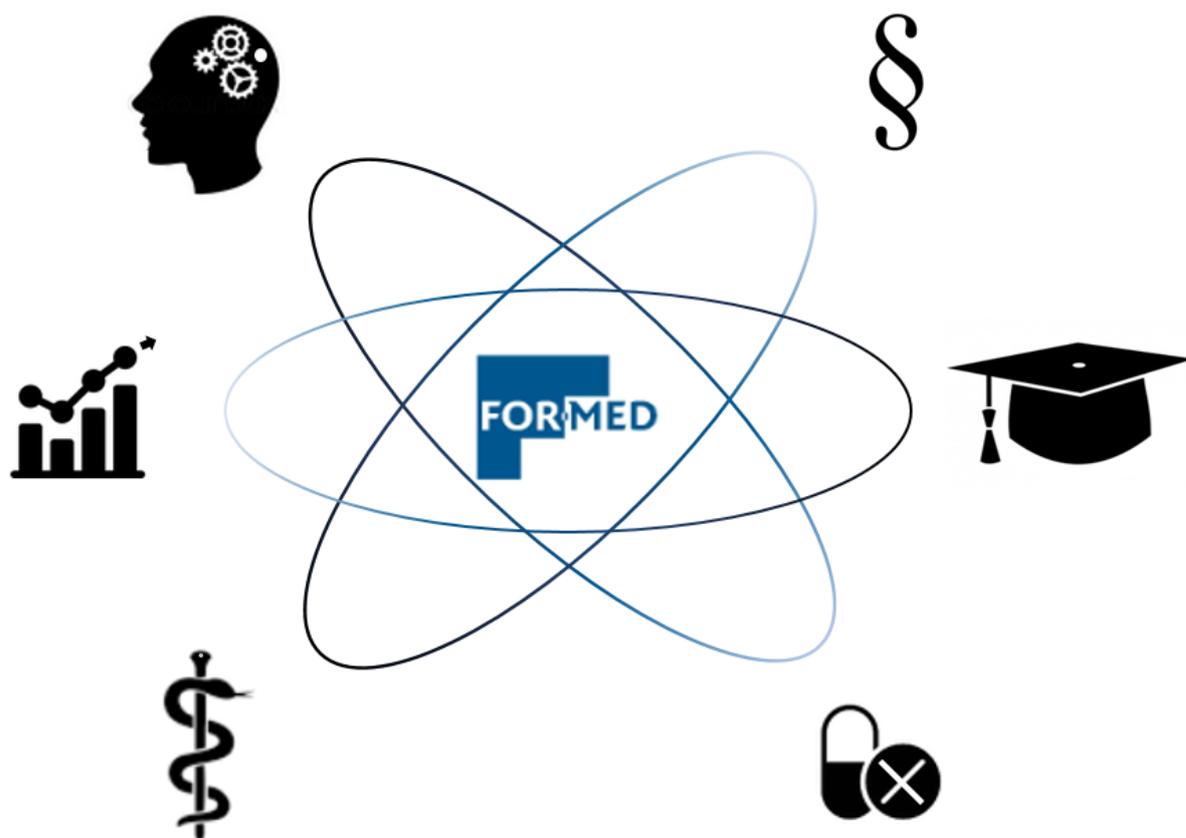


# FOR-MED

## Zeitschrift für das Management im Gesundheitswesen

Ausgabe 02/2019



## Impressum

**Herausgeber:**

Prof. Dr. Frank Daumann  
Prof. Dr. rer. pol. h. c. Herbert Rebscher

**Reviewer Board:**

Prof. Dr. Christoph Rasche  
Prof. Dr. Gerald Schmola  
Dr. Thomas Rudolf  
PD Dr. Uwe Leder  
Prof. Dr. Frank-Ulrich Fricke  
Prof. Dr. Michael Hartmann

**Chefredakteurin:**

Aylin Faber  
E-Mail: [aylin.faber@for-med.de](mailto:aylin.faber@for-med.de)

**Layout/Design:**

Aylin Faber

**Verlag:**

FOR-MED GmbH  
Postfach 10 06 47  
95406 Bayreuth  
[info@mba-health-care.de](mailto:info@mba-health-care.de)

**Hinweise zur Erscheinung:**

Die Zeitschrift der For-Med Gesellschaft für Betriebswirtschaft in der medizinischen Praxis mbH erscheint einmal pro Quartal.

**Für Autoren und Anzeigen:**

Wenn Sie einen eigenen Beitrag oder eine Anzeige veröffentlichen möchten, nehmen Sie gerne Kontakt zur Redaktion auf:  
[info@mba-health-care.de](mailto:info@mba-health-care.de)

**ISSN:**

2627-5023

**Copyright:**

Die Zeitschrift sowie alle enthaltenen Beiträge inkl. Abbildungen und Tabellen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist nicht zulässig. Der Nachdruck, die Übersetzung wie auch andere Verwendungen sind nur mit ausdrücklicher Genehmigung der Redaktion und des Verlages unter Angabe der Quelle gestattet.

## Inhaltsverzeichnis

Erfolgsdimensionen bei der Implementierung eines Customer-Relationship-Management-Systems im Pharmagroßhandel  
- *Nick Jentsch und Frank Daumann* .....1

**Vorstellung Buchreihe:**

**Gesundheitsökonomie für die Versorgungspraxis.**

**Band 1: Medizinprodukte: Ökonomie der Regulatorik**

- *Herbert Rebscher und Jasmina Stoebel*.....10

**Die Zusammensetzung des Honorars von niedergelassenen Gynäkologen – eine Gegenüberstellung der Gesamthonorare und Honorarbestandteile**

- *Aylin Faber und Franka Schäuble* .....12

## Erfolgsdimensionen bei der Implementierung eines Customer-Relationship-Management-Systems im Pharmagroßhandel

Für den pharmazeutischen Großhandel ist die ressortübergreifende Professionalisierung des Customer-Relationship-Managements (CRM) von ausschlaggebender Relevanz für den zukünftigen Unternehmenserfolg. Jedoch scheitert ein großer Teil der CRM-Implementierungen aus unterschiedlichsten Gründen. Daher hat sich diese Abhandlung die Aufgabe gestellt, die Erfolgsdimensionen für die Implementierungsphase eines CRM-Systems zu identifizieren und diese Erkenntnisse mit den Erfahrungen eines ausgewählten deutschen Pharmagroßhändlers – der ABC GmbH – abzugleichen. Zu diesem Zweck wurden auf Basis eines ganzheitlichen CRM-Ansatz die Dimensionen Strategie, Organisation, Technologie, Prozesse und Mitarbeiter unterschieden. Dabei zeigte sich, dass in einer Gegenüberstellung der inhaltlichen Aussagen der Experten mit den Erkenntnissen aus der CRM-Erfolgsfaktorenforschung drei erfolgskritische Dimensionen identifiziert werden können: die Strategie-, Organisations- und Prozessdimension.

Schlüsselwörter: Pharmagroßhandel, CRM, Erfolgsfaktoren

### 1. Problemstellung und Zielsetzung

Gerade im pharmazeutischen Großhandel, der durch eine austauschbare Logistikdienstleistung und geringe Wechselbarrieren geprägt ist, ist die ressortübergreifende Professionalisierung des Customer-Relationship-Managements (CRM) von ausschlaggebender Relevanz für den zukünftigen Unternehmenserfolg (Winkelmann, 2008, 52). Allerdings scheint ein Großteil der CRM-Implementierungen aus unterschiedlichsten Gründen zu scheitern (siehe bereits Shum, Bove & Auh, 2008, 1347). Daher ist es notwendig, die Erfolgsdimensionen für die Implementierungsphase eines CRM-Systems zu identifizieren. Dieser Beitrag soll zum einen diese Erfolgsdimensionen wissenschaftlich basierend eruieren und zum anderen diese Erkenntnisse mit den Erfahrungen eines ausgewählten deutschen Pharmagroßhändlers – der ABC GmbH – abgleichen.

Hierzu werden im zweiten Kapitel der Begriff CRM und dessen Bestandteile erläutert. Im dritten Kapitel werden anschließend die Bausteine des CRM-Systems des ausgewählten Pharmagroßhändlers vorgestellt. Gegenstand des vierten Kapitels ist die lite

raturbasierte Identifikation von Erfolgsfaktoren. Darauf aufbauend werden mit Hilfe von Experteninterviews die Ausprägung dieser spezifischen Erfolgsfaktoren am Beispiel der ABC GmbH herausgearbeitet (5. Kapitel). Im sechsten Kapitel wird ein kurzes Fazit gezogen.

### 2. Begriffliche und konzeptionelle Grundlagen

In Anlehnung an Schober (2012, 19) sowie Kumar & Reinartz (2012, 261) kann CRM wie folgt definiert werden:

CRM ist ein ganzheitlicher strategischer Ansatz zur kundenorientierten Bedarfsdeckung von Transaktionsobjekten mit dem Ziel der Erhöhung des Unternehmenswertes durch eine Verbesserung der Kundenbindung, Kundenakquisition und eine Steigerung der Kundenprofitabilität.

Wesentliche Komponenten sind neben der strategischen Dimension Mitarbeiter, die durch den persönlichen Kontakt die intensivste Beziehung zwischen Kunde und Unternehmen repräsentieren, die Ausgestaltung kundennaher Geschäftsprozesse und Organisation sowie der Einsatz von IT-Technologie zur Aggregation, Analyse und integrierten Bereitstellung des zur CRM-Zielerreichung erforderlichen Wissens.

Aufbauend auf der ganzheitlichen Betrachtung von CRM werden in wissenschaftlichen Publikationen zwei übergeordnete Aufgabenbereiche aufgeführt (s. Abb. 1): Das *operative CRM* umfasst alle Schnittstellen, die im unmittelbaren Kontakt mit dem Kunden stehen, sowie die Kundenkontakt unterstützenden Marketing-, Sales- und Service-Prozesse (Rentzmann et al., 2011, 132; Helmke, Uebel & Dangelmaier, 2017, S. 11). Dabei bildet die operative Datenbank die Basis für eine einheitliche Integration aller Kundenaktivitäten und -reaktionen. Informationen über z. B. Lieferfähigkeit und Obligoauskünfte setzen eine Anbindung an bestehende Back-Office-Module wie das Enterprise-Resource-Planning(ERP)- und das Supply-Chain-Management (SCM)-System voraus (Winkelmann, 2013, 610). Während das operative CRM kundenbezogenen Geschäftsprozesse direkt unterstützt, werden im *analytischen CRM* Kundenkontakte systematisch aufgezeichnet und historisiert zur kontinuierlichen Weiterentwicklung von kundenbezogenen Interaktionen.

Die Kohärenz der operativen und analytischen Komponenten konstituiert ein lernendes System (Closed-Loop-Architektur), in dem Kundenreaktionen gezielt verwertet werden, um die Kundenbedürfnisse langfristig zu antizipieren (Rentzmann et al., 2011, 132).

## 2.2 Operatives CRM

Das *operative CRM* umfasst alle kundenbezogenen Maßnahmen und Aktivitäten im Front-Office-Bereich, um den Kundenkontakt zu unterstützen, zu verbessern und zu optimieren (Helmke, Uebel & Dangelmaier, 2017, 11). Ziel ist es, eine Reduzierung der operativen Kosten bei gleichzeitiger Steigerung des Kundenwertes zu erzielen, indem Leistungen zeitnah und flexibel zur Verfügung gestellt werden (Foss, Stone & Ekinci, 2008, 70). Zunächst werden über die unterschiedlichen Interaktionskanäle die eingehenden Informationen zwischen dem Endverbraucher und Unternehmen erfasst. Erst durch die Integration sämtlicher Kommunikationskanäle und die Synchronisation aller CTP wird eine ganzheitliche Sicht auf den Kunden („One Face of the Customer“) und somit auch eine einheitliche Kundenansprache („One Face to the Customer“) ermöglicht (Leußer, Hippner & Wilde, 2011, 18). An dieser Stelle nimmt das Customer Interaction Center (CIC) eine elementare Rolle ein, das im Gegensatz zu einem klassischen Call-Center, dessen Fokus auf dem Telefonkanal liegt, als multimediale Kommunikationsschnittstelle fungiert (Baran, Galka, Strunk, 2008, 26). Das Kampagnenmanagement ist als zentraler Kern der Marketing-Automation zu verstehen, mit der Aufgabe, Interessenbekundungen und Leads von Neu- und Bestandskunden zu generieren. Die Sales-Automation unterstützt den Außendienstmitarbeiter aktiv dahingehend, Verkaufschancen (Opportunities) zu priorisieren und zu systematisieren, um kundenspezifische Angebote bzw. Aufträge zu erstellen (Gündling, 2011, 673). Dagegen befasst sich die Service-Automation mit der Problemlösung und der Zufriedenheit der Kunden mit der Leistungsanspruchnahme eines Unternehmens (Geib, Kolbe & Brenner, 2006, 92). In diesem Zusammenhang unterstützen automatisierte Geschäftsprozesse – in Form von Workflows – die Verwaltung von zeitlichen, fachlichen sowie ressourcenbezogenen Arbeitsabläufen und verbessern die Durchlaufzeiten von Geschäftsprozessen (Gadatsch, 2013, 41).

## 3. Bausteine eines CRM-Systems eines Pharmagroßhändlers

Traditionell ist das Abwechslungsbedürfnis im Pharmagroßhandel angesichts eines intensiven Geschäftsbeziehungsmanagements gegenüber den kaufenden Apotheken niedrig (Gersch, 2004, 59 ff.). Aber auch bei einem CRM-System im Pharmagroßhandel lassen sich analytische und operative Funktionen unterscheiden.

### 3.1 Analytische Funktionen

Beim hier betrachteten Großhandelsunternehmen – der ABC GmbH – werden über eine internetbasierte Schnittstelle (MSV3) in einem auf die Belieferungszeit abgestimmten Zeitraum Bestellaufträge ohne Wartezeit an den Großhandel übermittelt.

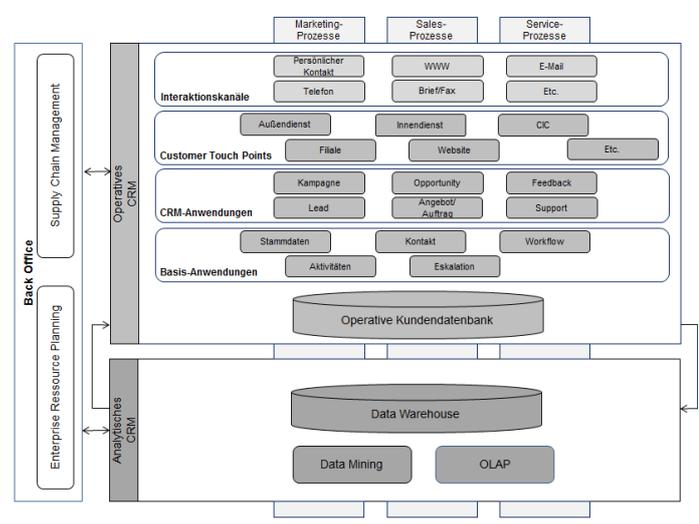


Abbildung 1: Komponenten eines CRM-Systems  
Quelle: In Anlehnung an Hippner, Rentzmann und Wilde (2006, 48).

## 2.1 Analytisches CRM

Im Mittelpunkt des *analytischen CRM* stehen die Wissensgenerierung und die Entscheidungsunterstützung für kundengerichtete Prozesse mittels Data Warehouse (DWH) und Analysewerkzeugen wie Data Mining bzw. Online Analytical Processing (OLAP) mit jeweils unterschiedlichen Schwerpunkten (Amberg, 2004, 52). Analytische Prozesse unterstützen dabei konkrete Maßnahmen innerhalb der operativen CRM-Prozesse, z. B. finden Up- und Cross-Selling-Analysen oder eine Zielgruppensegmentierung in der übergreifenden Anwendung von Marketing-Kampagnen statt (Leußer, Hippner & Wilde, 2011, 40). Die Aufgabe eines DWH ist es, die in Anwendungssystemen heterogenen Daten in einer physischen Datenbank zu sammeln und zu bereinigen. Zusätzlich unterstützt das DWH die Ad-hoc-Entscheidungsfindung von Führungskräften mit aussagekräftigen Informationen aus allen Unternehmensbereichen (Hippner, 2005, 128; Chen & Popovich, 2003, 678). OLAP-Systeme stellen für ein Unternehmen betriebswirtschaftlich bedeutsame Kennzahlen wie Rohertrag und Marktanteil in Form eines multidimensionalen Datenwürfels dar, dessen Dimensionen Gliederungskriterien wie z. B. Verkaufsstätten oder Absatzregionen beinhalten (Bange, 2015, 109). Weisen Fragestellungen allerdings bisher nicht erkannte komplexe Zusammenhänge auf, erweitert das Data Mining die Datenanalyse auf Basis eines (teil-)automatisierten Datenabgleichs (Berry & Linoff, 2000, 7 ff.).

Apotheken haben dadurch die Möglichkeit, in kürzester Zeit Informationen über die Verfügbarkeit und Lieferfähigkeit zu erhalten. In das DWH transformiert das Back Office tagesaktuell über das ERP-System Auftrags- und Lagerdaten für die Übertragung von internen kundenrelevanten Daten sowie Bewegungsdaten (z. B. Umsatz) aus dem CRM. Indirekt ergänzt wird die Datenerfassung anhand von Abverkaufsdaten. Auf der anderen Seite werden externe Datenquellen in das DWH aggregiert. Hier handelt es sich um Marktdaten von Warenwirtschaftssystem-Anbietern (WWS), die POS-Daten mandatiertes Apotheken sowie Preisinformationen zur Angebotskalkulation beinhalten. Externe Marktdaten von *IMS* und *Insight Health* dienen zur Erkenntnisgewinnung hinsichtlich Marktanteil, Marktanteilswachstum und Direktumsätze.

Die Verknüpfung der internen und externen Datenquellen bildet die Basis für strategische CRM-Entscheidungen hinsichtlich der Gestaltung von Geschäftsbeziehungen zu bestimmten Kundengruppen, die Key Account-, Individual-, Versandhandels- und Kooperationsapotheken umfassen. Je nach strategischer Positionierung werden den Apothekengruppen ausgehend von detaillierten Kundenwertanalysen Zugänge zu Lieferkonditionen und Vermarktungskonzepten offeriert. In Hinblick auf Apotheken, die z. B. aufgrund einer unattraktiven Sortimentsstruktur oder schwankender Kleinstumsätze (<12.500 Euro) außerhalb der strategischen Positionierung der *ABC GmbH* liegen, können Ziele formuliert werden, die in einer Belieferung unter angepassten Rahmenbedingungen oder sogar in der Beendigung einer Geschäftsbeziehung münden. Kundenanalysen dienen auch als Ausgangspunkt zur detaillierten Planung, Gestaltung und Steuerung von themen- oder zielgruppenspezifischen verkaufsfördernden Maßnahmen. Zusätzlich werden neben den genannten Möglichkeiten Marktforschungsdienstleistungen gegenüber Dritten für eine externe Verwendung zur Verfügung gestellt. Die verfügbaren Datensätze werden primär von der Pharmaindustrie für die Entwicklung von Category-Managementstrategien und zur Erfolgsanalyse von aktionsrelevanten POS-Maßnahmen herangezogen (Gersch, 2011, 345).

### 3.2 Operative Funktionen

Zu den operativen CRM-Funktionen der *ABC GmbH* zählen die folgenden:

- Kundenstammdatenverwaltung und Kundenmanagement
- Selektion von Suchfunktion nach Geschäftspartner
- Kundenmerkmalspflege
- Aktionsplanung
- Terminplanung
- Berichtswesen
- Angebots- und Vertragsmanagement
- RVL/VL: Field-Coaching

Die Kombination aus der persönlichen Beziehung zu den Kunden und abgestimmten kommunikations-, distributions- und preispolitischen Maßnahmen bildet die zentrale Säule im operativen CRM. Jeder Potential- und Bestandskunde erfährt eine Basisbetreuung von Seiten des Außendienstes. In Abhängigkeit von der Inanspruchnahme von Dienstleistungen gibt es bis zu maximal drei Ansprechpartner für den Kunden: im klassischen Belieferungsauftrag (Außendienstmitarbeiter Großhandel), bei der Mitgliedschaft der *Apothekenkooperation* (Außendienstmitarbeiter Kooperation) und der Teilnahme an einem Software-Tool zur Optimierung des Warenlagers einer Apotheke (Außendienstmitarbeiter Warenwirtschaft). Daneben werden die Apotheken durch die Leistungsebenen Vertriebsinnendienst, Retourenabteilung, Auftragsannahme und Versand in den regionalen Niederlassungen entlang der CTP betreut. In Abstimmung mit den zentralen Vertriebs- und Marketingabteilungen verantworten die Akteure die operative Gestaltung der Geschäftsbeziehung sowie eine kontinuierliche Geschäftsbeziehungsanalyse und -steuerung.

Die Abstimmung der verschiedenen Personen und Aktivitäten findet über das ERP-System statt, ein vollständig integriertes Warenwirtschaftssystem. Dabei werden die operativen Daten gesammelt und im Anschluss im DWH ausgewertet, um generiertes Wissen abgestimmt auf die Kundenbedürfnisse zielführend einzusetzen. Im Kundeninformationssystem stehen den verantwortlichen Personen – abgestuft nach der jeweiligen Berechtigung – alle Zugriffe auf kundenindividuell verfügbare Daten und Historien zur Verfügung. Ebenfalls werden im CRM Aktivitätsanlässe und beziehungspezifische Ziele hinterlegt. Diese reichen von der Vereinbarung über Bezugskonditionen bis hin zu manuellen Gutschriften oder der direkten Unterstützung zur Erreichung nationaler Vertriebsziele.

### 4. Bestandsaufnahme der CRM-Erfolgsfaktorenforschung

Nachdem nun umrissen wurde, was unter einem CRM-System zu verstehen ist und welche Ausprägungen bei dem Beispielunternehmen vorzufinden sind, wird nun ein knapper Überblick über die Erkenntnisse der Erfolgsfaktorenforschung in den einschlägigen Bereichen gegeben.

Die Ansichten über die Erfolgsfaktoren, die maßgeblich ein CRM-Projekt beeinflussen können, divergieren in der wissenschaftlichen Literatur erheblich. Dabei zeigt sich, dass, obwohl eine Vielzahl von Studien in der CRM-Erfolgsfaktorenforschung existiert, in der Gesamtheit empirisch valide Kausalitäten fehlen. Vor diesem Hintergrund wird im Folgenden auf die Einteilung der Dimensionen *Strategie, Organisation, Technologie, Prozesse und Mitarbeiter* ausgehend von dem ganzheitlichen Definitionsansatz eines CRM zurückgegriffen.

## 4.1 Strategie

Im Vorfeld jeglicher Überlegungen über eine generelle Anschaffung oder Weiterentwicklung einer vorhandenen CRM-Lösung stehen die Definition und die Ausarbeitung einer Kundenbeziehungsstrategie, was insbesondere in Dienstleistungsunternehmen erforderlich ist (Wolf, 2002, 28). Die kundenorientierte Ausrichtung umfasst dabei alle Fach- und Personenbereiche in einem Unternehmen und gewinnt dann zunehmend an Bedeutung, wenn der CRM-Gedanke langfristig und von den Anwendern in Richtung Endverbraucher überzeugend gelebt wird. Untersuchungsergebnisse zeigen, dass Mitarbeiter nach der Einführungsphase primär eine Kosteneinsparung und Effizienzsteigerung vertrieblicher Aktivitäten mit dem CRM assoziieren (Reinartz & Chugh, 2002, 213). Branchenübergreifend ist zu beobachten, dass Unternehmen, die von Beginn an eine zielgerichtete CRM-Strategie bzw. während einer Implementierungsphase verfolgen, erfolgreicher in der Umsetzung und Zielerreichung sind (Schröder, Feller & Schuck, 2002, 418).

In der Konzeptionsphase gilt es, die CRM-Bereitschaft zu analysieren, um Anpassungen im Vorfeld vorzunehmen bzw. Herausforderungen für die Projektphase zu ermitteln (Payne & Frow, 2010, 150). Neben der gleichzeitigen Integration der jeweiligen Dimensionen verweisen *Alt* und *Puschmann* (2004, 6 f.) darauf, den Projektumfang in einzelne Teilprojekte zu gliedern. Die dadurch erreichte Komplexitätsreduzierung ermöglicht eine vorausschauende Ressourcenplanung und die zielorientierte Koordination der Phasen untereinander. Studienergebnisse belegen, dass CRM überwiegend zunächst in einzelnen Unternehmensebenen oder konzentriert auf einen Fachbereich eingeführt wird, bevor die Implementierung über alle Bereiche hinweg in der Organisation stattfindet (Rigby & Ledingham, 2004, 118 ff.).

## 4.2 Organisation

Eng verbunden mit der CRM-Strategie eines Unternehmens ist die Ausrichtung der Organisation nach der vorhandenen CRM-Vision. Eine zentrale Voraussetzung dafür ist eine positive Einstellung der Mitarbeiter gegenüber den Kunden, um Bedürfnisse gezielt befriedigen zu können (Wolf, 2002, 115; Rigby, Reichheld & Scheffer, 2002, 103 f.). *Alt* und *Puschmann* (2004, 33 ff.) zeigen in Untersuchungen, dass im Voraus einer CRM-Implementierung veritable strukturelle und prozessuale Veränderungen in der Ablauforganisation notwendig sind. Dabei profitieren diejenigen Unternehmen, die sich vor Projektbeginn über einen längeren Zeitverlauf mit internen Strukturen und Prozessen auseinandergesetzt haben. Der Forschungsbericht des *Fraunhofer IAO* zeigt, dass das häufigste Problem aus Anbietersicht neben der fehlenden CRM-Strategie eine zu starre Aufbauorganisation darstellt (Lang & Hunziker, 2009, 29). Die Ursache dafür liegt in einer un-

zureichenden Berücksichtigung der Neuausrichtung der Organisationsstruktur auf die Kundenorientierung.

Eine weitere zentrale Voraussetzung innerhalb der Organisationsdimension liegt in der Unterstützung durch das Top-Management, das gerade in der Anfangsphase als Bindeglied im Abstimmungsprozess zwischen den unterschiedlichen Fachabteilungen fungieren und in Übereinstimmung mit den Interessengruppen erforderliche Ressourcen koordinieren sollte (Keller, 2005, 16). Demgegenüber verfügen Bereichs- oder Abteilungsleiter in der mittleren Managementebene nur über eingeschränkte Handlungsalternativen, die notwendige Entscheidungen für den weiteren Projektverlauf hemmen.

In mehreren wissenschaftlichen Arbeiten wird die interdisziplinäre Kommunikation und Zusammenarbeit als eine weitere Anforderung für eine erfolgreiche CRM-Einführung identifiziert. Für ein erfolgreiches CRM sind fehlerfreie, qualitativ hochwertige, vollkommene Informationen zu Kundenaktivitäten von elementarer Bedeutung. Kundeninteraktionen und die hieraus folgenden Daten müssen infolgedessen über alle CTP, Front- und Back-Office-Applikationen hinweg durchgehend erhoben und an einer Stelle integriert werden (Payne & Frow, 2010, 147 f.). In vielen Fällen kommt es angesichts lückenhafter organisationaler Adaption zu projektgefährdenden Kontroversen unter den einzelnen Organisationseinheiten.

Innerhalb der Unternehmung gilt es zu evaluieren, ob hinreichende personelle und zeitliche Ressourcen zur störungsfreien CRM-Projektumsetzung vorliegen (Bose, 2002, 91). Hinsichtlich der Einführungsphase konstatieren *Reinartz* und *Chugh* (2002, 212) ein mangelhaftes Bewusstsein bezüglich der versteckten Kosten aus Anwendersicht. Die damit verbundenen Ausgaben für eine CRM-Einführung überschreiten in den meisten Fällen das Ausschreibungsangebot der Softwaredienstleistungsunternehmen. Eine Studie von *Bucholtz* (2011, 8) zum Thema CRM-Gesamtbetriebskosten kommt zu dem Ergebnis, dass bei einer Erweiterung der Benutzungs- und Integrationsfunktionen jährliche Mehrkosten von bis zu 2940 US-Dollar pro Benutzer anfallen können. Abgesehen von den unberücksichtigten Implementierungskosten resultieren zusätzlich z. B. Business Process Reengineering, Schnittstellenanpassungen sowie erweiterte Schulungsmaßnahmen für die Anwender (Reinartz & Chugh, 2002, 212).

## 4.3 Technologie

Die oftmals vorherrschende Meinung, CRM mit einer Software gleichzusetzen, mündet häufig in einer Überbetonung der Informationstechnologie. Die Ergebnisse von Untersuchungen deuten darauf hin, dass der Einsatz von IT und der CRM-Erfolg nicht zwingend korrelieren müssen (Rigby, Reichheld & Scheffer, 2002, 104 f.). Des Weiteren kommen *Wilson, Daniel* und *McDo-*

nald (2002, 214) in ihrer Fallstudieninterpretation zu der Erkenntnis, dass fortschrittliche Kommunikations- und Informationstechnologien lediglich einen unterstützenden Charakter haben, um die Durchsetzung der CRM-Strategie zu realisieren.

Im Zeitalter der Digitalisierung werden Standardlösungen zunehmend durch ‚Cloud CRM‘ (Meir-Huber, 2010, 11) oder ‚Mobile CRM‘ (Heidenstecker, 2014, 32) ergänzt. *Kehl* und *Rudolph* (2001, 268) empfehlen, die funktionalen und technischen Anforderungen in einem strukturierten Auswahlprozess in Kosten- und Wirtschaftlichkeitsaspekte zu gliedern. Die CRM-Implementierung sollte stets unter Berücksichtigung der vorhandenen IT-Landschaft bzw. Ressourcen und eines übergeordneten Gesamtplans stattfinden. Die Erfolgswahrscheinlichkeiten steigen, wenn eine Komplexitätsreduzierung stattfindet und die Projektumsetzung schrittweise erfolgt (Wolf, 2002, 121). Innerhalb der Integration unterschiedlicher Datenbanken hat zudem die Datenqualität einen hohen Einfluss auf die Effizienz und Effektivität von CRM-Maßnahmen (Abbott, Stone, & Buttle, 2001, 25). Immer wieder kommt es in der Unternehmenspraxis vor, dass die Übertragung der Kundeninformationen aus den bereits vorhandenen Datenbanken in das neue CRM-System größere Probleme bereitet. Eine kontinuierliche Datenpflege und die Sammlung von Kundenstammdaten erhöhen die Qualität im Umgang mit der Kundendatenbasis und ermöglichen dadurch eine Closed-Loop-Architektur im CRM (Benkendorf & Janke, 2004, 22 f.).

#### 4.4 Prozesse

Ein umfassendes Prozesscontrolling bzw. -monitoring ist im CRM erfolgskritisch, um die im Vorfeld festgelegten strategischen Ziele zu erreichen und Optimierungen in der Zukunft vorzunehmen (Payne & Frow, 2005, 173 f.). Somit kann ein einschlägiges Projektcontrolling bzw. -monitoring den Gesamterfolg individueller CRM-Maßnahmen bewerten und darüber hinaus Handlungsfelder während der Implementierungsphase aufzeigen (Reinartz & Chugh, 2002, 211 f.).

Auf dem Weg zu einer erfolgreichen CRM-Implementierung liegt die Reorganisation bestehender unternehmensinterner Prozesse. Ausgehend von der CRM-Strategie werden im ersten Schritt alle Prozesse an den CTP beginnend mit der Kundenansprache bis hin zum Kundendienst einer Prüfung unterzogen und anschließend analysiert, ob diese dazu beitragen, die Kundenbedürfnisse zu erfüllen (Wikström, 2004, 8). In diesem Zusammenhang können durch Kundenzufriedenheitsumfragen oder Benchmarking kundenorientierte Prozesse regelmäßig angepasst werden (Massey, Montoya-Weiss & Holcom, 2001, 159 ff.). Fallstudien haben gezeigt, dass nachträgliche Prozessanpassungen mit weiteren finanziellen Ausgaben und Ressourcenbereitstellung verbunden sind (Raman & Pashupati, 2004, 20).

#### 4.5 Mitarbeiter

Die Akzeptanz der Mitarbeiter gegenüber dem Einsatz eines CRM-Systems stellt einen Schlüsselfaktor für den Erfolg der Implementierung desselben dar (Trovarit AG, 2015, 5 f.; Schwetz, 2015, 17). In der Literatur lassen sich zwei Personengruppen identifizieren, deren fehlende Akzeptanz in der Implementierungsphase einen massiven Widerstand zur Folge haben kann. Gerade bei älteren Mitarbeitern kann die Umstrukturierung gewohnter Arbeitsabläufe ein Gefühl der Angst erzeugen, wenn diese mit neuen Aufgaben konfrontiert werden. Im schlimmsten Fall resultiert daraus eine Abwehrhaltung gegenüber der Nutzung der implementierten Software (Buehrer, Senecal & Pullins, 2005, 395). Demgegenüber bilden Führungskräfte aus den unterschiedlichen Managementebenen die zweite Personengruppe. Hier entstehen zunehmend Befürchtungen, wenn ausgehend von der CRM-Einführung Abteilungen in andere Funktionsbereiche überführt oder teilweise aufgelöst werden (Pries & Stone, 2004, 366).

Eine bedeutsame Rolle nimmt das Change-Management innerhalb der CRM-Implementierung ein. Neben den bereits beschriebenen unternehmensinternen Veränderungen beeinflussen externe Größen mit zunehmender Dynamik den Wandel in einer Organisation (Mescheder & Sallach, 2012, 40). Angesichts dieser Tatsache plädieren *Helmke*, *Brinker-Helmke* und *Uebel* (2017, 9) für eine frühzeitige Einbindung des Change-Managements in die CRM-Planungsphase. Für die erfolgreiche Integration der Mitarbeiter entlang der Projektphase lassen sich zwei Instrumente als Erfolgsfaktoren herausarbeiten: Incentivierung sowie Schulung der Systemanwender.

Erstgenanntes dient der Sensibilisierung im Umgang mit Kundeninformationen. Hierbei wird primär das Ziel verfolgt, die Pflege, Eingabe und Änderung von Stammdaten zu entlohnen, damit nachgelagerte Aktivitäten effizienter und effektiver ausgerichtet werden können (Greve, G, 2003, S. 12). Das nachfolgende Beispiel illustriert die Vorgehensweise: der Angebotsversand von Eigenmarken-Produkten. Die Qualität der Kundenadressdaten beeinflusst den Streuverlust einer Kundenkampagne. Eine fehlerhafte Kundenansprache aufgrund inaktiver Systemeingabe eines Außendienstmitarbeiters kann zu einem Abbruch der Kundeninteraktion führen. Korrigiert der zuständige Vertriebsmitarbeiter z. B. eine Namensänderung infolge einer Eheschließung im CRM-System proaktiv, kann auf diesem Weg ein besserer Wirkungsgrad erzielt werden. Ein rein auf dem Verkauf von Produkten bzw. Dienstleistungen basierendes Entlohnungssystem führt nach Ansicht von *Reinartz* und *Chugh* (2002, 214 f.) dazu, dass Kundenaktivitäten und Verkaufschancen in den Köpfen der Verkäufer verbleiben und systemseitig bewusst vorenthalten werden. Um eine CRM-homogene Verhaltensweise zu erzeugen, plädiert *Campbell* (2003, 381 ff.) für Zielgrößen, die langfristig zur

Steigerung der Kundenzufriedenheit und Kundenloyalität im unmittelbaren Bezug zur Kundeninteraktion führen.

Neben der Incentivierung wird die Schulung von Systemanwendern als ein zentraler Aspekt einer erfolgreichen CRM-Einführung verstanden. Aus einer schriftlichen Befragung von 23 Außendienstmitarbeitern und Führungskräften aus den Bereichen Marketing und Vertrieb geht hervor, dass die Schulung von Mitarbeitern bzw. die Durchführung von Trainings einen maßgeblichen Einfluss auf den CRM-Erfolg hat, noch vor dem Erfolgsfaktor der Top-Management-Unterstützung (Pullig, Maxham & Hair, 2002, 408). Zudem belegen Studien, dass Trainingsmaßnahmen nach der Einführung einen direkten Einfluss auf die Akzeptanz im Umgang mit CRM-Systemen haben und zu einem Anstieg der Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter führen (Speier & Venkatesh, 2002, 106 ff.). Um langfristig die Mitarbeiterakzeptanz zu fördern, sind daher regelmäßige Schulungsmodule über weitere Funktionalitäten notwendig.

## 5. Methodik

Mit Hilfe von Experteninterviews sollte nun herausgefunden werden, welche spezifischen Erfolgsfaktoren für die Implementierung eines CRM-Systems bei der ABC GmbH identifiziert werden können. Hierzu wurde ein teilstandardisierter Leitfaden auf Basis der o.g. Erkenntnisse entwickelt, der den Interviews zugrunde gelegt wurde und der die fünf Analysedimensionen *Strategie, Organisation, Technologie, Prozesse* und *Mitarbeiter* umfasste.<sup>1</sup> Auch wenn ein CRM-System aufgrund der unterschiedlichen Funktionalitäten beginnend bei der Eingabe von Besuchsberichten bis hin zur Aggregation von Kennzahlensystemen als Vorlage für Managemententscheidungen dient, konzentrierte sich die Auswahl der Experten auf die mittlere Führungsebene der Unternehmung. Dieser Personenkreis umfasst die Bereichsleitung (BL) aller fachlichen Abteilungen, die über Wissen verfügen, das „[...] nicht jedermann bzw. jederfrau in dem interessierenden Handlungsfeld zugänglich ist“ (Meuser & Nagel, 1997, 484). Insgesamt wurden dabei sieben Experten befragt. Die Transkription der Expertengespräche erfolgte mit Hilfe von MAXQDA<sup>12</sup>. Für die Beantwortung der Forschungsfrage wurden die gewonnenen Erkenntnisse aus den Expertengesprächen den vorliegenden wissenschaftlichen Ergebnissen der CRM-Erfolgsfaktorenforschung gegenübergestellt.

## 6. Ergebnisse

Wenn die Experten nach der CRM-Positionierung der ABC GmbH gefragt werden, zeigt sich, dass die Strategie durchaus eine Rolle spielt für eine zukünftige CRM-Vision. Eine einheitliche

Kundendatenbank wird von der Mehrheit stärker in den Mittelpunkt der Betrachtung gerückt als die Kundenorientierung. Die Antworten auf die Frage nach den resultierenden Chancen im Rahmen der Nutzung eines ganzheitlichen CRM-Systems unterstreichen die Erkenntnisse aus der Literatur, wo demnach eher die Kosteneinsparung bzw. andere Synergieeffekte aufgrund der internationalen Standardisierung gesehen werden. Dass die Einführung unter Berücksichtigung eines übergeordneten Projektmanagements zu erfolgen hat, ähnelt den Ausführungen von *Alt* und *Puschmann* (2004, 6 f.), die eine Aufteilung des Projektumfangs in mehrere Teilabschnitte favorisieren.

Die Ursache für den teilweise hohen Abstimmungsaufwand über Kundeninformationen resultiert unter anderem aus einem fehlenden Workflowmanagement im operativen CRM. Hinzu kommen die systemseitigen Einschränkungen, die zusätzliche In-sellösungen in Form von manuellen Auswertungen und Parallelisten erfordern. Die Aussagen der Experten über die Rolle der GF stützen die Ergebnisse der Literatur, die das Top-Management maßgeblich für den Erfolg innerhalb des Projektes verantwortlich machen. Auffällig ist, dass die Interviewpartner ausschließlich die organisatorischen Anpassungen im Zusammenhang mit der CRM-Einführung thematisieren, der Umgang mit finanziellen und personellen Ressourcen bleibt bei den Überlegungen unbeachtet.

Bei der Beantwortung der Fragen im Bereich der Technologie-dimension wird deutlich, dass eine Vielzahl der Experten auf den Fachbereich der IT verweist und somit die Aussagefähigkeit in weiten Teilen für die Analyse unberücksichtigt bleibt. Die dargestellten Schwierigkeiten einer fehlenden zentralen Kundendatenbank rechtfertigen die Aussagen in wissenschaftlichen Beiträgen, dass die Integration von Kundendaten aus mehreren Back-Office-Systemen erhebliche Widersprüche in der Verwendung und Auswertung von Daten zur Folge hat.

Die Generierung von Wissen über eine Geschäftsbeziehung erfolgt bei der *ABC GmbH* einerseits durch die Erstellung von Besuchsberichten und andererseits durch die mündliche Weitergabe von Informationen. Ein zentraler Bereich für die Aufbereitung und Verteilung in der Aufbauorganisation liegt in diesem Fall nicht vor. Ähnlich zu den Äußerungen der CRM-Strategie werden die meisten Geschäftsprozesse losgelöst von Kundenbedürfnissen betrachtet und orientieren sich primär an gesetzlichen Regularien und der Gesamtprofitabilität. Eine hohe Übereinstimmung zwischen den Ansichten der Befragten und Erkenntnissen aus der CRM-Erfolgsfaktorenforschung liegt in der Definition quantifizierbarer Kennzahlen für das Monitoring der Prozessabschnitte vor, wenngleich die Quantifizierbarkeit als schwierig aufgefasst wird.

<sup>1</sup> Zu den Vorteilen dieser Methode siehe etwa Meuser & Nagel (2009, 473).

Hinsichtlich der Frage, inwieweit Anreizsysteme dazu beitragen können, die CRM-Einführung erfolgreich zu begleiten, divergieren die Ansichten der Experten und die Ergebnisse der vorliegenden Publikationen. So lehnen die Experten strikt eine monetäre bzw. nichtmonetäre Entlohnung als dauerhaften Zustand in diesem Zusammenhang ab. Eine Ausnahme stellt für einen geringen Teil die Übergangsphase dar, um die Anwender für den Umgang mit Kundendaten zu sensibilisieren. Mehrheitlich sehen die Interviewpartner die Möglichkeit, die in Studien aufgezeigte geringe Anwenderakzeptanz durch eine frühzeitige Einbeziehung der Systemanwender und mittels einer Nutzenargumentation zu steigern. Hinsichtlich der Art der Vermittlung von Schulungsinhalten stimmen die Einschätzungen der Experten mit *Morgan und Inks (2001)* überein, dass Trainingsmaßnahmen mit einem Interaktionsbestandteil einen höheren Beitrag zum Lerneffekt leisten.

## 7. Fazit

Hauptziel dieser Abhandlung war es, relevante Erfolgsdimensionen für die Einführung von CRM zu identifizieren und deren Ausprägungen mit den qualitativen Erkenntnissen am Beispiel der *ABC GmbH* zu vergleichen.

Zu diesem Zweck wurde zunächst ein ganzheitlicher CRM-Ansatz unter Zuhilfenahme des Kategorisierungsansatzes von *Wolf* gewählt. So konnten die Dimensionen Strategie, Organisation, Technologie, Prozesse und Mitarbeiter für den weiteren Forschungsverlauf identifiziert werden. Dabei ist deutlich geworden, dass innerhalb der Dimensionen unterschiedliche Erfolgsfaktoren in der Wissenschaft verwendet werden und somit kein homogenes Bild möglich ist.

Was die Ergebnisse betrifft, so konnten in einer Gegenüberstellung der inhaltlichen Aussagen der Experten mit den Erkenntnissen aus der CRM-Erfolgsfaktorenforschung drei erfolgskritische Dimensionen identifiziert werden: die Strategie-, Organisations- und Prozessdimension. Die Ergebnisse zeigen, dass die *ABC GmbH* keine klare CRM-Strategie besitzt. Begründet werden kann diese Erkenntnis anhand von zwei Ausprägungen. Einerseits nimmt Kundenorientierung in einer ganzheitlichen CRM-Betrachtung eine untergeordnete Rolle ein, wenngleich diese fest im Unternehmensleitbild der *ABC GmbH* verankert ist. Vielmehr wird eine zentrale Kundendatenbank priorisiert. Andererseits musste festgestellt werden, dass die Geschäftsprozesse entgegen der Annahme keine Vergleichbarkeit hinsichtlich der Ausrichtung von Kundenbedürfnissen aufweisen, sondern vielmehr durch externe Restriktionen und Profitabilitätsdenken geprägt sind. Ungeklärt bleibt an dieser Stelle der Einfluss der Technologiedimension, der aufgrund des Fehlens eines Experten aus dem IT-Fachbereich und der Zurückhaltung der Befragten für die Untersuchung wenig aussagekräftig ist.

Um die im Rahmen dieser Arbeit gewonnenen Erkenntnisse in eine geeignete Vorgehensweise zu integrieren und eine ganzheitliche Perspektive zu erhalten, wäre es notwendig, die noch fehlenden Einschätzungen hinsichtlich der operativen Systemanwender zu evaluieren. Zudem sind die aufgezeigten erfolgskritischen Dimensionen in einer quantitativen Forschung auf Vollständigkeit zu überprüfen.

## Autoren



**Nick Jentsch, MBA**

Absolvent des MBA Health Care Management an der Universität Bayreuth

E-Mail: [nickjentsch@t-online.de](mailto:nickjentsch@t-online.de)



**Prof. Dr. Frank Daumann**

Friedrich-Schiller-Universität Jena

E-Mail: [frank.daumann@uni-jena.de](mailto:frank.daumann@uni-jena.de)

Prof. Dr. Frank Daumann ist Inhaber des Lehrstuhls für Sportökonomie und Gesundheitsökonomie am Institut für Sportwissenschaft der Friedrich-Schiller-Universität in Jena. Er ist einer der beiden Leiter des berufsbegleitenden MBA-Studiengangs Health Care Managements an der Universität Bayreuth.

## Literaturverzeichnis

- Abbott, J./Stone, M./Buttle, F. (2001): Customer Relationship Management in Practice - A Qualitative Study, in: *Journal of Database Marketing*, 9. Jg., 2001, Heft 1, S. 24-34.
- Alt, R./Puschmann, T. (2004): Successful Practices in Customer Relationship Management, in: *Proceedings of the 37th Hawaii International Conference on System Sciences*, Hawaii 2004, S. 1-9.
- Amberg, M. (2004): Basistechnologien von CRM-Systemen, in: HIPPNER, H./WILDE, K. D. (Hrsg.): *IT-Systeme im CRM. Aufbau und Potentiale*, Wiesbaden 2004, S. 43-73.
- Bange, C. (2015): Werkzeuge für analytische Informationssysteme, in: GLUCHOWSKI, P./CHAMONI, P. (Hrsg.): *Analytische Informationssysteme. Business Intelligence-Technologien und -Anwendungen*, 5. Aufl., Berlin/Heidelberg 2015, S. 97-126.
- Baran, R./Galka, R./Strunk, G. (2008): *Customer Relationship Marketing*, Mason 2008.
- Benkendorf, M./Janke, B. (2004): CRM in Banken - Aufzeigen von Grundstrukturen und Entwicklung eines CRM-adäquaten Organisationsmodells, Online im WWW unter URL: [http://epub.sub.uni-hamburg.de/epub/volltexte/2011/7158/pdf/Sozialoekonom113\\_01.pdf](http://epub.sub.uni-hamburg.de/epub/volltexte/2011/7158/pdf/Sozialoekonom113_01.pdf) [Stand: 24.06.2019].
- Berry, M. J. A./Linoff, G. S. (2000): *Mastering Data Mining: The Art and Science of Customer Relationship Management*, New York 2000.
- Bose, R. (2002): Customer relationship management: key components for IT success, in: *Industrial Management & Data Systems*, 102. Jg., 2002, Heft 2, S. 89-97.
- Buchholtz, C. (2011): CRM-Betriebskosten: Gebühren, Abonnements und versteckte Kosten, Online im WWW unter URL: [https://www.fellow-consulting.com/wp-content/uploads/2014/01/CRM\\_Total\\_Cost\\_of\\_Ownership\\_Analysis\\_DE.pdf](https://www.fellow-consulting.com/wp-content/uploads/2014/01/CRM_Total_Cost_of_Ownership_Analysis_DE.pdf), [Stand: 24.06.2019].

- Buehrer, R. E./Senecal, S./Pullins, E. B. (2005): Sales force technology usage - reasons, barriers and support: An exploratory investigation, in: *Journal of Industrial Marketing Management*, 34. Jg., 2005, Heft 4, S. 389-398.
- Campbell, A. J. (2003): Creating customer knowledge competence: managing customer relationship management programs strategically, in: *Industrial Marketing Management*, 32 Jg., 2003, Heft 5, S. 375-383.
- Chen, I. J./Popovich, K. (2003): Understanding Customer Relationship Management (CRM): People, Process and Technology, in: *Business Process Management Journal*, 9. Jg., 2003, Heft 5, S. 672-688.
- Foss, B./Stone, M./Ekinci, Y. (2008): What makes for CRM system success - Or failure?, in: *Journal of Database Marketing & Customer Strategy Management*, 15. Jg., 2008, Heft 2, S. 68-78.
- Gadatsch, A. (2013): *Grundkurs Geschäftsprozess-Management. Methoden und Werkzeuge in der IT-Praxis: Eine Einführung für Studenten und Praktiker*, 7. Aufl., Wiesbaden 2013.
- Geib, M./Kolbe, L. M./Brenner, W. (2006): Collaborative Customer Relationship Management in Financial Services Alliances, in: Fjermestad, J./Romano, N. C. (Hrsg.): *Electronic Customer Relationship Management*, Armonk 2006, S. 87-106.
- Gersch, M. (2004): Versandapotheken in Deutschland – Die Geburt einer neuen Dienstleistung – wer wird eigentlich der Vater?, in: *Marketing: Zeitschrift für Forschung und Praxis*, 26. Jg., 2004, Sonderheft, S. 59-70.
- Gersch, M. (2011): Customer Relationship Management, in: Kleinaltenkamp, M./Plink, W./Geiger, I. et al. (Hrsg.): *Geschäftsbeziehungsmanagement. Konzepte. Methoden. Instrumente*, 2. Aufl., Wiesbaden 2011, S. 309-357.
- Greve, G. (2003): Probleme und Lösungsmöglichkeiten bei der Implementierung von CRM-Systemen in der Finanzdienstleistungsbranche, *Digitale Fachbibliothek Vertrieb und Digitale Fachbibliothek Unternehmenskommunikation*.
- Gündling, C. (2011): IT-Unterstützung von Sales-Prozessen, in: Hippner, H./Hubrich, B./Wilde, K. D. (Hrsg.): *Grundlagen des CRM. Strategie, Geschäftsprozesse und IT-Unterstützung*, Wiesbaden 2011, S. 651-681.
- Heidenstecker, F. (2014): *Mobile CRM - Nutzung mobiler Technologien im Customer Relationship Management*, Hamburg 2014.
- Helmke, S./Brinker-Helmke, D./Uebel, M. (2017): Change Management in der Praxis zur Einführung von CRM, in: Helmke, S./Uebel, M./Dangelmaier, W. (Hrsg.): *Effektives Customer Relationship Management. Instrumente -Einführungskonzepte - Organisation*, 6. Aufl., Wiesbaden 2017, S. 208-218.
- Helmke, S./Uebel, M./Dangelmaier, W. (2017): Grundlagen und Ziele des CRM-Ansatzes, in: Helmke, S./Uebel, M., Dangelmaier, W., (Hrsg.): *Effektives Customer Relationship Management. Instrumente-Einführungskonzepte-Organisation*, 6. Aufl., Wiesbaden 2017, S. 3-20.
- Hippner, H. (2005): Die (R)Evolution des Customer Relationship Management, in: *Marketing: Zeitschrift für Forschung und Praxis*, 27. Jg., 2005, Heft 2, S. 115-134.
- Hippner, H./Rentzmann, R./Wilde, K. D. (2006): Aufbau und Funktionalitäten von CRM-Systemen, in: Hippner, H./Wilde, K. D. (Hrsg.): *Grundlagen des CRM - Konzepte und Gestaltung*, 2. Aufl., Wiesbaden 2006, S. 45-74.
- Kehl, R. E./Rudolph, B. J. (2001): Warum CRM-Projekte scheitern, in: Link, J. (Hrsg.): *Customer Relationship Management - Erfolgreiche Kundenbeziehungen durch integrierte Informationssysteme*, Berlin 2001, S. 253-273.
- Keller, A. (2005): CRM ist Chefsache - oder zum Scheitern verurteilt, in: *Netzwoche*, 5. Jg., 2005, Heft 1-2, S. 16.
- Kumar, V./Reinartz, W. (2012): *Customer Relationship Management. Concept, Strategy, and Tools*, 2. Aufl., Berlin/Heidelberg 2012.
- Lang, B./Hunziker, R. (2009): Evaluation und Einführung eines CRM-Systems. Warum CRM-Projekte scheitern, in: *Management und Qualität*, o. Jg., 2009, Heft 11, S. 28-31.
- Leußer, W./Hippner, H./Wilde, K. D. (2011): CRM - Grundlagen, Konzepte und Prozesse, in: Hippner, H./Hubrich, B./Wilde, K. D. (Hrsg.): *Grundlagen des CRM. Strategie, Geschäftsprozesse und IT-Unterstützung*, Wiesbaden 2011, S. 15-55.
- Massey, A. P./Montoya-Weiss, M. M./Holcom, K. (2001): Re-engineering the customer relationship: leveraging knowledge assets at IBM, in: *Decision Support Systems*, 32. Jg., 2001, Heft 2, S. 155-170.
- Meir-Huber, M. (2010): *Cloud Computing. Praxisratgeber und Einstiegsstrategien*, Frankfurt am Main 2010.
- Mescheder, B./Sallach, C. (2012): *Wettbewerbsvorteile durch Wissen. Knowledge Management, CRM und Change Management verbinden*, Berlin/Heidelberg 2012.
- Meuser, M./Nagel, U. (1997): Das Experteninterview - Wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführung, in: Friebertshäuser, B./Prenzel, A. (Hrsg.): *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*, Weinheim/Basel 1997, S. 481-491.
- Meuser, M./Nagel, U. (2009): Experteninterview und der Wandel der Wissensproduktion, in: Bogner, A./Littig, B./Menz, W. (Hrsg.): *Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder*, 3. Aufl., Wiesbaden 2009, S. 35-60.
- Morgan, A. J./Inks, S. A. (2001): Technology and the Sales Force - Increasing Acceptance of Sales Force Automation, in: *Journal of Industrial Marketing Management*, 30. Jg., 2001, Heft 5, S. 463-472.
- Payne, A./Frow, P. (2005): A Strategic Framework for Customer Relationship Management; in: *Journal of Marketing*, 69. Jg., 2005, Heft 4, S. 167-176.
- Payne, A./Frow, P. (2010): Customer Relationship Management: from Strategy to Implementation, in: *Journal of Marketing Management*, 22. Jg., 2010, Heft 1-2, S. 135-168.
- Pries, C./Stone, M. (2004): Managing CRM implementation with consultants - CRM or Change Management?, in: *Journal of Change Management*, 4. Jg., 2004, Heft 4, S. 351-370.
- Pullig, C./Maxham, J. G./Hair, J. F. (2002): Salesforce automation systems: An exploratory examination of organizational factors associated with effective implementation and salesforce productivity, in: *Journal of Business Research*, 55. Jg., 2002, Heft 5, S. 401-415.
- Raman, P./Pashupati, K. (2004): Is CRM Really Doomed to Fail? An Exploratory Study of the Barriers to CRM Implementation, in: *Journal of Customer Behaviour*, 3. Jg., 2004, Heft 1, S. 5-26.
- Reinartz, W./Chugh, P. (2002): Learning from Experience: Making CRM a Success at Last, in: *International Journal of Call Centre Management*, 4. Jg., 2002, Heft 3, S. 207-219.
- Rentzmann, R./Hippner, H./Hesse, F. et al. (2011): IT-Unterstützung durch CRM-Systeme, in: Hippner, H./Hubrich, B./Wilde, K. D. (Hrsg.): *Grundlagen des CRM. Strategie, Geschäftsprozesse und IT-Unterstützung*, Wiesbaden 2011, S. 129-155.
- Rigby, D. K./Ledingham, D. (2004): CRM Done Right, in: *Harvard Business Review*, 82. Jg., 2004, Heft 11, S. 118-129.
- Rigby, D. K./Reichheld, F. F./Scheffer, P. (2002): Avoid the Four Perils of CRM, in: *Harvard Business Review*, 80. Jg., 2002, Heft 2, S. 101-109.
- Schober, A. (2012): *Business Communities und Business Intelligence. Potenziale zur Wissensgenerierung für das CRM im Firmenkundengeschäft*, Saarbrücken 2012.
- Schröder, H./Feller, M./Schuck, A. (2002): Wie erfolgreich ist CRM tatsächlich? Ergebnisse einer empirischen Untersuchung, in: Ahlert, J./Becker,

J./Knackstedt, R. (Hrsg.): Customer Relationship Management im Handel, Berlin 2002, S. 397-422.

Schwetz, W. (2015): CRM-Einführung. Der Weg zum optimalen CRM im Mittelstand, in: CRM Report, o. Jg., 2015, Sonderpublikation 01/2015, S. 16-21.

Shum, P./Bove, L./Auh, S. (2008): Employees' affective commitment to change. The key to successful CRM implementation, in: European Journal of Marketing, 43. Jg., 2008, Heft 11/12, S. 1346-1371.

Speier, C./Venkatesh, V. (2002): The Hidden Minefields in the Adoption of Sales Force Automation Technologies, in: Journal of Marketing, 66. Jg., 2002, Heft 3, S. 98-111.

Trovart AG (2015): CRM in der Praxis - Anwenderzufriedenheit, Nutzen & Perspektiven 2015/2016, Aachen 2015.

Wikström, C.-E. (2004): A Case Study of Emergent and Intentional Organizational Change: Some Implications for Customer Relationship Management Success, in: Proceedings of the 37th Hawaii International Conference on System Sciences, Hawaii 2004, S. 1-10.

Wilson, H./Daniel, E./McDonald, M. (2002): Factors for Success in Customer Relationship Management (CRM) Systems, in: Journal of Marketing Management, 18. Jg., 2002, Heft 1/2, S. 193-219.

Winkelmann, P. (2008): Erfolgreiche CRM-Projekte - Chancen und Risiken bei der Einführung richtig bewerten, in: Marketing Review St. Gallen, 25. Jg., 2008, Heft 3, S. 52-56.

Winkelmann, P. (2013): Vertriebskonzeption und Vertriebssteuerung. Die Instrumente des integrierten Kundenmanagements (CRM), 5. Aufl., München 2013.

Wolf, E. E. (2002): Konzeption eines CRM-Anreizsystems: Konzeption eines Anreizsystems zur Unterstützung einer erfolgreichen Implementierung von Customer Relationship Management, München 2002.

## Anhang

Abbildung: Fragenkatalog für das Expertengespräch

### Einstieg

1. Können Sie bitte zum Einstieg schildern, was Ihre Aufgabe hier in der Organisation ist und wie Ihr beruflicher Hintergrund aussieht?
2. Wie beurteilen Sie den Erfolg der *ABC GmbH*?

### Strategie

1. Wie bewerten Sie ein ganzheitliches CRM-System für die *ABC GmbH*? Welche Chancen ließen sich durch die Einführung ableiten?
2. In der Unternehmenswelt wird häufig auf Einführungsmodelle verzichtet, obwohl eine Vielzahl von Benchmarks existiert. In welchen Phasen und in welcher Reihenfolge soll die Implementierung geplant werden?

### Organisation

1. Wie kann der Informationsaustausch bei der Weitergabe von Kundenaktivitäten und -informationen zwischen den Fachabteilungen aus Ihrer Perspektive gewährleistet werden?
2. Welche Rolle nimmt die Geschäftsführung für ein CRM-Projekt ein?

3. Welche personellen und organisatorischen Anpassungen sind notwendig, um eine reibungslose Systemnutzung seitens der Anwender zu garantieren?

### Technologie

1. In welchem Zusammenhang unterstützt die IT-Infrastruktur bereits heute die vorhandene CRM-Version? Inwieweit sind bestehende Strukturen hinderlich?
2. Welche Ansatzpunkte empfehlen Sie, um inkonsistente Kundendaten zu bereinigen?
3. Wie lassen sich die Besonderheiten des Pharmagroßhandels bei der Auswahl einer CRM-Softwarelösung abbilden?

### Prozesse

1. Wie wird der Wissenstransfer von Kundeninformationen und -aktivitäten im Unternehmen organisiert?
2. Wie werden die Geschäftsprozesse im Unternehmen aufgesetzt?
3. Einzelne CRM-Maßnahmen tragen typischerweise nur mittelbar zur Wertschöpfung bei und sind für den Unternehmenserfolg schwer quantifizierbar. Oftmals beschränkt sich das Controlling auf die Steuerung von Budgets. Wie ist das zu erklären?

### Mitarbeiter

1. Welchen Veränderungsbedarf leiten Sie infolge einer stärkeren Fokussierung auf das CRM für die unterschiedlichen Nutzergruppen ab?
2. Inwieweit helfen Entlohnungssysteme, Mitarbeiter in Richtung eines CRM-kompatiblen Verhaltens zu unterstützen?
3. Welche grundlegenden Eigenschaften muss ein CRM-System Ihrer Meinung nach erfüllen, um von den Mitarbeitern akzeptiert zu werden?
4. Was war in Ihrer Berufspraxis ein besonders gelungenes Seminar, wenn es um die Anwendung von CRM-Systemen ging?

### Schluss

1. Möchten Sie abschließend noch Aspekte benennen, die aus Ihrer Sicht im Zusammenhang mit dieser Thematik Erwähnung finden und diskutiert werden sollten?
2. Haben Sie herzlichen Dank für den intensiven Austausch und Ihre Zeit.

## Vorstellung Buchreihe

### Gesundheitsökonomie für die Versorgungspraxis

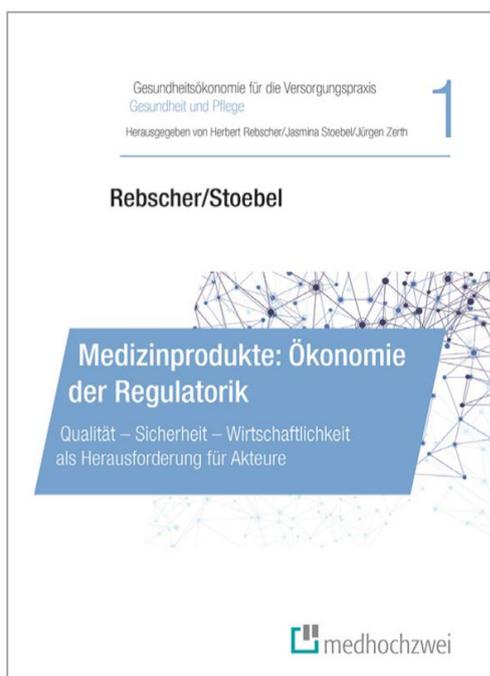
#### - bei Gesundheit und Pflege –

### Band 1: Medizinprodukte: Ökonomie der Regulatorik

#### Buchreihe Gesundheitsökonomie für die Versorgungspraxis

Die neue Schriftenreihe verfolgt das Ziel, die Translation der gesundheitsökonomischen Erkenntnisse für die Versorgungspraxis aufzubereiten und verfügbar zu machen. Bei der Gesundheitsversorgung, etwa für die Gestaltung von Versorgungsmodellen und -prozessen, der Integration der Versorgung über die Sektorengrenzen oder der ökonomischen und versorgungsadäquaten Methodik der Regulierung sollen problem- und lösungsorientierte Ansätze, Methoden und Gestaltungsoptionen einen Raum für den wissenschaftlichen und anwendungsbezogenen Diskurs finden.

Bei der Pflege, etwa bei der Implementierung von Case- und Carestrukturen in ein bedarfsadäquates modernes Pflegekonzept, oder der Gestaltung und Weiterentwicklung einer technikunterstützten Pflegeinfrastruktur sind multidisziplinäre Zugänge wichtig und sollen im Rahmen dieser Schriftenreihe auch Gehör finden. Und beiden großen Versorgungssystemen ist gemein, dass die Transformation in eine digitalisierte und vernetzte Welt mit großen Chancen und großen Herausforderungen verbunden ist und auch ein „Querdenken“ notwendig macht.



#### Band 1:

#### Medizinprodukte: Ökonomie der Regulatorik

Medizinprodukte, ein schillernder, verwirrender und faszinierender Markt: vom Wundpflaster für Cent-Beträge bis zum technologisch hochgerüsteten Protonen- oder Schwerionenbeschleuniger für dreistellige Millionenbeträge, von der Fitness-App bis zu künstlicher Hüfte oder Knie, von der künstlichen Aortenklappe bis zur PET-CT- Diagnostik. Und zukünftig eine digital vernetzte implantierbare Mikrosensorik in der regenerativen Medizin? Der Fantasie sind keine Grenzen gesetzt. Ein Markt mit Wachstumsdynamik und Innovationskraft.

Aber eben auch ein Markt mit latentem Schadenspotential. Skandale („Implant Files“) stehen nicht nur für diesen Markt, aber eben auch für diesen Markt. Unsere Sicherheitskultur ist gefragt. Produktqualität, Verordnerqualität, Indikationsqualität und Operationsqualität sind wesentliche Bestandteile der Patientensicherheit.

Qualität, Sicherheit und Wirtschaftlichkeit sind die Versorgungsziele des Gesundheitssystems. Gesundheitsökonomie, insbesondere die Ordnungsökonomie, sortiert die Bedingungen und (Wechsel-)Wirkungen unterschiedlicher Anreize für die Systembeteiligten. Regulierungsinstanzen und -konzepte sind immer umstritten, nicht nur auf Gesundheitsmärkten. Sie sind aber – klug instrumentiert – kein Verstoß gegen das Primat freier Märkte, sondern Mindestbedingungen für ihr Funktionieren.

Regulatorische Vorgaben können Märkte effizient machen, die Qualität steigern und die Patientensicherheit verbessern.

„Medizinprodukte – Ökonomie der Regulatorik“ versucht eine Antwort aus unterschiedlicher Perspektive: der Perspektive des Systems, der Perspektive der heterogenen Teilmärkte, der methodischen Bewertungsfragen, der Industrie, Kostenträger und Beschaffungsorganisationen und nicht zuletzt der Perspektive der Patientensicherheit. Ein Manual für den Umgang mit den neuen regulatorischen Ansätzen für die Kleinbetriebe und die mittelständische Industrie runden die Analyse ab.

Gesundheitsökonomie für die Versorgungspraxis in einem innovativen Teilmarkt unseres Gesundheitssystems mit neuen Aufgaben und Herausforderungen für alle Beteiligten.

Das vorliegende Werk ist Band 1 einer neuen Schriftenreihe  
im medhochzwei Verlag Heidelberg.

## Autoren



**Prof. Dr. Herbert Rebscher**

Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung  
In den Wiesen 17  
27404 Gytum – Heselorf  
E-Mail: [herbert.rebscher@igv-research.com](mailto:herbert.rebscher@igv-research.com)



**Dr. Jasmina Stoebel**

Leitung Gesundheitsökonomie und Market Access  
Roche Diagnostics Deutschland GmbH  
Sandhofer Strasse 116  
68305 Mannheim / Germany  
E-Mail: [jasmina.stoebel@roche.com](mailto:jasmina.stoebel@roche.com)

## Die Zusammensetzung des Honorars von niedergelassenen Gynäkologen – eine Gegenüberstellung der Gesamthonorare und Honorarbestandteile

### Abstract

In einer Arztpraxis – als Unternehmen in der Gesundheitswirtschaft – sind Controllingssysteme nur in seltenen Fällen etabliert. Hinzukommen oftmals eine fehlende Planungssicherheit aufgrund der Vergütungssystematik sowie fehlende Vergleichsmöglichkeiten. Letztgenannte können jedoch Verbesserungspotenziale aufdecken und Anstöße für Handlungsspielräume geben. Diese Punkte sowie die nicht selten fehlende betriebswirtschaftliche Unterstützung in einer Arztpraxis zeigen Bedarfe nach Transparenz und Vergleichsmöglichkeiten. Ziel dieser deskriptiven Analyse ist es, das Honorar und dessen Zusammensetzung in der ambulanten Versorgung im Detail zu untersuchen, um auf diese Weise relevante Einflussgrößen zu identifizieren. Insgesamt ist das Gesamthonorar als arztabhängig und individuell beeinflussbar, insbesondere durch Fallzahlen, zu bewerten.

Schlüsselbegriffe:

Arztpraxis, Niederlassung, Gynäkologie, Controlling, Vergütungssystematik, Honorarzusammensetzung, Fallzahlen, Honorarbestandteile, Honorarbescheid, Kassenärztliche Vereinigung

### 1. Problemstellung

Das Honorar und dessen Zusammensetzung stellen nicht nur im ärztlichen Bereich ein äußerst sensibles Thema dar, da insbesondere die hierzu notwendigen zu analysierenden Dokumente, wie Honorarbescheide oder auch Auswertungen aus dem Praxisystem, Internetauswertungen preisgeben. Demzufolge ist die Möglichkeit, Vergleichsmöglichkeiten zu erschließen, an eine gewisse Bereitschaft seitens der niedergelassenen Ärzte<sup>2</sup> geknüpft.

Dem aktuellen Honorarbericht der KBV aus dem Jahr 2016 ist zu entnehmen, dass u.a. neben der Gruppe der Dermatologen und HNO-Ärzte auch die der Gynäkologen mit z. T. deutlich geringeren GKV-Honorarumsätzen je Arzt und Behandlungsfall im Mittel im Vergleich zu anderen Fachgruppen heraussticht (vgl. KBV, 2019, S. 90 ff.).

Diese genannten Unterschiede, Ursachen sowie Möglichkeiten für eine eventuelle wirtschaftliche Leistungssteigerung sollen im vorliegenden Beitrag untersucht werden. Als Basis der Primäranalyse dienen zum einen die einzelnen Gebührenordnungspositionen (GOP) der Honorarbescheide nach Maßgabe des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM). In diesem Zusammenhang sind auch die Qualifikationen der Fachärzte sowie die quantitativen Gegebenheiten im Praxisablauf einander gegenüber zu stellen, um die Vergleichbarkeit der Daten zu gewährleisten. Zum anderen ist das Einbeziehen von Selbstzahler-Leistungen, als weiterer Beitrag zum Gesamthonorar neben GKV-Erträgen, notwendig. Diese lassen sich den Gesamteinnahmen im Bezugsjahr entnehmen.

Für einen ersten Überblick findet diese Analyse mit niedergelassenen Gynäkologen im Bundesland Thüringen statt. Zu diesem Zweck erfolgte eine randomisierte Auswahl der in Frage kommenden Fachärzte, wobei die Teilnahme von deren Einverständnis abhängig war, um Zugang zu den relevanten genannten Unterlagen zu erhalten. Bedingt durch den regionalen Fokus finden alle wesentlichen Definitionen, Einordnungen wie auch Besonderheiten primär auf das Bundesland Thüringen Anwendung.

### 2. Der ambulante Sektor: Theoretische Grundlagen und Rahmenbedingungen

#### Kassenärztliche Vereinigung (KV)

In Deutschland gibt es insgesamt 17 Kassenärztliche Vereinigungen (KVen). Mit der Ausnahme des Bundeslandes Nordrhein-Westfalen (NRW) ist in jedem der verbleibenden 15 Länder eine KV ansässig. In NRW existieren mit der KV Nordrhein und Westfalen-Lippe zwei Organisationen. Die im Gebiet niedergelassenen Vertragsärzte, wie Hausärzte (HA), Fachärzte (FA), Ärzte in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und auch Psychotherapeuten (PT), bilden die regional zuständigen Körperschaften des Öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung und stellen deren Interessenvertretung dar. Neben der Interessenwahrung der

<sup>2</sup> Zur besseren Lesbarkeit wird auf geschlechtsspezifische Formulierungen verzichtet. Die männliche Bezeichnung gilt gleichermaßen auch für das weibliche und diverse Geschlecht.



Erst seit dem 01.01.2012 obliegt die Entscheidung über die genaue Honorarverteilung den einzelnen KVen. Bis dahin erfolgte in allen Regionen die Vergütung auf Grundlage des Regelleistungsvolumens (RLV). Die KVT war eine der wenigen Kassenärztlichen Vereinigungen, neben Schleswig-Holstein und Rheinland-Pfalz, die das RLV wieder abgeschafft und eine eigene Honorarverteilung nach Punktzahlen ausgearbeitet hat (vgl. Ullmann und Busch, 2016, S. 32 f. und Wendland, 2016, S. 32 ff.).

Demzufolge existieren in Deutschland unterschiedliche Vergütungssystematiken, wobei das RLV die überwiegende Basis darstellt. In Thüringen erfolgt die Vergütung auf der Grundlage des Individuellen Punktzahlvolumens (IPV). Inhaltlich ähneln sich IPV und RLV in nicht geringem Maße: Grundlage aller abzurechnenden GKV-Leistungen mit der KV ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) gemäß § 87 Abs. 2 SGB V. Dieser ist ein von der KBV vorgegebenes Regelwerk, das die Gebührenordnung für die Abrechnung von GKV-Leistungen beinhaltet. Der EBM gilt bundesweit und enthält abschließende (fach-)arztgruppenspezifische wie auch -übergreifende Abrechnungspositionen: Diese Vergütungsgrundlage ordnet erbrachten Leistungen sog. Gebührenordnungspositionen (GOP) zu, die abgerechnet werden können (vgl. Klinger-Schindler, 2016, S. 5 ff.). Jede GOP besitzt einen bestimmten Punktwert, der dem operationalisierten Aufwand der erbrachten Leistung entspricht. Dazu definiert der EBM einen obligaten sowie einen fakultativen Leistungsinhalt und gibt Abrechnungsausschlüsse vor (vgl. Hoßbach, 2015, S. 63 f. und KBV, 2016a, S. 1 ff.). Somit ist die kassenärztliche Abrechnung erbrachter Leistungen nur möglich, wenn diese Bestandteil des EBM sind und die Leistungsinhalte erfüllt werden.

Der Vertragsarzt erwirtschaftet innerhalb eines Quartals eine leistungsbezogene Anzahl an Punkten durch die Abrechnung erbrachter Leistungen als sog. angeforderte Leistungsbedarfe. Die Punktzahlen der budgetierten Leistungen werden quartalsweise aufaddiert und der Gesamtpunktzahl aus dem Vorjahresquartal gegenübergestellt. Der angeforderte Leistungsbedarf des Vorjahres bildet das IPV für das darauffolgende Jahr. 65% der Gesamtpunktzahl aus dem Vorjahresquartal werden dem Arzt fest vergütet, also zu 100% des Orientierungspunktwertes. Die Restpunktzahl wird floatend fachgruppenspezifisch unterschiedlich vergütet (vgl. KVT, 2017b, S. 11 ff.). Die floatenden Punktwerte sind im Jahresverlauf stark schwankend. Dies ist darauf zurück zu führen, dass die KV zu Beginn eines Jahres die Verteilung aus den Honorartöpfen mit begrenzten finanziellen Mitteln zurückhaltender handhabt, um schwankende Leistungsmengen ausgleichen zu können. Im Jahresmittel liegt der floatende Punktwert für die Fachgruppe der Gynäkologen im Jahr 2017 bei 7,93% (s. Anlage 1 zum Honorarbescheid für die Quartale I bis IV 2017 im Anhang).

Die KBV legt jährlich den geltenden Orientierungspunktwert als Honorarumverteilungsschlüssel fest. Dieser lag im Jahr 2018 bei 10,6543 Cent, 2017 bei 10,5300 Cent und 2016 bei 10,4361 Cent. Dies bedeutet einen Anstieg um 0,9% von 2016 zu 2017 sowie einen weiteren Anstieg um knapp 1,2 % in 2018 (vgl. KBV, 2018b).

Das Honorar des aktuellen Quartals ist vom erbrachten Punktzahlvolumen des Vorjahresquartals abhängig: Liegt der angeforderte Leistungsbedarf im Vorjahr höher als der angeforderte Leistungsbedarf im aktuellen Quartal, d.h. der Vertragsarzt hat im laufenden Zeitraum weniger Leistungen erbracht, bekommt der Arzt einen größeren Anteil der im aktuellen Quartal erwirtschafteten Punkte fest vergütet. Im Umkehrschluss bedeutet dies für einen Vertragsarzt, der seine IPV-Leistungsmenge ausweitet, dass erst im Folgejahr eine Honorarerhöhung sichtbar wird.

### **Vergütungsspezifika im gynäkologischen Bereich**

Der aktuelle EBM umfasst sieben Kapitel. In Abschnitt III des EBM befinden sich die einzelnen arztgruppenspezifischen Gebührenordnungspositionen: Der achte Unterpunkt umfasst die Abrechnung gynäkologischer Leistungen. Laut Präambel dieses Unterkapitels obliegt die Abrechnung gynäkologischer Leistungen Fachärzten für Gynäkologie (vgl. KBV, 2016a, S. 201 f.). Neben den gynäkologischen GOP gibt es weitere fachgruppenübergreifende Positionen, die demnach durch alle Vertragsärzte abgerechnet werden können. Hierzu zählen die Grundleistungen wie Hausbesuche, Infusionen, primäre Wundversorgungen, kleinchirurgische Eingriffe sowie administrative Tätigkeiten, z. B. das Verfassen von Arztbriefen und Kurplänen (vgl. Klinger-Schindler, 2016, S. 19 f.). Die genannten Grundleistungen sowie ein Großteil der Leistungen des gynäkologischen Fachkapitels sind Bestandteil des IPV.

Zu GOP der gynäkologischen Fachgruppe, gehören die Leistungen im Zusammenhang mit der Mutterschaftsvorsorge, der Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbrüchen (vgl. KBV, 2016a, S. 64 ff., Kapitel 1.7 des EBM). Die Leistungen der Mutterschaftsvorsorge zählen zur Prävention und werden somit extrabudgetär vergütet (s. Tab. 1, S. 4, vgl. KVT, 2018b, S. 20 ff.). Leistungen im Zusammenhang mit der Empfängnisregelung und mit Sonografien sind Inhalt der MGV und fließen demnach in das IPV. Daneben gibt es u. a. folgende weitere präventive Leistungen:

- Krebsfrüherkennungsuntersuchung der Frau ab dem 20. Lebensjahr,
- Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms ab dem 50. Lebensjahr (vgl. KFE-RL, 2018, S.4),
- ambulante Operationen,
- Impfungen,
- zytologische Untersuchungen sowie
- die Teilnahme am Disease Management Programm (DMP) bei Brustkrebs.

Aufgrund des Präventionscharakters dieser Leistungen erfolgt die Vergütung außerhalb der MGV und damit extrabudgetär und nicht quotiert. Darüber hinaus können für die gynäkologischen Fachärzte auch die arztgruppenübergreifenden GOP für die Vergütung des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes oder die Kosten- und Wegepauschalen für die Abrechnung von Bedeutung sein (vgl. Klinger-Schindler, 2016, S. 19 f. und 239).

**Gebührenordnung für Ärzte im Fachbereich Gynäkologie**

Die Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist eine durch die Bundesregierung und den Bundesrat geschlossene Rechtsverordnung. Diese gilt gemäß § 1 GOÄ für den ärztlichen Berufsstand in dem Fall, dass bundesgesetzlich keine andere Gebührenordnung vorgeschrieben ist, wie beispielsweise der EBM oder das Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz. Für die gynäkologischen Fachärzte sind dabei die Buchstaben A und B, die allgemeine Leistungen abbilden, Kapitel C (nichtgebietsbezogene Sonderleistungen, wie Sonografien oder Blutentnahmen) sowie im Bereich der gebietsspezifischen Leistungen (Kapitel F bis L) Kapitel H, welches Ziffern der Geburtshilfe und Gynäkologie enthält, für die Erbringung und Abrechnung relevant (vgl. Hermanns, 2018, S. VII f.).

Inhaltlich ähneln sich die Ziffern nach GOÄ und EBM stark, wobei in der GOÄ kein obligater sowie fakultativer Leistungsinhalt definiert ist. Entsprechend § 5 Abs. 2 GOÄ wird die Höhe der einzelnen Behandlungsgebühren nach dem einfachen, höchstens aber bis zum 3,5-fachen des Gebührensatzes bemessen: Grundsätzlich bedarf ein Gebührensatz über dem 2,3-fachen einer schriftlichen Begründung auf der Rechnung und ist nur bei Schwierigkeiten in der Behandlung oder einem erhöhten Zeitaufwand zulässig (vgl. ebd., S. 27 f.). Ein Gynäkologe erhält beispielsweise für eine routinemäßige Beratung und Untersuchung einer Patientin und ohne den Ansatz weiterer Leistungen je nach Versicherungszugehörigkeit folgende Vergütung:

Tab. 2: EBM- und GOÄ-Vergleich für Beratung und Untersuchung einer Frau zwischen dem sechsten und 59. Lebensjahr.

GKV	EBM-Ziffer	€-Betrag	Einteilung	Endbetrag
Grundpauschale	08211	15,27 €	IPV (65 %)	9,93 €
Zuschlag gyn. Grundversorgung	08220	2,53 €	extrabud. (100%)	2,53 €
Zuschlag zu GOP 08220	08222	0,63 €	extrabud. (100%)	0,63 €
Zuschlag zu GOP 08211	08227	0,21 €	extrabud. (100%)	0,21 €

13,30 €

PKV	GOÄ-Ziffer	€-Betrag	Steigerungssatz	Endbetrag
Beratung	1	4,66 €	2,3	10,72 €
symptombezogene Untersuchung	5	4,66 €	2,3	10,72 €

21,44 €

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an KVT, 2017c, S. 30 ff. i. V. m. Honorarbescheide 2018.

Demnach kann der Gynäkologe für die identische Behandlung einer gesetzlich versicherten Patientin 8,14 € weniger in Rechnung stellen als für die einer privat Versicherten bei einem zugrunde gelegten Steigerungssatz von 2,3.

**Genehmigungspflichtige und anzeigepflichtige gynäkologische Leistungen**

Rund 30 % der diagnostischen und therapeutischen Leistungen des EBM unterliegen einer Genehmigungspflicht zur Abrechnung bei der regional zuständigen KV (vgl. Preusker, 2011, S. 38 ff. und Gibis, 2017, S. 98). Je nach Leistung sind besondere fachliche, apparative Gegebenheiten sowie die Teilnahme an Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 135 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit einem Antrag für die zu erteilende Genehmigung notwendig, um als Vertragsarzt eine Abrechnungserlaubnis zu erhalten (vgl. Klinger-Schindler, 2016, S. 17). Im gynäkologischen Bereich fallen u.a. folgende Leistungen unter die Genehmigungspflicht der KV:

- Sonografie der weiblichen Genitalien,
- Sonografie der Brustdrüse,
- sonografische Schwangerschaftsdiagnostik,
- psychosomatische Grundversorgung,
- Botoxbehandlung bei Blasenfunktionsstörung,
- Impfungen oder auch
- Disease-Management-Programm bei Brustkrebs.

Die Bundesordnungen der Länder regeln die jeweilige Fortbildungspflicht aller Ärzte. Die regelmäßige Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen und deren Nachweis bei der jeweiligen Landesärztekammer sind verpflichtend. Ansonsten droht die Streichung einzelner genehmigungspflichtiger Leistungen. Weiter können dem Arzt Honorarkürzungen drohen oder die KV kann ihm bei beharrlichem Verweigern, seiner Fortbildungspflicht nachzukommen, die vertragsärztliche Zulassung entziehen (vgl. Bierling et al., 2017, S. 19).

Demgegenüber unterliegt das ambulante Operieren gem. § 115 b Abs. 2 SGB V nur einer Anzeigepflicht. Somit ist für die Abrechnung ein formloser Antrag bei der KV ausreichend. Lediglich eine Erklärung zur Erfüllung der Anforderungen gemäß den Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V ist beizufügen. Leistungen des ambulanten Operierens gehören den extrabudgetären Leistungen an und werden entsprechend in vollem Umfang durch die Kostenträger vergütet (siehe Tab. 1, S. 3). Die Grundlage hierfür bildet der zweite Teil des EBM. Dieser listet alle ambulant durchführbaren Operationen mit den jeweiligen Operationen- und Prozedurenschlüsseln in Tabellenform auf. Die Liste der ambulant durchführbaren Operationen wird jährlich durch die KBV veröffentlicht und stellt die Anlage 1 zum AOP-Vertrag dar (vgl. KBV 2016b, S. 1 ff. und von Eiff und Haking, 2016, S. 13 ff.).

**Individuelle Gesundheitsleistungen in der Gynäkologie**

Im Fachbereich der Gynäkologie gibt es eine Reihe an sog. *individuellen Gesundheitsleistungen* (IGeL). IGeL übersteigen, generell oder im konkreten Behandlungsfall (BHF), den Leistungsumfang der GKV und müssen dementsprechend vom Patienten selbst getragen werden (vgl. Hermanns, 2018, S. 631 und 637). Dies liegt u. a. darin begründet, dass diese ärztlich empfehlenswerten Behandlungen über das medizinisch notwendige Maß hinausgehen bzw. die Therapie sinnvoll ergänzen. Eine Voraussetzung zur Erbringung ist deshalb, dass der Patient vor der Durchführung einer IGeL umfassend aufgeklärt wird im Hinblick auf die Maßnahme sowie die damit verbunden entstehenden Kosten, deren Abrechnung nach GOÄ erfolgt und je nach Leistung deutlich variieren kann. Weiter muss der Arzt die medizinische Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit mit dem Patienten besprechen. Zur beidseitigen Absicherung und Dokumentation der genannten Punkte ist eine separate Einwilligungserklärung i. S. e. Behandlungsvertrages erforderlich, der meist sogleich als Rechnung dient (vgl. ebd., S. 635).

Als IGeL in der Gynäkologie werden z. B. diverse Sonografien im Rahmen der Krebsfrüherkennung, die Einlage bzw. Entfernung eines Intrauterinpeessars oder die Injektion eines Medikaments zur Kontrazeption im Zusammenhang mit der Empfängnisregelung wie auch zytologische Untersuchungen angeboten (s. Tab. 6, S. 16).

**3. Forschungsstand**

**Zusammensetzung des Gesamthonorars**

Der Umsatz eines Unternehmens, insbesondere dessen Zusammensetzung, stellt nicht selten aufgrund der damit verbundenen Ausgabe von internen Informationen ein sensibles Thema dar. Gleiches gilt für den Umsatz im „Unternehmen Arztpraxis“ in Form des Gesamthonorars und dessen zahlenmäßiger Bestandteile. Die jeweiligen Honorarbescheide einzelner Praxen, die entsprechende Daten liefern könnten, sind vertraulich zu behandeln und nur für den internen Gebrauch bestimmt, sodass immer die Bereitschaft der Ärzte zur Mitwirkung für mögliche Analysen – trotz Anonymisierung – die zwingende Voraussetzung darstellt. Aus diesem Grund existiert nur wenig Datenmaterial zu bisheriger Forschung.

Grundsätzlich weist das ärztliche Honorar drei Hauptbestandteile auf (vgl. u. a. Obermann et al., o.J.c, S. 30):

- das Honorar aus der Behandlung von GKV-Patienten durch die zuständige KV,
- das Honorar aus der Behandlung von Privatpatienten und
- das Honorar aus der Durchführung von Selbstzahler-Leistungen (IGeL).

Diese Bestandteile werden z. B. durch die Ausstellung von Gutachten oder Teilhabe an Forschung ergänzt, wenn der Arzt die genannten Leistungen erbringt (vgl. ebd.).

Das durch die KV ausgezahlte Gesamthonorar als Vergütung ambulanter vertragsärztlicher Leistungen bei GKV-Patienten setzt sich wie bereits erwähnt aus dem individuellen Punktzahlvolumen innerhalb der MGV und der EGV zusammen (s. 2.2.1). Hinzu kommen noch ein möglicher Wirtschaftlichkeitsbonus für die Erbringung von Laborleistungen sowie Labor- und Pauschalkosten (vgl. Klinger-Schindler, 2016, S. 250 ff.). Die Rechnungsstellung für das Honorar aus der Behandlung von Privatpatienten erfolgt nach GOÄ und die Zahlung direkt durch den Patienten, vergleichbar der Abrechnung von Individuellen Gesundheitsleistungen.

Eine Quelle zur Zusammensetzung des Gesamthonorars von niedergelassenen Ärzten ist, die von der *Stiftung Gesundheit* jährlich veröffentlichte Studie „Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit“. Im Zuge derer werden niedergelassene Ärzte, Zahnärzte und Psychologische Psychotherapeuten sowie leitende Klinikärzte mittels Online-Fragebögen um Stellungnahme gebeten, um Aussagen über den ambulanten und stationären Bereich zu treffen, u.a. zum Praxisumsatz in Form des Gesamthonorars. Die Tatsache, dass bei einer ursprünglichen Stichprobengröße (geschichtete Zufallsstichprobe) von mehr als 7.000 Ärzten (ambulant und stationär), nur 125 Antworten niedergelassener Ärzte zum prozentualen Praxisumsatz zu verzeichnen waren, bestätigt die Sensibilität dieses Themas (vgl. Obermann et al., o.J.c, S. 5 i. V. m. S. 30).

Gemäß den aktuellsten veröffentlichten Daten der Stiftung Gesundheit aus dem Jahr 2017 setzt sich das ärztliche Gesamthonorar durchschnittlich wie folgt zusammen:

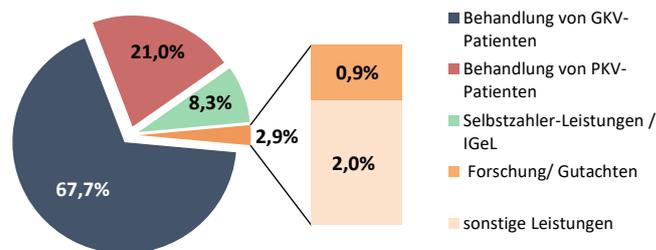


Abb. 2: Honorarzusammensetzung deutscher Arztpraxen im Jahr 2017.

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Obermann et al., o. J.c, S. 30.

Die nachfolgende Abbildung 3 zeigt, dass im Vergleich zu den Jahren 2015 und 2016 die Erlöse aus GKV-Leistungen um 3,6 % bzw. 3,2 % auf lediglich 67,7 % am Gesamthonorar zurückgegangen sind. Dieser Rückgang zu Lasten der GKV wird durch steigende prozentuale PKV-Umsätze um mehr als 1,5 % auf 21 % sowie durch kontinuierlich höhere Selbstzahler-Leistungen (+ 2,4 %) ausgeglichen. Sonstige Leistungen sowie Umsätze aus Forschungs- und Gutachtertätigkeiten bleiben seit 2015 nahezu unverändert (- 0,3 %).

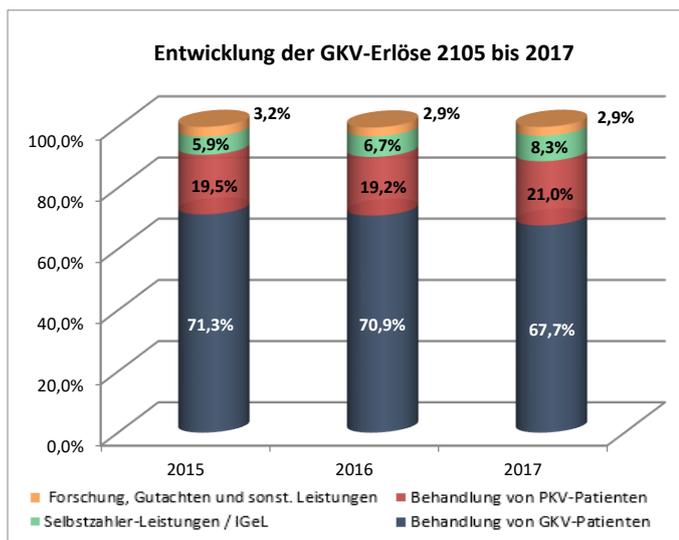


Abb. 3: Entwicklung der Zusammensetzung der GKV-Erlöse 2015 bis 2017.

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Obermann et al., o.J.a, S. 31, o.J.b, S. 11 und o. J.c, S. 30.

Anzumerken ist, dass im Jahr 2016 mit 327 Rückmeldungen eine mehr als doppelte so große Datengrundlage für eine Analyse zur Verfügung stand, sodass ggf. Schwankungen nicht so stark ins Gewicht fielen wie in 2017 (vgl. Obermann et al., o.J.b, S. 6). Denn diese Studie umfasst, wie bereits eingangs dieses Kapitels kurz erwähnt, nicht nur niedergelassene Ärzte diverser Fachrichtungen, sondern auch Psychotherapeuten und Zahnärzte. insbesondere im letztgenannten ärztlichen Bereich sind einerseits private Zahlungen (i. S. v. Selbstzahler-Leistungen) und andererseits private Zusatzversicherungen (PKV) häufiger als in der ambulanten haus- oder fachärztlichen Versorgung. Auch in der psychotherapeutischen Behandlung nehmen alternative Heilmethoden zu, was möglicherweise zu steigenden Selbstzahler- und PKV-Leistungen führen könnte (vgl. Hagemeister und Wild, 2018, S. 4 und 12 f.). Nichts desto weniger sind, aufgrund der relativ großen Anzahl einfließender Daten, alle prozentualen Angaben zur Zusammensetzung des Gesamthonorars als repräsentative Durchschnitte zu verstehen, die sich jährlich in Abhängigkeit der Stichprobe und der tatsächlichen Responder ergeben. Allerdings können die Werte für das aktuelle Vorhaben lediglich als Anhaltspunkt genutzt werden und sind aus den oben genannten Gründen nur mit Bedacht mit einzelnen Facharztgruppen zu vergleichen.

Demgegenüber sind im Jahresbericht 2018 „Mehrumsatz und Leistungsausgaben von PKV-Versicherten“ des Wissenschaftlichen Instituts der PKV (WIP) 23,5 % der Einnahmen niedergelassener Ärzte aus der Quelle der PKV für das Bezugsjahr 2016 ausgewiesen (vgl. Hagemeister und Wild, 2018, S. 5). Ein Erklärungsansatz für die Abweichung um über vier Prozent zu den Angaben der Stiftung Gesundheit liegt möglicherweise in der Vollständigkeit der PKV-Daten des WIP sowie dem Aspekt, dass bei Hagemeister und Wild

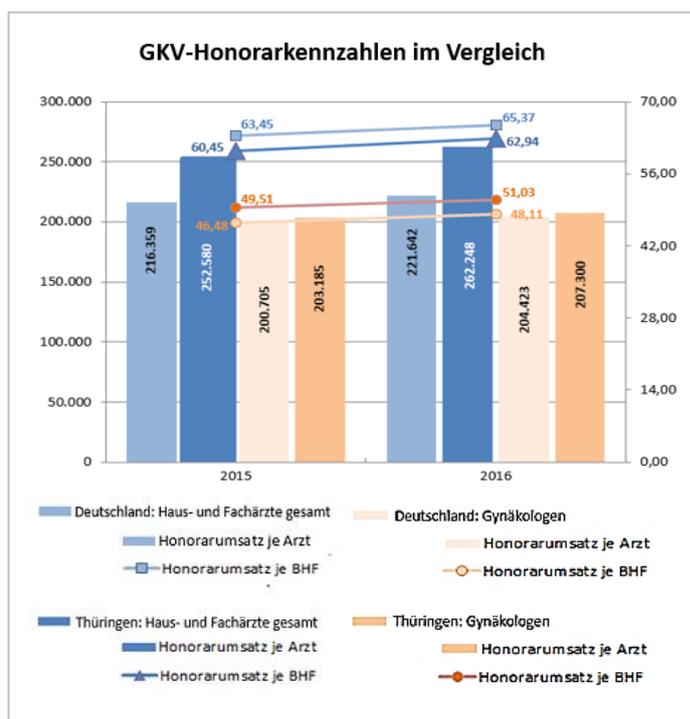
der ambulante ärztliche und zahnmedizinische Bereich getrennt voneinander ausgewiesen werden. Demgegenüber bleiben die Berechnungsgrundlage und die Quelle dieser Informationen unklar.

### Absolute Kennzahlen des GKV-Honorars

Der Honorarbericht der KBV enthält aggregierte Jahresauswertungen zu bundesweiten und regionalen GKV-Honorardaten der einzelnen KVen. Erst im Februar 2019 erfolgte die Veröffentlichung des Honorarberichts für das Gesamtjahr 2016, sodass bis dato keine aktuelleren Zahlen zur Verfügung stehen. Die Grundlagen des Honorarberichtes bilden die Abrechnungsdaten, die jeder Vertragsarzt bzw. angestellter Arzt mit eigener Abrechnungsnummer am Ende eines jeden Quartals an die zuständige KV übermittelt.

Im Bundesgebiet und im Bundesland Thüringen stiegen im Durchschnitt sowohl die Honorarumsätze je Arzt als auch je Behandlungsfall über den gesamten ambulanten Bereich hinweg. Die gleiche Tendenz ist auch bei Fachärzten für Gynäkologie regional und bundesweit festzustellen. Auffallend ist zudem, dass der Honorarumsatz je Behandlungsfall (BHF) im Bereich der Gynäkologen über 16 € (bundesweit) bzw. über 10 € (Thüringen) unter dem Durchschnitt der Haus- und Fachärzte liegt. Der Honorarumsatz im Bereich der Gynäkologie liegt im Bundesland Thüringen rund 2,00 € pro Behandlungsfall oberhalb des bundesweiten Mittelwerts:

Abb. 4: Kennzahlen GKV-Honorar Deutschland und Thüringen im Vergleich.



Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an KBV, 2019, S. 3 und 19.

Eine weitere Kennzahl der GKV-Honorarabrechnung stellt die Anzahl der BHF innerhalb eines Quartals dar. Diese ist im Honorarbericht der KBV jedoch nur für das Bundesgebiet ausgewiesen, aber nicht für einzelne Bundesländer. Durch Division des Honorarumsatzes je Arzt durch den Honorarumsatz je BHF lassen sich sowohl spezifische Werte für den Bereich der Gynäkologie als auch für das Bundesland Thüringen errechnen:

$$BHF \text{ je Arzt} = \frac{\text{Honorarumsatz je Arzt}}{\text{Honorarumsatz je BHF}}$$

Auf dieser Basis können absolute Zahlen und damit verbunden eine Vergleichsbasis für eine regionale bzw. deutschlandweite Gegenüberstellung errechnet werden.

Tab. 3: Vergleich der GKV-Honorarkennzahlen.

Gynäkologie		2015				
Bezugsrahmen	Kennzahl	01/15	02/15	03/15	04/15	Ø 2015
Deutschland	Honorarumsatz je BHF	46,96 €	47,45 €	46,21 €	45,28 €	4.648 €
	Honorarumsatz je Arzt	51.465 €	50.585 €	48.895 €	49.895 €	50.178 €
	BHF je Arzt	1.096	1.066	1.058	1.099	1.080
Thüringen	Honorarumsatz je BHF	50,67 €	50,45 €	49,49 €	47,51 €	49,51 €
	Honorarumsatz je Arzt	51.842 €	51.161 €	50.018 €	50.166 €	50.797 €
	BHF je Arzt	1.023	1.014	1.011	1.056	1.026

Gynäkologie		2016				
Bezugsrahmen	Kennzahl	01/16	02/16	03/16	04/16	Ø 2016
Deutschland	Honorarumsatz je BHF	49,09 €	48,21 €	44,796 €	47,14 €	48,10 €
	Honorarumsatz je Arzt	52.085 €	52.692 €	49.547 €	50.113 €	51.109 €
	BHF je Arzt	1.061	1.093	1.033	1.063	1.063
Thüringen	Honorarumsatz je BHF	52,14 €	50,94 €	51,51 €	49,90 €	51,03 €
	Honorarumsatz je Arzt	52.011 €	53.483 €	50.969 €	50.839 €	51.826 €
	BHF je Arzt	998	1.050	996	1.019	1.016

Quelle: eigene Darstellung auf Grundlage der Honorarberichte 2016 und 2015 sowie vgl. KBV 2019, S. 19, 20 und 97.

Aus Tabelle 3 geht hervor, dass in Deutschland im Jahr 2016, verglichen mit dem Vorjahr, durchschnittlich ein höherer Honorarumsatz je Arzt bei gleichzeitigem zahlenmäßigem Rückgang der BHF je Arzt erwirtschaftet wurde. Im Bundesland Thüringen lagen die BHF je Arzt im Durchschnitt über alle Quartale hinweg unter den deutschlandweiten Zahlen. Allerdings fielen sowohl der Honorarumsatz je Arzt als auch der Honorarumsatz je BHF in Thüringen für die Jahre 2015 und 2016 höher aus als im Vergleich zu Deutschland.

Als mögliche Gründe für diese gegenläufigen Tendenzen könnten zum einen Unterschiede in regionalen Preisen sowie der Zuordnung von Leistungen zur extrabudgetären und budgetären Vergütung gesehen werden, wie beispielsweise durch einen erhöhten Bedarf an besonders förderungswürdigen Leistungen oder neuen ärztlichen Leistungen in Thüringen. Im Honorarbericht der KBV für das Jahr 2016 lag der Anteil an Leistungen innerhalb der MGV über alle medizinischen Fachgebiete in Deutschland bei rund zwei Dritteln und somit an extrabudgetären Leistungen bei einem Drittel. In Thüringen wurden über alle Fachgruppen hinweg nur in Etwa 31 % außerhalb der MGV und damit zu vollen Preisen vergütet (vgl. KBV, 2019, S. 127). Im Bereich der Gynäkologie könnte sich diese Verteilung jedoch anders darstellen und

die extrabudgetäre Gesamtvergütung aufgrund diverser Möglichkeiten (s. S. 5 f.) in der Leistungserbringung einen größeren Anteil ausmachen und somit eine denkbare Ursache für die steigenden Honorarumsätze bei gleichzeitig sinkenden BHF bilden. Zum anderen wären mögliche Erklärungen in Veränderungen von Praxiszusammensetzungen sowie im Ausscheiden von Ärzten aus der ambulanten Tätigkeit zu finden, die beide zu Änderungen im GKV-Honorar führen könnten.

Die Sensibilität des Themas und der Daten begründen die Tatsache, dass keine absoluten Zahlen zu allen Einnahmequellen einer medizinischen Fachrichtung verfügbar sind, die genauere und aussagekräftigere Analysen sowie das Abbilden einzelner Fachbereiche ermöglichen würden. Bedingt durch diese Aspekte sowie die Besonderheiten des deutschen Gesundheitssystems sind keine Vergleiche mit anderen Ländern möglich, sodass als erster Ansatzpunkt einer Analyse des Gesamthonorars von Ärzten innerhalb eines Bundeslandes nach entsprechender Einwilligung zur Nutzung bzw. Bereitstellung relevanter Abrechnungsdaten in Betracht gezogen werden kann.

#### 4. Analyse der Honorarzusammensetzung und Ergebnisse

##### Analyse der Honorarbescheide (GKV-Leistungen)

###### Absolute Kennzahlen des GKV-Honorars

Die Honorarbescheide werden quartalsweise nach der jeweiligen Quartalsabrechnung durch die KV erstellt. Dieser Prozess ist zeitintensiv und dauert i. d. R. ein halbes Jahr. Das bedeutet, dass für die Abrechnung des vierten Quartals 2017 die Ausgabe des Honorarbescheides erst Ende Mai bzw. Anfang Juni 2018 erfolgt. Deshalb wurden für diese deskriptive Dokumentenanalyse die Honorarbescheide der Jahre 2016 und 2017 genutzt. Die Basis der Auswertung bilden die jeweiligen GOP, die jeder Arzt in diesem Zeitraum abrechnete, in tabellarischer Form nach EBM vor HVM. D.h. es erfolgt die Verwendung der real abgerechneten Anzahlen der GOP für die deskriptive Analyse ohne Berücksichtigung von Einschränkungen oder Auswirkungen des HVM. Auf diese Weise lassen sich erste Anhaltspunkte gewinnen, wo mögliche Differenzen in der Abrechnung der einzelnen Ärzte im Vergleich und in Bezug auf den Fachgruppendurchschnitt bestehen.

Tab. 4: Quantitative Gegebenheiten in den einzelnen Praxen.

	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7
Versorgungsauftrag	1	1	1	1	1	1	1
Sprechstunden pro Woche	23	27,5 - 33	27,5 - 33	27,5 - 33	27,5 - 33	27,5 - 33	27,5 - 33
Anzahl MFA	2	2	2	2	2	2	1

Quelle: eigene Darstellung auf Grundlage der Ergebnisse der Dokumentenanalyse.

Um die Vergleichbarkeit der Daten zu gewährleisten, erscheint ein quantitativer Vergleich der Ressourcen vorab angebracht. Aus Tabelle 4 geht hervor, dass alle Ärzte einen vollen Versorgungsauftrag haben und überwiegend zwei Medizinische Fachangestellte (MFA) je Praxis angestellt sind, lediglich mit Ausnahme des Arztes 7. Die Anzahl an wöchentlichen Sprechstunden legt jeder Praxisinhaber individuell fest. Somit kann von einer gewissen Vergleichbarkeit der Ergebnisse ausgegangen werden, da ähnliche Voraussetzungen vorliegen.

Die nachfolgende Tabelle 5 stellt die genehmigungspflichtigen Leistungen als Ergebnis der Dokumentenanalyse der einzelnen Genehmigungsbescheide, die durch die zuständige KV ausgestellt wurden, aller Ärzte gegenüber. Hierbei werden Unterschiede deutlich, die im späteren Kapitel der Ergebnisse zu berücksichtigen sind.

Tab. 5: Genehmigungspflichtige Leistungen der Gynäkologen.

	Arzt 1	Arzt 2	Arzt 3	Arzt 4	Arzt 5	Arzt 6	Arzt 7
Botoxbehandlung bei Blasenfunktionsstörung	X						
Impfen	X	X	X	X	X		
MRSA		X					
Nachweis/ Erklärung ambulantes Operieren	X			X			
psychosomatische Grundversorgung	X	X	X	X	X		X
Sono Brustdrüse 6.1	X		X	X	X		X
Sono weibliche Genitalien, B-Mode 8.3	X	X	X	X	X	X	X
Sono Geb. Basisdiagnostik, B-Mode 9.1	X	X	X	X	X	X	X
Sono syst. Untersuchung fetale Morphologie 9.1a	X	X	X	X	X	X	X
Sono weitere Differentialdiagnostik 9.2		X					
Sono Duplex-Feto-maternal Gefäßsystem 22.2			X	X	X		
DMP Mammakarzinom	X	X			X		

Quelle: eigene Darstellung auf Grundlage der Ergebnisse der Dokumentenanalyse.

**Aggregation kassenärztlicher Abrechnungsdaten**

Als Grundlage für die deskriptive Analyse der Honorarumsätze aus der Behandlung von GKV-Patienten dienen die Honorarbescheide der Jahre 2016 und 2017. Den Honorarbescheiden der acht Quartale wurden folgende Daten entnommen:

- Gesamthonorar,
- Gesamtfallzahl (auch Gesamtzahl an Behandlungsfällen),
- Individuelles Punktzahlvolumen,
- angeforderter Leistungsbedarf,
- Anzahl der einzeln abgerechneten Gebührenordnungspositionen und
- Fachgruppendurchschnitt.

Der Quotient aus dem jeweiligen Gesamthonorar und der Gesamtfallzahl entspricht dem Behandlungsscheinwert. Ein sog. Behandlungsfall ist gemäß § 21 Abs. 1 BMV-Ä die Zusammenfassung der Behandlungen eines Versicherten durch dieselbe Praxis in einem Quartal – zu Lasten einer Krankenversicherung (s. EBM, 3.1).

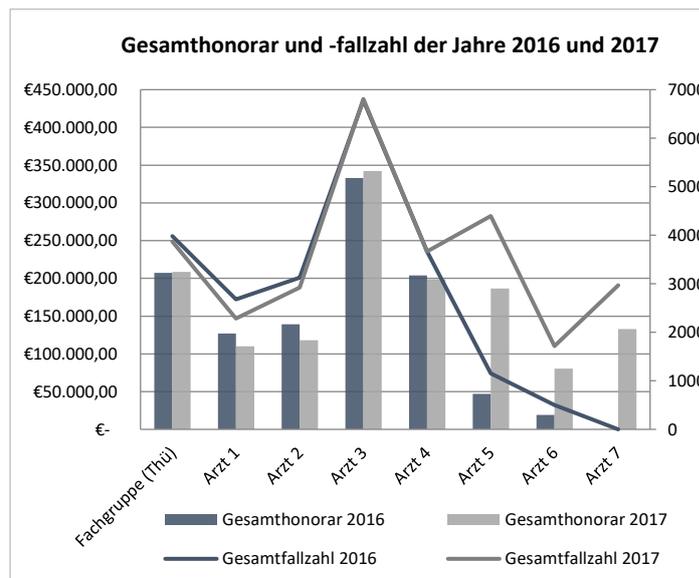


Abb. 5: Gesamthonorar und -fallzahl der Jahre 2016 und 2017.

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an die zur Verfügung stehenden Honorarbescheide.

Abbildung 5 zeigt, dass Arzt 3 eine deutlich höhere Gesamtfallzahl und damit verbunden auch ein höheres Gesamthonorar zugeschrieben wird. Die Zahlen von Arzt 4 sind in Etwa vergleichbar mit dem Fachgruppendurchschnitt des Bundeslandes. Bei den Ärzten 6 und 7 ist zu berücksichtigen, dass beide erst gegen Ende 2016 bzw. Anfang 2017 in die Niederlassung gingen. Aus diesem Grund liegen die Daten zum Gesamthonorar und zu Gesamtfallzahlen für beide nur unvollständig vor.

Nach Division der Gesamthonorare durch die Gesamtfallzahlen ergeben sich für jeden Arzt die durchschnittlichen Behandlungsscheinwerte der GKV-Patienten für die Jahre 2016 und 2017:

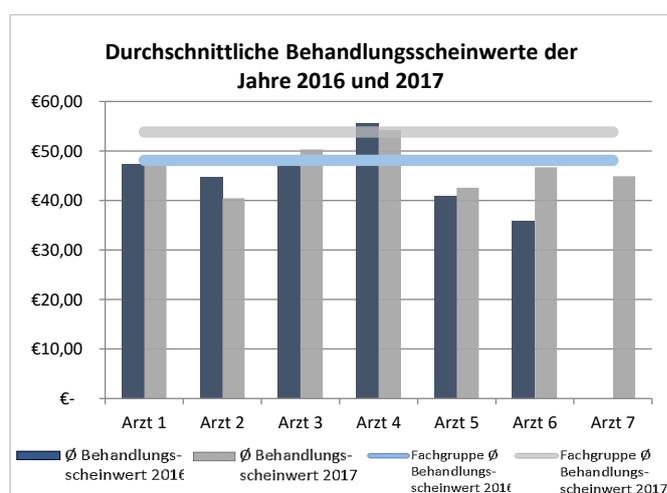


Abb. 6: Durchschnittliche Behandlungsscheinwerte der Jahre 2016 und 2017.

Quelle: eigene Darstellung nach beschriebener Berechnung.

Der durchschnittliche Behandlungsscheinwert liegt demnach bei Arzt 4 sowohl im Jahr 2016 als auch 2017 über dem der Fachgruppe und deutlich über den Werten der Vergleichsärzte. Trotz eines geringeren Gesamthonorars und geringerer Fallzahlen als Arzt 3, liegt der Durchschnitts-Scheinwert von Arzt 4 in beiden Jahren mind. 5 € oberhalb dessen. Demzufolge arbeitete Arzt 4 effizienter: im Vergleich zu Arzt 3 erbrachte er mit lediglich rund der Hälfte an behandelten Fällen knapp 60 % dessen Gesamthonorars. Die durchschnittlichen Behandlungsscheinwerte von Arzt 1 mit 47,40 € (2016) bzw. 48,20 € (2017), Arzt 3 mit 49,13 € (2016) bzw. 50,29 € (2017) und Arzt 6 mit 46,72 € im Jahr 2017 sind annähernd vergleichbar. Abb. 5 zeigt jedoch, dass das Gesamthonorar und die Behandlungsfälle der genannten Mediziner deutlich unter denen von Arzt 3 liegen.

Es ist davon auszugehen, dass beispielsweise Arzt 4 viele hoch bepreiste Leistungen erbracht hat, während die Ärzte 1 und 3 möglicherweise eher geringer bepreiste Leistungen in größerer Anzahl abgerechnet haben. Darüber hinaus ist möglich, dass abrechenbare Zusatzziffern keine Berücksichtigung fanden.

Alle weiteren Ärzte, die ihre Honorarunterlagen für eine Analyse zur Verfügung stellten, liegen in allen GKV-Kennzahlen z.T. deutlich unter den durchschnittlichen Werten der Fachgruppe.

### Analyse der Abrechnung nach GOÄ

Wie bereits im Zuge des zweiten Abschnitts näher erläutert, erfolgt die Abrechnung von ambulanten privatärztlichen Leistungen auf Basis der GOÄ. Die Leistungsabrechnung übernimmt entweder die Arztpraxis selbst oder wird von einer sog. *Verrechnungsstelle* durchgeführt. Im letztgenannten Fall erhält die Verrechnungsstelle alle notwendigen Dokumentationen und rechnet die erbrachten Leistungen mit den Patienten ab. Im Bedarfsfall übernehmen diese Stellen auch das Mahnverfahren.

#### Aggregation privatärztlicher Abrechnungsdaten

Zur deskriptiven Analyse der privatärztlichen Abrechnung konnten nur die entsprechenden Daten des Jahres 2017 zu Rate gezogen werden. Im Zuge dessen fanden die Honorare, Fallzahlen, Häufigkeiten der einzelnen GOP sowie der durchschnittlichen Behandlungsscheinwerte Berücksichtigung. Die Daten der Ärzte 2, 3, 5 und 6 entstammen den jeweiligen Verrechnungsstellen, während die Daten der Ärzte 1, 4 und 7 aufgrund der eigenen privatärztlichen Abrechnung den Praxisverwaltungssystemen entnommen werden konnten. Aus den gesammelten Daten erfolgten eine Auswertung und Gegenüberstellung. Die PKV-Daten sind jedoch nicht vergleichbar mit denen der GKV: Sie unterscheiden sich wesentlich im Detaillierungsgrad. Zudem ist ein Vergleich mit der gynäkologischen Fachgruppe nicht möglich, da die privatärztlichen Abrechnungsdaten nicht wie die gesetzlichen einer zentralen Stelle zugehen. Wie bereits in Abschnitt 2, S. 6 an einem Beispiel

verdeutlicht, sind die Honorarhöhen unterschiedlich und auch die Leistungsinhalte verschieden definiert.

Um einen ersten Vergleich zwischen den Vertragsärzten zu den Honoraren und Fallzahlen aus GKV und PKV zu ziehen, werden mit der nachfolgenden Abbildung 7 eben diese Daten aus der privatärztlichen Abrechnung dargestellt:

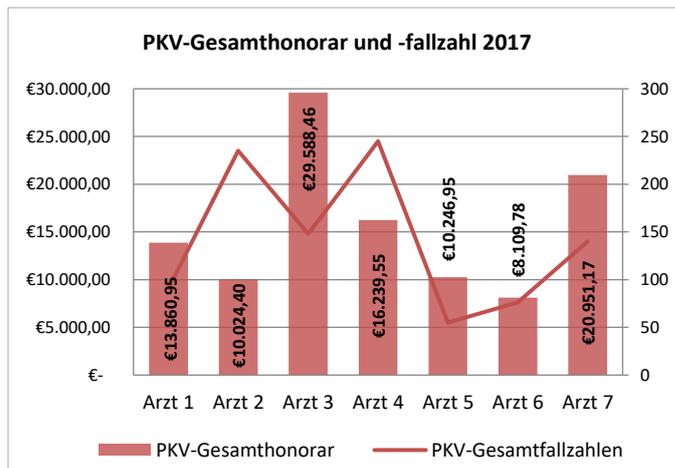


Abb. 7: PKV-Gesamthonorar und -fallzahl 2017.

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an die zur Verfügung stehenden Abrechnungsdaten.

Aus den verfügbaren privatärztlichen Gesamthonoraren und der Gesamtfallzahl lässt sich durch Division der durchschnittliche PKV-Behandlungsscheinwert eines jeden Arztes ermitteln.

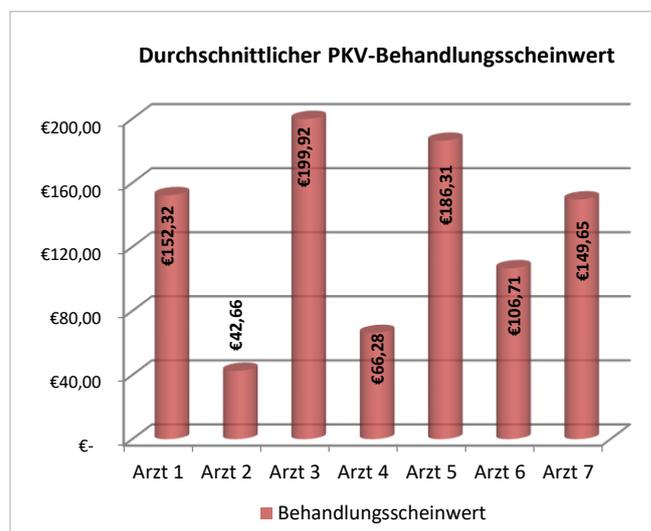


Abb. 8: Durchschnittlicher PKV-Behandlungsscheinwert 2017.

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an die zur Verfügung stehenden Abrechnungsdaten.

Aus den Abbildungen 7 und 8 gehen deutliche Unterschiede zum privatärztlichen Behandlungsverhalten hervor: stark abweichende Fallzahlen und Behandlungsscheinwerte sowie damit verbunden auch deutliche Unterschiede in den Gesamthonoraren. Eine detailliertere Analyse der PKV-Zahlen ist aufgrund der mangelnden Vergleichbarkeit zu den GKV-Daten, wie bereits im vorherigen Abschnitt beschrieben, nicht möglich. Doch die vorliegenden Daten eignen sich trotzdem für einen ersten Vergleich, um beispielsweise die Honorarzusammensetzung zu vergleichen. Eine mögliche Ursache für die ersichtlichen Unterschiede liegt im anwendbaren Steigerungssatz im jeweiligen Behandlungsfall, der vom Alter des Patienten und dem Schweregrad der Erkrankung bzw. Aufwand der Behandlung abhängig ist (vgl. Hermanns, 2018, S. 27 f.). Hinzukommt auch die Breite an erbrachten Leistungen, die sich im GOÄ-Entgelt unterscheiden.

**Aggregation der Individuellen Gesundheitsleistungen**

Neben der direkten Barzahlung der IGeL in der Praxis über das Kassenbuch ist es in einigen Praxen auch möglich, die dem Behandlungsvertrag zugrunde liegende Rechnung per Überweisung oder über ein EC-Kartenlesegerät zu bezahlen (siehe S. 7). Die Kassenbücher mit den entsprechenden Rechnungen werden in der Finanzbuchhaltung verbucht und aufbewahrt. Somit erfolgte die Aggregation und Auswertung der IGeL-Daten anhand einer Auszählung der Kassenbücher und Rechnungsordner für jeden Arzt. Demzufolge fanden auch IGeL Berücksichtigung, die per Banküberweisung bezahlt wurden.

Tab. 6: Übersicht IGeL je Arzt.

	Arzt 1	Arzt 2	Arzt 3	Arzt 4	Arzt 5	Arzt 6	Arzt 7
Sonografie komplette weibliche Genitalien		30,00 €	44,00 €	40,00 €	35,00 €	30,00 €	40,12 €
Sonografie 2, Teile der weiblichen Genitalien		25,00 €	30,00 €			25,00 €	33,83 €
Sonografie 3, Teile weibliche Genitalien		20,00 €			21,00 €	20,00 €	24,48 €
Sonografie Brust			40,00 €	40,00 €			41,37 €
HPV-Impfungen					34,50 €		9,32 €
HPV-Auffrischungsimpfung					21,45 €		
Spritzeninjektion (Verhütung)	4,00 €		35,00 €	5,36 €	5,00 €	3,00 €	25,00 €
Einlage Spirale	130,00 €	135,00 €	135,00 €	120,00 €	130,00 €	115,00 €	137,45 €
Lagekontrolle Spirale		23,00 €			20,00 €		
Entfernung Spirale	20,00 €	15,00 €	6,97 €	6,97 €	7,00 €		6,97 €
Streptokokkentest			11,65 €	5,36 €	10,00 €		18,18 €
CMV/ Toxoplasmose-Test					10,00 €		
Schwangerschaftstest					7,50 €		
Akupunktur Geburtsvorbereitung			43,75 €				15,00 €
Bescheinigung Beschäftigungsverbot						5,00 €	5,00 €
First-Trimester-Screening			115,00 €	170,00 €			
Sono Baby 3D-Bild			15-25 €				
Sono Baby 3D-CD			30-60 €				
Sono Babybild			10,00 €				5,00 €
Mutterschaftsvorsorge		30,00 €		35,00 €	35,00 €	30,00 €	
Blutentnahme					3,00 €		
Stuhltest			19,00 €				15,00 €
zytologische Untersuchung			25,00 €				25,00 €

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an verfügbare Auszüge aus der Praxissoftware und den Zahlungsbelegen.

Tabelle 6 zeigt, dass die Preise der einzelnen IGeL je Arzt z.T. stark voneinander abweichen. Die Festlegung des Preises liegt im jeweiligen Ermessen des Arztes und hängt damit zusammen, welche Teilleistungen Inhalt der IGeL sind. Die entsprechenden GOÄ-Ziffern der Einzelleistungen sind bei den Ärzten fast identisch. Lediglich der Einsatz des Steigerungsfaktors wird verschieden gehandhabt. Glatte Eurobeträge sind durch eine Anpassung des Steigerungsfaktors zu erreichen.

Aufgrund der Anzahl der erbrachten und abgerechneten IGeL ergaben sich für das Jahr 2017 hieraus folgende Honorare je Arzt:

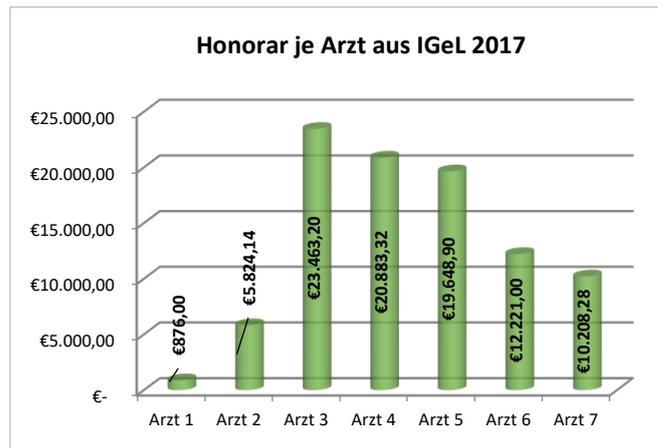


Abb. 9: IGeL-Honorar je Arzt für das Jahr 2017.

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an die Ergebnisse der Dokumentenanalyse.

Insgesamt erzielten die einzelnen Gynäkologen deutlich variierende Gesamthonorare aus individuellen Gesundheitsleistungen. Dies ist zum einen über das Leistungsangebot und die Anzahl jeweils erbrachter IGeL zu erklären und zum anderen durch die Höhe des angesetzten Steigerungsfaktors (s. Tab. 6).

**Analyse der Zusammensetzung des Gesamthonorars**

Im Abschnitt zwei wurde bereits die Zusammensetzung des Gesamthonorars eines Arztes thematisiert. Auf Grundlage der deskriptiven Dokumentenanalyse in den vorangegangenen Absätzen lassen sich im Folgenden für jeden Arzt die Bestandteile und jeweiligen Anteile am Gesamthonorar für das Jahr 2017 abbilden. Um die Vergleichbarkeit zu erhöhen, wurden die Erträge aus Forschung und Gutachtertätigkeit sowie aus sonstigen Leistungen (s. Abb. 2, S. 9) nicht in den Diagrammen berücksichtigt:

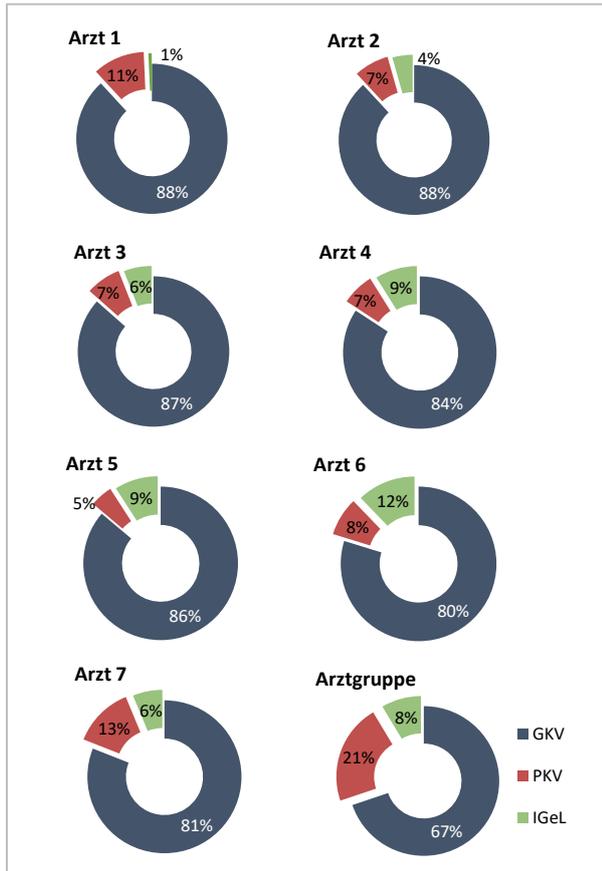


Abb. 10: Prozentuale Zusammensetzung des Gesamthonorars je Arzt 2017.

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an die Ergebnisse der Dokumentenanalyse.

Die Arztgruppe gesamt umfasst die in Abb. 2 genutzten Daten im Rahmen des Forschungsstandes in Anlehnung an die von Obermann et al., o. J.c. erhobenen Daten der jährlichen Befragung der Stiftung Gesundheit aus dem Jahr 2017. Abbildung 10 verdeutlicht, dass die Erlöse aus der Behandlung gesetzlich-versicherter Patienten einen immensen Anteil am Gesamthonorar ausmachen. Umsätze durch PKV-Leistungen und IGeL sind im Bereich der Gynäkologie lediglich als ergänzende Honorarbausteine zu bewerten. Dabei ist zu berücksichtigen, dass im Jahr 2017 die Anzahl gesetzlich Versicherter in Thüringen mit rund 92 % im Vergleich zum Mittelwert in Deutschland um durchschnittlich 2,5 % höher liegt. Diese Zahl ergibt sich aus der Gegenüberstellung der Mitgliederstatistik KM 6 des Bundesministeriums für Gesundheit (vgl. BMG, 2019) und der Publikation zur Bevölkerung nach Bundesländern am 31.12.2017 des Statistischen Bundesamtes (vgl. Destatis, 2018). Dies liefert möglicherweise eine Erklärung für ein anteilig höheres Gesamthonorar aus der Behandlung von GKV-Patienten als im deutschlandweiten Vergleich der Arztgruppe insgesamt. Weiter ist das IGeL-Angebot in der Gynäkologie deutlich ausgeprägter als in vielen anderen Fachgruppen (s. S. 7 f. und Tab. 6, S. 16). Dies führt bei einem entsprechenden

Angebot von IGeL dazu, dass der prozentuale Honoraranteil aus IGeL bei Vertretern der gynäkologischen Fachgruppe, wie Arzt 5 und 7, höher ausfallen kann als in der Arztgruppe gesamt.

Gemäß den Ergebnissen der deskriptiven Analyse setzt sich das Gesamthonorar je Arzt in absoluten Zahlen und Eurobeträgen wie folgt zusammen:

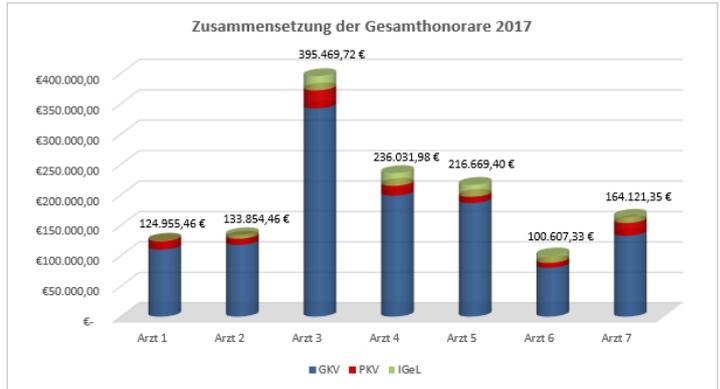


Abb. 10: Absolute Zusammensetzung des Gesamthonorars je Arzt 2017.

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an die Ergebnisse der Dokumentenanalyse.

Aus Abbildung 10 ist abzulesen, dass Arzt 3 mit großem Abstand über alle drei Einnahmequellen, GKV, PKV und IGeL, hinweg die höchsten Umsätze erwirtschaftet. Die Höhe der Gesamthonorare reicht von rund 125.000 € bis ca. 395.500 €, sodass sich eine maximale Spannweite von mehr als 294.800 € für das Jahr 2017 zwischen Arzt 6 und Arzt 3 ergibt. Der Mittelwert dieser Vergleichsgruppe in Thüringen liegt bei rund 196.000 €. Aus Abbildung 5 (S. 13) ist für die Fachgruppe in Thüringen ein Wert von rund 208.500 € an GKV-Umsätzen abzulesen. Diese Umsätze erreichen Arzt 1, Arzt 2, Arzt 6 und Arzt 7 nicht als Gesamthonorar des Jahres 2017 mit gesetzlichen und privaten Bestandteilen.

### 5. Ergebnisse und Fazit

Auf Grundlage der Honorarbescheide war eine Analyse der einzelnen GKV-Honorarbestandteile möglich. Die Individualität der Patientenstruktur, der Erkrankungen sowie der angebotenen Leistungen erschwert die Vergleichbarkeit aber durchaus. Zudem ist fraglich, ob, bedingt durch die individuelle, nachfrageorientierte Leistungserbringung ggf. eine „optimale Zusammensetzung“ des Honorars im ambulanten Vertragsarztbereich existiert.

Die deskriptive Analyse ermöglicht jedoch eine differenzierte Betrachtung der einzelnen Bestandteile des Gesamthonorars eines Gynäkologen:

- GKV: Für die Höhe des GKV-Honorars ist der entscheidende Faktor die Anzahl der Behandlungsfälle und das damit verbunden erzielte individuelle Punktzahlvolumen pro Quartal und Jahr. Je höher die Anzahl der Behandlungsfälle

und je größer das IPV, desto höher ist die Grundlage der folgenden Abrechnungszyklen und somit das kurzfristige Gesamthonorar als Effekt im Folgejahr. Somit liegt die primäre Steuerungsgröße des GKV-Honorars in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung in der Anzahl der Behandlungsfälle je Quartal. Abbildung 5 zeigt die positive Korrelation der Behandlungsfälle mit den Honorarumsätzen je Arzt, die letztlich das GKV-Gesamthonorar bestimmen. Zu berücksichtigen ist darüber hinaus auch die Anzahl abrechenbarer GOP in jedem Behandlungsfall.

- PKV: Die Grundlage des privatärztlichen Honorars stellt die Versichertenstruktur einer Arztpraxis dar. Entscheidende Faktoren für die Höhe des PKV-Honorars sind daneben die Fallzahlen sowie die Behandlungsscheinwerte, die aus dem anwendbaren Steigerungsfaktor resultieren.
- IGeL: Im Rahmen der Erträge aus IGeL ist das Angebot ebensolcher Leistungen entscheidend (s. Tab. 6 i. V. m. Abb. 9). Zumal der Preis einzelner Leistungen vom Arzt individuell – je nach Teilleistungen und zugrunde gelegtem Steigerungsfaktor – festgelegt wird.

Aus den genannten Gründen lassen sich folgende Ursachen für geringe ambulante Honorare im gynäkologischen Bereich ableiten:

- Zum einen sind geringe Fallzahlen sowie geringe Honorarumsätze je Behandlungsfall als Ursache zu nennen, die zu geringen Honorarumsätzen je Arzt führen. Kann nur eine vergleichsweise geringe Anzahl an Fällen pro Quartal und Jahr bei relativ geringen bepreisten gynäkologischen Leistungen in Form von erzielten Punkten oder fehlenden möglichen zusätzlichen Abrechnungsziffern ausgewiesen werden, so sind deutliche Auswirkungen auf das GKV-Honorar zu erwarten.
- Zum anderen können Ursachen in fehlenden privatärztlichen bzw. individuellen Gesundheitsleistungen zu finden sein, weil beispielsweise IGeL trotz bestehendem Bedarf nicht angeboten werden.

Abbildung 10 zeigt, dass im Fachbereich der Gynäkologie nicht generell niedrige Gesamthonorare erwirtschaftet werden. Die Analyse belegt, dass mit einer vergleichsweise hohen GKV-Fallzahl in Verbindung mit einem gewissen Anteil an IGeL und PKV-Leistungen auch entsprechend finanzkräftige Erträge erzielbar sind. Demzufolge ist das Gesamthonorar als arztabhängig und individuell beeinflussbar zu bewerten.

## Autoren



### Aylin Faber

Gesundheitsökonomin, M.Sc.  
Wissenschaftliche Mitarbeiterin und Doktorandin am Lehrstuhl für Sportökonomie und Gesundheitsökonomie  
Friedrich-Schiller-Universität Jena  
E-Mail: [aylin.faber@uni-jena.de](mailto:aylin.faber@uni-jena.de)

### Franka Schäuble

Gesundheitsmanagement, B.A.  
Absolventin der SRH Fachhochschule Riedlingen

## Literaturverzeichnis

- Betzin, J., Bomke, A. und Staffeldt, T. (2017), *Vertragsärztliche Vergütung. Weiterentwicklungsbedarf Anpassungsfaktor Morbidität*. In: GKV 90 Prozent – Das E-Magazin des GKV-Spitzenverbandes. Ausgabe 04, März 2017, Online Zugriff unter: [https://www.gkv-90prozent.de/grafiken/04\\_tiefer-geblickt\\_morbiditytaet-und-verguetung.pdf](https://www.gkv-90prozent.de/grafiken/04_tiefer-geblickt_morbiditytaet-und-verguetung.pdf), zuletzt abgerufen am 10.02.2019
- Bierling, G., Engel, H., Mezger, A., Pfofe, D., Pütz, W. und Sedlaczek, D. (2017), *Arztpraxis – erfolgreiche Übernahme*. 1. Auflage, Verlag???, Berlin.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2019), *Statistik über Versicherte, gegliedert nach Status, Alter, Wohnort und Kassenart (Stichtag: 01. Juli 2017)*. Online Zugriff unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/mitglieder-und-versicherte.html>, zuletzt abgerufen am 23.03.2019.
- Destatis (2018), *Bundesländer mit Hauptstädten nach Fläche, Bevölkerung und Bevölkerungsdichte am 31.12.2017*. Online Zugriff unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Laender-Regionen/Regionales/Gemeindeverzeichnis/Administrativ/02-bundeslaender.html>, zuletzt abgerufen am 23.03.2019.
- Eiff von, W. und Haking, D. (2016), Politische Rahmenbedingungen und gesetzliche Grundlagen. In: Standl, T. und Lussi, C. (Hrsg.): *Ambulantes Operieren in Klinik, Praxis und MVZ. Rahmenbedingungen – Organisation – Patientenversorgung*. 3. Auflage, Springer Verlag, Berlin / Heidelberg.
- G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss (2018), *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie / KFE-RL)*. Online Zugriff unter: [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1728/KFE-RL\\_2018-01-18\\_ik-2019-01-01.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1728/KFE-RL_2018-01-18_ik-2019-01-01.pdf). Zuletzt abgerufen am 19.02.2019.
- Gibis, B. (2017), *Leistungsmanagement in Arztpraxen und Ärztenetzen*. In Busse, R., Schreyögg, J. und Stargardt, T. (Hrsg.): *Management im Gesundheitswesen: Das Lehrbuch für Studium und Praxis*. 4. Auflage, Springer Verlag, Berlin.
- Hagemeyer, S. und Wild, F. (2018), *Mehrumsatz und Leistungsausgaben von PKV-Versicherten. Jahresbericht 2018*. Wissenschaftliches Institut der PKV. Online Zugriff unter: [http://www.wip-pkv.de/fileadmin/user\\_upload/WIP-Analyse\\_2\\_2018\\_Mehrumsatz\\_und\\_Listungsausgaben\\_der\\_Privatversicherten\\_2018.pdf](http://www.wip-pkv.de/fileadmin/user_upload/WIP-Analyse_2_2018_Mehrumsatz_und_Listungsausgaben_der_Privatversicherten_2018.pdf), zuletzt abgerufen am 02.02.2019
- Hermanns, P. (2018), *GOÄ 2018 Kommentar, IGeL-Abrechnung*. 12. Auflage, Springer Verlag, Berlin.
- Hoßbach, M. (2015) *Wirtschaftlichkeitsprüfung und Praxisbesonderheiten im Kassenarztrecht*. 1. Auflage, Tectum Wissenschaftsverlag, München.
- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2016a), *Einheitlicher Bewertungsmaßstab – Band 1. Stand 01.07.2016*, Deutscher Ärzte Verlag, Köln.

KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2016b), *Einheitlicher Bewertungsmaßstab – Band 2. Stand 01.07.2016*, Deutscher Ärzte Verlag, Köln.

KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2018a), *Kassenärztliche Vereinigungen*. Online Zugriff unter: <http://www.kbv.de/html/432.php>, zuletzt abgerufen am 14.02.2019.

KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2018b), *Honorar*. Online Zugriff unter: <http://www.kbv.de/html/2054.php>, zuletzt abgerufen am 14.02.2019

KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2019), *Honorarbericht Quartal 4/2016*. Online Zugriff unter: [https://www.kbv.de/media/sp/Honorarbericht\\_Quartal\\_4\\_2016.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/Honorarbericht_Quartal_4_2016.pdf), zuletzt abgerufen am 12.02.2019

KVT – Kassenärztliche Vereinigung Thüringen (2017a), *Rundschreiben 6/2017 – amtliche Bekanntmachung: Vereinbarung zur vertragsärztlichen Vergütungen Thüringen mit Wirkung für das Jahr 2017*. Online Zugriff unter: [https://www.kv-thueringen.de/presse/30\\_publ/01\\_archiv/2017/RS\\_06/01\\_RS\\_06\\_2017\\_Hauptteil.pdf](https://www.kv-thueringen.de/presse/30_publ/01_archiv/2017/RS_06/01_RS_06_2017_Hauptteil.pdf), zuletzt abgerufen am 13.03.2019.

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen – KVT (2017b), *Grundsätze der Honorarverteilung – Handbuch für die Mitglieder der KVT*. Weimar. Online Zugriff unter: [https://www.kv-thueringen.de/mitglieder/publikationen/18\\_Handbuch\\_Mitglieder/2017\\_Handbuch\\_17-02-28.pdf](https://www.kv-thueringen.de/mitglieder/publikationen/18_Handbuch_Mitglieder/2017_Handbuch_17-02-28.pdf).

KVT – Kassenärztliche Vereinigung Thüringen (2017c), *Vereinbarung zur vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen mit Wirkung für das Jahr 2017*. Online Zugriff unter: [https://www.kv-thueringen.de/mitglieder/vertraege/h/honorarvereinbg/091\\_hv\\_2017/00\\_hv\\_2017.pdf](https://www.kv-thueringen.de/mitglieder/vertraege/h/honorarvereinbg/091_hv_2017/00_hv_2017.pdf), zuletzt abgerufen am 13.03.2019.

KVT – Kassenärztliche Vereinigung Thüringen (2018), *Wer sind wir*. Online Zugriff unter: [http://www.kv-thueringen.de/ueberuns/10\\_kv/10\\_kv/index.html](http://www.kv-thueringen.de/ueberuns/10_kv/10_kv/index.html), zuletzt abgerufen am 10.02.2019.

KVT – Kassenärztliche Vereinigung Thüringen (2018b), *Vereinbarung zur vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen mit Wirkung für das Jahr 2018*. Online Zugriff unter: [https://www.kv-thueringen.de/mitglieder/publikationen/00\\_AmtB\\_VV/pdf-archiv\\_KVT/2018-19\\_AmtIB\\_Honorarvereinbarung\\_Jahr-2018.pdf](https://www.kv-thueringen.de/mitglieder/publikationen/00_AmtB_VV/pdf-archiv_KVT/2018-19_AmtIB_Honorarvereinbarung_Jahr-2018.pdf), zuletzt abgerufen am 02.02.2019.

KVT – Kassenärztliche Vereinigung Thüringen (2019), *Besondere Gebührenordnungspositionen der KV Thüringen Quartal I/2019*. Online Zugriff unter: [https://www.kv-thueringen.de/mitglieder/abr\\_hon/10\\_la/40\\_allgem/15\\_spez\\_gop/06\\_reg\\_GONR\\_119\\_20190101.pdf](https://www.kv-thueringen.de/mitglieder/abr_hon/10_la/40_allgem/15_spez_gop/06_reg_GONR_119_20190101.pdf), zuletzt abgerufen am 10.02.2019.

Klinger-Schindler, U. (2016), *Der Krankenhaus-EBM*. 2. Auflage, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Obermann, K. Müller, P. und Woerns, S. (o.J.a), *Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit 2015: Die eHealth-Studie. Eine deutschlandweite Befragung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte*. Online Zugriff unter: [https://www.stiftung-gesundheit.de/pdf/studien/Aerzte\\_im\\_Zukunftsmarkt\\_Gesundheit-2015\\_eHealth-Studie.pdf](https://www.stiftung-gesundheit.de/pdf/studien/Aerzte_im_Zukunftsmarkt_Gesundheit-2015_eHealth-Studie.pdf), zuletzt abgerufen am 12.02.2019

Obermann, K. Müller, P. und Woerns, S. (o.J.b), *Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit 2016: Digitalisierung des Arztberufs. Eine deutschlandweite Befragung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte*. Online Zugriff unter: [https://www.stiftung-gesundheit.de/pdf/studien/Aerzte\\_im\\_Zukunftsmarkt\\_Gesundheit\\_2016.pdf](https://www.stiftung-gesundheit.de/pdf/studien/Aerzte_im_Zukunftsmarkt_Gesundheit_2016.pdf), zuletzt abgerufen am 12.02.2019

Obermann, K. Müller, P. und Woerns, S. (o.J.c), *Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit 2017: Transsektorale Zusammenarbeit. Eine deutschlandweite Befragung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte*. Online Zugriff unter: [https://www.stiftung-gesundheit.de/pdf/studien/Aerzte\\_im\\_Zukunftsmarkt\\_Gesundheit\\_2017.pdf](https://www.stiftung-gesundheit.de/pdf/studien/Aerzte_im_Zukunftsmarkt_Gesundheit_2017.pdf), zuletzt abgerufen am 12.02.2019

Preusker, U. (2011), *Das deutsche Gesundheitswesen in 100 Stichworten*. 1. Auflage, VERLAGE, Heidelberg.

SGB V – Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (2017), *Gesetzliche Krankenversicherung. Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988*. BGBl. I S. 2477. Online Zugriff unter: [https://www.gesetze-im-internet.de/sgeb\\_5/SGB\\_5.pdf](https://www.gesetze-im-internet.de/sgeb_5/SGB_5.pdf), zuletzt abgerufen am 14.02.2019

Ullmann, A. und Busch, D. (2016), *Ärztliche Großpraxis*. 1. Auflage, Springer Verlag, Berlin / Heidelberg.

Wendland, H. (2016), *Die Abrechnung der gesetzlichen Krankenversicherung in der Arztpraxis*. DATEV eG, Nürnberg.

## Anhang

### Anlage 1

#### Anlage zum Honorarbescheid für die Quartal I bis IV 2017

Anlage zum Honorarbescheid I. Quartal 2017, Quotenübersicht



Arztgruppenbezogene Vergütungsquoten für Leistungen, die dem individuellen Punktzahlvolumen unterliegen

Fachgruppe	Vergütungsquote	
	fest	floatend
Hausärzte	100 %	81,8632 %
Hausärzte	100 %	94,4273 %
Kinderärzte	100 %	94,4273 %

Fachgruppe	Vergütungsquote	
	fest	floatend
Fachärzte	100 %	4,2027 %
Fachärzte für Anästhesiologie	100 %	8,5165 %
Fachärzte für Augenheilkunde	100 %	5,1761 %
Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie, für Neurochirurgie	100 %	2,9649 %
Fachärzte für Frauenheilkunde	100 %	1,6549 %
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde sowie Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	100 %	3,9561 %
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	100 %	30,9790 %
Fachärzte für Humangenetik	100 %	0,9497 %
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	100 %	6,9020 %
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	100 %	27,2226 %
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie	100 %	27,1125 %
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	100 %	14,2345 %
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie	100 %	5,7014 %
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	100 %	10,3044 %
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie und Lungenärzte	100 %	1,9269 %
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	100 %	8,3613 %
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie	100 %	12,3639 %
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	100 %	12,2915 %
Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	100 %	12,2915 %

Anlage zum Honorarbescheid II. Quartal 2017, Quotenübersicht



Arztgruppenbezogene Vergütungsquoten für Leistungen, die dem individuellen Punktzahlvolumen unterliegen

Fachgruppe	Vergütungsquote	
	fest	floatend
Hausärzte	100 %	101,6885 %
Kinderärzte	100 %	106,3108 %

Fachgruppe	Vergütungsquote	
	fest	floatend
Fachärzte		
Fachärzte für Anästhesiologie	100 %	0,9497 %
Fachärzte für Augenheilkunde	100 %	0,9497 %
Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie, für Neurochirurgie	100 %	0,9497 %
Fachärzte für Frauenheilkunde	100 %	2,9038 %
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde sowie Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	100 %	1,7542 %
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	100 %	0,9497 %
Fachärzte für Humangenetik	100 %	0,9497 %
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	100 %	0,9497 %
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	100 %	0,9497 %
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie	100 %	0,9497 %
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	100 %	0,9497 %
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie	100 %	3,0740 %
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	100 %	0,9497 %
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie und Lungenärzte	100 %	5,3601 %
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	100 %	0,9497 %
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie	100 %	15,5984 %
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	100 %	0,9497 %
Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	100 %	0,9497 %

Anlage zum Honorarbescheid IV. Quartal 2017, Quotenübersicht



Sonstige Vergütungsquoten

	Vergütungsquote
Notfallbehandlung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser	100 %
ermächtigte Ärzte	73,3412 %

Arztgruppenbezogene Vergütungsquoten für Leistungen, die dem individuellen Punktzahlvolumen unterliegen

Fachgruppe	Vergütungsquote	
	fest	floatend
Hausärzte	100 %	89,7664 %
Kinderärzte	100 %	88,3347 %

Fachgruppe	Vergütungsquote	
	fest	floatend
Fachärzte		
Fachärzte für Anästhesiologie	100 %	5,4222 %
Fachärzte für Augenheilkunde	100 %	15,1800 %
Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie, für Neurochirurgie	100 %	13,7978 %
Fachärzte für Frauenheilkunde	100 %	14,1110 %
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde sowie Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	100 %	8,1232 %
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	100 %	15,1150 %
Fachärzte für Humangenetik	100 %	13,3553 %
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	100 %	13,3552 %
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	100 %	24,9357 %
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie	100 %	13,3553 %
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	100 %	11,7097 %
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie	100 %	11,4936 %
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	100 %	15,0585 %
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie und Lungenärzte	100 %	11,5186 %

Anlage zum Honorarbescheid III. Quartal 2017, Quotenübersicht



Arztgruppenbezogene Vergütungsquoten für Leistungen, die dem individuellen Punktzahlvolumen unterliegen

Fachgruppe	Vergütungsquote	
	fest	floatend
Hausärzte	100 %	103,3115 %
Kinderärzte	100 %	108,4447 %

Fachgruppe	Vergütungsquote	
	fest	floatend
Fachärzte		
Fachärzte für Anästhesiologie	100 %	0,9497 %
Fachärzte für Augenheilkunde	100 %	22,0443 %
Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie, für Neurochirurgie	100 %	14,7513 %
Fachärzte für Frauenheilkunde	100 %	11,7259 %
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde sowie Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	100 %	11,7167 %
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	100 %	8,6175 %
Fachärzte für Humangenetik	100 %	32,0282 %
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	100 %	18,2416 %
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	100 %	12,2429 %
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie	100 %	12,2430 %
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	100 %	18,1965 %
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie	100 %	14,4503 %
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	100 %	13,8534 %
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie und Lungenärzte	100 %	22,4573 %
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	100 %	12,2429 %
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie	100 %	11,9483 %
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	100 %	12,2429 %
Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	100 %	8,7887 %