durch Gegenüberstellung von Umsätzen und Kosten die Gewinnschwelle des Unternehmens grafisch oder rechnerisch zu bestimmen. Abbildung 53 demonstriert das grafische Verfahren schematisch:

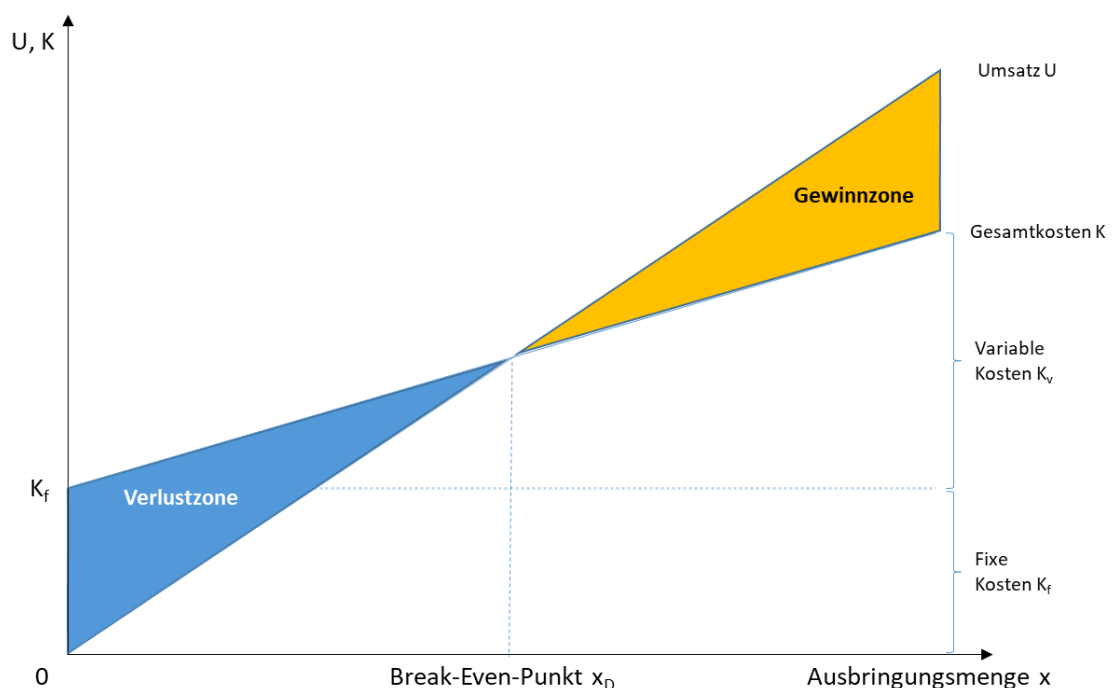


Abbildung 53: Grafische Bestimmung von Break-Even-Punkt, Gewinn- und Verlustzone³

¹ Ein Beispiel einer solchen Strategy Map findet sich in Horváth/Gleich/Seiter (2015), S.118.

² Vgl. Baum/Coenenberg/Günther (2013), S.425f.

³ Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Wöhe/Döring/Brösel (2016), S.838.

Als Break-Even-Punkt oder Gewinnschwelle wird die Ausbringungsmenge bezeichnet, bei der sich Umsatz- und Kostengerade schneiden. Ab dieser Produktionsmenge arbeitet das Unternehmen profitabel und gelangt in die Gewinnzone. Rechnerisch lässt sich der Break-Even-Punkt durch Gleichsetzen von Umsatz- und Kostenfunktion bestimmen. Dabei ergeben sich die Umsätze als Produkt aus Preis und Ausbringungsmenge, während die Kosten mittels Addition der fixen und variablen Kosten gebildet werden.¹ Nach Umstellung² resultiert die Gleichung:

$$\text{Break – Even – Punkt} = \frac{\text{fixe Kosten}}{\text{Preis – variable Stückkosten}}$$

Für die Break-Even-Analyse gelten mehrere Prämissen. So werden für den Umsatz konstante Marktpreise, ein Ein-Produkt-Portfolio sowie der vollständige Absatz der produzierten Menge unterstellt.³ Auf der Kostenseite werden eine eindeutige Auflösung der Gesamtkosten in fixe und variable Kosten sowie das Vorliegen eines proportionalen Kostenverlaufes vorausgesetzt.⁴ Auch sprungfixe Kosten finden im Grundmodell keine Berücksichtigung.

Die Break-Even-Analyse besitzt vielfältige Einsatzmöglichkeiten in der Unternehmensplanung und -kontrolle:⁵ Sie eignet sich für eine orientierende Betrachtung der Kosten- und Erlösstrukturen, der Gewinnchancen sowie des Verlustrisikos⁶ und damit als Ausgangspunkt weiterer Untersuchungen. Auch eine wiederholte Analyse im Zeitverlauf kann sinnvoll sein, um die Konsequenzen unternehmerischer Entscheidungen zu beurteilen. Ferner kann die ermittelte Gewinnschwelle als Kennzahl im Rahmen eines Frühwarnsystems eingesetzt werden.

Um die Break-Even-Analyse in der Hausarztpraxis verwenden zu können, sind mehrere Modifikationen erforderlich. Der Umsatz des Hausarztes fußt auf einem komplexen, gesetzlich geregelten Vergütungssystem und setzt sich im Wesentlichen aus den Erlösen der gesetzlichen und privaten Abrechnung zusammen.⁷ Die Prämisse des Ein-Produkt-Unternehmens ist somit bereits nicht erfüllt. Hinzu kommt, dass die mit etwa 85% den größten Anteil des Umsatzes ausmachenden GKV-Erlöse einer Limitierung unterliegen

¹ Vgl. Abbildung 20 in Abschnitt 3.3.1.

² Vgl. für die einzelnen Umformungsschritte Wöhe/Döring/Brösel (2016), S.838.

³ Vgl. Baier (2008), S.238.

⁴ Vgl. ebenda.

⁵ Vgl. im Folgenden ebenda, S.241f.

⁶ Vgl. Wöhe/Döring/Brösel (2016), S.838.

⁷ Vgl. ausführlich Abschnitt 3.3.2.

und Behandlungen über dem Regelleistungsvolumen nur noch abgestaffelt vergütet werden. Infolgedessen lässt eine grafische Projektion der Praxiseinnahmen in Abhängigkeit von der Anzahl der Behandlungsfälle einen in Abbildung 54 schematisch angedeuteten Verlauf der Umsatzkurve erwarten:

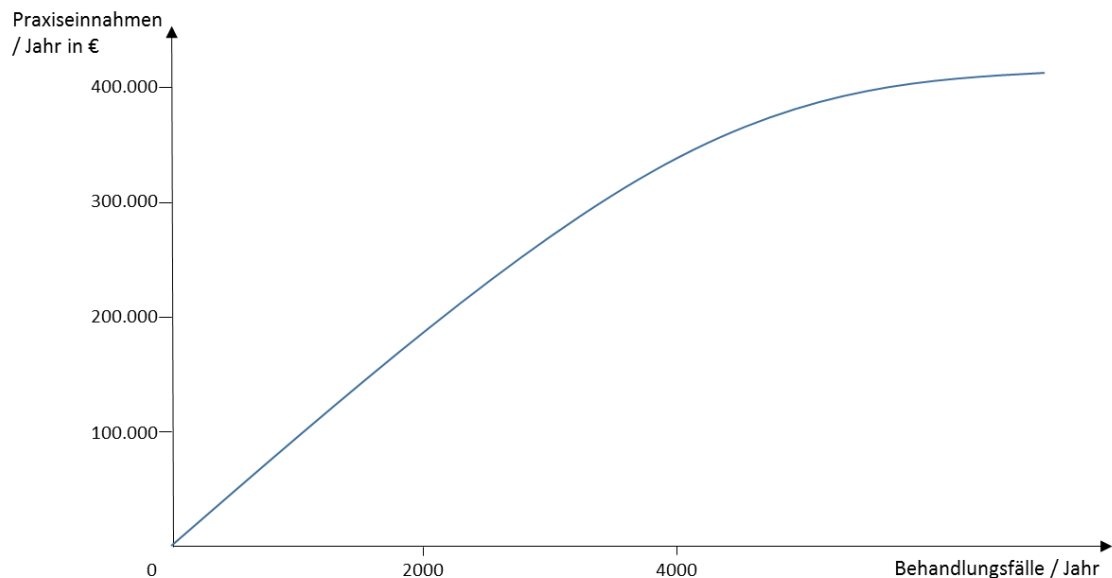


Abbildung 54: Exemplarische Darstellung der Praxiseinnahmen in Abhängigkeit von der Fallzahl¹

Für die typische Hausarztpraxis mit einem hohen Anteil durch das Regelleistungsvolumen begrenzter GKV-Einnahmen ergibt sich ein degressiver Kurvenverlauf, der ab einer bestimmten Fallzahl keine nennenswerte Steigung mehr aufweist. Dagegen besäße eine Praxis mit hohem Privatpatientenanteil bzw. eine reine Privatpraxis einen eher linearen, nach oben nur durch die Arbeitskapazität des Arztes begrenzten Kurvenverlauf, wie er auch in klassischen Produktionsbetrieben zu finden ist.

Hinsichtlich der Kosten besteht zum einen das Problem, dass eine eindeutige Auflösung in fixe und variable Kosten aufgrund des hohen Gemeinkostenanteils nur sehr eingeschränkt möglich ist. Zum anderen kann für die Hausarztpraxis das Vorliegen sprungfixer Kosten angenommen werden, die vor allem durch das Erfordernis zusätzlichen Praxispersonals und einer größeren Praxisfläche bei wachsendem Patientenaufkommen entstehen.²

¹ Quelle: Eigene Darstellung. Die Werte sind exemplarisch gewählt und beziehen sich auf eine inhabergeführte Einzelpraxis.

² Vgl. Abschnitt 3.3.3.

Abbildung 55 stellt die für eine Arztpraxis modifizierte Kostenkurve unter der Annahme eines solchen, weitgehend sprungfixen Kostenverlaufes schematisch dar:

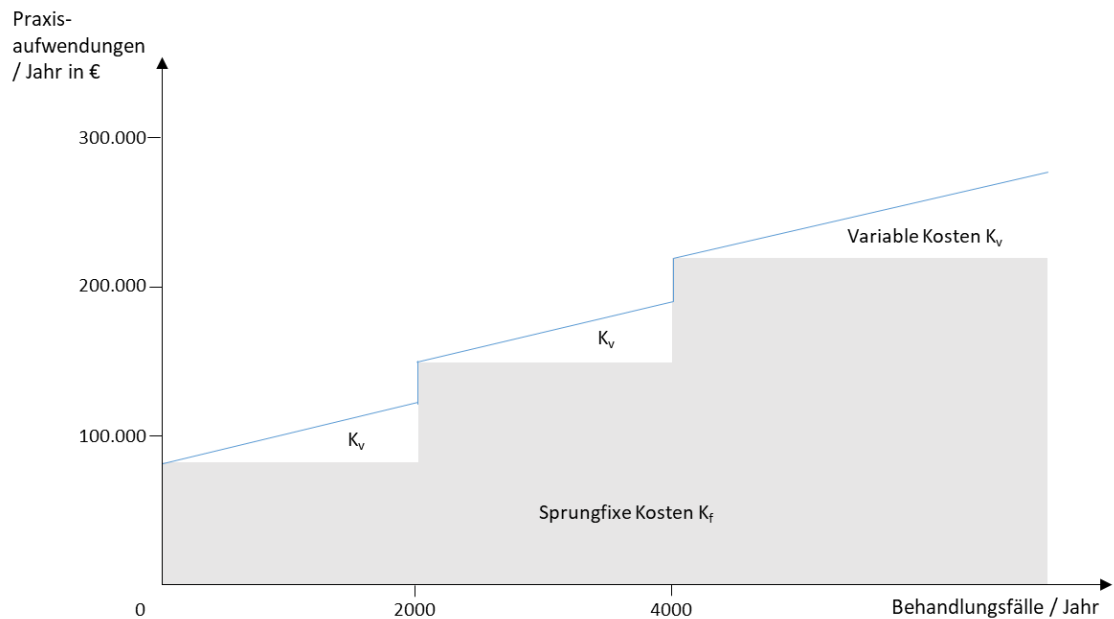


Abbildung 55: Exemplarische Kostenkurve einer Hausarztpraxis¹

Die Gesamtkosten ergeben sich aus Addition der sprungfixen und der variablen Kosten. Die Aufwendungen für Personal und Miete sind die beiden größten Positionen in der hausärztlichen Kostenstruktur, während die variablen Kosten einen für Dienstleistungsbetriebe typischen niedrigen Anteil einnehmen.² Im schematisch gewählten Beispiel werden bei einer Zahl von etwa 2000 und 4000 Behandlungsfällen im Jahr jeweils die Anstellung einer weiteren Arbeitskraft und ggf. die Anmietung größerer Praxisräume erforderlich, was die Fixkosten sprunghaft ansteigen lässt.

Werden die modifizierten Umsatz- und Kostenkurven übereinandergelegt, ergibt sich die in Abbildung 56 skizzierte grafische Break-Even-Analyse für eine Hausarztpraxis:

¹ Quelle: Eigene Darstellung. Die Werte sind exemplarisch gewählt und beziehen sich auf eine inhabergeführte Einzelpraxis.

² Vgl. ausführlich Abschnitt 3.3.3.

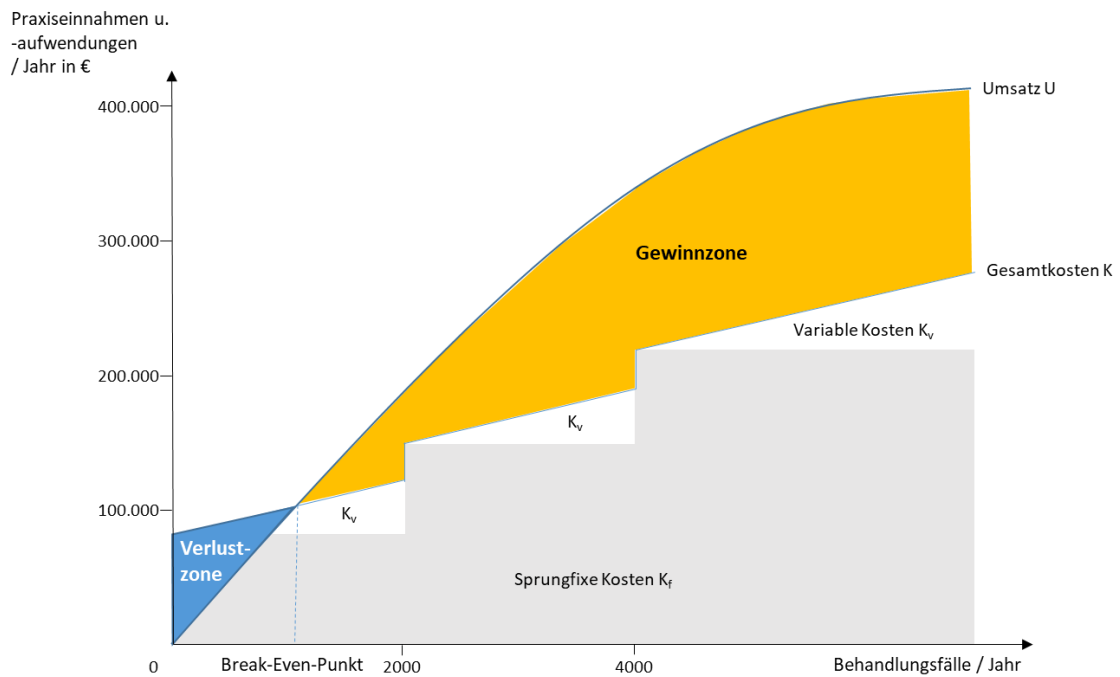


Abbildung 56: Exemplarische grafische Break-Even-Analyse für eine hausärztliche Einzelpraxis¹

Im gewählten, fiktiven Beispiel liegt der Break-Even-Punkt bei etwa 1000 Behandlungsfällen, d.h. ab diesem Patientenaufkommen arbeitet der Arzt gewinnbringend.

Die Beurteilung der Break-Even-Analyse für das hausärztliche Controlling sollte sich nach dem Einsatzzweck richten. Als regelmäßig einzusetzendes Instrument der operativen Detailplanung erscheint die Eignung aufgrund der bereits beschriebenen Nicht-Erfüllung mehrerer Prämissen fraglich. Insbesondere die nicht-linearen Verläufe von Umsatz- und Kostenkurve sowie die Schwierigkeit der Trennung in fixe und variable Kosten machen eine genaue rechnerische Bestimmung der Gewinnschwelle und der gewinnmaximierenden Fallzahl unmöglich. Im Unterschied zu Betrieben anderer Branchen besitzt der Break-Even-Punkt außerdem eine betriebswirtschaftlich geringere Bedeutung, da sich bereits eine durchschnittliche Hausarztpraxis mit 3500 Behandlungsfällen pro Arzt und Jahr² deutlich in der Gewinnzone befindet. Dies zeigt sich auch daran, dass betriebsbedingte Insolvenzen von Hausarztpraxen die absolute Ausnahme darstellen³ und zumeist private Gründe als Ursache für finanzielle Schief lagen

¹ Quelle: Eigene Darstellung. Die Werte sind exemplarisch gewählt und beziehen sich auf eine inhabergeführte Einzelpraxis.

² Die durchschnittliche Anzahl Behandlungsfälle eines Allgemeinmediziners bzw. hausärztlichen Internisten im 4. Quartal 2017 betrug 849, vgl. KBV (2020j), S.7.

³ Vgl. Abschnitt 2.3.

anzunehmen sind. Für den Praxisinhaber stellt sich im Regelfall weniger die Frage, ob seine Praxis Gewinn erwirtschaftet, sondern, ob dieser Gewinn seinen Einkommensansprüchen genügt. Von größerem Interesse könnte die Gewinnschwelle z.B. für Hausärzte sein, die ihre Praxis in Teilzeit führen oder vor dem Eintritt in den Ruhestand den Patientenstamm schrittweise reduzieren möchten. Daneben ermöglicht die Break-Even-Analyse eine erste Orientierung bei der Gründung bzw. Übernahme einer Praxis und kann z.B. im Rahmen der Kaufpreisverhandlungen als Argument des Käufers oder Verkäufers eingesetzt werden. Im laufenden Praxiscontrolling bietet sie sich in erster Linie als transparenzschaffendes Instrument an, das von tiefergehenden strategischen und operativen Werkzeugen flankiert werden sollte.

5.5 Zwischenfazit und Beantwortung der dritten Forschungsfrage

Dieses Kapitel widmete sich der dritten und zugleich zentralen Forschungsfrage. Aufbauend auf den Ergebnissen der vorangegangenen Kapitel zeigte sich als erste grundlegende Erkenntnis, dass Controlling auch für Hausarztpraxen von hoher Relevanz ist und bedeutende Entwicklungen des Umfeldes aufzudecken vermag. Da die hausärztliche Wertschöpfung stärker von langfristigen Veränderungen geprägt ist als von kurzfristigen Schwankungen, sollte der inhaltliche Schwerpunkt des Controllings auf strategischen Fragestellungen liegen. Die in einem Unternehmen eingesetzten Controllinginstrumente müssen mit seinem Zielsystem in Einklang stehen, weshalb dieses als Erstes zu definieren ist. In Abschnitt 5.2 konnte gezeigt werden, dass sich die Ziele einer Hausarztpraxis von denen vieler anderer Unternehmen durch eine ausgeprägte Mehrdimensionalität unterscheiden, die neben dem Gewinnziel insbesondere die Sicherstellung des Versorgungsauftrages beinhaltet.

Den gedanklichen Rahmen für die Auswahl und Implementierung konkreter Instrumente bilden die verschiedenen in der Forschungsliteratur vertretenen Controlling-Konzeptionen, die sich durch eine unterschiedliche Gewichtung der vielfältigen Aufgaben des Controllings voneinander abgrenzen. Ein hausärztliches Controlling-System kann nach entsprechenden Anpassungen grundsätzlich auf jede dieser Konzeptionen zurückgreifen. Aufgrund der geringen Größe und organisationalen Verzweigung einer Hausarztpraxis erscheinen jedoch die Koordinationsfunktion betonende Controlling-Konzeptionen weniger geeignet als solche, die eine enge Verzahnung von Controlling- und Managementaufgaben in den Vordergrund stellen. Als

Vertreterin der letztgenannten Gruppe wurde in Abschnitt 5.3.2 die wertschöpfungsorientierte Controlling-Konzeption herausgegriffen und der exemplarischen Ausgestaltung eines hausärztlichen Controlling-Systems zugrunde gelegt.

Angeichts der großen Zahl etablierter strategischer und operativer Controllinginstrumente stellt bereits die Auswahl der richtigen Werkzeuge eine Herausforderung für den Praxisinhaber dar. Vor diesem Hintergrund wurden in Abschnitt 5.4 mehrere Instrumente vorgeschlagen, die hinsichtlich ihrer Zielsetzung, inhaltlichen Ausrichtung und nicht zuletzt Anwenderfreundlichkeit besonders geeignet für den Einsatz in einer Hausarztpraxis erscheinen. Als zentrales Instrument des strategischen Controllings kann die SWOT-Analyse empfohlen werden. Ihr liegt eine in der Aufdeckung von Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken mündende strukturierte Untersuchung des Unternehmens und seiner Umwelt zugrunde, die z.B. mittels der in diesem Kapitel betrachteten und an die Besonderheiten der Hausarztpraxis adaptierten Wertkettenanalyse, Branchenstrukturanalyse und PEST-Analyse erfolgen kann. Eine wesentliche Rolle im Controlling vieler Unternehmen spielen Kennzahlensysteme. Während sich rechenbasierte, operative Kennzahlensysteme aufgrund ihres monetären Schwerpunktes und der Vernachlässigung mehrdimensionaler Zielsysteme weitgehend disqualifizieren, lässt sich die Balanced Scorecard sehr gut mit den Anforderungen einer Hausarztpraxis in Einklang bringen. Nach entsprechender Ausgestaltung der einzelnen Dimensionen stellt dieses etablierte Controllinginstrument nicht nur ein integriertes strategisches und operatives Kennzahlensystem dar, sondern kann auch als umfassendes Managementsystem fungieren. Aus der Vielzahl von primär operativen Instrumenten bietet sich besonders die Break-Even-Analyse aufgrund ihrer Eignung zur intuitiven Untersuchung der Gewinnerzielungsmechanik eines Unternehmens an. Zu berücksichtigen sind allerdings die vielfältigen Prämissen dieses Modells, die auf den ersten Blick Zweifel an der Eignung für den hausärztlichen Kontext aufkommen lassen. Wie jedoch gezeigt werden konnte, vermag das Instrument nach einigen Anpassungen sowohl die komplexe Vergütungsmechanik als auch den Kostenverlauf einer Hausarztpraxis approximativ abzubilden und kann dieserart zur Bestimmung und Illustration der Gewinnschwelle eingesetzt werden.

6 Resümierende Schlussbetrachtung und Ausblick

Die vorliegende Arbeit widmete sich dem Controlling in Hausarztpraxen und beleuchtete dieses in der Forschungsliteratur bisher wenig präsenste Thema aus verschiedenen Blickwinkeln. Das vielschichtige Sujet wurde strukturgebend in drei Forschungsfragen unterteilt, deren Ergebnisse im Folgenden noch einmal zusammengefasst und im Gesamtkontext betrachtet werden.

Die erste Forschungsfrage ging der heutigen Rolle der Hausarztpraxis im Gesundheitssystem sowie den zentralen aktuellen Entwicklungen in dieser Branche nach. Zunächst lässt die stetig an Akzeptanz gewinnende hausarztzentrierte Versorgung einen Wandel im Zusammenspiel der Akteure und eine Stärkung der hausärztlichen Funktion als erster Ansprechpartner der Patienten erwarten. Weiterhin sind derzeit mehrere Trends zu beobachten, die von Hausarztpraxen rechtzeitige Anpassungsmaßnahmen zur Sicherung ihrer Zukunftsposition und Vermeidung von Wettbewerbsnachteilen erfordern: Der demografische Wandel bedingt einen zunehmend älteren Patientenstamm, dem Hausärzte mittels eines auf typische Alterserkrankungen ausgerichteten Behandlungsangebotes und einer altersgerechten Praxisinfrastruktur Rechnung tragen sollten. Er ist ferner mitverantwortlich für die heute in vielen ländlichen Regionen zu beobachtende Nachfolgeproblematik und den daraus resultierenden Verfall des Praxiswertes. Veränderungen zeigen sich auch in einem von wachsender Informiertheit und steigendem Anspruch der Patienten bestimmten Arzt-Patient-Verhältnis. Diesem gerecht zu werden, ohne die Grenze zur Wunschmedizin zu überschreiten, verlangt von Hausärzten einen nur mit Empathie und kommunikativen Fähigkeiten zu bewältigenden Balanceakt. Ein gesellschaftlicher Megatrend, der zunehmend auch den Gesundheitssektor einem Wandel unterzieht, ist die Digitalisierung. Insbesondere die bevorstehende flächendeckende Einführung der elektronischen Patientenakte erfordert von bisher nicht an die gemeinsame Telematikinfrastruktur angebundenen Hausarztpraxen eine rasche Reaktion. Ferner ist zu erwarten, dass die von der Gesundheitspolitik ohnehin stark geförderte Telemedizin nicht zuletzt durch die Corona-Krise einen zusätzlichen Aufmerksamkeitsschub erhalten und zukünftig zum festen Angebot vieler Hausarztpraxen gehören wird.

Die zweite Forschungsfrage arbeitete die betriebswirtschaftlichen Besonderheiten der Hausarztpraxis heraus und orientierte sich dabei an den Phasen des betrieblichen Lebenszyklus. Als Erstes ist die Bedeutung des regionalen Versorgungsgrades

hervorzuheben, der zum einen in der Gründungsphase die möglichen Praxisstandorte einschränkt, zum anderen in der Abgabephase als Indikator für die Schwierigkeit der Nachfolgersuche und die zu erwartende Höhe des Verkaufspreises fungieren kann. Innerhalb der Betriebsphase sticht das Vergütungssystem als branchenspezifisches Alleinstellungsmerkmal heraus, das Hausarztpraxen eine Differenzierung über den Preis unmöglich macht und damit die Suche nach anderen Wettbewerbsvorteilen in den Vordergrund rückt.

Die dritte Forschungsfrage fusionierte alle bis dahin gewonnenen Erkenntnisse, um sich auf dieser Grundlage im hausärztlichen Kontext mit verschiedenen Controllingkonzepten und -instrumenten auseinanderzusetzen. Die Untersuchung resultierte in einer Zusammenstellung strategischer und operativer Instrumente, die gemeinsam ein breites Spektrum der hausärztlichen Aktivitäten abdecken und deren Komplexität und Praktikabilität mit den Anforderungen einer Hausarztpraxis vereinbar sind. Als Instrument zur Analyse des eigenen Unternehmens erfuhr Porters Wertkette eine umfassende Adaption an die Besonderheiten der hausärztlichen Wertschöpfung. Mittels einer Umweltanalyse können äußere Einflüsse, wie z.B. die im Rahmen der ersten Forschungsfrage identifizierten Entwicklungen, erfasst werden. Zu diesem Zweck wurden die PEST-Analyse sowie die Branchenstrukturanalyse als geeignete Werkzeuge herausgegriffen und im hausärztlichen Kontext erörtert. In einem idealtypischen Controlling-System fließen die Erkenntnisse der internen Unternehmens- und der externen Umweltanalyse im nächsten Schritt zu einer SWOT-Analyse zusammen, die damit den Kern des strategischen Controllings bildet. Unter den Kennzahlensystemen erwies sich die Balanced Scorecard gegenüber den rechenbasierten Systemen als überlegen, weil sie im Unterschied zu diesen auch nicht-monetäre, qualitative Faktoren erfassen, das mehrdimensionale hausärztliche Zielsystem berücksichtigen und darüber hinaus als integriertes Managementsystem zum Einsatz kommen kann. Abschließend wurde ein Vorschlag unterbreitet, wie die Break-Even-Analyse an die hausärztliche Vergütungsmechanik angepasst und als operatives Instrument zur Visualisierung der Gewinnschwelle Verwendung finden kann.

Es ist zu erwarten, dass viele Hausarztpraxen nicht den Aufwand für die Implementierung zahlreicher Instrumente betreiben können und sich stattdessen auf einige wenige Vertreter beschränken werden. In diesem Fall sollten sie unter Berücksichtigung der individuellen Praxisgegebenheiten und der zur Verfügung stehenden Ressourcen auf eine

Ausgewogenheit zwischen strategischem und operativem Controlling achten. In einem solchen Szenario ist am ehesten zu einem Einsatz der Balanced Scorecard zu raten, da diese neben dem operativen betrieblichen Geschehen auch verschiedene strategische Umwelteinflüsse abzubilden vermag.

Indem zahlreiche Argumente für den Einsatz von Controlling in Hausarztpraxen vorgebracht, Anwendungsmöglichkeiten diskutiert und konkrete Vorschläge für den Aufbau eines funktionierenden Controlling-Systems unterbreitet wurden, konnte der Stand der Forschung auf diesem Gebiet erweitert und somit das zentrale Ziel dieser Arbeit erreicht werden. Zugleich eignen sich die im Zuge der Beschäftigung mit den drei Forschungsfragen gewonnenen Erkenntnisse als gedankliche Grundlage für weitere Forschungsvorhaben, sodass auch dieses Nebenziel als erfüllt betrachtet werden kann. Drei konkrete Anknüpfungspunkte für Folgeprojekte sollen im Folgenden aufgezeigt werden: Mit hohem Erkenntnisgewinn verbunden wäre eine empirische Studie zum gegenwärtigen Einsatz von Controlling in Hausarztpraxen. Die Untersuchung könnte sich an den Ausführungen in Kapitel 4 und 5 orientieren und u.a. erfragen, ob bzw. in welchem zeitlichem Umfang und mit welchen Instrumenten und Kennzahlen die Hausarztpraxen Controlling betreiben. Aufgrund einer auch in der Forschungsliteratur uneinheitlichen Definition des Controlling-Begriffes erscheint methodisch der Einbezug eines Interviewers am sinnvollsten, z.B. im Rahmen eines persönlichen oder telefonischen Fragebogeninterviews. Ebenfalls empirisch könnten die in dieser Arbeit aufgestellten Hypothesen zur Eignung einzelner Controllinginstrumente überprüft werden. Methodisch bieten sich Experteninterviews an, in denen Hausärzte, die im Idealfall über gute betriebswirtschaftliche Kenntnisse verfügen und in ihrer Praxis bereits Controlling betreiben, ihre Einschätzung zu verschiedenen Instrumenten und Kennzahlen abgeben. Ein drittes denkbares Forschungsvorhaben könnte darin bestehen, einige der vorgestellten Controllinginstrumente konkret für eine einzelne Hausarztpraxis auszugestalten und dort unter realen Bedingungen zu implementieren. Wird der Hausarzt nach einiger Zeit erneut aufgesucht und um eine Schilderung seiner Erfahrungen mit dem Controlling-System gebeten, generiert dies im Sinne eines Vorher-Nachher-Vergleiches weitere Erkenntnisse.

7 Literaturverzeichnis

1. WIdO (2017):

„Ärzteatlas 2017“, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Berlin 2017, online unter: https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/Buchreihen/Aerzteatlas/wido_amb_aezteatlas_2017.pdf, Zugriff: 14.05.2020.

2. Ärztekammer des Saarlandes (2012):

„Weiterbildungsordnung für die Ärztinnen und Ärzte des Saarlandes vom 15.12.2004 i.d.F. vom 25.04.2012 (in Kraft 02.01.2013)“, Saarbrücken 2012.

3. Baum, H./Coenenberg, A./Günther, T. (2013):

„Strategisches Controlling“, 5. Auflage, Stuttgart 2013.

4. Baumgärtner, W./Holzmann, M./Holzmann, S. (2013):

„Zukunft Arztpraxis“, Stuttgart 2013.

5. Baier, P. (2008):

„Praxishandbuch Controlling“, 2. Auflage, München 2008.

6. Baltzer, B. (2013):

„Einsatz und Erfolg von Controlling-Instrumenten“, Wiesbaden 2013.

7. Bea, F./Haas, J. (2019):

„Strategisches Management“, 10. Auflage, München 2019.

8. Becker, W./Baltzer, B. (2009):

„Controlling. Eine instrumentelle Perspektive“, Bamberg 2009.

9. Becker, W./Baltzer, B. (2010):

„Die wertschöpfungsorientierte Controlling-Konzeption“, Bamberg 2010.

10. Becker, W./Baltzer, B./Ulrich, P. (2008):

„Aktuelle Entwicklungen in der Unternehmensführung mittelständischer Unternehmen“, Bamberg 2008.

11. Becker, W./Baltzer, B./Ulrich, P. (2014):

„Wertschöpfungsorientiertes Controlling“, Stuttgart 2014.

12. Becker, W./Ulrich, P./Baltzer, B. (2016):

„Status quo der Controlling-Lehre in Deutschland“, in: Becker, W./Ulrich, P. (Hrsg.): Handbuch Controlling, Wiesbaden 2016, S.9-21.

13. Beerheide, R. (2017):

„Praxisgründung: Beratung für den Schritt in die Niederlassung“, in: Deutsches Ärzteblatt 2017 114(5) A-232, online unter:
<https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=186113>, Zugriff: 15.05.2020.

14. Benkenstein, M./Steiner, S./Spiegel, T. (2007):

„Die Wertkette in Dienstleistungsunternehmen“, in: Bruhn, M./Stauss, B (Hrsg.): Wertschöpfungsprozesse bei Dienstleistungen, Wiesbaden 2007, S.51-70.

15. Beske, F. (2016):

„Perspektiven des Gesundheitswesens“, Heidelberg 2016.

16. Bierling, G./Engel, H./Mezger, A./Pfofe, D./Pütz, W./Sedlaczek, D. (2016):

„Arztpraxis – Erfolgreiche Abgabe“, Berlin 2016.

17. Bierling, G./Engel, H./Mezger, A./Pfofe, D./Pütz, W./Sedlaczek, D. (2017):

„Arztpraxis – Erfolgreiche Übernahme“, Berlin 2017.

18. Bingel, K./Leßmann, G./Nußbaum, J. (2017):

„Lebensqualität als Standortfaktor von Gesundheitsregionen“, in: Pfannstiel, M./Focke, A./Mehlich, H. (Hrsg.): Management von Gesundheitsregionen II, Wiesbaden 2017, S.71-79.

19. Bittner, A. (2016):

„Erfahrungen, Einstellungen und Umgang von Ärzten mit informierten Patienten“, in: Böcken, J./Braun, B./Meierjürgen, R. (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2016, Gütersloh 2016, S.141-159.

20. Bredl, C. (2016):

„Anforderungen an eine patientenorientierte Bedarfsplanung“, in: Pfannstiel, M./Focke, A./Mehlich, H. (Hrsg.): Management von Gesundheitsregionen I, Wiesbaden 2016, S.131-139.

21. Buchholz, L. (2013):

„Strategisches Controlling“, 2. Auflage, Wiesbaden 2013.

22. Bundesärztekammer (2018):

„Ärztestatistik zum 31. Dezember 2018“, online unter:
https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2018/Stat18AbbTab.pdf, Zugriff: 14.05.2020.

23. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung (2012):

„Selbst zahlen? Ein Ratgeber zu Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) für Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzte“, 2. Auflage, Berlin 2012, online unter: https://www.kbv.de/media/sp/igel_checkliste.pdf, Zugriff: 17.05.2020.

24. Bundesgesundheitsministerium (2019a):

„Versorgungsforschung“, Bundesgesundheitsministerium. Begriffe von A-Z 17.12.2019, online unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/v/versorgungsforschung.html>, Zugriff: 14.05.2020.

25. Bundesgesundheitsministerium (2019b):

„Die elektronische Patientenakte (ePA)“, Bundesgesundheitsministerium. Begriffe von A-Z 10.10.2019, online unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e/elektronische-patientenakte.html>, Zugriff: 15.05.2020.

26. Bundesregierung (2019):

„Digitales Gesundheitsinformationsportal“, Bundesregierung Themen Umsetzungsstrategie Digitalisierung 9.10.2019, online unter: <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/digital-made-in-de/digitales-gesundheitsinformationsportal-1547032>, Zugriff: 15.05.2020.

27. Crasselt, N./Heitmann, C./Maier, B. (2016):

„Controlling im deutschen Krankenhaussektor 2016“, Wuppertal Münster Berlin 2016, online unter: http://www.dvkc.org/fileadmin/Dokumente/Controlling_Studie/Ergebnisse_2016/2016_Krankenhaus_Controlling_Studie.pdf, Zugriff: 18.05.2020.

28. DEGAM (2002):

„Fachdefinition“, Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin 21.09.2002, online unter: <https://www.degam.de/fachdefinition.html>, Zugriff: 14.05.2020.

29. Deutsche Apotheker- und Ärztebank (2019):

„Inside Heilberufe II. Werte, Ziele, Wünsche – eine Studie der apoBank“, Düsseldorf 2019, online unter: http://www.mynewsdesk.com/material/document/92669/download?resource_type=resource_document, Zugriff: 14.05.2020.

30. Deutscher Bundestag (2016):

„Vereinfachungen und Ausnahmeregelungen im deutschen Arbeits- und Sozialrecht für kleine und mittlere Unternehmen“, Berlin 2016, online unter:

<https://www.bundestag.de/resource/blob/437626/ddf6722ab6bbd1583df2b6c5d60075e6/WD-6-090-16-pdf-data.pdf>, Zugriff: 15.05.2020.

31. Deutscher Hausärzteverband (2018):

„Bericht zur Lage anlässlich der Delegiertenversammlung des Deutschen Hausärzteverbandes am 22.09.2018 in Bonn“, online unter:

https://www.hausaerzteverband.de/fileadmin/user_upload/News_Dateien/2018/2018_09_19_BzL_des_BV_zur_DV_am_22.09.2018_IHAET_2018_in_Bonn_final.pdf,

Zugriff: 14.05.2020.

32. Deutscher Hausärzteverband (2020):

„Hausarztverträge“, online unter: <https://www.hausaerzteverband.de/themen/hausarztvertraege.html>, Zugriff: 15.05.2020.

33. Dumont, M./Schüller, A. (2016):

„Die erfolgreiche Arztpraxis“, 5. Auflage, Berlin Heidelberg 2016.

34. Europäische Kommission (2003):

„Empfehlung der Kommission vom 6.Mai 2003 betreffend die Definition der Kleinstunternehmen sowie der kleinen und mittleren Unternehmen (2003/361/EG)“, Brüssel 2003, online unter: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=celex:32003H0361>, Zugriff: 15.05.2020.

35. Fleßa, S./Weber, W. (2013):

„Informationsmanagement und Controlling in Krankenhäusern“, in: Busse, R./Schreyögg, J./Stargardt, T. (Hrsg.): Management im Gesundheitswesen, 3. Auflage, Berlin Heidelberg 2013, S.415-431.

36. Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld (2015):

„Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2015, Tabellenband: Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage“, Mannheim 2015, online unter: https://www.kbv.de/media/sp/Versichertenbefragung_2015_Tabellenband_Bund.pdf, Zugriff: 15.05.2020.

37. Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld (2018):

„Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2018, Tabellenband (18-79-jährige Befragte)“, Mannheim 2018, online unter: https://www.kbv.de/media/sp/Tabellenband_18_79jaehrige_Befragte_KBV_Versichertenbefragung__2018.pdf, Zugriff: 15.05.2020.

38. Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld (2019a):

„Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2019, Berichtband“, Mannheim 2019, online unter: https://www.kbv.de/media/sp/Berichtband_Ergebnisse_der_Versichertenbefragung_2019.pdf, Zugriff: 14.05.2020.

39. Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld (2019b):

„Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2019, Tabellenband (18-79-jährige Befragte)“, Mannheim 2019, online unter: https://www.kbv.de/media/sp/Tabellenband_Ergebnisse_der_Versichertenbefragung_2019.pdf, Zugriff: 15.05.2020.

40. Frank, M. (2010):

„Meine Arztpraxis – erfolgreich im neuen Gesundheitsmarkt“, Berlin Heidelberg 2010.

41. Frodl, A. (2016):

„Praxisführung für Ärzte“, 2. Auflage, Wiesbaden 2016.

42. Frodl, A. (2017):

„Gesundheitsbetriebslehre“, 2. Auflage, Wiesbaden 2017.

43. Fueglistaller, U./Müller, C./Müller, S./Volery, T. (2016):

„Entrepreneurship“, 4. Auflage, Wiesbaden 2016.

44. Gabler Wirtschaftslexikon (2020a):

„Stichwort: Dienstleistungen“, online unter: <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/dienstleistungen-28662/version-252288>, Zugriff: 15.05.2020.

45. Gabler Wirtschaftslexikon (2020b):

„Stichwort: Gewinn“, online unter: <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/gewinn-35502/version-193847>, Zugriff: 16.05.2020.

46. Gabler Wirtschaftslexikon (2020c):

„Stichwort: Controlling“, online unter: <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/controlling-30235/version-206821>, Zugriff: 17.05.2020.

47. Gerlinger, T./Schönwalder, T. (2012):

„Ambulante Versorgung“, Bundeszentrale für politische Bildung Bonn 2012, online unter: <https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72892/ambulante-versorgung?p=all>, Zugriff: 14.05.2020.

48. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2020a):

„Ärztinnen/Ärzte sowie Psychotherapeutinnen/-therapeuten der vertragsärztlichen Versorgung, u.a. nach Arztgruppen“, (Primärquelle: Bundesarztregister, Kassenärztliche Bundesvereinigung), online unter: www.gbe-bund.de (Thematische Recherche: Gesundheitsversorgung → Ärzte, Ärztliche Praxen, Ärztliche Leistungen → Dokumentenart Tabellen), Zugriff: 15.05.2020.

49. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2020b):

„Definition: Umsatz/Einnahmen (Kostenstruktur)“, (Primärquelle: Kostenstrukturstatistik, Statistisches Bundesamt), online unter: www.gbe-bund.de (Stichwortsuche: Umsatz Einnahmen → Dokumentart Definitionen), Zugriff: 15.05.2020.

50. GKV-Spitzenverband (2020):

„Fokus: Vergütung ärztlicher Leistungen“, online unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/fokus/verguetung_aerztlicher_leistungen/s_thema_aerzteverguetung.jsp, Zugriff: 16.05.2020.

51. Gladen, W. (2014):

„Performance Measurement“, 6. Auflage, Wiesbaden 2014.

52. Gottschall, S./Mauersberg, S./Thranberend, T./Vogel, K. (2016):

„Die elektronische Gesundheitskarte – Wissen, Akzeptanz und Erwartungen in der Bevölkerung“, in: Böcken, J./Braun, B./Meierjürgen, R. (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2016, Gütersloh 2016, S.113-140.

53. Greiner, W./Hodek, J. (2013):

„Finanzmanagement in Arztpraxen und Ärztenetzen“, in: Busse, R./Schreyögg, J./Stargardt, T. (Hrsg.): Management im Gesundheitswesen, 3. Auflage, Berlin Heidelberg 2013, S.302-312.

54. Grochla, E. (1978):

„Einführung in die Organisationstheorie“, Stuttgart 1978.

55. Halbe, B. (2018):

„Kooperation: Medizinische Versorgungszentren“, in: Deutsches Ärzteblatt 2018 115(4) A-152, online unter: <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=196013>, Zugriff: 15.05.2020.

56. Haller, S. (2017):

„Dienstleistungsmanagement“, 7. Auflage, Wiesbaden 2017.

57. Hess, T. (2019):

„Digitalisierung“, In: Gronau, N./Becker, J./Kliwer, N./Leimeister, J./Overhage, S. (Hrsg.): Enzyklopädie der Wirtschaftsinformatik, 11. Auflage, Berlin 2019, online unter: <http://www.enzyklopaedie-der-wirtschaftsinformatik.de>, Zugriff: 15.05.2020.

58. Horváth, P. (2007):

„Controlling als Gegenstand der wissenschaftlichen Forschung“, in: Schäffer, U. (Hrsg.): Controlling zwischen Wissenschaft und Praxis, Wiesbaden 2007, S.114-119.

59. Horváth, P./Gleich, R./Seiter, M. (2015):

„Controlling“, 13. Auflage, München 2015.

60. Horváth, P./David, U. (2016):

„Koordinationskonzeption des Controllings in der Praxis“, in: Becker, W./Ulrich, P. (Hrsg.): Handbuch Controlling, Wiesbaden 2016, S.45-70.

61. Hubert, B. (2016):

„Grundlagen des operativen und strategischen Controllings“, Wiesbaden 2016.

62. Hungenberg, H. (2014):

„Strategisches Management in Unternehmen“, 8. Auflage, Wiesbaden 2014.

63. IKK classic (2015):

„Bevölkerungsbefragung Arztsuche und Arztauswahl 2015“, Düsseldorf 2015, online unter: <https://www.ikk-classic.de/dam/jcr:c2ece756-4aa8-440b-9d1c-263e12ef57e4/IKK-classic-Umfrage-Arztsuche-und-Arzttauswahl-2015.pdf>, Zugriff: 15.05.2020.

64. Infas (2012):

„Tabellenband Ärztemonitor 2012“, infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft Bonn 2012, online unter: https://www.kbv.de/media/sp/120605_aerztemonitor_tabellenband.pdf, Zugriff: 14.05.2020.

65. Infas (2014):

„Tabellenband Ärztemonitor 2014. Ergebnisse für Haus- und Fachärzte“, infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft Bonn 2014, online unter: https://www.kbv.de/media/sp/infas_Tabellenband_Aerztemonitor_AE_20140630.pdf, Zugriff: 14.05.2020.

66. Infas (2016):

„Tabellenband Ärztemonitor 2016. Ergebnisse für Haus- und Fachärzte“, infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft Bonn 2016, online unter: https://www.kbv.de/media/sp/infas_Tabellenband_Aerztemonitor2016_Haus_u_Fachaerzte.pdf, Zugriff: 14.05.2020.

67. Infas (2018a):

„Tabellenband Ärztemonitor 2018. Ergebnisse für Haus- und Fachärzte“, infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft Bonn 2018, online unter: https://www.kbv.de/media/sp/infas_TabBand_Aerztemonitor2018_Aerzte_20180615.pdf, Zugriff: 14.05.2020.

68. Infas (2018b):

„Ärztemonitor 2018. Ergebnisse zur vierten Befragung im Frühjahr 2018“, infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft Bonn 2018, online unter: https://www.kbv.de/media/sp/infas_Praesentation_Aerztemonitor_2018_LANG.pdf, Zugriff: 14.05.2020.

69. Jonen, A./Lingnau, V. (2007):

„Das real existierende Phänomen Controlling und seine Instrumente – Eine kognitionsorientierte Analyse“, Kaiserslautern 2007.

70. Joos, T. (2014):

„Controlling, Kostenrechnung und Kostenmanagement“, 5. Auflage, Wiesbaden 2014.

71. Jost, S. (2009):

„Die ‚Bilanzsumme‘ hat wenig Aussagekraft“, online unter: <https://www.welt.de/wirtschaft/Wirtschaftslexikon/article5486386/Die-Bilanzsumme-hat-wenig-Aussagekraft.html>, Zugriff: 15.05.2020.

72. Kaiser, H. (2017):

„Experiment Bürgerversicherung – Bedrohung der medizinischen Infrastruktur“, Berlin 2017, online unter: <https://www.pkv.de/w/files/politik/studien/broschuere-experiment-buergerversicherung-2017-web.pdf>, Zugriff: 21.05.2020.

73. Kaplan, R./Norton, D. (1996):

„Using the balanced scorecard as a strategic management system“, in: Harvard Business Review 1996 January/February, S.75-85.

74. KBV (2015a):

„PraxisWissen Arbeiten im Team“, Berlin 2015.

75. KBV (2015b):

„Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister 2015“, online unter:
<https://www.kbv.de/html/bundesarztregister.php>, Zugriff: 15.05.2020.

76. KBV (2016):

„Deutschlandweite Projektion 2030 – Arztzahlentwicklung in Deutschland“, online unter: https://www.kbv.de/media/sp/2016_10_05_Projektion_2030_Arztzahlentwicklung.pdf, Zugriff: 14.05.2020.

77. KBV (2017a):

„Honorarbericht für das zweite Quartal 2015“, Kassenärztliche Bundesvereinigung Berlin 2017, online unter: https://www.kbv.de/media/sp/Honorarbericht_Quartal_2_2015.pdf, Zugriff: 14.05.2020.

78. KBV (2017b):

„Informationen für die Praxis. Telemedizin“, Kassenärztliche Bundesvereinigung Berlin 2017, online unter: https://www.kbv.de/media/sp/Praxisinformation_Videosprechstunde.pdf, Zugriff: 15.05.2020.

79. KBV (2018):

„BIX 2018. Der Bürokratieindex für die vertragsärztliche Versorgung“, Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.) Berlin 2018, online unter: https://www.kbv.de/media/sp/BIX2018_Projektbericht.pdf, Zugriff: 14.05.2020.

80. KBV (2019a):

„Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister 2019“, online unter: https://www.kbv.de/media/sp/2019_12_31_BAR_Statistik.pdf, Zugriff: 14.05.2020.

81. KBV (2019b):

„BIX 2019. Der Bürokratieindex für die vertragsärztliche Versorgung“, Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.) Berlin 2019, online unter: https://www.kbv.de/media/sp/BIX2019_Projektbericht.pdf, Zugriff: 14.05.2020.

82. KBV (2019c):

„Verhältniszahlen der Bedarfsplanung“, Kassenärztliche Bundesvereinigung Berlin 2019, online unter: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/media/sp/I.1.2.1.pdf>, Zugriff: 14.05.2020.

83. KBV (2019d):

„Elektronische Patientenakte (EPA)“, Kassenärztliche Bundesvereinigung Service für die Praxis 23.04.2019, online unter: <https://www.kbv.de/html/epa.php>, Zugriff: 15.05.2020.

84. KBV (2019e):

„Telematikinfrastruktur“, Kassenärztliche Bundesvereinigung PraxisWissen Berlin 2019, online unter: https://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen_Telematikinfrastruktur.pdf, Zugriff: 15.05.2020.

85. KBV (2019f):

„Praxisbarometer Digitalisierung 2019“, Kassenärztliche Bundesvereinigung Berlin 2019, online unter: https://www.kbv.de/media/sp/KBV_Praxisbarometer_Digitalisierung_2019.pdf, Zugriff: 15.05.2020.

86. KBV (2019g):

„Barrierefreie Arztpraxis“, Kassenärztliche Bundesvereinigung Gesundheitsinfos 17.01.2019, online unter: <https://www.kbv.de/html/11547.php>, Zugriff: 16.05.2020.

87. KBV (2020a):

„Bedarfsplanung“, Kassenärztliche Bundesvereinigung Themen A-Z, online unter: <https://www.kbv.de/html/bedarfsplanung.php>, Zugriff: 14.05.2020.

88. KBV (2020b):

„Gesundheitsdaten. Versorgungsgrade in den Planungsbereichen“, Kassenärztliche Bundesvereinigung, online unter: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17016.php>, Zugriff: 14.05.2020.

89. KBV (2020c):

„Ärztemangel“, Kassenärztliche Bundesvereinigung Themen A-Z, online unter: https://www.kbv.de/html/themen_1076.php, Zugriff: 14.05.2020.

90. KBV (2020d):

„Die Bedarfsplanung. Grundlagen, Instrumente und Umsetzung“, Kassenärztliche Bundesvereinigung Berlin 2020, online unter: https://www.kbv.de/media/sp/Instrumente_Bedarfsplanung_Broschuere.pdf, Zugriff: 16.05.2020.

91. KBV (2020e):

„Elektronische Gesundheitskarte (eGK)“, Kassenärztliche Bundesvereinigung Service für die Praxis, online unter: <https://www.kbv.de/html/egk.php>, Zugriff: 15.05.2020.

92. KBV (2020f):

„Videosprechstunde: telemedizinisch gestützte Betreuung von Patienten“, Kassenärztliche Bundesvereinigung Service für die Praxis 07.05.2020, online unter: <https://www.kbv.de/html/videosprechstunde.php>, Zugriff: 15.05.2020.

93. KBV (2020g):

„Honorarverteilung und -berechnung. Wie kommt das Geld zum Arzt?“, Kassenärztliche Bundesvereinigung Service für die Praxis, online unter: <https://www.kbv.de/html/1019.php>, Zugriff: 16.05.2020.

94. KBV (2020h):

„Patientenbefragungen (Qualitätsmanagement)“, Kassenärztliche Bundesvereinigung Service für die Praxis, online unter: <https://www.kbv.de/html/6332.php>, Zugriff: 20.05.2020.

95. KBV (2020i):

„Rechtliche Grundlagen des Marketings“, Kassenärztliche Bundesvereinigung Service für die Praxis, online unter: <https://www.kbv.de/html/4400.php>, Zugriff: 20.05.2020.

96. KBV (2020j):

„Honorarbericht für das 4. Quartal 2017“, Kassenärztliche Bundesvereinigung Berlin 2020, online unter: https://www.kbv.de/media/sp/Honorarbericht_Quartal_4_2017.pdf, Zugriff: 22.05.2020.

97. Klemperer, D./Rosenwirth, M. (2005):

„Shared Decision Making: Konzept, Voraussetzungen und politische Implikationen“, 2. Auflage, Gütersloh Bremen 2005.

98. Kornmeier, M. (2007):

„Wissenschaftstheorie und wissenschaftliches Arbeiten“, Heidelberg 2007.

99. Korzilius, H. (2009):

„Hausärztliche Versorgung: Am Lotsen führt kein Weg vorbei“, in: Deutsches Ärzteblatt 2009 106(43) A-2132, online unter:

<https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=66487>, Zugriff: 14.05.2020.

100. Korzilius, H. (2011):

„Bayerischer Hausärzteverband: Zu hoch gepokert“, in: Deutsches Ärzteblatt 2011 108(1-2) A-7, online unter: <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=80157>, Zugriff: 14.05.2020.

101. Küpper, H./Friedl, G./Hofmann, C./Hofmann, Y./Pedell, B. (2013):

„Controlling“, 6. Auflage, Stuttgart 2013.

102. Kutscher, P. (2011):

„Strategisch die Visionen umsetzen“, in: Deutsches Ärzteblatt 2011 108(1-2) [123], online unter: <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=80189>, Zugriff: 14.05.2020.

103. KV Berlin (2019):

„Honorarbericht für das Quartal 1/2019 der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin“, online unter: https://www.kvberlin.de/20praxis/30abrechnung_honorar/honorarbericht_2019_q_1.pdf, Zugriff: 17.05.2020.

104. KV RLP (2020):

„Honorarbericht 2019, Gesamtvergütung“, Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz, online unter: <https://www.kv-rlp.de/institution/statistiken-und-berichte/honorarbericht/honorarbericht-2019/2-gesamtverguetung>, Zugriff: 17.05.2020.

105. Letter, K./Letter, M. (2006):

„Die SWOT-Analyse“, in: Deutsches Ärzteblatt 2006 103(33) A-2204, online unter: <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=52468>, Zugriff: 14.05.2020.

106. Lingnau, V. (2010):

„Forschungskonzept des Lehrstuhls für Unternehmensrechnung und Controlling“, Kaiserslautern 2010, online unter: https://luc.wiwi.uni-kl.de/fileadmin/luc.wiwi.uni-kl.de/Forschung/Controlling-Forschung/15_FoKo_LUC.pdf, Zugriff: 14.05.2020.

- 107. Meffert, H./Bruhn, M./Hadwich, K. (2015):**
„Dienstleistungsmarketing“, 8. Auflage, Wiesbaden 2015.
- 108. Meffert, H./Burmans, C./Kirchgeorg, M. (2015):**
„Marketing“, 12. Auflage, Wiesbaden 2015.
- 109. Merk, W. (1999):**
„Wettbewerbsorientiertes Management von Arztpraxen“, Wiesbaden 1999.
- 110. MLP (2019):**
„MLP Gesundheitsreport 2019“, MLP Finanzberatung Wiesloch 2019, online unter:
<https://mlp-se.de/redaktion/mlp-se-de/gesundheitsreport-microsite/2019/report/mlp-gesundheitsreport-2019.pdf>, Zugriff: 15.05.2020.
- 111. Müller-Stewens, G./Lechner, C. (2011):**
„Strategisches Management“, 4. Auflage, Stuttgart 2011.
- 112. Obermann, K./Müller, P. (2017):**
„Der niedergelassene Arzt“, in: Thielscher, C (Hrsg.): Medizinökonomie 2“,
2. Auflage, Wiesbaden 2017, S.7-46.
- 113. Ossadnik, W./van Lengerich, E./Barklage, D. (2010):**
„Controlling mittelständischer Unternehmen“, Berlin Heidelberg 2010.
- 114. Peikert, P./Schimke, S. (2013):**
„Zusammenarbeit kennt viele Formen“, in: Der Allgemeinarzt 2013 35(2) S. 24-27,
online unter: <https://www.allgemeinarzt-online.de/atemwege/a/zusammenarbeit-kennt-viele-formen-1582435>, Zugriff: 15.05.2020.
- 115. Penter, V./Augurzky, B. (2014):**
„Gesundheitswesen für Praktiker“, Wiesbaden 2014.
- 116. Porter, M. (2014):**
„Wettbewerbsvorteile“, 8. Auflage, Frankfurt 2014.
- 117. Preißler, P. (2014):**
„Controlling“, 14. Auflage, München 2014.
- 118. Prügger, P. (2000):**
„Grundlegende Controlling-Instrumente in Arztpraxen“, Linz 2000.

119. Reuschl, A./Bouncken, R. (2015):

„Wertschöpfung in Krankenhäusern: Interaktion unter Diversität“, in: Bruhn, M./Hadwich, K. (Hrsg.): Interaktive Wertschöpfung durch Dienstleistungen, Wiesbaden 2015. S.589-609.

120. Reckenfelderbäumer, M. (2005):

„Konzeptionelle Grundlagen des Dienstleistungscontrolling – Kritische Bestandsaufnahme und Perspektiven der Weiterentwicklung zu einem Controlling der Kundenintegration“, in: Bruhn, M./Stauss, B. (Hrsg.): Dienstleistungscontrolling“, Wiesbaden 2005, S.31-51.

121. Reichmann, T./Kißler, M./Baumöl, U. (2017):

„Controlling mit Kennzahlen“, 9. Auflage, München 2017.

122. Riedl, B./Peter, W. (2017):

„Basiswissen Allgemeinmedizin“, Berlin 2017.

123. Robert Koch-Institut (2015):

„Gesundheit in Deutschland“, Berlin 2015, online unter:
https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheit_in_deutschland_2015.pdf?__blob=publicationFile, Zugriff: 14.05.2020.

124. Rosenbrock, R./Gerlinger, T. (2014):

„Gesundheitspolitik“, 3. Auflage, Bern 2014.

125. Schreyögg, J. (2013):

„Informationsmanagement und Controlling im Gesundheitswesen – Einführung und methodische Grundlagen“, in: Busse, R./Schreyögg, J./Stargardt, T. (Hrsg.): Management im Gesundheitswesen, 3. Auflage, Berlin Heidelberg 2013, S.396-398.

126. Schurr, M./Kunhardt, H./Dumont, M. (2008):

„Unternehmen Arztpraxis – Ihr Erfolgsmanagement“, Heidelberg 2008.

127. Simon, M. (2016):

„Das Gesundheitssystem in Deutschland“, 5. Auflage, Bern 2016.

128. Sohn, S./Schöffski, O./Voss, H. (2013):

„Informationsmanagement und Controlling in Arztpraxen und Ärztenetzen“, in:
Busse, R./Schreyögg, J./Stargardt, T. (Hrsg.): Management im Gesundheitswesen,
3. Auflage, Berlin Heidelberg 2013, S.432-440.

129. Stabell, C./Fjeldstad, Ø. (1998):

„Configuring value for competitive advantage: on chains, shops and networks“,
Strategic Management Journal 1998, Vol. 19, S.413–437.

130. Statistisches Bundesamt (2006):

„Bevölkerung Deutschlands bis 2050“, Wiesbaden 2006, online unter:
[https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/
Bevoelkerungsvorausberechnung/Publikationen/Downloads-Vorausberechnung/
bevoelkerung-deutschland-2050-presse-5124204069004.pdf?__blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/Publikationen/Downloads-Vorausberechnung/bevoelkerung-deutschland-2050-presse-5124204069004.pdf?__blob=publicationFile),
Zugriff: 14.05.2020.

131. Statistisches Bundesamt (2008):

„Klassifikation der Wirtschaftszweige“, Wiesbaden 2008, online unter:
[https://www.destatis.de/static/DE/dokumente/klassifikation-wz-2008-
3100100089004.pdf](https://www.destatis.de/static/DE/dokumente/klassifikation-wz-2008-3100100089004.pdf), Zugriff: 15.05.2020.

132. Statistisches Bundesamt (2017):

„Verdienste auf einen Blick“, Wiesbaden 2017, online unter:
[https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Verdienste/Verdienste-Verdienst
unterschiede/Publikationen/Downloads-Verdienste-und-Verdienstunterschiede/
broschuere-verdienste-blick-0160013179004.pdf?__blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Verdienste/Verdienste-Verdienstunterschiede/Publikationen/Downloads-Verdienste-und-Verdienstunterschiede/broschuere-verdienste-blick-0160013179004.pdf?__blob=publicationFile), Zugriff:
14.05.2020.

133. Statistisches Bundesamt (2018):

„Fachserie 2 Reihe 1.6.1: Unternehmen und Arbeitsstätten. Kostenstruktur bei Arzt-
und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten 2015“,
Wiesbaden 2018, online unter: [https://www.destatis.de/DE/Themen/Branchen-
Unternehmen/Dienstleistungen/Publikationen/Downloads-Dienstleistungen-
Kostenstruktur/kostenstruktur-aerzte-2020161159004.pdf?__blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Themen/Branchen-Unternehmen/Dienstleistungen/Publikationen/Downloads-Dienstleistungen-Kostenstruktur/kostenstruktur-aerzte-2020161159004.pdf?__blob=publicationFile),
Zugriff: 15.05.2020.

134. Statistisches Bundesamt (2019a):

„Statistisches Jahrbuch 2019“, Wiesbaden 2019.

135. Statistisches Bundesamt (2019b):

„Bevölkerung im Wandel“, Wiesbaden 2019, online unter: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressekonferenzen/2019/Bevoelkerung/pressebroschuere-bevoelkerung.pdf?__blob=publicationFile, Zugriff: 14.05.2020.

136. Statistisches Bundesamt (2019c):

„Bevölkerung Deutschlands bis 2060“, Wiesbaden 2019, online unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/Publicationen/Downloads-Vorausberechnung/bevoelkerung-deutschland-2060-5124202199014.pdf?__blob=publicationFile, Zugriff: 14.05.2020.

137. Statistisches Bundesamt (2020a):

„Fachserie 2 Reihe 4.1: Unternehmens und Arbeitsstätten, Insolvenzverfahren, Dezember 2019“, online unter: https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00054492/2020410191124.pdf, Zugriff: 14.05.2020.

138. Statistisches Bundesamt (2020b):

„Bevölkerung nach Altersgruppen (ab 1950)“, online unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/liste-altersgruppen.html>, Zugriff: 14.05.2020.

139. Statistisches Bundesamt (2020c):

„Verdienste und Arbeitskosten. Reallohnindex und Nominallohnindex 4. Vierteljahr 2019“, Wiesbaden 2020, online unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Verdienste/Realloehne-Nettoverdienste/Publicationen/Downloads-Realloehne-Nettoverdienste/reallohnindex-pdf-5623209.pdf?__blob=publicationFile, Zugriff: 16.05.2020.

140. Stauss, B./Bruhn, M. (2007):

„Wertschöpfungsprozesse bei Dienstleistungen – Eine Einführung in den Sammelband“, in: Bruhn, M./Stauss, B. (Hrsg.): Wertschöpfungsprozesse bei Dienstleistungen, Wiesbaden 2007, S.4-28.

141. Steuernagel, A. (2017):

„Strategische Unternehmenssteuerung im digitalen Zeitalter“, Wiesbaden 2017.

142. Stiller, T. (2013):

„Übernahme und Gründung einer Arztpraxis“, Berlin Heidelberg 2013.

143. Sundmacher, L./Ozegowski, S. (2015):

„Regional distribution of physicians: the role of comprehensive private health insurance in Germany“, in: European Journal of Health Economics 17:443-451.

144. Thommen, J./Achleitner, A./Gilbert, D./Hachmeister, D./Kaiser, G. (2017):

„Allgemeine Betriebswirtschaftslehre“, 8. Auflage, Wiesbaden 2017.

145. Vollmuth, H. (2011):

„Controllinginstrumente“, 5. Auflage, Freiburg 2011.

146. Weber, J./Schäffer, U (2020):

„Einführung in das Controlling“, 16. Auflage, Stuttgart 2020.

147. Welge, M./Al-Laham, A./Eulerich, M. (2017):

„Strategisches Management“, 7. Auflage, Wiesbaden 2017.

148. Wissenschaftsrat (2018):

„Empfehlungen der Expertenkommission zum Masterplan Medizinstudium 2020“, Drs. 7271-18, Köln 2018, online unter: <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/7271-18.html>, Zugriff: 14.05.2020.

149. Wöhe, G./Döring, U./Brösel, G. (2016):

„Einführung in die Allgemeine Betriebswirtschaftslehre“, 26. Auflage, München 2016.

150. Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2017):

„Zi-Praxis-Panel. Jahresbericht 2015“, 6. Jahrgang, Berlin 2017, online unter: https://www.zi-pp.de/pdf/ZiPP_Jahresbericht_2015.pdf, Zugriff: 14.05.2020.

151. Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2019):

„Zi-Praxis-Panel. Jahresbericht 2018“, 9. Jahrgang, Berlin 2019, online unter: https://www.zi-pp.de/pdf/ZiPP_Jahresbericht_2018.pdf, Zugriff: 14.05.2020.

8 Danksagung

Mein größter Dank gilt meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. Johannes Jäger. Ich weiß es sehr zu schätzen, dass Sie mir die Forschung an einem Thema ermöglicht haben, das mit der Medizin und der Ökonomie meine beiden Interessengebiete vereint. Vielen Dank für Ihre jederzeit offene Tür, ich habe mich immer hervorragend betreut gefühlt.

Bedanken möchte ich mich auch bei meinen Eltern. Ihr habt mir in allen Lebensphasen Rückhalt gegeben und mich immer darin bestärkt, neue Wege zu gehen.

Schließlich möchte ich meiner Freundin für die durchgängige Unterstützung und Motivierung während dieser Arbeit und des gesamten Studiums danken.