Andreas Frodl

Praxisführung für Ärzte

Kosten senken, Effizienz steigern

2. Auflage

Springer Gabler

Praxisführung für Ärzte

Andreas Frodl

Praxisführung für Ärzte

Kosten senken, Effizienz steigern

2., komplett überarbeitete Auflage

Springer Gabler

Andreas Frodl
Erding
Deutschland

Die erste Auflage ist unter dem Titel „Management von Arztpraxen“ erschienen. Die zweite Auflage liegt in 2 Bänden auf: „Praxisführung für Ärzte“ und „Praxisführung für Zahnärzte“.

ISBN 978-3-658-11061-1 ISBN 978-3-658-11062-8 (eBook)
DOI 10.1007/978-3-658-11062-8

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

Springer Gabler
© Springer Fachmedien Wiesbaden 2004, 2016
Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.
Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.
Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen.

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer Gabler ist Teil von Springer Nature
Die eingetragene Gesellschaft ist Springer Fachmedien Wiesbaden

Vorwort

Das vorliegende Buch stellt die vollständig aktualisierte und grundlegend überarbeitete Neuauflage des 2004 im Gabler-Verlag erschienenen Werks „Management in Arztpraxen" dar. Während mit der Erstauflage auf einigen Gebieten der Praxisführung Neuland betreten wurde, so lassen sich mit dem vorliegenden Nachfolgewerk mittlerweile viele Beispiele anführen, wie das ein oder andere Thema zur betrieblichen Praxisführung erfolgreich angewendet und umgesetzt wird. Insgesamt verdeutlichen mehr als 100 Beispiele die Relevanz der dargestellten Sachverhalte.

Erfreulicherweise lässt sich auch feststellen, dass betriebswirtschaftliche und managementorientierte Themen vermehrt in die Ausbildung von Ärzten und Praxisangehörigen einfließen und auch an den medizinischen Fakultäten entsprechende Vorlesungsveranstaltungen Einzug finden. Viele Themen, die 2004 in Zusammenhang mit der Führung von Arztpraxen womöglich noch einen „exotischen" Eindruck vermittelten, sind heute selbstverständlich und aus dem Praxisalltag nicht mehr wegzudenken.

Insgesamt wurden die Inhalte zur Praxisführung deutlich gestrafft und noch stärker auf die Erfordernisse und konkreten Problemstellungen der Leitung und der Arbeit in einer ärztlichen Praxis bezogen. Eingeflossen sind auch zahlreiche Erkenntnisse aus der ebenfalls bei Springer/Gabler erschienenen Reihe „Betriebswirtschaft für das Gesundheitswesen", wobei insbesondere die Führung von Arztpraxen betreffende Inhalte und Beispiele im vorliegenden Buch berücksichtigt und eingearbeitet wurden.

Außerordentlicher Dank gilt an dieser Stelle Maria Akhavan, Stefanie Brich, Andreas Funk und Guido Notthoff, die in Verlagsbereichs- und Programmleitung bzw. Lektorat nicht nur seinerzeit Weitsicht zeigten, sondern auch die Thematik Betriebswirtschaft im Gesundheitswesen als festen Verlagsprogrammbestandteil ausgebaut und etabliert haben. Damit haben sie einen wesentlichen Beitrag zur Entwicklung der Gesundheitsbetriebslehre als spezielle Betriebswirtschaftslehre geleistet und den Weg für mittlerweile zahlreiche Arbeiten und Veröffentlichungen auf diesem Gebiet mitbereitet.

Erding, im Oktober 2015 Dr. Andreas Frodl

Inhaltsverzeichnis

1 Praxisplanung 1
1.1 Strategische Praxisplanung 1
1.2 Entwicklung von Praxisstrategien 4
1.3 Praxisstrategien auf der Basis des Lebenszykluskonzepts 7
1.4 Praxisübernahme 11
Literatur 16

2 Praxisfinanzierung und -investition 17
2.1 Praxisfinanzierung 17
2.1.1 Finanzierungsbedarf und -regeln in Arztpraxen 17
2.1.2 Formen der Praxisfinanzierung 19
2.1.3 Arztpraxis und Kreditwesen 24
2.1.4 Öffentliche Förderung der Praxisfinanzierung 31
2.2 Praxisinvestitionen 35
2.2.1 Betriebswirtschaftliche Aspekte von Praxisinvestitionen 35
2.2.2 Investitionsrechnung für die Arztpraxis 38
2.2.3 Praxisbewertung 44
2.3 Praxisliquidität 47
2.3.1 Liquiditätserfordernisse der Arztpraxis 47
2.3.2 Finanz- und Liquiditätsplanung für die Arztpraxis 49
2.3.3 Verbesserung der Praxisliquidität 52
Literatur 54

3 Praxismarketing 55
3.1 Grundlagen des Praxismarketings 55
3.1.1 Arztpraxis und Werbung 55
3.1.2 Begriff und Ablauf des Praxismarketings 57
3.2 Analyse des Praxismarkts 61
3.2.1 Marktentwicklung für Behandlungsleistungen 61
3.2.2 Situation der Praxiskonkurrenz 66
3.2.3 Bedürfnisse der Patienten 69

3.2.4 Markteinschätzungen der Mitarbeiter 72
3.3 Ziele und Strategien für das Praxismarketing 74
3.3.1 Praxisleitbild und -zielgruppen 74
3.3.2 Marketingziele für die Arztpraxis 77
3.3.3 Marketingstrategien für die Arztpraxis 80
3.3.4 Strategische Praxispositionierung 82
3.4 Instrumente des Praxismarketings 84
3.4.1 Patientenbindung 84
3.4.2 Patientenkommunikation 91
3.4.3 Behandlungsleistungen 95
3.4.4 Patientenbetreuung 97
3.4.5 Honorargestaltung 100
3.4.6 Individuelle Gesundheitsleistungen in der Arztpraxis 102
Literatur 106

4 Praxispersonal 107
4.1 Grundlagen des Personalmanagements in der Arztpraxis 107
4.1.1 Personalwirtschaftliche Modelle und Theorien 107
4.1.2 Arbeitsverhältnisse in der Arztpraxis und individuelles Arbeitsrecht 114
4.1.3 Arbeitsschutz in der Arztpraxis und kollektives Arbeitsrecht 118
4.2 Führung des Praxispersonals 121
4.2.1 Führungsstile und Führungsprinzipien 121
4.2.2 Arbeitsklima und Teamgeist 125
4.2.3 Konfliktbewältigung im Praxisteam 127
4.3 Gewinnung von Praxispersonal 131
4.3.1 Personalbedarfsermittlung 131
4.3.2 Personalwerbung 136
4.3.3 Personalauswahl 138
4.4 Personaleinstellung 140
4.5 Personaleinsatz in der Arztpraxis 143
4.5.1 Personalorganisation und Arbeitsstrukturierung 143
4.5.2 Festlegung von Praxisöffnungs- und Arbeitszeiten 146
4.5.3 Gestaltung der Praxisarbeitsplätze 149
4.6 Entwicklung des Praxispersonals 151
4.6.1 Aufgaben der Personalentwicklung in der Arztpraxis 151
4.6.2 Beurteilung der Praxisangehörigen 153
4.6.3 Aus- und Weiterbildung 156
4.7 Administration des Praxispersonals 167
4.7.1 Personalakte und Schutz der Personaldaten 167
4.7.2 Personalverwaltung und -Controlling 169
4.7.3 Fluktuation und Beendigung von Arbeitsverhältnissen 173
Literatur 179

5 Praxisorganisation 181
5.1 Grundlagen der Praxisorganisation 181
5.1.1 Organisation des Praxisaufbaus 181
5.1.2 Organisation der Praxisabläufe 187
5.1.3 Spezielle Organisations- und Rechtsformen der Heilberufe 190
5.1.4 Organisationstechniken und -instrumente 194
5.2 Entwicklung der Praxisorganisation 202
5.2.1 Organisationsentwicklung in der Arztpraxis 202
5.2.2 Organisationsentwicklungsprozess 205
5.2.3 Methoden der Organisationsentwicklung 208
5.3 Behandlungsplanung 212
5.3.1 Behandlungsorganisation und Behandlungsplanerstellung 212
5.3.2 Terminplanung und -vergabe 215
5.3.3 Information der Patienten 217
5.4 Organisation der Materialwirtschaft 220
5.4.1 Logistik medizinischer Verbrauchs- und Nichtverbrauchsmaterialien 220
5.4.2 Beschaffung von Praxisbedarf 222
5.4.3 Materialbewirtschaftung und -lagerung 229
5.4.4 Pflege und Instandhaltung von Praxismaterial 234
5.5 Abrechnungsorganisation 236
5.5.1 Abrechnungsgrundlagen und Verfahrensgrundsätze 236
5.5.2 Besonderheiten bei der Kassen- und Privatliquidation 239
5.6 Hygieneorganisation in der Arztpraxis 244
5.6.1 Rechtliche Grundlagen der Hygieneorganisation 244
5.6.2 Organisation der Praxishygiene 248
5.7 Nachhaltigkeitsorganisation in der Arztpraxis 252
5.7.1 Umweltrechtliche Vorgaben und Konzepte 252
5.7.2 Umweltgerechter Umgang mit Praxismaterialien und -abfällen . . . 255
5.8 Selbstorganisation der Praxisangehörigen 255
5.8.1 Selbstmanagement 255
5.8.2 Persönliche Zeitplanung 263
5.9 Telemedizin und elektronischer Austausch medizinischer Daten 267
5.9.1 Telemedizin und eHealth in der Arztpraxis 267
5.9.2 Elektronische Kommunikation mit Leistungserbringern und Patienten 270
5.9.3 Sicherheit der Patientendaten 273
5.9.4 Praxishomepage 278
Literatur 285

6 Praxiskosten 289
6.1 Grundlagen des Kostenmanagements in der Arztpraxis 289
6.1.1 Abgrenzung der Praxiskosten 289
6.1.2 Arten der Praxiskosten 293
6.2 Praxiskostenrechnung 295
6.2.1 Kostenartenrechnung 295
6.2.2 Kostenstellenrechnung 299
6.2.3 Kostenträgerrechnung 301
6.3 Erfolgsrechnung 304
6.3.1 Gesamtkostenrechnung 304
6.3.2 Deckungsbeitragsrechnung 306
6.4 Steuerung der Praxiskosten 308
6.4.1 Überwachung der Praxiskostenentwicklung 308
6.4.2 Maßnahmen zur Reduzierung der Praxiskosten 312
Literatur 325

7 Praxisqualität 327
7.1 Grundlagen des Qualitätsmanagements in der Arztpraxis 327
7.2 Medizinisches Qualitätsmanagement nach ISO 9000/9001 334
7.3 Qualität und Entwicklung in Praxen (QEP) 341
7.4 Europäisches Praxisassessment (EPA) 344
7.5 Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ) 346
Literatur 348

8 Praxis-Controlling 349
8.1 Steuerung und Lenkung des Praxisbetriebs 349
8.1.1 Grundlagen des Praxiscontrollings 349
8.1.2 Vergleichende Controllinginstrumente 352
8.1.3 Steuerung mit Praxiskennzahlen 355
8.2 Risikomanagement in der Arztpraxis 363
8.2.1 Grundlagen und Schutzziele 363
8.2.2 Risikomanagementsysteme für die Arztpraxis 366
Literatur 369

Glossar 371

Sachverzeichnis 395

Abkürzungsverzeichnis

AAA	Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen/Medizinischen Fachangestellten
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
AMG	Arzneimittelgesetz
AMIS	Arzneimittelinformationssystem
ArbSchG	Arbeitsschutzgesetz
ArbStättV	Arbeitsstättenverordnung
ArbZG	Arbeitszeitgesetz
AS	Abfallschlüssel
BAB	Betriebsabrechnungsbogen
BÄK	Bundesärztekammer
BAG	Berufsausübungsgemeinschaft
BBiG	Berufsbildungsgesetz
BBK	Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe
BdA	Berufsverband der Arzt-, Zahnarzt- und Tierarzthelferinnen e. V.
BDSG	Bundesdatenschutzgesetz
BetrVG	Betriebsverfassungsgesetz
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGBl	Bundesgesetzblatt
BGH	Bundesgerichtshof
BGW	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
BtMVV	Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung
BUrlG	Bundesurlaubsgesetz
BWA	Betriebswirtschaftliche Auswertungen
bzw.	beziehungsweise
ChemG	Chemikaliengesetz
CIRS	Critical Incident Reporting-System
CMR	cancerogen, mutagen, reproduktionstoxisch
CRT	Cardiale Resynchronisations-Therapie
D2D	Doctor-to-Doctor

DAG	Deutsche-Angestellten-Gewerkschaft
DAHTA	Deutsche Agentur für Health Technology Assessment
DALE-UV	Datenaustausch mit Leistungserbringern in der gesetzlichen Unfallversicherung
DGHM	Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie
DGSV	Deutsche Gesellschaft für Sterilgutversorgung
DGTelemed	Deutsche Gesellschaft für Telemedizin
d. h.	das heißt
DIHK	Deutscher Industrie- und Handelskammertag
DIMDI	Deutsches Institut für medizinische Information und Dokumentation
DIN	Deutsches Institut für Normung e. V.
DSD	Duales System Deutschland
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
eHBA	elektronischer Heilberufsausweis
EN	Europäische Norm
EPA	Europäisches Praxisassessment
EStG	Einkommensteuergesetz
ff	fortfolgende
fifo	first-in-first-out
FZ	Fehlzeiten
GbR	Gesellschaft bürgerlichen Rechts
GefStoffV	Gefahrstoffverordnung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GuV	Gewinn- und Verlustrechnung
GWA	Gemeinkostenwertanalyse
HCI	Health Competitive Intelligence
HGB	Handelsgesetzbuch
HKS	Hautkrebsscreening
HMV	Hausmüllverbrennung
HWG	Heilmittelwerbegesetz
IBMT	Fraunhofer-Institut für Biomedizinische Technik
ICD	Cardioverter-Defibrillator
IDW	Institut der Wirtschaftsprüfer
IfSG	Infektionsschutzgesetz
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistungen
INKO	Investitions- und Kostenplanung
IPA	International Pharmaceutical Abstracts
ISO	International Organization for Standardization
IuK	Informations- und Kommunikationstechnische (Systeme)
JArbSchG	Jugendarbeitsschutzgesetz

KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KRINKO	Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention
KrWG	Kreislaufwirtschaftsgesetz
KSchG	Kündigungsschutzgesetz
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVB	Kassenärztliche Vereinigung Bayern
KVBW	Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
LAGA	Bund/Länder-Arbeitsgemeinschaft Abfall
LDT	Labordatentransfer
MA	Mitarbeiter/-in
MAPI	Machinery Allied Products Institute
MBO-Ä	(Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MedFAngAusbV	Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/ zur Medizinischen Fachangestellten
MFA	Medizinische(r) Fachangestellte(r)
MPBetreibV	Medizinprodukte-Betreiberverordnung
MPG	Medizinproduktegesetz
MRSA	Methicillin-resistente Staphylococcus aureus
MTA	Medizinisch-Technische(r) Assistent/in
MuSchG	Mutterschutzgesetz
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NWA	Nutzwertanalyse
PartGG	Partnerschaftsgesellschaftsgesetz
PDA	Personal Digital Assistant
PDCA	Plan, Do, Check, Act
PKV	Private Krankenversicherung
PStG	Personenstandsgesetz
PT	Personentage
PVS	Praxisverwaltungssystem, Privatärztliche Verrechnungsstelle
QEP	Qualität und Entwicklung in Praxen
QES	Qualifizierte elektronische Signatur
QMS	Qualitätsmanagementsystem
REFA	REFA – Verband für Arbeitsgestaltung, Betriebsorganisation und Unternehmensentwicklung e. V.
RKI	Robert-Koch-Institut
RöV	Röntgenverordnung
ROI	Return on Investment
RStV	Rundfunkstaatsvertrag
SAV	Sonderabfallverbrennung

SGB	Sozialgesetzbuch
StGB	Strafgesetzbuch
StPO	Strafprozessordnung
TdL	Tarifgemeinschaft der Länder
TKK	Techniker Krankenkasse
TMG	Telemediengesetz
TQM	Total Quality Management
TRBA	Technische Regeln für Biologische Arbeitsstoffe
TRGS	Technische Regeln für Gefahrstoffe
TVG	Tarifvertragsgesetz
TzBfG	Teilzeit- und Befristungsgesetz
UStG	Umsatzsteuergesetz
UWG	Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb
vgl.	vergleiche
VZK	Vollzeitkapazitäten
WCM	Working Capital Management
z. B.	zum Bespiel
ZI	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

Praxisplanung

1

1.1 Strategische Praxisplanung

Der Begriff Strategische **Planung** wird insbesondere verwendet, wenn es um längerfristige Aktionsziele geht – im Gegensatz zur operativen Planung, die der konkreten kurzfristigen Disposition von Ressourcen dient. Eine Praxisstrategie stellt somit höhere Ansprüche als die operative Praxisplanung. Insbesondere vernachlässigt die kurzfristige Planungsmethode sowohl die fundierte Analyse des Medizin- und Patientenmarkts, als auch das generelle und spezielle Marktpotential. Die Praxisstrategie ist in dieser Beziehung umfassender, präziser und darauf angelegt, sich sehr bewusst aus erkennbaren Möglichkeiten unter Berücksichtigung von Markt- und Nutzungsbewertungen die erstrebenswerten herauszusuchen. Das Verfolgen analytisch bzw. methodisch untermauerter Ziele unter Berücksichtigung der dafür erforderlichen Kräfte ist ein wichtiger Gegenstand strategischer Planung.

Die Strategische Planung bildet den logischen Ausgangspunkt des Praxismanagements. Es wird darüber nachgedacht, was in und mit der Arztpraxis erreicht werden soll und wie es am besten zu erreichen ist. Dazu zählen die Bestimmung der Zielrichtung, die Ermittlung zukünftiger Handlungsoptionen und die Auswahl unter diesen. Planung bedeutet, zukünftiges Handeln unter Beachtung des Rationalprinzips gedanklich vorweg zu nehmen.

Bei der Strategischen Praxisplanung handelt es sich selbst wieder um einen Prozess, in dem eine Analyse der gegenwärtigen Praxissituation sowie der zukünftigen Chancen und Risiken stattfindet und zur Formulierung von Absichten, Zielen, Strategien und Maßnahmen führt (Abb. 1.1).

Das tragende Fundament der strategischen Praxisplanung bildet die **Analyse-Phase**. Sie soll die gegenwärtige Praxissituation untersuchen, indem sie alle internen und externen Daten auswertet, die für die Praxis wichtig sein können. Um die Praxis mit ihren gegenwärtigen und zukünftigen Möglichkeiten am medizinischen Gesamtmarkt beurteilen

© Springer Fachmedien Wiesbaden 2016

A. Frodl, *Praxisführung für Ärzte,* DOI 10.1007/978-3-658-11062-8_1

Abb. 1.1 Strategische Planung

zu können, ist die zu erwartende Entwicklung der Praxisumwelt besonders zu beachten. Bedingungen der Praxisumwelt sind dabei die Daten, denen sich die Praxis nach außen hin gegenübersieht und die in ihre strategische Planung eingehen müssen (Abb. 1.2).

Ebenfalls in die Analyse-Phase fällt die Betrachtung der Potentiale, die zeigen soll, wo die spezifischen Stärken und Schwächen der Praxis relativ zur Konkurrenz liegen. Die Praxisleitung gewinnt daraus Anhaltspunkte, was sie angesichts der sich abzeichnenden

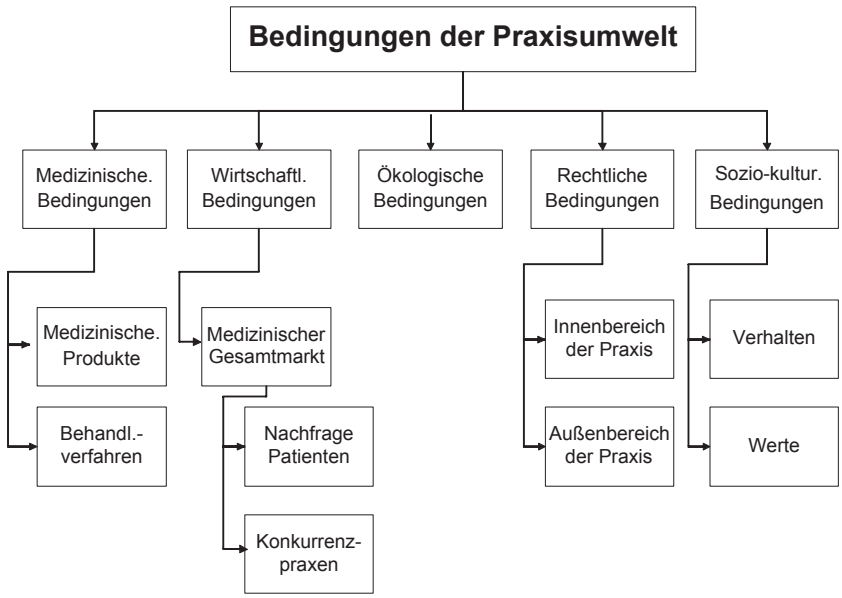

Abb. 1.2 Bedingungen der Praxisumwelt

Chancen und Gefahren der Praxisumwelt in den einzelnen Marktsegmenten des medizinischen Gesamtmarkts tun kann, in denen sie agiert oder agieren möchte.

Als nächster Schritt ist in der **Ziel-Phase** die langfristige Zielsetzung der Praxis zu bestimmen. Unter den Praxiszielen werden dabei zunächst allgemein erwünschte Zustände, Zustandsfolgen oder auch Leitwerte für zu koordinierende Aktivitäten verstanden, von denen ungewiss ist, ob sie erreicht werden. Die konkrete Zielbildung ist in der Arztpraxis ein komplexes Problem, da es eine eindimensionale Zielsetzung nicht gibt. Werden mehrere Ziele verfolgt, sind ihre Zielverträglichkeiten zu untersuchen. Die Zielsetzung der Arztpraxis besteht immer aus einer Kombination von quantitativen und qualitativen Zielen, die aufeinander abzustimmen sind.

In der **Strategie-Phase** sind langfristig wirksame Maßnahmenkombinationen zu finden, die den Weg bestimmen, wie die geplanten Ziele erreicht werden sollen. Im Mittelpunkt steht die Abstimmung von Arztpraxis und Praxisumwelt. Als Ausgangspunkt der Praxisstrategien können die langfristig angelegten Ziele angesehen werden. Die Praxisstrategien selbst sind ebenfalls langfristig und für die gesamte Praxis wirksam. Sie umfassen jeweils Maßnahmenkombinationen und keine Einzelmaßnahmen, so dass sie für eine Realisierung in der **Ausführungs-Phase** in einzelne Maßnahmen überführt werden müssen. Praxisstrategien stellen für nachgeordnete Planungen Führungsgrößen dar und besitzen damit Lenkungsfunktion. Sie legen Art und Richtung der Praxisentwicklung fest. Die Erreichung der langfristigen Ziele wird in der **Kontroll-Phase** überwacht. Bei Ergebnisabweichungen sind die Praxisstrategien zu überprüfen und gegebenenfalls zu korrigieren.

In diesem Sinne ist heute in Arztpraxen die Notwendigkeit von Praxisstrategien mehr gegeben als je zuvor. Es ist in regelmäßiger Wiederkehr zu prüfen, wo man steht, was man haben will und welche Mittel dafür zur Verfügung stehen. Inkonsequenzen und Halbheiten sind in diesem Zusammenhang ebenso strategische Fehler wie unzureichende Markt- und Nutzenanalysen. Die rasanten Veränderungen im Gesundheitsmarkt zwingen die einzelne Praxis zu häufigeren Strategieüberlegungen als früher.

Eine Praxis ohne festgelegte Ziele und Führungsgrundsätze ist mittlerweile bei der Komplexität der ökonomischen Fakten und Zusammenhänge wie ein Schiff ohne Ruder und Kapitän. Die erfolgreiche Führung einer Arztpraxis bedarf deshalb klar definierter Praxisziele. Solche Ziele richten sich auf den Praxiserfolg, das Angebot medizinischer Dienstleistungen, die Gewinnoptimierung und Sicherung der Praxiszukunft.

Ebenso wichtig sind die erwähnten Führungsgrundsätze, die Sicherheit im Handeln auf allen Ebenen der Arztpraxis vermitteln sollen. Die Erarbeitung von Praxisstrategien auf dieser materiellen und sozialen Basis ist zentrales Dauerthema der Praxispolitik und führt zur verbalen Formulierung der Ziele und Grundsätze. Sie hat maßgebliche gestalterische Bedeutung für die Substanz- und Erfolgsentwicklung der Praxis.

Die Qualität einer Praxisstrategie lässt sich daran messen, wie sie das ganze Vermögens- und Leistungspotential einer Arztpraxis als angestrebten „Soll-Zustand“ durchdringt. Die Verantwortung für strategische Entscheidungen kann nur bei der Praxisleitung liegen. Sie vollziehen sich in einem permanenten, komplexen Informations-, Abwägungs-, Entscheidungs- und Kontrollprozess, in den die Analyse der betriebswirtschaftlichen Situ-

ation der Praxis, das geschätzte Marktpotential sowie die Wettbewerbschancen und -risiken einfließen. Als Ergebnis des Vorgangs werden über den Umsetzungsprozess Richtung und Ausmaß der künftigen Praxisentwicklung bestimmt.

1.2 Entwicklung von Praxisstrategien

In einem durch verstärkten Wettbewerb, begrenzte Marktwachstumschancen und Umsatzstagnierung gezeichneten Umfeld, sind Arzt und Ärztin in verstärktem Maße auch als freiberufliche Unternehmer und Praxismanager gefordert. Fraglos stellt die Behandlungstätigkeit den Kern der ärztlichen Berufsausübung in einer Praxis dar. Auch sind möglichst gute Behandlungsleistungen eine wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Praxisführung. Doch genauso wie der alte Marketingspruch „Ein gutes Produkt verkauft sich von alleine“ in Zeiten der Globalisierung und des internetbasierten Informationsaustauschs nur noch bedingt gültig ist, weil das gleiche Produkt von einem anderen Hersteller womöglich preisgünstiger vertrieben wird, mit Zusatzleistungen versehen und schneller verfügbar ist, so muss auch die Arztpraxis sich diesen veränderten Wettbewerbs- und Rahmenbedingungen im Gesundheitsmarkt stellen, wenn sie langfristig erfolgreich sein will.

Die verstärkte Ausrichtung an den **Markterfordernissen** erfordert von der Praxisleitung in zunehmendem Maße, betriebswirtschaftliche Rollen als Planer, Stratege, Organisator, Führungspersönlichkeit, Marketingspezialist oder Controller zu übernehmen. In dieser Eigenschaft muss sie dafür Sorge tragen, dass etwa alle Praxisaktivitäten an den Bedürfnissen der Patienten ausgerichtet werden, der Nutzen für den Patienten in den Vordergrund gestellt wird, die Entwicklung von Visionen und Praxisstrategien und deren Umsetzung vorangetrieben wird, die Kommunikationsfähigkeiten gegenüber den Patienten optimiert werden, sich das Führungsverhalten ziel- und mitarbeiterorientiert weiterentwickelt und die Praxisorganisation jederzeit offen ist für Veränderungen, Ideen und neue Entwicklungen im Praxisumfeld (vgl. Frodl 2011, S. 23 ff).

Das Erarbeiten und Festlegen von Praxisstrategien wird in Zeiten immer schneller ablaufender Veränderungen im wissenschaftlich-medizinischen, gesetzlichen und ökonomischen Umfeld für die Arztpraxis immer wichtiger. Praxisstrategien setzen dabei ein Zielsystem voraus, an dem sich die Praxisplanung ausrichten kann und das sich über mehrere Jahre erstrecken muss. Die Auseinandersetzung mit betriebswirtschaftlichen Sachverhalten ist dabei eine wesentliche Voraussetzung, um die Praxis planbar zu machen, Risiken durch strategische Planung reduzieren und daraus abgeleitete operative Maßnahmen umsetzen zu können. Dabei zu berücksichtigende Einflussfaktoren sind nicht nur die Rahmenbedingungen der Praxisumwelt, sondern vor allen Dingen auch die internen Potentiale, die Stärken und Schwächen der Praxis.

Aufgrund der sich verändernden Rahmenbedingungen der Gesetzlichen Krankenversicherung und des daraus resultierenden Kostendrucks ist das Kostenmanagement und Controlling ein wesentlicher zukünftiger **Strategiebereich** der Arztpraxis. Dies bedeutet die gezielte Anwendung von Führungs- und Steuerungsinstrumentarien zur analytischen

Beobachtung der Praxis sowie den daraus zu ziehenden Konsequenzen für betriebswirtschaftliche Entscheidungen.

Das **Controlling** und **Kostenmanagement** in der Arztpraxis gewinnt vor dem Hintergrund begrenzten Umsatzwachstums und zunehmenden Wettbewerbs in zunehmendem Maße an Bedeutung. Um nicht die Steuerungsmöglichkeit der Praxis zu verlieren, in Liquiditätsengpässe zu kommen und in finanzielle Abhängigkeiten zu geraten, müssen Praxisleitung und -inhaber als aktive Controller und Kostenmanager agieren. Dazu gehören die Durchführung von Soll-Ist-Abweichungen anhand von Controlling-Kennziffern und Praxisbenchmarks, das Feststellen von Kostensenkungspotentialen in der eigenen Praxis, das Ergreifen von priorisierten Kostensenkungsmaßnahmen und die Kontrolle der Erreichung gesteckter Kostenziele (vgl. Frodl 2012, S. 29 ff.).

Wie viele Bereiche der gewerblichen Wirtschaft und der Dienstleistungen ist der Gesundheitsmarkt aus heutiger und zukünftiger Sicht als Käufermarkt einzustufen, in dem das Angebot medizinischer Behandlungs- und Dienstleistungen schneller wächst als die Nachfrage. Die Folge ist ein zunehmender Angebotsüberhang aufgrund steigender Konkurrenz unter den Praxen einerseits und andererseits einer gewissen Nachfragesättigung auf der Patientenseite. In dieser Marktsituation versuchen die Wettbewerber, durch Schaffung von Präferenzen, Werbung oder über die Preisgestaltung sich Marktanteile zu sichern.

Ein weiterer wesentlicher zukünftiger Strategiebereich der Arztpraxis ist daher das **Praxismarketing** (vgl. Wolter und Schwenk 2011, S. 20 ff.), welches als Praxisführungskonzept, in dessen Mittelpunkt der Patient steht, verstanden werden kann. Marketing lässt sich nicht nur von gewerblichen Unternehmen nutzen, um Marktanteile zu gewinnen und Umsatzsteigerungen zu erzielen, sondern wird auch in zunehmendem Maße im Dienstleistungsbereich und von Non-profit-Organisationen erfolgreich angewendet. Für die Arztpraxis besteht der Nutzen in der Gewinnung neuer und der Bindung vorhandener Patienten sowie der Profilierung und Positionierung in der Öffentlichkeit. Dazu lässt sich das Praxisangebot auf die Wünsche und Bedürfnisse verschiedener, abgegrenzter Zielgruppen konzentrieren und das gesamte Marketinginstrumentarium zur Befriedigung der Patientenbedürfnisse einsetzen.

Der strategische Planungscharakter des Marketings drückt sich in einem Marketingkonzept für die Arztpraxis aus, welches die Vorgehensweise am Markt sowie das einzusetzende, abgestimmte Bündel an Marketinginstrumenten und -maßnahmen beinhaltet. Dazu gehören die langfristige Ausrichtung nach klar umrissenen Patientenzielgruppen, die Orientierung an den (festzustellenden) Patientenbedürfnissen und schließlich die Realisierung der Praxisziele über die größtmögliche Patientenzufriedenheit und deren Messung.

Ein weiterer wichtiger Bereich zukünftiger Praxisstrategien ist die allgemeine **Praxisentwicklung**. Es geht dabei um die richtige Weichenstellung und die Klärung der Frage, ob die Praxis zukünftig verstärkt wachsen, mit anderen zusammenarbeiten, eher sich verkleinern oder in ihren Leistungen diversifizieren soll.

Angesichts der derzeitigen Rahmenbedingungen und Zukunftsaussichten im gesamten medizinischen Gesundheitsmarkt sind Praxisstrategien, die auf Wachstum ausgerichtet

sind, als äußerst schwierig zu beurteilen. Natürlich gibt es Unternehmen, die in vergleichbar problematischen Branchen mit Wachstumsstrategien Erfolge erzielen. Dabei handelt es sich in der Regel jedoch um Ausnahmen, aus denen sich für die Arztpraxis keine allgemeinen Empfehlungen zu einer entsprechenden strategischen Ausrichtung ableiten lassen. Wachstumsstrategien können sich beispielsweise auf die Erschließung neuer Patientenzielgruppen (Marktentwicklungsstrategie), das Angebot zusätzlicher, neuer Behandlungsleistungen (Leistungsentwicklungsstrategie) oder die Intensivierung der Marktbearbeitung durch Verbesserung der Patientenzufriedenheit (Marktdurchdringungsstrategie) erstrecken und sind sehr langfristig und sorgfältig zu planen.

Für die Zusammenarbeit mit anderen Ärzten und Praxen stehen unterschiedliche Organisationsformen zur Verfügung. Dazu zählen beispielsweise Medizinische Versorgungszentren (MVZ), die Gemeinschaftspraxis oder auch die partnerschaftliche Kooperation. Die Verkleinerung kann im Hinblick auf die Existenzsicherung eine entscheidende strategische Weichenstellung darstellen. Im Vordergrund stehen können dabei etwa der Abbau von medizintechnischen und personellen Behandlungskapazitäten, die Konzentration auf profitable Behandlungsgebiete oder die Rentabilitätssteigerung bei gleich bleibenden Umsatzzahlen. Die Diversifizierung geht von der Analyse lukrativer Behandlungsgebiete, der jeweiligen Konkurrenzsituation und der gezielten Nutzung von Synergieeffekten bisheriger Leistungsangebote aus und versucht mit neuen Leistungen zusätzliche Zielgruppen zu erschließen.

Ein wesentlicher Erfolgsfaktor bei einer verstärkten marktwirtschaftlichen Orientierung ist der **Patientenservice**. Er bietet die Möglichkeit, sich im Wettbewerb zu positionieren und von Konkurrenzpraxen zu unterscheiden. Dabei ist der Patientenservice als Ergänzung guter Behandlungsleistungen zu verstehen, der diese niemals ersetzen, aber für die Patienten einen nützlichen Mehrwert darstellen kann.

Die **Behandlungsleistungen** stellen fraglos das wichtigste Kernprodukt der Praxis dar. Über sie qualifiziert sich die Praxis bei den Patienten, wird bekannt und erhält so ihre Außenwirkung. Ihre Qualität hängt in hohem Maße von den medizinischen Fähigkeiten des Arztes ab. Die Sicherung der Behandlungsqualität und das Erreichen von Qualitätszielen bei neuen Leistungsangeboten sind eine Daueraufgabe im Rahmen der persönlichen Weiterentwicklung des Arztes und seiner Praxis und tragen wesentlich zur marktwirtschaftlichen Orientierung bei.

Die medizinischen **Fähigkeiten** des Arztes, seine Begabung mit den Patienten zu kommunizieren, die Persönlichkeit, die er darstellt und das Verhalten seiner Praxisangehörigen haben einen großen Anteil an der Patientengewinnung und -bindung einer Praxis. Diese persönlichen Potentiale gilt es gezielt zu nutzen, Stärken in diesem Bereich auszubauen und Schwächen möglichst zu beseitigen. Obwohl ein erfolgreiches Behandlungsergebnis vorliegt, kann durch den falschen Umgangston, schlechten Service oder lange Wartezeiten die Patientenzufriedenheit wesentlich beeinträchtigt werden. Gute Behandlungsleistungen zu erbringen und die Behandlung in einem für den Patienten möglichst positiven Umfeld stattfinden zu lassen, sind ein bedeutender Schritt auf dem Weg zur Markorientierung.

Die **Persönlichkeit** des Arztes, die Qualität der Behandlungsleistungen und die Patientenorientierung der Praxisangehörigen sind wichtige Einflussfaktoren des Praxisimages.

Nur ein möglichst positives Bild der Praxis in der Öffentlichkeit trägt dazu bei, Marktanteile zu sichern und sich im Wettbewerb zu profilieren. Besondere Behandlungskonzepte, medizintechnische Ausstattungen, Leistungen oder Service müssen nach außen kommuniziert werden, wobei nicht die Kommunikation über den zufriedenen Patienten der alleinige Weg sein muss. Weitere Möglichkeiten hierzu werden durch das Praxismarketing aufgezeigt.

1.3 Praxisstrategien auf der Basis des Lebenszykluskonzepts

Das Lebenszykluskonzept geht auf die Marketingliteratur zurück, in der bei Produkten die Entwicklung zwischen der Markteinführung und dem Ausscheiden aus dem Markt als eine Art „Lebensweg" betrachtet wird. Dieses Konzept wird auch auf die allgemeine Unternehmensentwicklung angewendet, so dass sich daraus ebenfalls Implikationen für die strategische Ausrichtung der Arztpraxis ableiten lassen (vgl. Doll und Müller 2012, S. 21). Da es in jeder Wettbewerbssituation der Arztpraxis typische und damit auch optimierbare Unternehmens- und Marketingstrategien gibt, erlauben Lebenszyklusmodelle die strategische Planung von Entscheidungen.

Der **Lebenszyklus** einer Arztpraxis wird stark beeinflusst durch die enge Beziehung zwischen ihr und dem Praxisinhaber, seiner Entwicklung und seinem persönlichen Lebensweg. Insofern ist der Lebenszyklus einer Arztpraxis nicht vorgegeben, sondern lässt sich durch aktive Maßnahmen des Praxisinhabers gestalten, erneuern, verkürzen oder verlängern. Beeinflussbare Variablen sind dabei insbesondere unternehmerische Erfolgskriterien wie Praxisumsatz, -gewinn oder Kostendeckungsbeiträge. Nicht beeinflussbare, unabhängige Größe ist dabei im Wesentlichen die Zeit. Insbesondere, wenn sich zwischen ihr und den genannten Erfolgskriterien der Praxis ein spezifisches Entwicklungsmuster zeigt, lässt sich ein Lebenszyklus feststellen. Dieses Muster lässt sich am Marketingbeispiel „Produkt" anhand folgender Grundphasen im Zeitablauf anschaulich darstellen:

- Einführung: Langsam ansteigender Absatz des Produkts.
- Wachstum: Überproportional zunehmender Absatz.
- Konsolidierung: Produktreife mit nur noch geringem oder keinem Wachstum.
- Degenerierung: Abschwung und letztendlicher Rückzug des Produktes vom Markt.

Die **Grundphasen** des Lebenszyklusmodells unterliegen keinen Naturgesetzmäßigkeiten. Sie beruhen auf unternehmerischen Aktivitäten und Entscheidungen und stellen auch das Ergebnis des Einwirkens der Umwelt auf die Arztpraxis dar. Insofern bilden nicht Rechenmodelle oder eindeutig nachvollziehbare Kausalitäten den Erklärungshintergrund des Phasenverlaufs, sondern Hypothesen, die die Phasen- und Zeitrelation bestimmter Verhaltensweisen der direkt oder indirekt an der Praxisentwicklung Beteiligten berücksichtigen.

Die Anwendung des Lebenszyklusmodells in der Arztpraxis bezieht sich somit auf die Person des Praxisinhabers oder der -inhaberin, durch die enge Verbindung mit ihnen auch

Tab. 1.1 Lebenszyklus einer Arztpraxis

Phase	Beschreibung/Beispiel
Gründung/Übernahme	Phase der Neugründung oder Übernahme einer Praxis durch den jungen Arzt nach seiner Assistenzzeit
Aufbau/Wachstum	Phase des Praxisaufbaus, der Gewinnung von (neuen) Patienten und der Etablierung im Umfeld
Konsolidierung	Phase der Reife, in der die Praxisentwicklung konsolidiert wird, sich das Patientenaufkommen einpendelt und sich langfristige Erweiterungen oder Spezialisierungen ergeben
Degenerierung	Phase des Ausstiegs des Praxisinhabers aus dem aktiven Berufsleben, Behandlung ausgewählter Patienten, Nachfolgeregelung und Praxisabgabe

auf die Praxisorganisation, die ärztlichen Produkte und Dienstleitungen, die anwendbaren Medizintechnologien sowie Angebot und Nachfrage nach ärztlichen Leistungen im Medizinmarkt. Dazu gehören auch die Entwicklungen der soziodemographischen Patientenstruktur und die Entwicklungen im gesundheitspolitischen Umfeld.

Die „natürlichen" Grundphasen des Lebenszyklus einer Arztpraxis im Zeitablauf sind in Tab. 1.1 wiedergegeben.

Die Phase der **Gründung** oder **Übernahme** kann durch unterschiedliche Länge, Schwierigkeiten oder Erfolg/Misserfolg gekennzeichnet sein. Es ist eine entscheidende und wichtige Phase, die im Falle des betriebswirtschaftlichen oder anderweitig begründeten Misserfolgs auch zum Scheitern führen kann. In dieser Phase sind strategische Entscheidungen zu treffen, die die Größe der Praxis, das Investitionsvolumen, die Mitarbeiterzahl, die Rechtsform, den Standort, die genaue fachliche Ausrichtung sowie die Marketingkonzeption und die Patientenzielgruppen betreffen.

Die Entwicklung in der Phase des **Aufbaus** und **Wachstums** kann unterschiedlich lange dauern. Der eine Praxisinhaber wird sie früher, der andere später erreicht haben. Sie ist gekennzeichnet durch eine starke Abhängigkeit von zahlreichen Einflussfaktoren, wie beispielsweise:

- Medizinische Fähigkeiten und Kenntnisse,
- Akzeptanz durch vorhandene oder potentielle Patienten,
- Wettbewerbssituation im Praxisumfeld,
- Patientenzufriedenheit,
- Organisation der Praxis,
- Führung des Praxisteams.

Wichtige strategische Entscheidungen in der Phase des Aufbaus und des Wachstums beziehen sich auf zukünftige Behandlungsschwerpunkte, die Personal- und Organisationsentwicklung und die Investition in Behandlungskonzepte.

Die Phase der **Konsolidierung** ist in der Regel die längste Phase im Lebenszyklus der Praxis. Sie ist im Wesentlichen gekennzeichnet durch eine Stabilisierung des Leistungs-

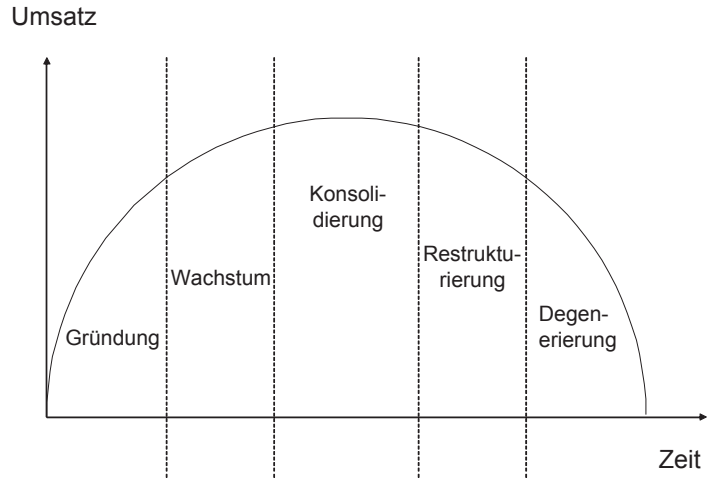

Abb. 1.3 Grundphasen eines Praxis-Lebenszyklus

angebots und des Patientenaufkommens. In diese Phase fallen auch Veränderungen (z. B. Bildung einer Gemeinschaftspraxis, Einstellung eines Assistenzarztes, Spezialisierung auf bestimmte Behandlungsmethoden), die langfristig wirksam sind. Strategische Entscheidungen beziehen sich in dieser Phase überwiegend auf Erhaltungsinvestitionen oder Rechtsformwechsel.

In der Phase der **Degenerierung** bereiten der Praxisinhaber oder die Praxisinhaberin ihren Ausstieg aus dem aktiven Berufsleben vor. Sie beinhaltet häufig die Praxisbewertung und -veräußerung an mögliche Nachfolger und bis zu dem Übergabezeitpunkt eine deutliche Reduzierung des Patientenaufkommens. Die strategischen Entscheidungen, die in dieser Phase zu treffen sind, beziehen sich hauptsächlich auf die Nachfolgereglung und Veräußerung der Praxis.

Da auch andere Verhaltensmuster im Lebenszyklus einer Arztpraxis denkbar sind, laufen die dargestellten Grundphasen nicht immer wie in Abb. 1.3 dargestellt schematisch einheitlich ab. Allen unterschiedlichen Lebenszyklen gemein ist jedoch, die Notwendigkeit, die unterschiedlichen Phasen strategisch auszugestalten.

Zum einen wird die Praxisorganisation durch die Phase des Lebenszyklus, in dem sie sich gerade befindet, beeinflusst. Je nachdem, ob sie sich etwa in der Gründungsphase befindet oder seit mehreren Jahren in der Konsolidierungsphase, sind unterschiedliche Organisationsentwicklungs- und Strukturierungsprozesse erforderlich. Während die junge Praxisinhaberin in der Gründungsphase eher mit organisatorischen Varianten experimentiert, Tipps und Hinweise aus dem Kollegenkreis nutzt, externe Beratung einschaltet und versucht auf diese Weise Erfahrungen zu sammeln, nutzt sie in der Konsolidierungsphase gezielt ihre Erfahrungen, die sie im Laufe der Zeit mit den von ihr angewendeten Formen der Aufbauorganisation, der Strukturierung der Arbeitsabläufe und der Weiterentwicklung ihrer Praxis gesammelt hat. Organisatorische Regelungen sind in der Gründungsphase deshalb selten von Dauer, zumal wichtige Erfahrungswerte wie etwa zur Patientenstruk-

tur, Fähigkeiten und Kenntnisse der Mitarbeiter, Verhalten der Konkurrenzpraxen, Zusammenarbeit mit Kassen und KV noch nicht in ausreichendem Umfang vorliegen und daher auch nicht in vollem Umfang berücksichtigt werden können. Ständige Optimierungs- und Veränderungsprozesse sind daher in dieser Phase erforderlich, bisweilen auch Improvisation. Die Praxisstrategie muss daher in dieser Phase dazu beitragen, durch Sammlung von ausreichenden Informationen möglichst schnell eine dauerhafte Praxisorganisation strukturieren zu können. Dauerhafte Organisationsstrukturen bewirken hingegen in der Konsolidierungsphase die Stabilität der Praxis. Praxisumfeld, Mitarbeiterpotentiale und Patientenverhalten sind bekannt und in Grenzen kalkulierbar, was ein systematisches und standardisiertes Arbeiten in weiten Bereichen der Praxisorganisation ermöglicht. Die Gefahr in dieser Phase des Lebenszyklus besteht aus der Routine und der Gewohnheit, die notwendige Weiterentwicklungs- und Verbesserungsprozesse in der Praxisorganisation oft verhindern. Insbesondere die Entwicklung der betriebswirtschaftlichen Situation, die durch eine Veränderung der Rahmenbedingungen verursacht sein kann, wird dabei häufig aus den Augen verloren, so dass ein rechtzeitiges, steuerndes Eingreifen nicht möglich wird. In der Konsolidierungsphase muss die Praxisstrategie daher einen Beitrag leisten, den wirtschaftlichen Praxiserfolg durch geeignete Kontrollmechanismen und Organisationsentwicklungsmaßnahmen langfristig zu sichern.

Betrachtet man den **Gesamtmarkt** medizinischer Leistungen nach dem Lebenszyklusmodell und teilt ihn in einer langfristig angelegten Betrachtungsweise etwa in die üblichen Phasen Entstehung, Wachstum, Sättigung und Rückbildung, so ist verallgemeinernd zu verzeichnen, dass er einerseits immer noch wächst, andererseits in einigen Marktbereichen die Phase der Sättigung erreicht ist. Für die einzelne Arztpraxis bedeutet dies, dass sie sich einer höheren Wettbewerbsintensität gegenübersieht: Sie steht im Wettbewerb um die Patienten, in Konkurrenz mit anderen Praxen und letztendlich im Wettbewerb um Marktanteile, gerade in Ballungsräumen bisweilen sehr konkret sogar um lokale Marktanteile. Die Wettbewerbsintensität wird dort durch vorhandene Überkapazitäten verschärft. In gleichem Maße steigt die Nachfragemacht der Patienten und führt zu einem Käufermarkt, der durch eine abnehmende Loyalität gegenüber der angestammten Praxis, wachsende Leistungsansprüche sowie abnehmende Bereitschaft, die Behandlungsleistungen entsprechend zu honorieren, gekennzeichnet ist. Die Praxisstrategie muss somit dazu beitragen, sich in diesem schwierigen Wettbewerbsumfeld neu zu positionieren. Das kann zum einen durch Leistungsdifferenzierungen und Spezialisierungen erfolgen, andererseits aber auch durch die Verschlankung der Praxis zu kleineren Praxiseinheiten oder den Zusammenschluss zu Gemeinschaftspraxen oder Partnerschaftsformen.

Schließlich lassen sich die **Behandlungsleistungen** der Arztpraxis ebenfalls anhand des Lebenszyklusmodells analysieren. Die Veränderung des Volumens von Behandlungsleistungen über Jahre hinweg ist zunächst auf den allgemeinen wissenschaftlichen Fortschritt in der Medizin und in Behandlungskonzepten zu sehen. Die Verlängerung des Lebenszyklus von Behandlungskonzepten, die ihren Zenit bereits überschritten haben, ist medizinisch begründet und von Innovationen begleitet, wie die oftmalige Entwicklung von der therapeutischen Behandlung hin zu einer verstärkten Prophylaxe. Diese Entwicklungstrends

gilt es aus Sicht der Arztpraxis zu beobachten und im Sinne einer gezielten Praxisstrategie zu nutzen. Das Leistungsangebot einer Praxis hängt einerseits zwar stark vom fachlichen Können des jeweiligen Arztes, von der Patientenstruktur seiner Praxis und der Nachfrage nach bestimmten Behandlungsleistungen ab. Dennoch wird schließlich nur das nachgefragt, was auch angeboten wird. So lässt sich das Angebot an neuen Behandlungsleistungen erweitern, die Erfolg versprechend sein können und die es früher noch nicht gegeben hat.

Das Lebenszyklusmodell lässt sich sicherlich nicht in jeder Hinsicht auf die individuellen Gegebenheiten einer Arztpraxis übertragen. Dennoch stellt es eine gedankliche Grundlage für die Entwicklung und Formulierung von Praxisstrategien dar. So lassen sich in der Regel für jede Praxis mehrere strategische, lange Zeiträume beschreiben, in denen die Praxisleitung langfristig orientierte Entscheidungen zur künftigen Entwicklung der Praxis treffen muss.

1.4 Praxisübernahme

Praxiserwerb und -übernahme stellen eine wichtige Möglichkeit zur ärztlichen Niederlassung und Berufsausübung dar. Eine erste Rahmenbedingung für die Übernahme einer Praxis ist die Regelung, dass zur Existenzgründung in überversorgten Gebieten nur die Übernahme einer Praxis mit bereits erteilter Kassenzulassung möglich ist. Diese Zulassungsbeschränkung schließt bei Überversorgung aus, dass sich ein Arzt oder eine Ärztin an einem beliebigen Ort niederlassen kann.

Die **Nachfolgekassenzulassung** ist an öffentlich-rechtliche Bedingungen geknüpft. So ist die Kassenärztliche Vereinigung (KV) verpflichtet, einen durch Verzicht, Erreichung der Altersgrenze, Entziehung oder Tod freiwerdenden Vertragsarztsitz in einem Planungsbereich mit Zulassungsbeschränkungen auf Antrag des Vertragsarztes oder seiner Erben in amtlichen Bekanntmachungsblättern auszuschreiben und eine Bewerbungsliste zusammenzustellen. Aufgabe des Zulassungsausschusses ist es, aus den Bewerbern den Nachfolger des bisherigen Vertragsarztes unter Berücksichtigung der Dauer seiner bisherigen ärztlichen Tätigkeit, dem Approbationsalter und der beruflichen Eignung auszuwählen.

Bei dieser Entscheidung nach pflichtgemäßem Ermessen spielt zwar das Verwandtschaftsverhältnis des Bewerbers zum Vertragsarzt (Ehegatte, Kind) ebenso eine berücksichtigungsfähige Rolle, wie ein bisheriges Angestelltenverhältnis zum Vertragsarzt oder eine bisherige gemeinschaftliche Praxisführung zweier Vertragsärzte. Nur bis zur Höhe des Verkehrswertes der Praxis werden allerdings die ökonomischen Interessen des bisherigen Vertragsarztes dabei berücksichtigt.

Interessierte Ärzte, die in das Arztregister eingetragen sind und sich um die Übernahme einer Vertragsarztpraxis bewerben möchten, können sich auf Antrag in eine Warteliste bei den KVen eintragen lassen. Die Wartezeit wird bei der Bewerberauswahl für einen Vertragsarztsitz ebenfalls berücksichtigt. Ebenso wird bei der Bewerberauswahl Rücksicht auf die Interessen von in der Praxis verbleibenden Vertragsärzten genommen, wenn die Praxis bisher mit Ihnen gemeinschaftlich ausgeübt wurde.

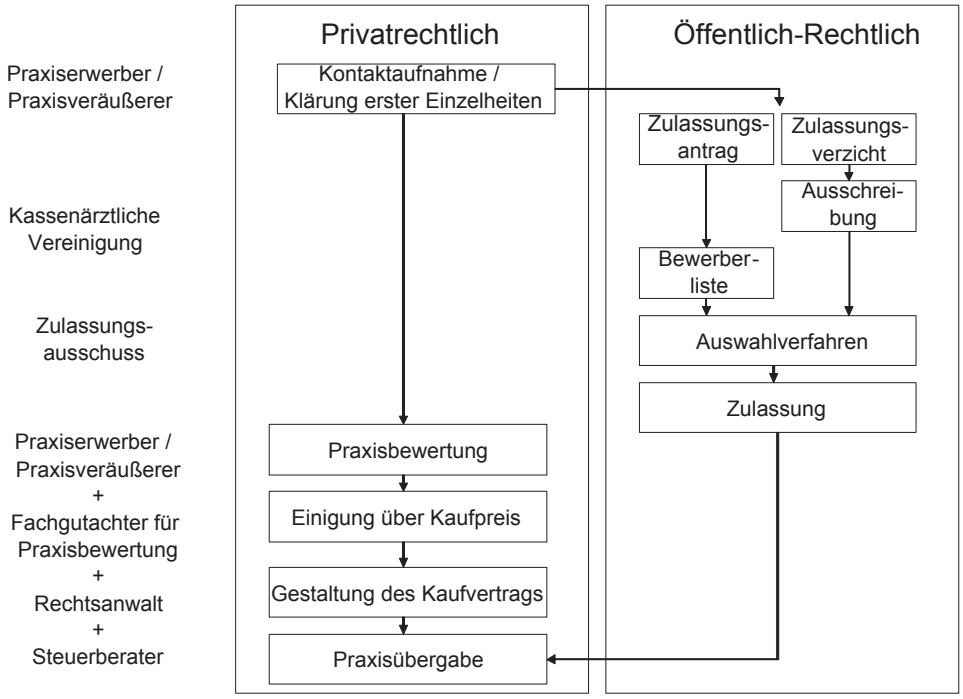

Abb. 1.4 Ablauf der Praxisübernahme

Da als Voraussetzung für die Praxisübernahme sowohl die Nachfolgekassenzulassung als auch ein privatrechtlicher Vertrag, der die einzelnen Übernahmemodalitäten regelt, notwendig sind, muss zwischen der öffentlich-rechtlichen Zulassungsentscheidung und dem privatrechtlichen Vertrag unterschieden werden. Einerseits handelt es sich somit um die Entscheidung des Zulassungsausschusses über die Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes und andererseits um die individuellen Vereinbarungen zwischen dem die Praxis veräußernden Vertragsarzt und seinem Nachfolger (Abb. 1.4).

Zunächst sollte sich der Käufer mit dem bisherigen Praxisinhaber privatrechtlich über die Praxisübernahme einigen. Anschließend ist das Nachbesetzungsverfahren vor dem Zulassungsausschuss durchzuführen. Um zu verhindern, dass es im Anschluss an die privatrechtliche Vereinbarung im Rahmen des Auswahl- und Zulassungsverfahrens nicht zur geplanten Nachbesetzung der Praxis kommt, wird üblicherweise in den Übernahmevertrag eine aufschiebende Regelung eingebaut, die auf die Voraussetzung abstellt, dass der Käufer auch die erforderliche Zulassung erhält. Andererseits ist die Wirksamkeit der Entscheidung des Zulassungsausschusses auch an die Beendigung der Tätigkeit des bisherigen Vertragsarztes und die Fortführung der Praxis durch den ausgewählten Nachfolger geknüpft. Findet die Übergabe an den Nachfolger nicht statt, so ist in der Regel auch die sich darauf beziehende Zulassung unwirksam. Aufschiebenden Charakter hat auch das Widerspruchsrecht des bisherigen Praxisinhabers und des Käufers gegen die Entscheidung des Zulassungsausschusses.

Beispiel

Nach einem Urteil des Finanzgerichts Nürnberg vom 12. Dezember 2013 (Az.: 6 K 1496/12) entfällt beispielsweise eine Aufteilung des Kaufpreises in einen Praxisteil und einen Vertragsarztsitzteil, wenn aus dem Praxiskaufvertrag hervorgeht, dass es den Vertragsparteien ausschließlich um die Übertragung des Vertragsarztsitzes ging und die Erwerber kein Interesse an der Fortführung der eigentlichen Praxis haben (vgl. Markfort 2014, S. 28).

Im Rahmen einer Übernahme soll die **Praxisanalyse** ökonomische, patientenstrukturbezogene und personelle Sachverhalte klären, um Rückschlüsse auf die aktuelle Situation der Arztpraxis ziehen und daraus eine Bewertung für die Kaufpreisgestaltung vornehmen zu können.

Sie bezieht sich dabei insbesondere auf folgende Faktoren:

- Rentabilität,
- Kosten,
- Umsatz,
- Finanz- und Investitionslage,
- Liquiditätssituation,
- Patientenzufriedenheit,
- Leistungsangebot,
- Behandlungskonzepte,
- Patientenstruktur,
- Standort.

Der Kaufpreis einer Arztpraxis setzt sich im Wesentlichen aus zwei Elementen zusammen:

- Preisbestandteile für die materiellen Praxiswerte (Praxiseinrichtung, Verbrauchsmaterialien, medizinische Geräte etc.) und
- Preisbestandteile für die immateriellen Praxiswerte (Patientenstamm, Patientenstruktur, Qualifikation des Personals, Lage der Praxis etc.).

Die Preisbestandteile für die immateriellen Praxiswerte werden häufig auch als „Goodwill" oder ideeller Praxiswert bezeichnet. Die **Praxisbewertung** ist als Sonderfall einer Unternehmensbewertung anzusehen (vgl. Bundesärztekammer 2008, S. A4 ff.). Zu den Verfahren der immateriellen Praxisbewertung zählt die Ertragswertmethode. Sie basiert auf der Annahme, dass der Praxiswert sich als Summe zukünftiger Erträge darstellt, die auf den Zeitpunkt der Veräußerung abgezinst werden. Als Ausgleich für den Verzicht auf die Erträge erhält der die Praxis abgebende Arzt somit von dem die Praxis übernehmenden die Summe dieser Erträge in abgezinster Form. Bei dieser Abdiskontierung wird der Wert der zukünftigen Ertragssumme zum Verkaufszeitpunkt errechnet, wobei davon ausgegangen wird, dass der Gegenwartswert abnimmt, je weiter die prognostizierten Summen in der Zukunft liegen. Die

Substanzwertmethode hat als Grundlage den Gebrauchswert der Praxissubstanz. Sie setzt sich aus den materiellen und immateriellen Werten der Praxis zusammen. Zur Ermittlung des materiellen Wertes wird das gesamte Praxisinventar zum Wiederbeschaffungspreis bewertet, wobei die durch Abnutzung auftretenden Wertminderungen abgezogen werden. Behandlungseinrichtungen, medizinische Geräte und vorhandene Verbrauchsmaterialien sind dabei hinsichtlich ihrer Funktionalität und ihres technischen Zustandes zu bewerten (weitere Informationen Abschn. 2.2.3 Praxisbewertung) (vgl. IDW 2008, S. 2 ff.).

Der **Praxiskaufvertrag** ist grundsätzlich formlos und bedarf etwa nur in Zusammenhang mit notariellen Beurkundungen der Mitveräußerung von Praxisimmobilien der Schriftform. Aus Gründen der Beweissicherung ist jedoch von einem nur mündlich vereinbarten Kaufvertrag abzuraten.

In den Vertragsinhalten sind beispielsweise die Verbindlichkeiten aus bestehenden Verträgen, Lieferungen oder ausstehenden Zahlungen zu regeln. So sollte genau festgehalten werden, in welche Verträge der Praxiserwerber eintritt und ab welchem Datum (in der Regel das Übergabedatum) er laufende Verbindlichkeiten übernimmt. Für den Praxisveräußerer bedeutet das die Kündigung von Wartungs- oder Versicherungsverträgen, die der Erwerber nicht übernehmen will und gegebenenfalls auch noch die Übernahme von Zahlungsleistungen für diese Verträge nach der Praxisübergabe. Zu den wichtigsten Vertragsinhalten zählen beispielsweise auch die Regelungen über die Patientendaten. Patientenakten und entsprechende elektronische Dateien dürfen nur mit ausdrücklicher, eindeutiger und unmissverständlicher Einwilligung des Patienten an den Praxisnachfolger übergeben werden. Im Rahmen der Vertragsverhandlungen sollte sich der Praxiskäufer über die bestehenden Arbeitsverhältnisse unterrichten lassen, denn im Wege der Praxisnachfolge gehen grundsätzlich alle Arbeitsverhältnisse auf den Praxiskäufer über. Er muss in die bestehenden Arbeitsverhältnisse eintreten, und die Besitzstände der Praxisangehörigen bleiben dadurch gewahrt. Dazu bedarf es keiner gesonderten Regelung im Praxiskaufvertrag. Möchte der Praxiserwerber bestehende Arbeitsverhältnisse nicht übernehmen, so sollte der Praxisveräußerer unter Berücksichtigung des Kündigungsschutzes die Arbeitsverhältnisse kündigen.

Die vertragliche Vereinbarung eines Rückkehrausschlusses liegt im Interesse des Praxiserwerbers, der damit verhindern möchte, dass der Praxisveräußerer ihm gegen Entrichtung des Kaufpreises etwa die Praxis mit der Kassenzulassung übergibt, um ihm anschließend im gleichen Einzugsgebiet mit der Eröffnung einer Privatpraxis einen harten Wettbewerb zu liefern. Der Rückkehrausschluss bezieht sich sowohl auf eine eigene als auch eine Tätigkeit in anderen Praxen, mit Ausnahme von Praxisvertretungen. Allerdings ist der Rückkehrausschluss im Kaufvertrag örtlich und zeitlich zu begrenzen, damit in Bezug auf die Berufsausübungsfreiheit keine Sittenwidrigkeit vorliegt.

Die Regelung der laufenden Kassen- und Privatliquidation sollte im Kaufvertrag insbesondere den Zeitpunkt enthalten, bis zu dem der bisherige Praxisinhaber abrechnet. Das bedeutet, dass durch ihn fristgerecht die Kassenabrechnung erstellt und die Privatrechnungen geschrieben werden müssen.

Der zu bewertende Goodwill der Praxis sollte im Vertrag definiert sein. Dazu dient eine Aufzählung der immateriellen Praxiswerte, die als Goodwill anzusehen sind.

Auch sollte ein Inventarverzeichnis als Anlage des Kaufvertrags vorhanden sein. Aus ihm gehen alle materiellen Praxiswerte hervor, die im Zuge des Verkaufs auf den Erwerber übergehen.

Weitere wichtige Vertragsklauseln sind schließlich vorsorgliche Vereinbarungen. Sie schützen Praxisveräußerer und -erwerber insbesondere vor unerwarteten Entwicklungen, die von einer normalen Praxisübernahme abweichen. So können etwa im Todesfall Rücktrittsrechte im Vertrag vorgesehen werden, die die Interessen der jeweiligen Erben berücksichtigen, oder aber auch salvatorische Klauseln, die bei der Nichtigkeit einzelner Bestimmungen nicht dazu führen, dass der gesamte Vertrag als unwirksam anzusehen ist.

Die eigentliche **Praxisübergabe** wird idealerweise durch ein Protokoll dokumentiert. In ihm wird die Übernahme der Praxis auf der Grundlage der im Kaufvertrag festgelegten Vereinbarungen festgehalten. Der Praxisveräußerer dokumentiert mit seiner Unterschrift, dass er die Praxis ordnungsgemäß übergeben und der Praxiserwerber, dass er sie ordnungsgemäß übernommen hat. Das Übergabeprotokoll dient gleichzeitig als Nachweis gegenüber dem Zulassungsausschuss, dass die Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes wie vorgesehen erfolgt ist. Bei der formellen Übergabe sollte noch einmal auf die wichtigsten Aspekte eingegangen werden:

- Praxispersonal,
- Patientenstamm,
- medizinisches Verbrauchsmaterial,
- medizinische Geräte,
- Behandlungseinrichtungen,
- Wartungsverträge,
- Abrechnungssystem,
- Handkasse,
- Praxisräume,
- Verbrauchswerteabgrenzung,
- Schlüssel,
- offene Lieferungen, Rechnungen, Verbindlichkeiten.

Die im Übergabeprotokoll festgehaltenen Sachverhalte sollten sich auf einen Stichtag beziehen, der für spätere Klärungen gerade in Zusammenhang mit noch offenen oder laufenden Vorgängen als offizielles Übergabedatum anzugeben ist.

Zusammenfassung Kap. 1

Die erfolgreiche wirtschaftliche Steuerung einer Arztpraxis zwingt dazu, sich Ziele zu setzen, sie als Leistungsanreize vorzugeben und ihr Erreichen zu kontrollieren, da ohne eine Kontrolle der Einhaltung dieser Vorgabewerte die Planung wirkungslos ist. Die

Kontrolle benötigt Vorgaben, Entscheidungsregeln für die Bewertung der Ausführung sowie für die Korrekturmaßnahmen. Sie soll Fehler bei der Planung oder Aufgabendurchführung in der Arztpraxis erkennen und Verbesserungsmöglichkeiten aufzeigen. Das erste Kapitel befasst sich daher mit den Grundlagen der Praxisführung, der strategischen Planung und Strategieentwicklung. Die Praxisübernahme spielt dabei eine wichtige Rolle, denn sie ist die häufigste Form der ärztlichen Niederlassung und des Beginns der selbständigen Berufsausübung.

Literatur

Bundesärztekammer. (Hrsg.). (2008). Hinweise zur Bewertung von Arztpraxen. *Deutsches Ärzteblatt, 105*(51–52), 2778–2780. (Köln: Deutscher Ärzte Verlag, S. A 4–A 6).

Doll, A., & Müller, N. (2012). Was wann wie gefördert wird – Förderprogramme im Lebenszyklus einer Arztpraxis. *Deutsches Ärzteblatt, 109*(1),18–22. (Köln: Deutscher Ärzte Verlag).

Frodl, A. (2011). *Marketing im Gesundheitsbetrieb*. Wiesbaden: Gabler-Verlag.

Frodl, A. (2012). *Controlling im Gesundheitsbetrieb*. Wiesbaden: Gabler-Verlag.

Institut der Wirtschaftsprüfer – IDW. (Hrsg.). (2008). *Grundsätze zur Durchführung von Unternehmensbewertungen* (IDW S 1 i.d.F. 2008). Düsseldorf: IDW.

Markfort, R. (2014). Erworbene Kassenzulassung – Praxiswert nicht zwingend steuerlich absetzbar. *Deutsches Ärzteblatt, 111*(4), 28–30. (Köln: Deutscher Ärzte Verlag).

Wolter, M., & Schwenk, J. (2011). Patienten identifizieren, gewinnen und binden – Marketing für niedergelassene Ärzte. *Deutsches Ärzteblatt, 108*(3), 20–22. (Köln: Deutscher Ärzte Verlag).

Praxisfinanzierung und -investition

2

2.1 Praxisfinanzierung

2.1.1 Finanzierungsbedarf und -regeln in Arztpraxen

In einer Arztpraxis müssen nicht nur die laufenden Personal- und Sachkosten getragen, sondern auch Investitionen in die Praxiseinrichtung, die medizintechnische Ausstattung und in die Entwicklung der Praxisangehörigen getätigt werden. Gerade, wenn eine Praxis noch nicht allzu lange besteht, sind in der Regel noch keine hohen Erträge erwirtschaftet, und das verfügbare Eigenkapital reicht für den Umfang geplanter Investitionen oft nicht aus. Eine zu dünne Eigenkapitaldecke kann auch die Liquidität (= allzeitige Zahlungsbereitschaft) der Praxis gefährden. Oberstes Ziel der Praxisfinanzierung ist es daher, das finanzielle Gleichgewicht der Praxis zu erreichen und zu erhalten. Dazu dienen die vier Teilaufgaben der Praxisfinanzierung:

- Ermittlung des Finanzierungsbedarfs,
- Beschaffung des benötigten Kapitals,
- Verwendung des beschafften Kapitals,
- Verwaltung des gesamten Praxiskapitals (vgl. Frodl 2012, S. 49 ff.).

Das **Kapital** einer Praxis ist der wertmäßige Ausdruck für die Gesamtheit der Sach- und Finanzmittel, die der Praxis zur Verfügung stehen. Es lässt sich nach der Form der Überlassung unterscheiden in Fremdkapital und das bereits erwähnte Eigenkapital.

Bei **Fremdkapital** handelt es sich um Kapital, das von Gläubigern der Praxis zur Verfügung gestellt wird. Die Summe des Fremdkapitals weist die Verschuldung der Praxis aus. Fremdkapitalgeber haben Anspruch auf Verzinsung und Rückzahlung, unabhängig von der Ertragslage der Praxis. Sie sind grundsätzlich nicht am Verlust beteiligt. Daraus

© Springer Fachmedien Wiesbaden 2016

A. Frodl, *Praxisführung für Ärzte,* DOI 10.1007/978-3-658-11062-8_2