



Betz

# Praxis-Management für Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden

Praxen  
wirtschaftlich  
erfolgreich führen

 Springer

# **Praxis-Management für Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden**

Barbara Betz

# **Praxis-Management für Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden**

Praxen wirtschaftlich erfolgreich führen

Mit 80 Abbildungen

 Springer

**Prof. Dr. Barbara Betz**  
Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit  
HAWK Hochschule für angewandte  
Wissenschaft und Kunst  
Hildesheim

Ergänzendes Material finden Sie unter <http://extras.springer.com>

ISBN 978-3-642-38406-6  
DOI 10.1007/978-3-642-38407-3

ISBN 978-3-642-38407-3 (eBook)

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

### **SpringerMedizin**

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Planung: Dorothee Kammel, Heidelberg/Barbara Lengricht, Berlin  
Projektmanagement: Ulrike Dächert/Dorothee Kammel, Heidelberg  
Lektorat: Stephanie Kaiser-Dauer, Heidelberg  
Projektkoordination: Barbara Karg, Heidelberg  
Umschlaggestaltung: deblik Berlin  
Bildbearbeitung: Fotosatz-Service Köhler GmbH, Würzburg  
Fotonachweis Umschlag: © Robert Kneschke - Fotolia  
Herstellung: Crest Premedia Solutions (P) Ltd., Pune, India

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer Medizin ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media  
[www.springer.com](http://www.springer.com)

## Vorwort

---

Die Betriebswirtschaftslehre (BWL) hat inzwischen auch in den Gesundheitssektor Einzug genommen und wird von Therapeuten oftmals als »Störfaktor« empfunden. BWL kann aber nicht unverändert in alle Bereiche des Gesundheitswesens übertragen werden. Eine auf therapeutische Praxen zugeschnittene BWL liegt bisher nicht vor. Das Erfordernis einer so speziellen BWL leitet sich aus den Besonderheiten des Marktes für Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie ab, in dem diese sog. »Therapiebetriebe« (Praxen) tätig sind. Publikationen aus dem Bereich der Gesundheitsbetriebslehre berücksichtigen nicht die Charakteristika der therapeutischen Praxen und sind deshalb kaum geeignet, handlungsleitend Hilfestellung zu geben. Die vergleichsweise geringe Aufmerksamkeit, die ambulanten Therapiebetrieben im Vergleich zu den größeren Gesundheitseinrichtungen der stationären Versorgung (Krankenhäuser, Rehakliniken etc.) entgegengebracht wird, lässt sich an den fehlenden deutschsprachigen Publikationen festmachen.

Ziel dieses Buches ist es, auf Basis empirischer Untersuchungen in physiotherapeutischen, ergotherapeutischen und logopädischen Praxen eine fundierte betriebswirtschaftliche Basis speziell für Therapiebetriebe zu entwickeln. Daraus werden Handlungsempfehlungen abgeleitet, die Praxisinhabern in der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie therapeutisches Handeln

- auf einer wirtschaftlich erfolgreichen Basis
- in einem regulierten Markt
- bei zunehmendem Wettbewerb

ermöglichen und Studierende dieser 3 Berufsgruppen auf die Herausforderungen des Praxismanagements vorbereiten. Die ideale Verknüpfung von Theorie und Praxis soll eine Basis für wirtschaftliches Denken und Handeln schaffen. Sowohl für Praktiker als auch für Studierende fehlt ein fundiertes Werk, das in der Praxis und als Begleitbuch fürs Studium herangezogen werden kann. Diese Lücken sollen hier geschlossen werden.

Die theoretische Fundierung basiert auf dem aktuellen Stand der Betriebswirtschaftslehre insbesondere im Dienstleistungssektor, ergänzt um die Ergebnisse aus empirischen Studien, die in den Jahren 2002 bis 2013 an der HAWK, Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst, Hildesheim, unter Leitung der Autorin durchgeführt worden sind. Darüber hinaus sind zahlreiche praktische Arbeitsmaterialien entstanden, die direkt im Praxisalltag angewendet werden können. BWL ist damit nicht mehr länger ein Störfaktor, sondern wird zum Erfolgsfaktor der Praxis.

Im Fokus des Buches stehen Praxen der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie. Aber die betriebswirtschaftliche Vorgehensweise und die zahlreichen Praxisbeispiele lassen sich auch in anderen Berufsgruppen anwenden, z. B. in der Psychotherapie, bei Heilpraktikern, in der Sporttherapie oder in Arztpraxen. Wenn von »Therapeuten« oder »Therapiepraxen« gesprochen wird, dann sollten sich andere Berufsgruppen gleichermaßen angesprochen fühlen.

### ■ Struktur und Gebrauch des Buches

Zunächst wird in ► Kap. 1 die Bedeutung wirtschaftlichen Denkens und Handelns für therapeutische Praxen dargelegt. Ihr werden die Ergebnisse therapeutischen Handelns in Praxen gegenübergestellt. Häufige Probleme in Praxen sowie mögliche Lösungsansätze werden aufgezeigt. Nach dieser Einführung werden in ► Kap. 2 die Grundlagen für wirtschaftlich erfolgreiches Handeln dargelegt und die einzelnen Aufgaben einer Leitungskraft beschrieben. In ► Kap. 3 wird die Bedeutung des Marketings als Teil der Unternehmensführung erläutert und eine systematische Vorgehensweise dargestellt, um Marketingkonzepte für die Herausforderungen des Gesundheitsmarktes zu entwickeln. Handlungsleitend ist dabei ein niedriges Budget der Praxen. Es werden aber auch Anregungen zur Erschließung neuer Handlungsfelder und Märkte gegeben, bis hin zur Preiskalkulation von neuen Angeboten für Selbstzahler.

► Kap. 4 widmet sich den personalbedingten Herausforderungen der kommenden Jahre und führt ein in die Aufgaben des Personalmanagements, von der Personalplanung über die Auswahl, Einarbeitung, ihre Gesundheitsförderung und Motivation bis zum Ausscheiden von Mitarbeitern.

Die Führung von Praxen, die Realisierung von Marketingkonzepten und das Personalmanagement verursachen Kosten, die straff gemanagt werden müssen. ► Kap. 5 beschäftigt sich mit verschiedenen Kostenpositionen und der detaillierten Kalkulation von Selbstzahlerangeboten unter Berücksichtigung der individuellen Kostensituation der Praxen. Die Bedeutung des Rechnungswesens und die Grundlagen der Buchführungs- und Aufzeichnungspflicht werden aufgezeigt, um Rechenschaft gegenüber der Finanzbehörde ablegen zu können.

Um auf die Herausforderungen der Zukunft gut vorbereitet zu sein, wird in ► Kap. 6 die Bedeutung von Innovationen im Zukunftsmarkt Gesundheit aufgezeigt, und es werden Empfehlungen zur Entwicklung innovativer Zukunftsstrategien angeregt. Basis dafür ist der systematische Innovationsprozess, bestehend aus 8 Phasen.

Als Arbeitshilfen stehen im Internet zahlreiche praktische Materialien zum Download bereit, z. B. ein Formblatt für eine Stellenbeschreibung, ein Einarbeitungsplan oder ein Personalbeurteilungsbogen.

Leserinnen und Leser müssen das Buch nicht von vorne bis hinten durcharbeiten. Sie können direkt in das entsprechende Kapitel einsteigen, um sich Anregungen zu holen oder Antworten auf ihre Fragen zu finden. Manche Aspekte sind nicht überall ausführlich beschrieben. Wo das der Fall ist, wird auf die entsprechenden Kapitel oder Abschnitte verwiesen.

### ■ Erklärung zur männlichen/weiblichen Schreibform

Auch wenn die überwiegende Anzahl der Therapeuten weiblich ist und die Autorin für die weibliche Schreibweise plädiert, wird in diesem Buch vorwiegend die männliche Schreibweise gebraucht. Rückmeldungen von Lesern an den Verlag zeigen deutlich, dass die männliche Schreibweise auch von Frauen wegen der besseren Lesbarkeit präferiert wird. Stets sind aber Männer und Frauen gemeint. Einige Beispiele werden aber gezielt weiblich besetzt, um dem hohen Frauenanteil in diesen Berufsgruppen gerecht zu werden.

### ■ Danksagungen

Ganz herzlich bedanke ich mich bei allen Praxisinhaberinnen und -inhabern, die mich im Rahmen meiner Forschungsprojekte unterstützt haben, sei es durch ihre Bereitschaft zu Interviews, ihre Offenheit für das Ausprobieren neuer Methoden und Abläufe oder durch anregende Diskussionen. Ohne sie wären die Forschungsprojekte nicht realisierbar gewesen.

Danken möchte ich aber auch den zahlreichen Studierenden, die mich in den letzten 10 Jahren an der Hochschule begleitet haben und die mir immer wieder neue Impulse gegeben und viele Ideen eingebracht haben sowie für kritische Diskussionen immer offen waren. Ohne die Studierenden hätten die empirischen Studienprojekte nicht durchgeführt und keine neuen Erkenntnisse gewonnen werden können, und ohne ihre Zustimmung hätten sie nicht in diesem Buch veröffentlicht werden können.

Frau Marga Botsch und Frau Dorothee Kammel bin ich für ihr Interesse an einem BWL-Buch und das mir entgegengebrachte Vertrauen dankbar. Besonderer Dank gebührt Frau Dorothee Kammel, die nie aufgegeben hat, mir zu verdeutlichen, wie wichtig praxisorientierte Beispiele für die Leserschaft sind.

Weiterer Dank gilt Frau Barbara Lengricht für die offenen Gespräche und die Zielorientierung sowie Frau Stephanie Kaiser-Dauer für das kritische, konstruktive Lektorat und die Geduld, die sie für mich aufgebracht hat. Ihnen habe ich zu verdanken, dass das Buch jetzt bereits fertig vorliegt und nicht erst in einigen Jahren auf den Markt kommt. Ein abschließender Dank gebührt Frau Ulrike Dächert, die sich um viele Details gekümmert und damit ebenfalls zum Gelingen dieses Buches beigetragen hat.

**Prof. Dr. Barbara Betz**

Hildesheim, im Februar 2014

# Inhaltsverzeichnis

---

<b>1</b>	<b>Wirtschaftliches Denken und Handeln in therapeutischen Praxen</b> .....	<b>1</b>
1.1	Die Bedeutung wirtschaftlichen Denkens und Handelns für therapeutische Praxen .....	2
1.2	Ergebnisse wissenschaftlicher Forschungsprojekte .....	3
1.2.1	Ergebnisse: Praxisführung und betriebswirtschaftliche Haltung .....	4
1.2.2	Ergebnisse: Wirtschaftliche Situation .....	5
1.2.3	Ergebnisse: Marketing .....	6
1.2.4	Ergebnisse: Personalmanagement .....	7
1.2.5	Ergebnisse: Kostenmanagement .....	10
1.2.6	Ergebnisse: Neue Arbeitsfelder .....	12
1.2.7	Ergebnisse: Betriebliche Gesundheitsförderung in Wirtschaftsunternehmen .....	13
1.2.8	Weitere Ergebnisse .....	16
1.3	<b>Grundlagen wirtschaftlichen Denkens und Handelns</b> .....	16
1.3.1	Wirtschaftlichkeit .....	17
1.3.2	Wege der Wirtschaftlichkeitserhöhung .....	19
	<b>Literatur</b> .....	20
<b>2</b>	<b>Unternehmensführung</b> .....	<b>23</b>
2.1	<b>Allgemeine Grundlagen</b> .....	24
2.1.1	Besondere Rahmenbedingungen für therapeutische Praxen .....	24
2.1.2	Produktionsfaktoren im Gesundheitswesen .....	26
2.1.3	Unternehmensführung: begriffliche Klärung .....	28
2.2	<b>Übergeordnete Praxisziele</b> .....	30
2.2.1	Praxisphilosophie .....	31
2.2.2	Praxisvision .....	31
2.2.3	Praxisleitbild .....	32
2.3	<b>Managementregelkreis und Managementaufgaben</b> .....	33
2.3.1	Ziele setzen .....	35
2.3.2	Planen .....	42
2.3.3	Entscheiden .....	46
2.3.4	Organisieren/realisieren .....	48
2.3.5	Zielkontrolle und Controlling .....	49
2.4	<b>Aktuelle Entwicklungen der Unternehmensführung</b> .....	51
2.4.1	Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) als Führungsaufgabe .....	52
2.4.2	Qualitätsmanagement (QM) .....	53
2.4.3	Change Management (CM) .....	54
2.4.4	Benchmarking (BM) .....	55
	<b>Literatur</b> .....	56
<b>3</b>	<b>Marketing als Teil der Unternehmensführung</b> .....	<b>59</b>
3.1	<b>Marketing im Gesundheitswesen</b> .....	61
3.1.1	Die Bedeutung des Marketing für Therapieberufe .....	61
3.1.2	Marketing und Markt: Definitionen .....	61
3.1.3	Besonderheiten des Gesundheitsmarktes .....	62
3.1.4	Merkmale des Marketing .....	63
3.1.5	Marketing-Management-Prozess .....	64

3.2	<b>Situationsanalyse</b> .....	64
3.2.1	Marketingumfeld. ....	65
3.2.2	Analyse der eigenen Situation .....	68
3.2.3	Imageanalyse und Bedeutung von Images .....	69
3.2.4	Auswahl der Zielmärkte und Zielgruppen .....	70
3.2.5	SWOT-Analyse .....	72
3.3	<b>Marketingkonzeption</b> .....	75
3.3.1	Inhalte einer Marketingkonzeption .....	75
3.3.2	Wachstumsstrategien nach Ansoff .....	77
3.3.3	Lebenszyklus als Basis für Innovationsstrategien .....	79
3.4	<b>Marketingmaßnahmen (Marketingmix, 4 Ps)</b> .....	82
3.4.1	Leistungsangebot (Product) .....	83
3.4.2	Kommunikation (Promotion) .....	86
3.4.3	Preisgestaltung (Price) .....	99
3.4.4	Ort des Leistungsangebotes (Place) .....	102
3.5	<b>Marketingbudget</b> .....	103
3.5.1	Budgetplanung mithilfe eines Aktionsplans .....	103
3.5.2	Bewertungskriterien für Maßnahmen der Kommunikation .....	103
3.6	<b>Organisation, Durchführung und Kontrolle der Marketingmaßnahmen</b> .....	107
3.6.1	Organisation .....	107
3.6.2	Durchführung .....	108
3.6.3	Kontrolle .....	108
3.6.4	Franchising als Option .....	109
	<b>Literatur</b> .....	110
4	<b>Personalmanagement</b> .....	113
4.1	<b>Herausforderungen an das Personalmanagement</b> .....	114
4.1.1	Neuere Tendenzen und Entwicklungen im Personalmanagement .....	114
4.1.2	Rechtliche Rahmenbedingungen .....	116
4.2	<b>Auswahl neuer Mitarbeiter</b> .....	120
4.2.1	Personalplanung .....	120
4.2.2	Personalgewinnung .....	127
4.2.3	Bewerbersauswahl .....	131
4.3	<b>Einstellen von Mitarbeitern</b> .....	138
4.3.1	Arbeitsvertrag .....	141
4.3.2	Einarbeitung neuer Mitarbeiter .....	142
4.4	<b>Leistungserhalt und Förderung von Mitarbeitern</b> .....	145
4.4.1	Führung von Mitarbeitern .....	145
4.4.2	Motivation von Mitarbeitern .....	150
4.4.3	Betriebliche Anreizsysteme .....	155
4.4.4	Betriebliche Gesundheitsförderung .....	159
4.4.5	Personalentwicklung .....	163
4.4.6	Personalbeurteilung .....	165
4.5	<b>Ausscheiden von Mitarbeitern</b> .....	171
4.5.1	Personalfreisetzung .....	171
4.5.2	Erstellen von Arbeitszeugnissen .....	175
	<b>Literatur</b> .....	177

5	<b>Kostenmanagement</b> .....	181
5.1	<b>Bedeutung des Kostenmanagements in Therapieberufen</b> .....	182
5.2	<b>Kosten und Leistungen</b> .....	183
5.2.1	Kosten .....	184
5.2.2	Leistungen .....	188
5.2.3	Gegenüberstellung von Kosten und Leistungen: Kostenträgerrechnung .....	190
5.2.4	Kalkulation von Selbstzahlerleistungen .....	192
5.3	<b>Break-Even-Analyse als Entscheidungshilfe</b> .....	197
5.3.1	Definition .....	197
5.3.2	Praxisbeispiel: Entscheidungshilfe für die Gesamtsituation der Praxis .....	199
5.3.3	Praxisbeispiel: Entscheidungshilfe für Selbstzahlerangebote .....	201
5.3.4	Praxisbeispiel: Entscheidungshilfe für Personalentscheidungen .....	202
5.4	<b>Bedeutung des Rechnungswesens im Gesundheitswesen</b> .....	203
5.4.1	Aufgaben und Gebiete des Rechnungswesens .....	204
5.4.2	Rechnungswesen in Praxen und Krankenhäusern .....	205
5.5	<b>Grundlagen der Rechenschaftslegung</b> .....	206
5.5.1	Buchführungs- versus Aufzeichnungspflicht .....	206
5.5.2	Gewerbliche Tätigkeit im freien Beruf .....	208
5.5.3	Steuerliche Behandlung von Präventions- und Selbstzahlerleistungen .....	211
5.5.4	Grundlagen der Buchführung .....	213
5.5.5	Einnahmenüberschussrechnung (EÜR) .....	214
5.5.6	Abschreibung: Absetzung für Abnutzung (AfA) .....	218
5.5.7	Gehaltsabrechnung für angestellte Mitarbeiter .....	223
5.5.8	Vermögensvergleich bei Praxisaufgabe oder -veräußerung .....	228
	<b>Literatur</b> .....	230
6	<b>Innovationsmanagement im Zukunftsmarkt Gesundheit</b> .....	231
6.1	<b>Zukunftsstrategien im Gesundheitsmarkt</b> .....	232
6.1.1	Von der Konzeption zur Zukunftsstrategie .....	233
6.1.2	3 Regeln zur Strategieentwicklung .....	233
6.2	<b>Bedeutung von Innovationen</b> .....	235
6.2.1	Innovation und Wachstum: die Kondratieffschen Konjunkturzyklen .....	235
6.2.2	Lebenszyklen als Auslöser für Innovationen .....	236
6.2.3	Lehren aus den Kondratieffschen Zyklen .....	238
6.3	<b>Bedeutung des Gesundheitsmarktes</b> .....	238
6.3.1	Wirtschaftliche und soziale Impulsgeber .....	239
6.3.2	Der Gesundheitsmarkt der Zukunft .....	241
6.3.3	Chancen und Risiken im Gesundheitsmarkt .....	242
6.3.4	Konsequenzen für Praxisinhaber .....	243
6.4	<b>Vielfalt des Innovationsbegriffs</b> .....	243
6.5	<b>Barrieren und Voraussetzungen für Innovationsentwicklung</b> .....	244
6.5.1	Barrieren .....	245
6.5.2	Voraussetzungen .....	245
6.6	<b>Innovationen schrittweise entwickeln: der Innovationsprozess</b> .....	247
6.6.1	Phase 1: Chancen erkennen .....	248
6.6.2	Phase 2: Aufgabenstellung erarbeiten .....	248
6.6.3	Phase 3: Ideen entwickeln .....	248

6.6.4	Phase 4: Konzepte erarbeiten .....	250
6.6.5	Phase 5: Konzepte bewerten und auswählen .....	251
6.6.6	Phase 6: Konzepte testen .....	253
6.6.7	Phase 7: Erfolgreiche Markteinführung .....	253
6.6.8	Phase 8: Markterfolg kontrollieren .....	254
	<b>Literatur</b> .....	254
	<b>Stichwortverzeichnis</b> .....	257

## Über die Autorin

---

**Dr. rer. pol. Barbara Betz** ist Professorin für Betriebswirtschaftslehre im Bachelor- und Masterstudiengang Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie an der HAWK, Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst, Hildesheim. Dort vermittelt sie praxisnah Schlüsselqualifikationen aus den Bereichen Unternehmensführung, Marketing, Personalmanagement, Kostenmanagement und Innovationsmanagement. Bevor sie im Jahr 2002 an die HAWK berufen wurde, war sie viele Jahre in leitender Funktion als Marketingmanagerin in internationalen Markenartikelunternehmen und in der Unternehmensberatung tätig.

Prof. Dr. Betz hat zahlreiche Forschungsprojekte geleitet, sowohl im Bereich der Marktforschung mit Fokus auf Innovationsentwicklung als auch im Bereich empirische Sozialforschung mit Schwerpunkt Gesundheitsfachberufe. Der Transfer von der Forschung in die Praxis ist ihr dabei besonders wichtig. Ihre Forschungsergebnisse stellt sie u. a. auf Kongressen der Gesundheitsfachberufe vor. Sie publiziert regelmäßig in Fachzeitschriften und schreibt Beiträge zu praxisrelevanten Fragestellungen (u. a. in *pt Zeitschrift für Physiotherapeuten, Ergopraxis*). Als Mitglied eines Forschungsprojekts des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) setzt sie sich mit dem demografischen Wandel und seinen Auswirkungen auseinander.

Prof. Dr. Betz ist Gutachterin bei der Arbeitsgemeinschaft industrieller Forschungsvereinigungen »Otto v. Guericke« e. V. (AiF), die im Auftrag des BMBF Programme betreut, um die Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Praxis zu fördern.

Als Gründerin und Leiterin der Barbara Betz Akademie bietet sie Seminare für Therapeuten aller Berufsgruppen an und führt regelmäßig praxisorientierte Seminare zu den Themen Marketing für Praxen, Entwicklung von Innovationen im Gesundheitswesen, Kalkulation von Selbstzahlerangeboten, Erhöhung der Wirtschaftlichkeit von Praxen und Personalmanagement für Praxisinhaber durch.



### Kontakt:

Prof. Dr. Barbara Betz  
 HAWK Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst  
 Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit  
 Studiengänge Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie  
 Goschendor 1  
 31134 Hildesheim  
 Tel. +49(0)5121/881-481  
 Fax +49(0)5121/881-591  
 E-Mail: betz@hawk-hhg.de

### Barbara Betz Akademie:

[www.Barbara-Betz-Akademie.de](http://www.Barbara-Betz-Akademie.de)

# Wirtschaftliches Denken und Handeln in therapeutischen Praxen

- 1.1 **Die Bedeutung wirtschaftlichen Denkens und Handelns für therapeutische Praxen – 2**
  - 1.2 **Ergebnisse wissenschaftlicher Forschungsprojekte – 3**
    - 1.2.1 Ergebnisse: Praxisführung und betriebswirtschaftliche Haltung – 4
    - 1.2.2 Ergebnisse: Wirtschaftliche Situation – 5
    - 1.2.3 Ergebnisse: Marketing – 6
    - 1.2.4 Ergebnisse: Personalmanagement – 7
    - 1.2.5 Ergebnisse: Kostenmanagement – 10
    - 1.2.6 Ergebnisse: Neue Arbeitsfelder – 12
    - 1.2.7 Ergebnisse: Betriebliche Gesundheitsförderung in Wirtschaftsunternehmen – 13
    - 1.2.8 Weitere Ergebnisse – 16
  - 1.3 **Grundlagen wirtschaftlichen Denkens und Handelns – 16**
    - 1.3.1 Wirtschaftlichkeit – 17
    - 1.3.2 Wege der Wirtschaftlichkeitserhöhung – 19
- Literatur – 20**

Praxisinhaber/in B: »Also, bei mir ist das so, dass ich grundsätzlich Bedarf hätte, dass mir jemand mal in Ruhe auseinandertüfelt, wie müsste ich so eine ... therapeutische Praxis wirtschaftlich optimal führen. Was wäre sozusagen die optimale wirtschaftliche Führung, also wie viel Gewinn muss übrig bleiben, wie muss das Verhältnis sein zwischen Gewinn und Ausgaben. Was gibt es für Möglichkeiten, das so optimal wie möglich zu führen, also eine Wirtschaftlichkeitsanleitung« (Betz 2010). Dieses Zitat aus einer Umfrage unter Inhabern therapeutischer Praxen zeigt, dass Informationen fehlen, wie Praxen wirtschaftlich optimal geführt werden können. Dieses Kapitel gibt Anregungen zum wirtschaftlichen Denken und Handeln in therapeutischen Praxen und zeigt die Grundlagen dafür auf.

## 1.1 Die Bedeutung wirtschaftlichen Denkens und Handelns für therapeutische Praxen

Wirtschaftliches Denken und Handeln ist für den dauerhaften Erfolg einer therapeutischen Praxis unerlässlich. Erfolgreiches therapeutisches Arbeiten allein ist nicht ausreichend. Erst in Kombination mit wirtschaftlichem Erfolg kann man betriebswirtschaftlich von Erfolg sprechen. Aber auch umgekehrt ist wirtschaftlicher Erfolg i. d. R. nicht ohne therapeutischen Erfolg möglich. Wann spricht man aber von wirtschaftlichem Erfolg?

**Wirtschaftlicher Erfolg** ist die langfristige Existenzsicherung. Für therapeutische Praxen bedeutet Existenzsicherung, Gewinne in der Höhe zu erzielen, wie sie zur Deckung der privaten Ausgaben eines Praxisinhabers und zur Bildung von Rücklagen (z. B. für Ersatz von Praxisausstattung, neuer PC etc.) erforderlich sind. Gewinne entstehen, wenn die Einnahmen einer Praxis höher sind als die Ausgaben. Je besser das Verhältnis zwischen Einnahmen und Ausgaben, desto größer der wirtschaftliche Erfolg.

**Wirtschaftliches Denken** bezieht sich also primär auf Überlegungen, wie die Einnahmen einer Praxis erhöht und die Ausgaben gesenkt werden können (konkrete Beispiele dazu ► Abschn. 1.3, ► Abschn. 2.3.1 und ► Abschn. 5.2).

**Wirtschaftliches Handeln** bezieht sich auf alle Maßnahmen, die zur Erhöhung der Einnahmen und/oder zur Senkung der Ausgaben ergriffen werden. Dies können z. B. Maßnahmen im Bereich des Marketing, des Personal- oder Kostenmanagements oder im Bereich des Innovationsmanagements zur Entwicklung neuer Angebote sein. Wirtschaftliches Handeln bedeutet aber auch, betriebswirtschaftliche Zusammenhänge zu kennen. In Bezug auf das Führen von Mitarbeitern heißt dies, die Mitarbeiter zu motivieren, dass neben dem therapeutischen Erfolg die wirtschaftlichen Praxisziele erreicht werden. Im Rahmen des prozessorientierten Praxismanagements werden die betriebswirtschaftlichen Aufgaben, die von Praxisinhabern und Leitungskräften wahrgenommen werden müssen, in Form des Management-Regelkreises dargestellt (► Abschn. 2.3). Anhand der dort aufgeführten 5 Aufgabenbereiche wird das für therapeutische Praxen erforderliche betriebswirtschaftliche Vorgehen aufgezeigt, und es werden vielseitige Anregungen zum wirtschaftlichen Denken und Handeln gegeben.

Grundlage des wirtschaftlichen Handelns ist das ökonomische Prinzip, das auf der Knappheit von Gütern und Ressourcen (z. B. Personal, Finanzen) basiert. Da Güter und Ressourcen nicht in unbegrenztem Umfang zur Verfügung stehen, muss mit ihnen sparsam umgegangen werden.

Das ökonomische Prinzip wird auch Wirtschaftlichkeitsprinzip, ökonomisches Rationalprinzip oder Vernunftsprinzip genannt. Es gliedert sich in

- Maximalprinzip und
- Minimalprinzip.

Das **Maximalprinzip (Ergiebigkeitsprinzip)** besagt, dass mit einem gegebenen Aufwand (z. B. Kosten) ein maximaler Ertrag (z. B. Erlös) erzielt werden soll. Beispiele hierfür sind:

- Für 10.000 EUR so viele Zinsen wie möglich erzielen.
- Ein Bäcker soll aus 100 kg Mehl so viele Brötchen wie möglich backen.
- Ein Therapeut soll mit gegebenen Therapiemaßnahmen (vorliegende Verordnung) einen maximalen Therapieerfolg erzielen.

Das **Minimalprinzip (Sparsamkeitsprinzip)** besagt, dass mit einem minimalen Aufwand (z. B. Kosten) ein vorgegebener Ertrag (z. B. Erlös) erzielt werden soll. Beispiele hierfür sind:

- Mit minimalem Kapitaleinsatz Zinseinnahmen von 1.000 EUR im Jahr erzielen.
- Ein Bäcker soll mit minimalen Kosten 1.000 Brötchen herstellen.
- Ein Therapeut soll mit geringstmöglichem Mitteleinsatz (z. B. Anzahl der Behandlungen) ein bestimmtes Therapieziel (z. B. Schmerzfreiheit) erzielen.

Wie der Praxisinhaber im letzteren Fall das Therapieziel der Schmerzfreiheit erreicht, bleibt ihm überlassen, d. h., das Behandlungsprogramm legt der Inhaber fest.

➤ **Wichtig ist, dass man nicht beide Prinzipien vermischt, sondern entweder nach dem Maximal- oder dem Minimalprinzip handelt. Es muss immer eine Größe vorgegeben sein, damit man auf diese Größe hin optimieren kann.**

Handeln nach dem ökonomischen Prinzip wird auch nach den 2001 veröffentlichten Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer verlangt (§ 19 Wirtschaftlichkeit).

Bezieht man das ökonomische Prinzip auf die wirtschaftliche Praxisführung, dann könnte gelten:

- Mit den vorgegebenen Praxisgegebenheiten (Räumlichkeiten, Personal, Qualifikation) soll der maximale Gewinn erzielt werden (Maximalprinzip).
- Mit dem geringstmöglichen Mitteleinsatz (Kosten) soll ein vorgegebener Gewinn (z. B. 36.000 EUR) erzielt werden (Minimalprinzip).

Auch hier gilt wieder: **Wie** der Praxisinhaber seine Ziele realisiert, bleibt ihm überlassen.

Neben dem ökonomischen Prinzip sollten Praxisinhaber das **Humanitätsprinzip** beachten (der Mensch steht im Mittelpunkt des Leistungsprozesses) sowie das **Umweltschonungsprinzip** (es ist

darauf gerichtet, Umweltbelastungen zu vermeiden bzw. zu minimieren).

Wirtschaftliches Denken und Handeln ist für das erfolgreiche Management einer Praxis also unerlässlich. Welche Voraussetzungen für die erfolgreiche Führung einer Praxis gegeben sein müssen, ist Gegenstand der Betriebswirtschaftslehre. Sie beschäftigt sich mit den Gegebenheiten von Praxen (Betrieben), den Entscheidungen und Handlungen der dort Tätigen, den Abläufen und den erforderlichen Entscheidungsprozessen.

Da die Rahmenbedingungen, unter denen therapeutische Praxen ihre Dienstleistungen erbringen (► Abschn. 2.1.1), bis heute nicht erschöpfend erfasst wurden, wurde im Jahr 2009 ein wissenschaftliches Forschungsprojekt gestartet, das genau diese Rahmenbedingungen und das wirtschaftliche Denken und Handeln der Inhaber und Inhaberinnen untersuchen sollte (Betz 2010). Darüber hinaus wurden im Rahmen von Bachelorarbeiten und Studienprojekten Rahmenbedingungen in therapeutischen Praxen analysiert und erfasst. Auf dieser Grundlage ist es nun möglich, Lösungsansätze oder Modelle zu entwickeln, um unter den vorgefundenen Rahmenbedingungen erfolgreich arbeiten zu können. Nachfolgend werden die Ergebnisse des Forschungsprojektes und der weiteren wissenschaftlichen Arbeiten aufgezeigt und erste Lösungsansätze für die Besonderheiten und Problemstellungen in therapeutischen Praxen erarbeitet. In weiteren Kapiteln werden einzelne Aspekte erneut aufgegriffen, und es werden Vorgehensweisen zur praktischen betriebswirtschaftlichen Umsetzung empfohlen.

## 1.2 Ergebnisse wissenschaftlicher Forschungsprojekte

Die in ► Abschn. 1.1 genannten wissenschaftlichen Projekte sollten die Frage beantworten, inwieweit die Betriebswirtschaftslehre für Dienstleistungsbetriebe auf Praxen für Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie übertragbar ist und welchen Anpassungsbedarf es in den Bereichen Praxisführung, Marketing, Personal und Kostenmanagement gibt. Darauf aufbauend sollten betriebswirtschaftliche

Vorgehensweisen entwickelt werden, die die Besonderheiten in therapeutischen Praxen aufgreifen und anwendungsbezogen in den Praxen umgesetzt werden können. Diesen Transfer liefert die vorliegende Publikation.

Eine weitere Zielsetzung war, Informationen über künftige Arbeitsfelder zu gewinnen, auf die therapeutische Praxen ihre Tätigkeiten ausweiten können. Dabei fand das zukunftsweisende Arbeitsfeld »betriebliche Gesundheitsförderung« besondere Berücksichtigung (► Abschn. 1.2.7).

### ■ Methodisches Vorgehen

Im Zuge der systematischen Literaturanalyse, bei der insbesondere Studien und theoretische Arbeiten zum Stand der BWL im Gesundheitswesen ausgewertet wurden, und der Auswertung bereits vorliegender Ergebnisse aus Forschungsprojekten kristallisierte sich ein besonderer Forschungsbedarf im Bereich der kleineren Gesundheitseinrichtungen, den therapeutischen Praxen, heraus. Dazu wurden zwischen Dezember 2009 und Februar 2010 Leitfadeninterviews mit Inhaberinnen und Inhabern von ergotherapeutischen, logopädischen und physiotherapeutischen Praxen geführt (Dauer zwischen 90 und 120 Minuten). Die für die Interviews ausgewählten Personen führten ihre Praxis seit 10 bis 15 Jahren, einige Praxen hatten ihren Standort auf dem Land, andere in der Stadt. Bis auf eine Ein-Personen-Praxis hatten alle Praxen Mitarbeiter in unterschiedlicher Anzahl. Die Interviews wurden transkribiert, anonymisiert und mittels der qualitativen strukturierten Inhaltsanalyse nach Mayring (2007) ausgewertet.

Darüber hinaus wurden Leitfadeninterviews mit Personalverantwortlichen in zwei großen Wirtschaftsunternehmen geführt, um Informationen über deren aktuelle und zukünftige Aktivitäten im Arbeitsfeld »betriebliche Gesundheitsförderung« zu erhalten.

Im Folgenden werden die **wichtigsten Ergebnisse und Lösungsansätze** vorgestellt, gegliedert nach folgenden Bereichen:

- Praxisführung und betriebswirtschaftliche Haltung
- Wirtschaftliche Situation
- Marketing
- Personalmanagement

- Kostenmanagement
- Neue Arbeitsfelder
- Weitere Ergebnisse

Die Urheber der Zitate in den folgenden Abschnitten sind zur Wahrung der Anonymität der Interviewten im Gegensatz zum übrigen Text gezielt in der geschlechtsneutralen (d. h., männlichen und weiblichen) Form wiedergegeben. Die Buchstaben (Inhaber/in A – X) sind willkürlich gewählt und nicht identisch mit den Initialen der interviewten Personen. Sämtliche Zitate sind Betz (2010) entnommen.

## 1.2.1 Ergebnisse: Praxisführung und betriebswirtschaftliche Haltung

Mit Inhalten der Betriebswirtschaftslehre (BWL) sind, bis auf wenige Ausnahmen, die meisten Praxisinhaber nicht vertraut. Dies wird insbesondere durch die Haltung der meisten Inhaber zu allen Themen, die mit BWL zusammenhängen, deutlich. Die folgenden Zitate (Betz 2010) zeigen dies deutlich:

Therapeut/in X:

»BWL ist ein Störfaktor«

Inhaber/in G:

»Ich hab das heute Morgen am Frühstückstisch gemacht.«

Inhaber/in C:

»Das Kassenbuch ist Horror.«

Inhaber/in G:

»Ich hab gar nicht das Gefühl, dass ich einen Betrieb habe. ... ich hab nich das Gefühl, dass ich n Betrieb führe ... Klar, ... – Also das, rechnen kann ich und, das hab ich schon gemacht, ... Aber – die Haltung mein ich, meine Haltung ist anders.«

Verwaltungsaufgaben, Büroarbeit und Organisatorisches (»Organisationskram«) würden alle Inhaber gern abgeben. Keiner macht es gern. Das Erfordernis, betriebswirtschaftlich zu handeln, wird i. d. R. nicht gesehen.

### ■ Bewertung

Diese ablehnende Haltung gegenüber der BWL ist möglicherweise dadurch zu erklären, dass die Hauptmotivation zur Gründung einer Praxis in der therapeutischen Gestaltungsfreiheit gesehen wurde. Dies lassen die folgenden Zitate vermuten:

Inhaber/in F:

» ... und wollte einfach ein Stück Freiheit für mich haben. Und möchte, wollte sowohl räumlich Freiheit haben, wollte materialmäßig und auch in der Gestaltung meiner Therapien [Freiheit] haben. Das war meine Hauptmotivation. «

Inhaber/in D:

» Eigene Dinge zu verwirklichen. Das war, selbstständig so arbeiten zu können, wie ich mir das vorstelle. «

Inhaber/in G:

» Keinen Chef zu haben. «

## 1.2.2 Ergebnisse: Wirtschaftliche Situation

Allen Praxisinhabern gemein ist, bis auf eine Ausnahme, die fehlende Betrachtung der Wirtschaftlichkeit ihrer Praxen. Die meisten Inhaber haben zudem keine Vorstellung davon, wie die Wirtschaftlichkeit erhöht werden könnte. Dies kommt bei der Frage nach den Wünschen an die Inhalte eines BWL-Buches zum Ausdruck:

Inhaber/in B

» Also, bei mir ist das so, dass ich grundsätzlich Bedarf hätte, dass mir jemand mal in Ruhe auseinanderdüfelt, wie müsste ich so eine ergotherapeutische Praxis wirtschaftlich optimal führen. Was wäre sozusagen die optimale wirtschaftliche Führung, also wie viel Gewinn muss übrig bleiben, wie muss das Verhältnis sein zwischen Gewinn und Ausgaben. Was gibt es für Möglichkeiten, das so optimal wie möglich zu führen, also eine Wirtschaftlichkeitsanleitung. Das ist etwas, was mir völlig abgeht. «

Inhaber/in C:

» Also was bei uns fehlt ist im Grunde genommen die Verteilung, was darf Personal kosten, was darf Personal erwirtschaften, was darf Miete, also im Grunde die Aufteilung der Kosten im Bezug zum Umsatz. «

Inhaber/in D (überlegt eine ganze Weile):

» Ja, also so grundlegend die Kosten, was sind die fixen Kosten pro Jahr oder pro Monat dann umgerechnet, ähm, die Kosten, die ich für einen Mitarbeiter kalkulieren muss. Und, ja, wie das zusammenpasst ... Ob es da eine Richtschnur gibt, also quasi ... Die festen Kosten pro Mitarbeiter. «

Inhaber/in G:

» Ich würd (noch) nein sagen, ich möchte da nichts lesen. «

Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen werden im Nachhinein durchgeführt, oftmals nur einmal pro Jahr, gemeinsam mit dem Steuerberater, teilweise auch gemeinsam mit dem Ehepartner. Die meisten Praxen arbeiten mit sog. Abrechnungsfirmen (Theorg, Optika etc.), von denen sie monatliche Auswertungen erhalten. Diese werden nur von wenigen der Befragten ausgewertet, von der Mehrheit überhaupt nicht.

Zielsetzung und Planung im Sinne der Betriebswirtschaft wird nicht durchgeführt. So werden überwiegend weder Umsätze, Kosten oder Gewinne geplant (Frage: »Planen Sie auch Umsätze?« Antwort: »Nee,« Frage: »Gewinne?« Antwort: »Nee, nee ... Gewinne planen, dazu brauche ich jemanden.«). Allerdings wird insbesondere in zertifizierten Praxen angegeben, im Rahmen des Qualitätsmanagements (QM) Ziele zu setzen (»Ja, wir schreiben jedes Jahr Managementziele ...«) und zu planen. Konkret geplant werden hier Fortbildungen, Urlaub, Therapieziele und Behandlungseinheiten (eher im Sinne von Patiententerminplanung als im Sinne von Kapazitätsplanung). In Praxen mit BWL-Hintergrund werden hingegen konkret Umsätze, Kosten und Gewinne geplant und mittels Controlling gesteuert, auf Wunsch tagesgenau.

## 1 ■ Bewertung

Die Inhaber suchen nach einer »Wirtschaftlichkeitsanleitung«, nach Tabellen oder Rastern, mit denen sie sich ihre wirtschaftliche Situation verdeutlichen können. Durch die von den QM-zertifizierenden Instituten vorgegebenen Planungsinstrumente und Statistiken zur Kennzahlenerhebung wird den Inhabern das Gefühl wirtschaftlichen Handelns bzw. des Managens vermittelt. Eine weitere Beschäftigung mit betriebswirtschaftlichen Aspekten wird deshalb wahrscheinlich in den Praxen nicht als erforderlich erachtet. Betriebswirtschaft sollte aber als Ergänzung zum QM gesehen werden, da die QM-zertifizierenden Institute keine Empfehlungen zum wirtschaftlichen Handeln abgeben. Ziel der QM-Zertifizierung ist nicht die Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und auch nicht die Unterstützung bei der Erzielung einer wirtschaftlichen Situation. Ein QM-Zertifikat ersetzt nicht die betriebswirtschaftlich erforderlichen Maßnahmen, um eine Praxis wirtschaftlich zu führen und damit auf eine langfristig stabile Basis zu stellen.

Hier gibt es aus Sicht der Autorin großen Handlungsbedarf, dem idealerweise schon zu Beginn der beruflichen Laufbahn im therapeutischen Bereich Rechnung getragen werden sollte. Durch die aufgrund der EU-Gesetzeslage weggefallene Verpflichtung einer 2-jährigen beruflichen Tätigkeit, die früher vor der Praxisniederlassung absolviert werden musste, wird eine Anpassung der Lehrinhalte in den Berufsfachschulen erforderlich, die bis heute nicht vollzogen ist. Die Hochschulen versuchen diese Lücke mehr oder weniger zu schließen, indem in die Curricula der Bachelor- und Masterstudiengänge betriebswirtschaftliche Inhalte aufgenommen wurden. Diese liegen zwischen 2 (z. B. Fachhochschule Osnabrück) und 8 Stunden pro Woche im Semester (HAWK Fachhochschule Hildesheim). Doch auch die Therapeuten, die sich nicht für ein Studium entscheiden, müssen auf die Rahmenbedingungen einer selbstständigen Tätigkeit vorbereitet werden. Hier gibt es Existenzgründungsseminare, oftmals von den Berufsverbänden angeboten, die auf die Gründung vorbereiten. Doch nicht jeder, der sich niederlassen möchte, besucht solche Seminare – und wer es doch tut, hat sich oftmals bereits für den Schritt in die Selbst-

ständigkeit entschieden und sieht das Seminar nur noch als Ergänzung und Handlungsanweisung im Sinne eines »Abhakens« der empfohlenen Checklisten. Wichtiger wäre vielmehr, die Entscheidung durch betriebswirtschaftliche Fundierung schon während der Berufsausbildung vorzubereiten. Dies kann mit der Entwicklung grundständiger Studiengänge gelingen. Allerdings muss dafür zunächst die gesetzliche Grundlage innerhalb der Berufsgesetze geschaffen werden.

### 1.2.3 Ergebnisse: Marketing

Die Marketingaktivitäten sind vielfältig, werden aber überwiegend nicht zielgerichtet und systematisch entwickelt, z. B. im Rahmen einer SWOT-Analyse (► Abschn. 3.2.5). Die nach Heilmittelwerbegesetz erlaubten Werbemaßnahmen sind in den wenigsten Fällen bekannt (► Abschn. 3.4.2).

#### Werbung und Kommunikationsmaßnahmen

In den meisten Fällen verfügen die Praxen über einen eigenen Internetauftritt. Als Werbemaßnahmen werden überwiegend Flyer sowie Anzeigen in den Gelben Seiten eingesetzt. Die Ausnahme bilden Praxen, die darüber hinaus einen Tag der offenen Tür, Postwurfsendungen oder Öffentlichkeitsarbeit betreiben, sowie Praxen, die ausschließlich Visitenkarten verwenden. Das Werbebudget liegt zwischen 0 und 4.500 EUR pro Jahr bis hin zu 5 % des Praxisumsatzes.

#### Leistungsangebot, Preise und Ort des Angebots

Das Leistungsangebot liegt in den meisten Praxen zu 100 % im GKV-Bereich, in manchen Praxen werden zwischen 10 und 20 % des Praxisumsatzes mit Selbstzahlerangeboten erzielt.

Bei der Preisgestaltung von Selbstzahlerangeboten orientiert man sich z. T. an den Honoraren der GKV und versucht, diesen Satz zu überschreiten. Allerdings herrscht große Unsicherheit darüber, wie teuer die Angebote sein dürfen und wie solche Angebote idealerweise kalkuliert werden (► Abschn. 5.2.4).

Die therapeutischen Dienstleistungen werden überwiegend in der Praxis und beim Hausbesuch durchgeführt, teilweise geht man auch in Altenheim. An anderen Orten werden bisher noch keine Dienstleistungen angeboten.

### Patientenzufriedenheit

Die Zufriedenheit der Patienten wird in den zertifizierten Praxen einmal pro Jahr mittels Patientenfragebogen erhoben. Dies ist von den Zertifizierern vorgeschrieben für die Rezertifizierung. In den nicht zertifizierten Praxen werden solche regelmäßigen schriftlichen Befragungen nicht durchgeführt; dort hat man ein Gespür für die Zufriedenheit der Patienten. Zitat Inhaber/in G: »Nein, das spür ich ja.«

### Hohes Qualitätsbewusstsein/ Qualitätsmanagement

Der überwiegende Anteil der Praxen ist zertifiziert.

Der Nutzen von Qualitätsmanagement (QM) hat in erster Linie interne Effekte, die die Inhaber auch nicht mehr missen möchten. Externe Effekte lassen sich nur erzielen, wenn die Aktivitäten zum QM (z. B. Zertifizierung) auch nach außen kommuniziert werden.

Die Praxen mit QM-Zertifizierung möchten darauf nicht mehr verzichten, weil der Zertifizierungsprozess inkl. Rezertifizierung insbesondere zur internen Verbesserung der Abläufe beigetragen hat.

Die zeitliche und finanzielle Investition in QM ist bei fast allen Befragten hoch. Die eigenen Ansprüche an die Ergebnisqualität sind bei allen enorm hoch, unabhängig davon, ob die Praxis zertifiziert ist oder nicht.

Als unerlässlich für gute Qualität gilt ein hoher Anteil an Fortbildungen.

Eine **wirtschaftliche Betrachtung** des QM (z. B. Kosten-/Nutzen-Analyse) wird von den Inhabern i. d. R. nicht durchgeführt. Ob und ggf. welche wirtschaftlichen Effekte die wahrgenommene Ablaufoptimierung hat, wird nicht betrachtet.

#### ■ Bewertung

QM und Wirtschaftlichkeit schließen sich nicht aus, aber QM ohne Betrachtung der wirtschaftli-

chen Situation führt nur zufällig bzw. willkürlich zum langfristigen Fortbestand der Praxis, und dann meistens nur unter Ausbeutung der eigenen Person (Inhaber).

### 1.2.4 Ergebnisse: Personalmanagement

Die Zufriedenheit der Mitarbeiter liegt allen Praxisinhabern am Herzen. Zeit für Mitarbeitergespräche nimmt man sich, Konflikte werden schnellstmöglich gelöst. Die Führung von Mitarbeitern wird teilweise als hohe Belastung empfunden. Bei der Zusammensetzung der Teams überwiegen die Teilzeitbeschäftigten.

### Hoher Anteil an Teilzeitbeschäftigten

Inhaber/in A:

» Das Problem bei Mitarbeitereinstellungen ist, dass heute keine Bewerberin mehr Vollzeit arbeiten will. Egal, ob sie Familie haben oder nicht. Die meisten haben noch gar keine Familie. Die Freizeit ist da für viele wichtiger, die eine will z. B. lieber reiten gehen. Das trifft insbesondere auf Frauen zu. Männer suchen schon eher eine Vollzeitstelle, aber auch nicht alle. «

Diese Situation ist sicherlich auf das in den letzten Jahren veränderte Freizeitverhalten zurückzuführen, worauf Inhaber/in A aufgrund eigener Erfahrungen hinweist.

Wenn Praxen Mitarbeiter eingestellt haben, dann tendenziell mehr Teilzeit- als Vollzeitkräfte. Oftmals wird mit 400 EUR-Kräften gearbeitet. Dies bestätigen auch Daten der GBE (2006). Die therapeutische Leistung in den Praxen wird eher mit hoher als mit niedriger Mitarbeiterzahl erbracht, indem die erforderlichen Vollzeitstellen (sog. Planstellen) auf Teilzeitstellen aufgeteilt werden. Diese Situation soll hier als Mitarbeiterteiligkeit bezeichnet werden. Je höher der erzielte Umsatz der Praxen, desto geringer ist der Anteil der Teilzeitkräfte bzw. der 400 EUR-Kräfte und umgekehrt. Dies bestätigen auch Daten der GBE (2006; 2007) für andere Praxen (z. B. Ärzte).

Die **Konsequenzen für Praxen mit hohem Teilzeitanteil** (hohe Mitarbeiterteiligkeit) gegenüber Praxen mit niedrigem Teilzeit- und höherem Vollzeitanteil (niedrige Mitarbeiterteiligkeit) lassen sich wie folgt beschreiben und resultieren überwiegend aus personenbezogenem Aufwand (d. h., Aufwand pro Kopf):

- Höhere Anforderungen an die Arbeitsorganisation mit
  - höherer Flexibilität im Personaleinsatz, aber
  - höherem Abstimmungs- und Koordinationsaufwand (Abstimmung der Therapeuten untereinander, inhaltlich, räumlich, zeitlich, patientenbezogen) und
  - größerem Chaos in Behandlungsräumen (Materialgebrauch und -verbrauch etc.).
- Höherer Verwaltungsaufwand (zeitlich und finanziell durch Führen von Gehaltskonten), der in den GKV-Honorierungen nur pro Behandlungseinheit und nicht pro Mitarbeiter enthalten ist. Steuerberater berechnen das Führen von Gehaltskonten ebenfalls nach Anzahl der Mitarbeiter.
- Höhere Infrastrukturkosten (Kosten für Arbeitsplatzausstattung, Arbeitskleidung, Anzahl Toiletten, Pausenraum, die teilweise durch die Arbeitsstättenverordnung (2004) vorgeschrieben werden.
- Höherer Einarbeitungsaufwand.
- Weniger Therapeutenkontinuität für Patienten.
- Höherer Aufwand (Kosten, Zeit) für Fortbildungen.
- Höherer zeitlicher Aufwand für Mitarbeitergespräche (Personalbeurteilungen etc.).
- Höhere Wahrscheinlichkeit schwangerer Mitarbeiterinnen.
- Ineffiziente und unwirtschaftliche Teamsitzungen aufgrund hoher Teilnehmerzahl und höherer Anzahl Therapieausfallstunden, da Teamsitzungen bezahlte Arbeitszeit sind.
- Höhere Lohnnebenkosten bei Aufteilung der Vollzeitstellen auf 450 EUR-Stellen (Pauschalabgabe für 450 EUR-Job ca. 30 %, Lohnnebenkosten für Vollzeittätigkeit ca. 20 %; ► Abschn. 5.5.7).
- Potenziell höhere Anzahl Krankentage (wenn ein Vollzeitmitarbeiter im Durchschnitt 5 Tage

pro Jahr krank ist, dann könnten 5 Teilzeitmitarbeiter  $5 \times 5 \text{ Tage} = 25 \text{ Tage}$  krank sein).

- Potenziell mehr Urlaubstage durch Bildungsurlaub und Zusatzkosten für Gehaltsfortzahlung der freigestellten Mitarbeiter (Das Bildungsurlaubsgesetz ist bundesweit nicht einheitlich, sondern pro Bundesland unterschiedlich geregelt. In Niedersachsen z. B. richtet sich die Anzahl der insgesamt vom Arbeitgeber zu gewährenden Urlaubstage für Bildungsurlaub nach der Mitarbeiteranzahl; diese wird nach § 3 NBildUG mit dem Faktor 2,5 multipliziert. So muss der Arbeitgeber bei 4 Mitarbeitern insgesamt 10 Arbeitstage Bildungsurlaub gewähren – unabhängig davon, ob es sich um Vollzeit- oder Teilzeitkräfte handelt –, und dies bei voller Gehaltsfortzahlung. Bei Aufteilung von 4 Vollzeit- auf 8 Teilzeitstellen muss er bereits 20 Tage Bildungsurlaub gewähren).
- Potenziell häufigerer Mitarbeiterwechsel.

Diese Auswirkungen, insbesondere die erhöhten Anforderungen an die Arbeitsorganisation, sind in Praxen mit höherer Behandlungsfrequenz wie in der Physiotherapie noch deutlicher zu spüren.

Gründe für eine hohe Mitarbeiterteiligkeit können auf Arbeitgeberseite in der höheren Flexibilität des Mitarbeiterereinsatzes und den vermeintlich niedrigeren Kosten gesehen werden, insbesondere bei 450 EUR-Kräften. Die Kosten sind jedoch nur dann niedriger, wenn den 450 EUR-Kräften ein niedrigerer Stundenlohn bezahlt wird als den Vollzeitkräften.

#### ■ Lösungsansätze

Die zunehmend von Arbeitnehmern (insbesondere Frauen) geforderte Flexibilisierung der Arbeitszeit (Sczesny et al. 2006a) einerseits und die speziell in diesen Berufsgruppen erforderliche hohe Konzentration und Flexibilität in den Behandlungseinheiten andererseits führen aufgrund der besonderen Rahmenbedingungen dieses Dienstleistungssektors bereits heute zu erheblichen Problemen in Praxen und erfordern **betriebswirtschaftliche Lösungsansätze**, die auf die Wirtschaftlichkeit der Praxis fokussieren. Dies ist vor dem Hintergrund zunehmender Flexibilisierungswünsche der Arbeitneh-

mer umso wichtiger. Im Folgenden sind die Grundregeln für die Beschäftigung von Arbeitnehmern in physiotherapeutischen, ergotherapeutischen und logopädischen Praxen zusammengefasst.

#### Praxistipp

Für die Einstellung von Mitarbeitern bieten sich folgende Regeln an:

- Nach Möglichkeit Vollzeitkräfte einstellen
- Wenn Teilzeit, dann hohe Stundenzahl
- Vollzeitstellen maximal auf 2 anteilig gleiche Teilzeitstellen im Jobsharing (2 Mitarbeiter teilen sich einen Vollzeitarbeitsplatz) aufteilen
- Möglichst keine 450 EUR-Kräfte einstellen
- Bei Mitarbeiterwechsel Stelle als Vollzeitstelle ausschreiben
- Teilzeitmitarbeiter zeitlich so einsetzen, dass die einzelne Mitarbeiterin möglichst viele Stunden pro Tag arbeitet statt an 5 Tagen jeweils wenige Stunden, um den Koordinierungsaufwand gering zu halten. Bewährt haben sich in Therapiepraxen Modelle, bei denen »Beschäftigte mit bis zu 24 Wochenstunden an zwei bis drei Tagen, Beschäftigte zwischen 25 und 30 Stunden an vier bis fünf Tagen und Beschäftigte über 30 Wochenstunden an fünf Tagen pro Woche« arbeiten (Sczesny et al. 2006b). Für eine optimale Raumbelagung bieten sich bei Teilzeitstellen Stundenzahlen von 28 Stunden pro Woche ( $3 \times 4 + 2 \times 8$  h oder  $3 \times 8 + 1 \times 4$  h) oder 32 Stunden/Woche ( $4 \times 8$  h) an. Auch für die Ansprüche auf Bildungsurlaub ist es sinnvoller, wenn Mitarbeiter eher weniger Tage pro Woche mit mehr Stunden pro Tag arbeiten als an fünf Tagen pro Woche mit weniger Stunden pro Tag, da der Bildungsurlaub auf Basis der Anzahl der Arbeitstage gewährt wird
- Fortbildungen anteilig am Teilzeitanteil orientieren (z. B. pro Vollzeitstelle wird eine Fortbildung pro Jahr gewährt). Bei Teilzeitstellen erhöhen sich die Zeitabstände entsprechend, z. B. bei zwei 20-Stunden-Stellen bekommen die Mit-

arbeiter alle 2 Jahre eine Fortbildung, und 450 EUR-Kräfte erhalten keine Fortbildung bzw. können nur an internen Fortbildungsangeboten teilnehmen)

- Arbeitseinsatzpläne patientenorientiert erstellen (Therapeutenkontinuität für Patienten sicherstellen)
- Klare Handlungsanweisungen erteilen für Mitarbeiter bei Ausfallzeiten durch Terminabsagen (Ausfallzeiten sinnvoll nutzen), ggf. kombinieren mit Pausenzeitregelung
- Bei Einstellung von Teilzeitmitarbeitern darauf achten, dass diese in der Lage sind, selbstständig ihren Arbeitsbereich zu organisieren, um den Inhaber zu entlasten
- Je mehr Teilzeitmitarbeiter, desto höher die Kontaktzeiten Inhaber/Mitarbeiter und desto weniger Behandlungseinheiten kann und sollte der Inhaber zur Wahrnehmung seiner Managementaufgaben durchführen

Eine Aussage, inwieweit Kosten oder Nutzen von Teilzeitmodellen überwiegen, kann nicht allgemeingültig getroffen werden und muss für jeden Einzelfall individuell geprüft werden.

Alternativ zur Einstellung von Mitarbeitern stellt der Zusammenschluss von Therapeuten zu einer **Partnerschaftsgesellschaft** einen Lösungsansatz dar, der nur Mitgliedern der freien Berufe offen steht. Alle Beteiligten sind gleichberechtigte Inhaber, die i. d. R. eher als Vollzeitkräfte mit hoher Motivation arbeiten. Die hohen Anforderungen an die Arbeitsorganisation sind hier zwar auch gegeben, und die Zusammenarbeit muss in einem Partnerschaftsvertrag geregelt werden, aber es entfallen z. B. der ressourcenraubende Verwaltungsaufwand für angestellte Mitarbeiter, Mitarbeitergespräche, Gewährung von Bildungsurlaub und Mitarbeiterwechsel. Auch das häufig genannte Problem der Schwangerschaften von Mitarbeiterinnen kann durch Abstimmung der Inhaber untereinander deutlich gemildert werden. Fortbildungen können untereinander abgestimmt und koordiniert werden. Voraussetzung für das Arbeiten in einer Partnerschaftsgesellschaft ist allerdings, dass sich die

Partner gut verstehen bei gegenseitiger Wertschätzung und Akzeptanz, da eine langfristige reibungslose Zusammenarbeit sonst nicht gewährleistet ist. Von besonderem Interesse kann auch die Aufnahme eines Arztes in die Partnerschaftsgesellschaft sein. Eine solche Konstellation kann zur Kontinuität bei den Verordnungen, aber auch zu neuen Arbeitsfeldern (z. B. ambulante Reha) führen.

Abschließend lässt sich festhalten, dass die Argumente verschiedenster gesellschaftlicher Gruppierungen und Institutionen (u. a. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin) zur Förderung der Teilzeitarbeit (Sczesny et al. 2006b) zwar auch auf das Gesundheitswesen zutreffen, aber speziell im Bereich der therapeutischen Praxen Teilzeitarbeit weder »zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitspotenzialen« führt noch eine Maßnahme für »eine Reduzierung der Arbeitszeit zur Beschäftigungssicherung« (Sczesny et al. 2006a) darstellt. Die aufgezeigten Konsequenzen aus erhöhter Mitarbeitereteiligung werden in den meisten therapeutischen Praxen eher zu einer Verschlechterung als zur Optimierung der Wirtschaftlichkeit führen, da der durch Teilzeitmitarbeiter verursachte höhere Ressourcenverbrauch erst einmal erwirtschaftet werden muss. Aufgrund der speziellen finanziellen Rahmenbedingungen (niedrige GKV-Vergütungssätze) ist eine hohe Mitarbeitereteiligung eine Quelle geringer Wirtschaftlichkeit.

Hat man die für die Praxis optimale Kombination aus Vollzeit- und Teilzeitkräften ermittelt, sollte der nächste Schritt sein, die Wirtschaftlichkeit einzelner Mitarbeiter zu berechnen (► Abschn. 2.3.1).

## Weitere Ergebnisse Personalmanagement

Die **Einstellung neuer Mitarbeiter** behalten sich die Praxisinhaber i. d. R. selbst vor. In die Auswahl werden häufig die bereits in der Praxis tätigen Mitarbeiter einbezogen. Ihre Meinung wird gehört, die Entscheidung treffen jedoch die Inhaber.

Große Praxen haben eine Fachkraft für Personal, die sowohl für die Auswahl als auch für die Einstellung von Mitarbeitern zuständig ist.

**Stellenbeschreibungen** existieren in zertifizierten Praxen in Form von Funktionsbeschreibungen. Ausführliche Stellenbeschreibungen, wie sie beispielhaft in ► Abschn. 4.2.1 dargestellt werden, existieren nicht.

Die **Einarbeitung neuer Mitarbeiter** erfolgt in zertifizierten Praxen mittels Einarbeitungsplan. In den übrigen Praxen werden Mitarbeiter in Abhängigkeit von ihrer beruflichen Entwicklung individuell eingearbeitet. Teilweise müssen neue Mitarbeiter auch bei den erfahrenen hospitieren. Einige Inhaber verlangen auch vor einer Einstellung ein Probearbeiten, das zwischen ½ und 2 Tagen dauert.

**Personalbeurteilungen** werden im Rahmen von Mitarbeitergesprächen durchgeführt, insbesondere in zertifizierten Praxen, wo sie zum Qualitätsmanagement gehören. Wären Personalbeurteilungen nicht vorgeschrieben, würden alle Praxisinhaber, die Mitarbeiter haben, solche Gespräche mindestens einmal im Jahr mit ihren Mitarbeitern führen, um Feedback zu geben und gleichzeitig Feedback zu erhalten. Fragebögen zur Mitarbeiterzufriedenheit werden sowohl von Praxisinhabern als auch von den Mitarbeitern ausgefüllt und dienen als Gesprächsgrundlage. Gibt es unterjährig Probleme mit Mitarbeitern, werden diese zeitnah angesprochen und gelöst.

Allgemein wird bedauert, dass keine finanziellen Spielräume zur **Motivation** der Mitarbeiter gegeben sind. **Fortbildungen** werden überwiegend von den Inhabern bezahlt. Im Gegenzug wird von den Mitarbeitern verlangt, dass sie die Fortbildungen in ihrer Freizeit bzw. an Wochenenden durchführen.

Einige Inhaber holen sich **Supervisoren** von extern in die Praxis, um selbst Feedback zu bekommen.

## 1.2.5 Ergebnisse: Kostenmanagement

Praxisinhaber sind sich im Durchschnitt einig, dass die Kostensituation nicht verbessert werden kann. Theoretisches Einsparpotenzial wird bei den Kosten für die Fortbildungen der Mitarbeiter gesehen, praktisch will man in diesem Bereich aus Qualitätsgründen aber nicht sparen. Es kristallisieren sich 3 Bereiche heraus (falsch ausgestellte Rezepte, kurzfristige Patientenabsagen, nicht ausgelastete Räumlichkeiten), in denen Opportunitätskosten entstehen, also Kosten, die sich ergeben, weil auf mögliche Einnahmen verzichtet wird oder weil

vorhandene räumliche Kapazitäten nicht in vollem Umfang genutzt werden.

### Kostenkontrolle

Eine regelmäßige Kostenkontrolle wird nur in wenigen Praxen durchgeführt, in manchen zusammen mit dem Steuerberater, in anderen mit dem Ehepartner. Teilweise wird die Meinung vertreten, dass die Kosten immer gleich seien. Auch erfolgt in den seltensten Fällen eine Gegenüberstellung der Kosten, die für die Behandlungen anfallen, und der Honorare, die die gesetzlichen Krankenkassen dafür bezahlen (im Sinne einer Kostenträgerrechnung, ► Abschn. 5.2.3). Die meisten Inhaber haben sich dazu noch keine Gedanken gemacht.

### Falsch ausgestellte Rezepte (von Ärzten)

Inhaber/in A:

» Das wirklich größte Problem sind fehlerhaft ausgestellte Rezepte, verantwortlich ist die Therapeutin, die Rezepte gehen oft drei bis vier Mal wieder zurück zur Arztpraxis, weil der Arzt die Änderung nicht unterschrieben hat oder weil die Arzthelferin die Änderung unterzeichnet hat. Wenn die Rezepte falsch sind, kommen sie von den Krankenkassen wieder zurück. «

Inhaber/in C:

» Ja, also wir haben bestimmt jeden Tag 5–10 Verordnungen, die zurückgehen. «

Eines der Hauptprobleme, die Praxisinhabern den Praxisalltag erschweren, sind die von Ärzten falsch ausgestellten oder vom Arzt nicht unterschriebenen Rezepte. Das Problem stellt sich umso dramatischer dar, als die Heilmittelerbringer für die Korrektheit der Rezepte die alleinige Verantwortung tragen. Diese Auffassung der Krankenkassen wurde durch ein Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 27.10.2009 bestätigt, das besagt, dass Therapeuten zur Prüfung der ärztlichen Verordnung verpflichtet sind.

Der mit diesem Problem einhergehende Verwaltungsaufwand wird von den Praxisinhabern als sehr hoch bewertet, was die folgenden Zitate verdeutlichen:

Inhaber/in C:

» ... wir schicken das Originalrezept im frankierten Rückumschlag hin und dokumentieren genau den Rezeptausgang, wann, wo aus welchem Grund es wohin gegangen ist. Und der Rezepteingang wird natürlich auch dokumentiert ... Und jetzt ist es so, dass wir da absolut hysterisch sind, ... dass wir schon zu dritt die Abrechnungen kontrollieren. «

Die Ursachen liegen nach übereinstimmenden Angaben der Praxisinhaber in den Arztpraxen (Betz 2010) bzw. bei den Arzthelferinnen:

Inhaber/in C:

» Die Helferinnen sind es ... Wir haben extra einen Vordruck entworfen, wo dann draufsteht, was zu ändern ist, und da steht auch noch mal ganz dick, dass die das bitte in ihrer PC-Vorlage verändern sollen. Weil, sonst wird das nächste Rezept nämlich wieder falsch. «

Hier wird deutlich, dass mit Zuweisung der Verantwortung auf die Heilmittelerbringer für diese gleich ein doppelter negativer Effekt erzielt wird: Einerseits entsteht hoher Verwaltungsaufwand, der nicht von den eigentlichen Verursachern (Ärzten) zurückgefordert wird. Andererseits ziehen die Krankenkassen für fehlerhafte Rezepte rigoros Geld ab bei den Vergütungen, sodass die Praxen jährlich Mindereinnahmen im vierstelligen Bereich verzeichnen.

Inhaber/in C:

» Also hatten wir im letzten Jahr, ich glaube um die 6.000 Euro zurück äh abgezogen bekommen. «

Die Prüfungen der Krankenkassen sollen in diesem Bereich ausgeweitet werden, wie bereits von der AOK angekündigt: »Ab dem 01.02.2010 (Verordnungsdatum) wird die AOK Niedersachsen gemäß dem BSG-Urteil verstärkt bei Verstößen gegen die Heilmittel-Richtlinien mit Rechnerkorrekturen reagieren« (AOK 2010).

### Kurzfristige Terminabsagen/Ausfälle von Patienten

Von Inhabern wird übereinstimmend auf das Problem kurzfristiger Terminabsagen durch die

Patienten hingewiesen. Dies führt zu Einnahmeausfällen, da die Absagen oftmals so kurzfristig erfolgen, dass der ausgefallene Termin auch mit keinem anderen Patienten mehr ausgefüllt werden kann. Die Kosten für den eingeplanten Therapeuten fallen aber i. d. R. an. Dieses Problem ist eine weitere Quelle niedriger Wirtschaftlichkeit. Die meisten Praxen berechnen die ausgefallenen Termine nicht.

#### ■ Lösungsansätze

Zum Umgang mit kurzfristigen Terminabsagen empfiehlt es sich, individuelle Verträge mit Patienten abzuschließen und eine Ausfallvergütung festzulegen. Dabei ist genau zu definieren, unter welchen Bedingungen die Ausfallvergütung vom Patienten zu bezahlen ist (z. B. bei nicht rechtzeitiger Absage genau definieren, was »nicht rechtzeitig« bedeutet – weniger als 24 Stunden vorher oder 2 Tage vor dem Termin etc.).

Die Berechnung der Ausfallzeiten ist rechtlich zulässig (Amtsgerichte Rheda-Wiedenbrück 2008, Az: 4 C 40/08) und München 2009, Az: 163 C 33450/08). Jeder Praxisinhaber muss sich überlegen, ob diese Regelung sofort beim ersten ausgefallenen Termin greifen soll oder ob jeder Patient pro Rezept einen Ausfall »frei« hat. Erfahrene Praxisinhaber sagen: »Wer einmal bezahlt hat, sagt keine Termine mehr ab« (Zitat von Praxisinhabern gegenüber Studierenden im Sommersemester 2012). Weiterhin sollte überlegt werden, ob die Regelung bei jedem Patienten gleichermaßen angewendet werden soll (bei Schlechterverdienenden genau so wie Besserverdienenden). Für das Lückenfüllen bei fristgerechten Terminabsagen sollte eine Warteliste erstellt werden, nach der Patienten angerufen werden können (► Abschn. 2.4.4).

### Unterauslastung der Praxisräumlichkeiten

Hospitationen der Autorin in therapeutischen Praxen haben aufgezeigt, dass die vorhandenen Räumlichkeiten oftmals nicht voll ausgelastet sind. Es gab immer wieder Zeiten, in denen einige Behandlungsräume nicht für Behandlungen genutzt wurden. Ursache für Unterauslastung der Räumlichkeiten war die Konzentration auf eine bestimm-

te Zielgruppe, z. B. Kinder. Da Kinder vormittags in Kindertagesstätten und Schulen sind, stehen Behandlungsräume in dieser Zeit leer. Weitere Ursachen für Unterauslastung sind vermutlich die Teilzeittätigkeit der Mitarbeiter sowie administrative Tätigkeiten, die Therapeuten i. d. R. auch durchführen müssen.

Diese Unterauslastung ist eine weitere Quelle niedriger Wirtschaftlichkeit, weil die Kosten für die Raummiete bezahlt werden müssen, und zwar unabhängig von der Anzahl der durchgeführten Behandlungen. Je mehr Behandlungen in den Räumen der Praxis pro Monat durchgeführt werden, desto besser ist die Wirtschaftlichkeit und umgekehrt. Dies wird von Praxisinhabern aber nicht explizit so wahrgenommen.

#### ■ Lösungsansätze

Unterauslastung kann u. U. dadurch reduziert werden, dass gezielt darüber nachgedacht wird, wie die Räume besser ausgelastet werden können (ggf. vormittags Konzentration auf die Zielgruppe der Senioren, evtl. auch Untervermietung an andere Berufsgruppen). Weiterhin kann die Raumbelegung durch einen höheren Anteil an Vollzeitmitarbeitern optimiert werden. Einen weiteren Lösungsansatz bietet die Einstellung einer zusätzlichen Bürokraft, die die Therapeuten parallel zu den Behandlungszeiten bei ihren administrativen Tätigkeiten entlasten könnte. So ließe sich eine bessere Auslastung sowohl der Raum- als auch der Therapeutenkapazitäten erzielen.

## 1.2.6 Ergebnisse: Neue Arbeitsfelder

Die Erschließung neuer Arbeitsfelder hat bei ca. 50 % der befragten Inhaber noch nicht begonnen oder ist in der Vorbereitung. Die übrigen 50 % haben mit der Erschließung in verschiedenen Bereichen begonnen. Hier wird dem Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung Bedeutung beigemessen, und die Zielgruppe »60 Jahre und älter« bzw. geriatrische Patienten sollen angesprochen werden.

Als Ziel dieser Maßnahmen wird z. T. die Verbesserung der Wirtschaftlichkeit genannt.

### 1.2.7 Ergebnisse: Betriebliche Gesundheitsförderung in Wirtschaftsunternehmen

Im Folgenden werden die Ergebnisse aus den Leitfadeninterviews mit Personalverantwortlichen aus großen Wirtschaftsunternehmen zum Thema »Aktuelle und zukünftige Aktivitäten im Arbeitsfeld der betrieblichen Gesundheitsförderung« vorgestellt. Die Interviewfragen konzentrierten sich auf folgende Bereiche:

- Verständnis von betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) bzw. betrieblichem Gesundheitsmanagement (BGM) in Unternehmen,
- Zuständigkeit für die BGF,
- Maßnahmen, die große Wirtschaftsunternehmen ergreifen, um die Gesundheit ihrer Mitarbeiter zu erhalten,
- Bedarf im Unternehmen,
- Finanzierung der Maßnahmen,
- Nutzen für Mitarbeiter und Unternehmen,
- Entscheidungsbefugnis über die Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung
- Anforderungen an Anbieter von Gesundheitskonzepten,
- Einschätzung, welche Berufsgruppen für die betriebliche Gesundheitsförderung qualifiziert sind.

#### Verständnis und Zuständigkeiten im Unternehmen

Das Verständnis von BGF ist in Wirtschaftsunternehmen ein anderes als in den Gesundheitsfachberufen. So wird der Begriff »BGF« dort nicht verwendet, ist eher unbekannt. Die Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für »Gesundheit« ist in Wirtschaftsunternehmen ebenfalls nicht bekannt. Mit betrieblicher Gesundheitsförderung verbindet man Inhalte wie Arbeitsplatzgestaltung, richtige Bürostühle/Bildschirmarbeitsplätze oder Reduzierung der Arbeitsunfälle.

Als sog. »Experten« in Unternehmen sieht man die Betriebsärzte, die eigene Krankenschwester und in einem der Unternehmen ein eigens gegründetes Projektteam, zu dem aber keine Gesundheitsexperten gehören.

#### Maßnahmen und Bedarfe in Unternehmen

Für BGF-Maßnahmen fehlen in den Unternehmen noch entsprechende Konzepte. Stattdessen findet man willkürliche »Blumensträuße« aus unterschiedlichen Maßnahmen vor, z. B.:

- Rückenschule,
- PT-angeleitete Übungen für Bildschirmarbeitsplätze,
- firmeneigenes Fitnesscenter,
- gesunde Ernährung in Kantine/Salatangebote,
- Kurse für Selbst-, Stress- und Zeitmanagement,
- betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM).

Die bisher durchgeführten Maßnahmen wurden nicht evaluiert. Auch gibt es bisher noch keine Schulungen oder Gesundheitscoachings für Führungskräfte zum Thema BGF, weder für ihre Mitarbeiter noch zum Erhalt ihrer eigenen Gesundheit. Die Führungskräfte stehen bisher noch nicht hinter den bereits durchgeführten Maßnahmen, was folgendes Zitat belegt: »Jetzt spinnen die wohl total« (Führungskraft, zit. n. Interviewpartner, Betz 2010).

Die sog. »Gesundheitskennziffern« oder auch Krankentage als Kennziffer sind für die befragten Unternehmen aufgrund des niedrigen Durchschnittsalters der Arbeitnehmer (40/41 Jahre) und der damit verbundenen niedrigen Krankenstände nicht relevant. Der Aspekt der Mitarbeitergesundheit wurde bisher noch nicht in den Leitbildern der Unternehmen verankert.

Zur Ermittlung der Gesundheitsbedarfe im Unternehmen werden keine eigenen Bedarfsanalysen durchgeführt. Wenn es solche Analysen gibt, werden sie von den Berufsgenossenschaften angestoßen. Wenn man zukünftig Bedarfe im Unternehmen ermitteln würde, dann würde man sie in erster Linie selbst und unternehmensintern ermitteln, ohne externe Hilfe. Heute führt man schon regelmäßig Mitarbeiterbefragungen durch, auch zur Gesundheit der Mitarbeiter. Die Einschätzung der zukünftigen BGF-Bedarfe wird als besonders schwierig empfunden und in der Fragestellung eines Personalvorstands deutlich: »Was muss getan werden, wenn die heute 40jährigen 55 Jahre alt sind, um sie bis 67 Jahre fit zu halten?« (Betz 2010). Dieser artikulierte Beratungsbedarf wird aus Sicht

des Personalvorstands aber erst in 10–15 Jahren relevant. Die Notwendigkeit, frühzeitig und präventiv die Gesundheit der Mitarbeiter zu erhalten, wird heute nicht gesehen.

### **Finanzierung der BGF-Maßnahmen**

Die Unternehmen stellen kein eigenes Budget für BGF-Maßnahmen zur Verfügung. Die Fördermöglichkeiten der Gesetzlichen Krankenversicherungen sind nicht bekannt. Erforderliche Finanzmittel werden vom Personalvorstand entschieden.

### **Nutzen der BGF-Maßnahmen für Mitarbeiter und Unternehmen**

Nach dem erwarteten Nutzen von BGF-Maßnahmen gefragt, wird deutlich, dass man in den Unternehmen keine genauen Vorstellungen davon hat. Die Erwartungen differieren vom Leistungserhalt der Mitarbeiter bis zum Fragezeichen.

### **Entscheider für BGF-Maßnahmen**

Hinterfragt man, wer im Unternehmen die Entscheidungen über durchzuführende Maßnahmen der BGF trifft, wird deutlich, dass in erster Linie Personalleitungen und Betriebsräte über BGF-Maßnahmen entscheiden. Insbesondere die Betriebsräte genießen einen hohen Stellenwert im Unternehmen, da den Personalleitungen sehr daran gelegen ist, ein gutes Verhältnis zum Betriebsrat zu pflegen. Die Betriebsräte sind wiederum daran interessiert, Belange und Wünsche der Belegschaft aufzugreifen und bei den Personalleitungen durchzusetzen. So ist der Blumenstrauß an BGF-Maßnahmen in den Unternehmen zu erklären, der auf Wunsch verschiedener Mitarbeiter entstanden ist.

### **Anforderungen an BGF-Anbieter und qualifizierte Berufsgruppen**

Auf die Frage, welche Berufsgruppen aus Unternehmenssicht zur Durchführung von BGF-Maßnahmen qualifiziert sind, hat man zunächst keine Vorstellungen. Man würde sich an die Betriebskrankenkasse oder die Betriebsärzte wenden. Berufsgruppe und formale Qualifikation sind nachrangig. Wichtig ist, dass der Mensch und sein Persönlichkeitsprofil zur Kultur des Unternehmens passen. Von Externen fordert man starken Praxisbezug und guten theoretischen Background, aber auch das Aufzeigen, dass

Bedarfe im Unternehmen gedeckt werden. Man hat kaum eine Vorstellung davon, welche Berufsgruppe für die betriebliche Gesundheitsförderung kompetent ist. Ergotherapeuten, Logopäden und Physiotherapeuten werden spontan nicht genannt. Bisher hat man zusammengearbeitet mit einer Sportwissenschaftlerin und einem Physiotherapeuten im Zusammenhang mit dem unternehmenseigenen Fitnesscenter. Physio- und Ergotherapeuten wären als Gesundheitsförderer vorstellbar. Logopäden hingegen kann man sich gar nicht vorstellen, es sei denn, dass Führungskräfte sprachlich »auffällig« wären. Von Physio- und Ergotherapeuten erwartet man eine enge Zusammenarbeit mit dem Betriebsarzt. Idealerweise sollen sie Vor- und Nacharbeiten für den Betriebsarzt leisten. Beide Berufsgruppen kann man sich als externe Berater vorstellen, aber auch als Angestellte im Unternehmen.

Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden stehen also als Gesundheitsförderer nicht im Fokus. Was können sie dennoch tun, um das Arbeitsfeld der betrieblichen Gesundheitsförderung in Unternehmen für sich zu erschließen?

#### **■ Lösungsansätze**

Die Gesundheitsfachberufe sollten ihre eigenen Qualifikationen und Kompetenzen in die Unternehmen hinein kommunizieren, da sie dort nicht bekannt sind. Ansprechpartner sind sowohl Personalleitungen als auch Betriebsräte oder Personalräte (in öffentlichen Unternehmen, Gemeinden etc.). Der einfachere Zugang wird über die Betriebsräte möglich sein, da diese die Interessen der Mitarbeiter vertreten und deshalb eher ein »offenes Ohr« für die Belange der Gesundheitsförderung haben.

Darüber hinaus sollten Gesundheitsfachberufe die Bestrebungen der Gesetzlichen Krankenkassen zur Durchführung von BGF-Maßnahmen nutzen. Die Kompetenzen der Gesundheitsfachberufe werden im betrieblichen Setting gefordert und sind von den GKVen im Rahmen der Primärprävention nach §20 SGB V für folgende Handlungsfelder zugelassen: Bewegung, arbeitsbedingte körperliche Belastungen und Stressbewältigung/Entspannung.

Empfehlenswert bei der Auswahl potenzieller Unternehmen für die Entwicklung von BGF-Angeboten ist die Orientierung an der aktuellen Entwicklung der Ursachen für Arbeitsunfähigkeits-

tage (AU-Tage). Neben Erkrankungen des Bewegungsapparates nehmen psychische Erkrankungen (Stress) stetig zu. Nach Informationen der Bundesregierung (zit. n. Gieseke 2012) haben die AU-Tage aufgrund psychischer Erkrankungen von 33,6 Mio. im Jahr 2001 auf 53,5 Mio. im Jahr 2010 (+59,2 %) zugenommen. Frauen sind davon häufiger betroffen als Männer und Berufstätige ab 45 Jahren häufiger als jüngere Arbeitnehmer.

#### Praxistipp

Praxisinhaber, aber auch die Berufsverbände können zur Erschließung der betrieblichen Gesundheitsförderung als neues Arbeitsfeld beitragen, indem sie gezielte Maßnahmen ergreifen.

#### Vorschläge für Praxisinhaber

- Beratung von Unternehmen in der Region bei Gesundheitsanalysen, Mitarbeiter- und Führungskräftebildungen und Veranstaltung von Gesundheitstagen
- Unternehmen auswählen nach Branchen mit hohen AU-Tagen, hohen Belastungen des Bewegungsapparates, hohen psychischen Belastungen bei Mitarbeitern (Behörden, Dienstleister, IT-Unternehmen) sowie nach Zielgruppen: gefährdete Berufsgruppen (Frauen über 45 Jahre, Manager; s. auch Badura et al. 2012)
- Zugang zu den Unternehmen über die Betriebsräte. Es ist wichtig, bei Betriebsräten ein Bewusstsein für die betriebliche Gesundheitsförderung zu schaffen. Dies kann im Rahmen von BGF-Seminaren für Betriebsräte erfolgen, die von Physio- und Ergotherapeuten und Logopäden durchgeführt werden. Die Kontakte können später ausgebaut werden
- Kontakt zu Betriebsärzten aufnehmen (evtl. schwierig, da möglicherweise nicht sofort Bereitschaft zur Zusammenarbeit besteht)
- Handwerksbetriebe in der Region beraten (arbeitsbedingte körperliche Belastungen und Lösungsansätze aufzeigen)
- Kooperationen mit den GKVern

- Kontakte zu Berufsgenossenschaften (BG) herstellen/ausbauen, da die BG als Initiator für BGF zur Vorbeugung einer Frühverrentung fungiert
- Publikation von Fachartikeln in Fachzeitschriften für Personalmanagement (z. B. Personalwirtschaft, Personal im Fokus, Personalführung), um Personalverantwortliche auf die Erfordernisse der Gesundheitsförderung und die Kompetenzen der Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden aufmerksam zu machen

#### Vorschläge für die Mitwirkung der Berufsverbände

- Die Berufsverbände könnten die Interessen ihrer Mitglieder im Rahmen der Bundesratsinitiative »besserer Schutz vor psychischer Belastung am Arbeitsplatz« (*Die Welt*, 17.04.2013) vertreten. Der Hamburger Senat hat mit Brandenburg, Bremen und Nordrhein-Westfalen diese Initiative gestartet. Eine geplante Verordnung soll das Arbeitsschutzgesetz konkretisieren und Leitlinien vorgeben. Die Berufsverbände könnten Möglichkeiten eruieren, wie sich Therapeuten in das Projekt einbringen können.
- Weiterhin könnten sie die Interessen ihrer Mitglieder im Rahmen der Kampagne gegen »psychische Überlastung am Arbeitsplatz« vertreten, die von Arbeitsministerin von der Leyen gestartet worden ist. Danach sollen mit Tarifpartnern, Sozialversicherungsträgern und Länderexperten »wirksame Maßnahmen gegen psychische Überlastung im Beruf« entwickelt werden (Urschel 2011). Auch hier könnten die Berufsverbände entsprechende Mitwirkungsmöglichkeiten eruieren.
- Nicht zuletzt könnten die Berufsverbände die Interessenvertretung im Rahmen von Fachtagungen der Deutschen Gesellschaft für Personalführung (DGFP) übernehmen, um Personalverantwortlichen aus Wirtschaftsunternehmen die Qualifikationen und Kompetenzen der Gesundheitsberufe zu verdeutlichen.