

Aus dem Institut für Allgemeinmedizin  
der Universität zu Lübeck

Direktor/Betreuer: Prof. Dr. Jost Steinhäuser

Ko-Betreuer: Prof. Dr. Joachim Breuer

---

## Anforderungen und Qualifikationen von Praxismanager\*innen

Eine Querschnittsbefragung unter niedergelassenen Ärzt\*innen in Groß-  
praxen in Baden-Württemberg

Inauguraldissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde  
der Universität zu Lübeck

– Aus der Sektion Medizin –

vorgelegt von

Clemens Schricker  
aus Stuttgart

Lübeck 2023

1. Berichterstatter: Prof. Dr. Jost Steinhäuser

Kobetreuer: Prof. Dr. Joachim Breuer

2. Berichterstatter: PD Dr. med. Peter Iblher

Tag der mündlichen Prüfung: 03.11.2023

Zum Druck genehmigt. Lübeck, den 06.11.2023

Promotionskommission der Sektion Medizin

# Inhalt

<b>I.</b>	<b>TABELLENVERZEICHNIS .....</b>	<b>I</b>
<b>II.</b>	<b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS .....</b>	<b>II</b>
<b>III.</b>	<b>ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....</b>	<b>III</b>
<b>1</b>	<b>EINFÜHRUNG .....</b>	<b>1</b>
1.1	PROBLEME UND LÖSUNG.....	1
1.2	PRAXISMANAGEMENT UND BEDEUTUNGSABGRENZUNG .....	2
1.3	DIE VERÄNDERUNG DER AMBULANTEN VERSORGUNG.....	5
1.4	HERAUSFORDERUNGEN DER VERSORGUNG .....	8
1.5	POTENTIALE DER ZENTRALISIERTEN BERUFS AUSÜBUNG.....	11
1.6	HERAUSFORDERUNGEN DER ZENTRALISIERTEN BERUFS AUSÜBUNG .....	12
1.7	STAND DER FORSCHUNG ZUM PRAXISMANAGEMENT .....	15
1.8	FORSCHUNGSFRAGE.....	16
<b>2</b>	<b>METHODIK.....</b>	<b>18</b>
2.1	ALLGEMEINES VORGEHEN UND ZIELGRUPPE .....	18
2.2	FRAGEBOGENDESIGN UND UMSETZUNG.....	18
2.2.1	<i>Vorbereitung und Erstellung .....</i>	<i>19</i>
2.2.2	<i>Teilnehmer*innen.....</i>	<i>24</i>
2.2.3	<i>Ethik.....</i>	<i>26</i>
2.2.4	<i>Durchführung.....</i>	<i>26</i>
2.3	STATISTISCHE AUSWERTUNG .....	27
2.3.1	<i>Deskriptive Statistik.....</i>	<i>27</i>
2.3.2	<i>Charakteristika.....</i>	<i>27</i>
2.3.3	<i>Subgruppenanalyse.....</i>	<i>28</i>

2.3.4	<i>Regressionsanalyse</i>	29
<b>3</b>	<b>ERGEBNISSE</b>	<b>31</b>
3.1	ALLGEMEINE ERGEBNISSE	31
3.2	SPEZIELLE ERGEBNISSE UND SUBGRUPPEN	32
3.3	REGRESSIONSANALYSEN	38
<b>4</b>	<b>DISKUSSION</b>	<b>40</b>
4.1	LIMITATIONEN	48
4.2	WEITERE ANSATZPUNKTE	51
<b>5</b>	<b>FAZIT</b>	<b>53</b>
<b>6</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG</b>	<b>57</b>
<b>7</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS</b>	<b>59</b>
<b>8</b>	<b>ANHANG</b>	<b>71</b>
8.1	FRAGEBOGEN	71
8.2	BESTÄTIGUNG DER ÄRZTEKAMMER BADEN-WÜRTTEMBERG BZGL. DES ETHIKANTRAGS	74
	<b>DANKSAGUNG</b>	<b>75</b>
	<b>LEBENS LAUF</b>	<b>76</b>
	<b>RELEVANTE VERÖFFENTLICHUNGEN</b>	<b>78</b>

## **I. Tabellenverzeichnis**

<i>Tabelle 1: Demographische und strukturelle Informationen</i> .....	31
<i>Tabelle 2: Subgruppenanalyse – Praxisgröße, Größenanforderungen und allgemeine Wahrnehmung</i> .....	34
<i>Tabelle 3 Subgruppenanalyse – Notwendige Qualifikationen und Aufgaben für Praxismanager*innen</i> .....	37
<i>Tabelle 4: Regressionsanalyse</i> .....	39

## II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Entwicklung der Einzelpraxen in Deutschland 2012 bis 2020 (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2022).....	6
Abbildung 2: Anteile der Ärzt*innen mit Kassenzulassung in Deutschland nach der Tätigkeit in Berufsausübungsformen 2012/2021 (Eigene Abbildung nach Daten der Kassenärztliche Bundesvereinigung 2022). ....	7
Abbildung 3: Teilnahmeumfang Angestellte zwischen 2009-2021 (Eigene Abbildung nach Daten der Kassenärztliche Bundesvereinigung 2022).....	9

### III. Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AMSPAR	Association of Medical Secretaries, Practice Managers, Administrators and Receptionists
BAG	Berufsausübungsgemeinschaft
CanMEDS	Canadian Medical Education Directives For Specialists
MFA	Medizinische Fachangestellte
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
MTA	Medizinisch-technische Assistentin
NKLM	Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin
VERAH	Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis

# 1 Einführung

## 1.1 Probleme und Lösung

Die ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland ist historisch durch selbstständige Ärztinnen und Ärzte geprägt. Dabei findet die Erbringung der ärztlichen Leistungen zu rund 54% in Einzelpraxen statt (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2022). Diese Art der Versorgung nimmt kontinuierlich ab und eine gemeinschaftliche Berufsausübung erlangt dafür zunehmend an Bedeutung (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung 2015). Durch eine Vergrößerung der Praxen im ambulanten Sektor werden neue Möglichkeiten für Ärzte\*innen in der Berufsausübung greifbar, die die Entwicklung grundlegend vorantreiben können. Durch die Vergrößerung von Praxen ergeben sich auch neue Herausforderungen wie Managementfordernisse von mehr Personal und größeren Strukturen, denen begegnet werden muss (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung 2015).

Einerseits wünschen sich die Ärzt\*innen mehr Möglichkeiten für flexible Arbeitszeitmodelle und Anstellungsmöglichkeiten. Denn dabei gibt es weniger Organisationsaufgaben neben der medizinischen Praxis, mehr interdisziplinäre Teamarbeit und Austausch sowie einen verstärkten Fokus auf eine Work-Life-Balance (Gibis et al. 2012; Kaucher et al. 2015; Crompton und Lyonette 2006; Zappa 2011).

Andererseits nehmen bei größeren Praxen auch die organisatorischen Anforderungen zu, da die Abläufe komplexer werden und mehr Personen an der gesamten Leistungserbringung beteiligt sind, was sich auf die Ärzt\*innen, aber auch auf das nicht-ärztliche Personal bezieht (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung 2015). Damit die positiven Aspekte einer gemeinschaftlichen Berufsausübung als Ärzt\*in

umfassend und nachhaltig genutzt werden können, muss die Herausforderung der organisatorischen Aufgaben bewältigt werden.

Da Ärzt\*innen nicht automatisch auf diese zusätzlichen Managementaufgaben vorbereitet sind (Schöffski et al. 2004; Damiani et al. 2013; Pope und Burge 1996), entsteht aktuell das neue Qualifizierungsprofil der Praxismanager\*in. Diese Rolle soll die Bewältigung der Managementaufgaben von großen Praxen und eine Entlastung der Ärzt\*innen von nicht medizinischen Aufgaben ermöglichen. Es gibt zu diesem Qualifizierungsprofil jedoch kein festes Curriculum und keine geschützte Bezeichnung, sodass die Anforderungen und Qualifikationen dieser potenziell wichtigen Rolle in der ambulanten Versorgung relativ unklar sind.

## **1.2 Praxismanagement und Bedeutungsabgrenzung**

Der Begriff des Praxismanagements wurde bisher noch nicht näher bestimmt und bezieht sich grundlegend auf die Ziele, die Praxis und das allgemeine Verständnis von Management.

Bei einem funktionalen Verständnis von Management geht es um die Tätigkeit der Führung und Organisation, wobei neun separate Bereiche unterschieden werden können. Diese sind Analyse, Zielsetzung, Planung, Entscheidung, Organisation, Delegation, Koordination, Kontrolle und Personalführung. Im Folgenden werden diese kurz beschrieben (Haric 2018).

Analyse: Ein wesentlicher Punkt ist die Durchführung einer Analyse der Ist-Situation, basierend auf Indikatoren, zumeist zahlengetrieben oder auch gemessen an weichen Faktoren.

Zielsetzung: Ein weiterer Bereich ist die Zielsetzung, die durch Kernziele Größen bestimmt, an denen Erfolg gemessen werden kann und über die Messbarkeitsfunktion hinaus eine Lenkungsfunktion für Aufgaben schafft, welche die Zielerreichung fördern sollten. Ziele sollten dabei spezifisch, messbar, erreichbar, relevant und zeitlich eingeordnet sein. Ziele können im Zeithorizont dabei von kurzfristig, operativen Zielen über mittelfristig, taktische Ziele bis zu langfristigen strategischen Zielen reichen.

Planung: Die Planung befasst sich mit der Konzeptionierung von Aktivitäten zur Zielerreichung unter den äußeren Gegebenheiten und Ressourcen, die zur Verfügung stehen.

Entscheidung: Die Entscheidung stellt die Kompetenz und Verantwortlichkeit dar, ausgehend von verfügbaren, ggfs. unvollständigen Daten; Entscheidungen im Sinne der Zielerreichung zu treffen.

Organisation: Die Organisation befasst sich mit dem Rahmenwerk, in dem Arbeit verrichtet werden soll und trennt sich in Ablauf- und Aufbauorganisation.

Delegation/Koordination: Die Delegation und Koordination von Aufgaben zwischen Ressourcen in einer maximal effizienten und effektiven Art und Weise stellen beide wesentliche Aufgabenfelder des Managements dar und lehnen oft an der Organisation an, welche die Weitergabe und Verteilung von Aufgaben formalisiert abbildet.

Kontrolle: Anschließend an die Delegation und Koordination ist die Kontrolle und das Nachhalten der Vorschriften und Zielerreichung wesentlich, um Erfolge sichtbar zu machen und Verbesserungspotentiale offen zu legen.

Personalführung: Die Personalführung ist als zwischenmenschlicher Prozess zu verstehen; in dem empathisch, individuell und zielorientiert Mitarbeitende beeinflusst und in Aufgaben eingebunden werden. Kern dabei ist die Förderung der Motivation, sowie die Befähigungen und Entwicklung von Mitarbeitenden (Haric 2018).

Die institutionelle Perspektive bezeichnet Management indes als das geschäftsführende Organ. Gemeint ist in diesem Zusammenhang ein Personenkreis, der mit der Leitung des Unternehmens betraut ist und weiter in verschiedene Ebenen der Verantwortlichkeit untergliedert werden kann, nämlich das Top-Management, die mittleren Management-Ebene und das untere Management (Haric 2018).

Die Anwendbarkeit des Management-Begriffs in einem Umfeld von Praxen bedeutet, dass sich die Aufgabenbereiche der Steuerung, Organisation und Kontrolle aus dem Kontext von Großunternehmen nicht unmittelbar auf den Kontext einer medizinischen Praxis übertragen lassen. Die Bezeichnung ist allerdings insofern durchaus zutreffend, da es auch beim Praxismanagement und bei den Praxismanager\*innen um die Übernahme von Führungsrollen und das Erfüllen bestimmter Aufgaben geht, um die Organisation der Praxen hinsichtlich der bestehenden Herausforderungen angemessen zu lenken.

Bisher gibt es im deutschen Gesundheitswesen keine einheitliche Definition eines\*r Praxismanagers\*in. Die Bezeichnung Praxismanager\*in ist insofern nicht offiziell geschützt als Berufsbezeichnung wie etwa medizinische Fachangestellte (MFA). Deshalb sind auch die Qualifikationen und Aufgabenstellungen eines\*r Praxismanagers\*in nicht definitorisch festgelegt.

In Deutschland gibt es ausgehend von diesem unbestimmten Begriff eine sehr vielfältige Ausbildungslandschaft, was in einer Vorstudie zu dieser Arbeit untersucht

wurde. Dabei gibt es Angebote von vielen unterschiedlichen Bildungsträgern. So gab es 2020 insgesamt neunzehn angebotene Zertifikatsprogramme, zwei universitäre Abschlüsse und drei Ausbildungsberufe, die sich mit dem Thema Praxismanagement beschäftigen. Der Umfang der Ausbildung ist dabei erwartbar sehr unterschiedlich wie auch die Institutionen, die solche Ausbildungen anbieten. Die Spanne reicht dabei von vornehmlich privaten Bildungsträgern über Standesvertretungen und Verbände, wie etwa die Landesärztekammern oder der Hausärzteverband, bis zu Universitäten (Schrickler und Steinhäuser 2020).

Der Zielgruppe der Bildungsangebote der Träger waren in den meisten Fällen MFAs oder zumindest Personen mit einer medizinischen Vorbildung. Die Varianz in der Ausbildung und die Neuartigkeit der eigenständigen Rolle des\*r Praxismanagers\*in im deutschen Gesundheitswesen eröffnen einen Auslegungsraum dazu, was ein\*e Praxismanager\*in ist und welche Erwartungshaltungen die Ärzt\*innen mit diesem neuen Berufsbild verbinden, die als Arbeitgeber ganz wesentlich das Spektrum bestimmen (Kohlhaas et al. 2018).

### **1.3 Die Veränderung der ambulanten Versorgung**

In den letzten Jahren ist es in der ambulanten Versorgung in Deutschland zu einer Zentralisierung gekommen. Der Trend einer zunehmenden Zentralisierung zeigt sich allerdings nicht nur in Deutschland, sondern auch in anderen Ländern, wie den Vereinigten Staaten von Amerika, Taiwan, Großbritannien, Österreich, Dänemark und Italien (Jetty et al. 2021; Ruhaltinger 2021). Die Zentralisierung ist dabei sowohl in Deutschland als auch international nicht nur innerhalb einzelner Fachgruppen zu beobachten (Jetty et al. 2021; Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung

2015). Es schließen sich nicht nur Fachärzt\*innen derselben Kategorie zu einer gemeinsamen Berufsausübung zusammen, sondern es bilden sich auch multidisziplinäre und fachgruppenübergreifende Praxen (Tikkanen et al. 2020)

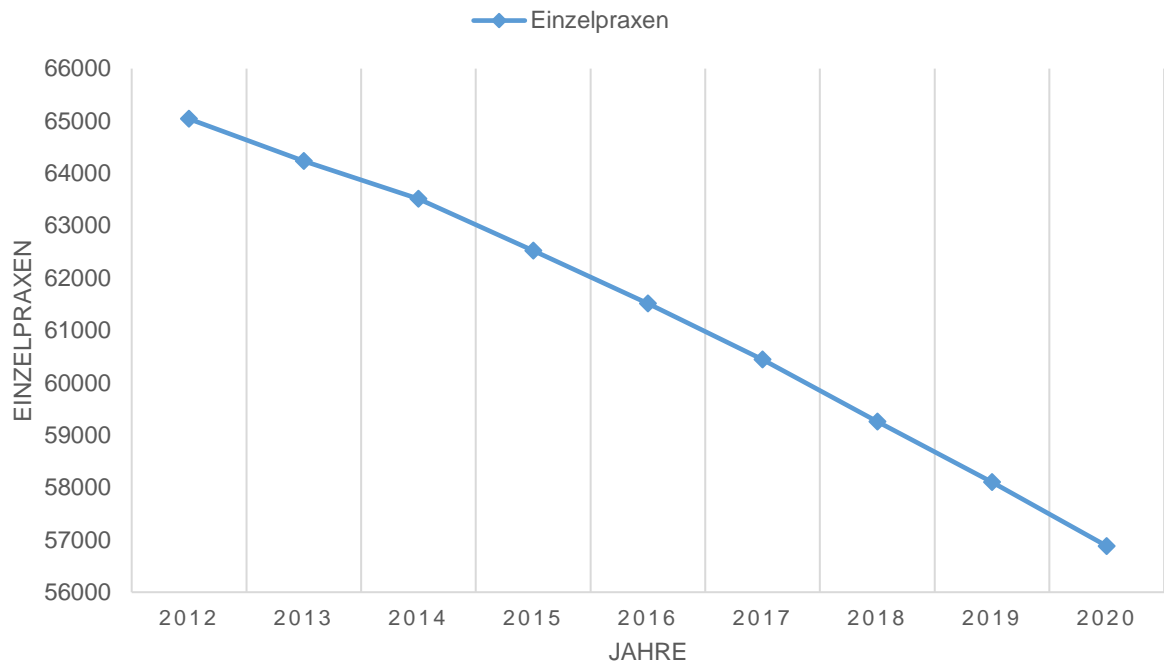


Abbildung 1: Entwicklung der Einzelpraxen in Deutschland 2012 bis 2020 (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2022).

Die traditionell weitverbreitete Einzelpraxis von Ärzt\*innen befindet sich im Vergleich mit anderen gemeinschaftlichen Berufsausübungsformen auf dem Rückzug, wenn man die Entwicklung der letzten zehn Jahre betrachtet. Im Zeitraum von 2012 bis 2020 lässt sich eine Abnahme von 8.157 Einzelpraxen verzeichnen, was in etwa 12,5 % entspricht (siehe Abbildung 1). Eine Trendumkehr kann hinsichtlich dieser konstanten Entwicklung nicht erwartet werden.

In dieser Zeitspanne haben insbesondere die Anstellungen und die gemeinschaftlichen Berufsausübungsformen zugenommen, wie es in der Abbildung 2 dargestellt wird. Der Anteil der angestellten Ärzt\*innen stieg im Zeitraum von 10 Jahren von ca. 12 % (2012) auf ca. 25 % (2021). Der Anteil der Ärzt\*innen, die in Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) tätig sind, stieg im selben Zeitraum um 5,7 % (54.492

Ärzt\*innen 2021) und sogar um 125,7 % bei den Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) (25.647 Ärzt\*innen 2021). Die Anzahl der Ärzt\*innen, die in Einzelpraxen tätig sind, nahm zwar ebenfalls um 8 % zu, was aber im Vergleich mit zu anderen Berufsausübungsformen unterproportional ist. Diese Zunahme lässt sich damit begründen, dass die absolute Anzahl der Ärzt\*innen im ambulanten Sektor seit 2012 von 159.993 auf 183.336 gestiegen ist. Der relative Anteil der Einzelpraxen nimmt zwar weiterhin mit 54,02 % die dominante Position ein, was aber zunehmend aufgeweicht wird (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2021).

Im Jahr 2021 waren rund 46 % aller Ärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen in der vertragsärztlichen Versorgung in kooperativen Strukturen tätig, während es 2012 nur 41 % waren (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2021).

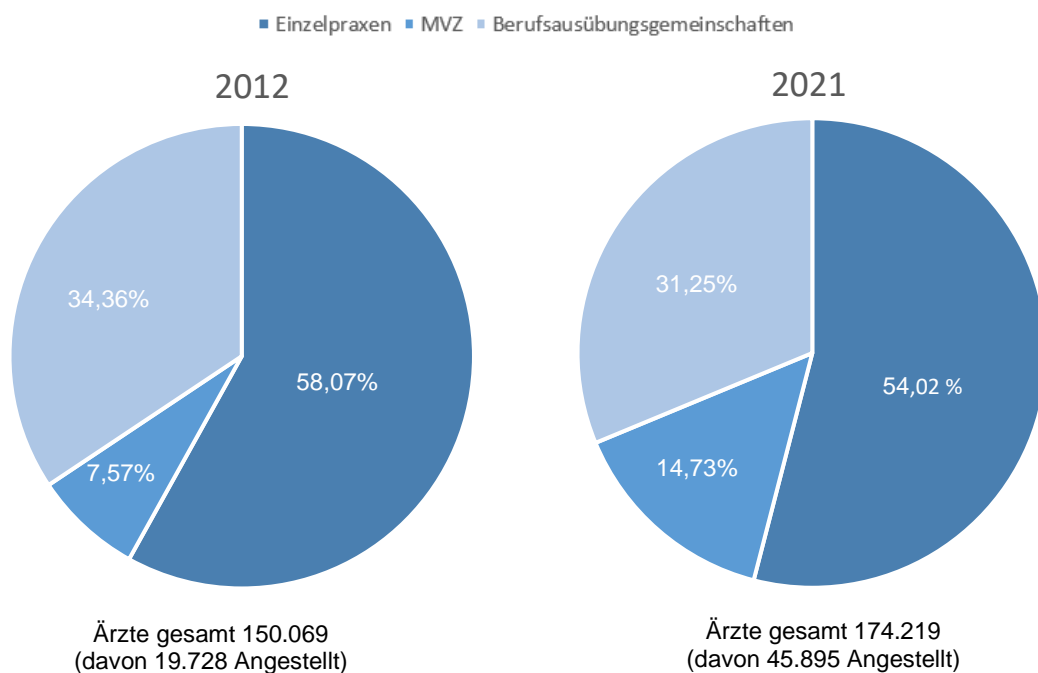


Abbildung 2: Anteile der Ärzt\*innen mit Kassenzulassung in Deutschland nach der Tätigkeit in Berufsausübungsformen 2012/2021 (Eigene Abbildung nach Daten der Kassenärztliche Bundesvereinigung 2022).

## 1.4 Herausforderungen der Versorgung

Der strukturelle Wandel in der Versorgungsstruktur des ambulanten Sektors verweist auf eine veränderte Erwartungshaltung der Ärzt\*innen und insbesondere der kommenden Ärztegenerationen in der Form der Medizinstudierenden hin (Gibis et al. 2012; Zimprich 2010; Jacob und Kopp 2022).

Der Wunsch nach mehr Flexibilität, weniger Organisationsaufgaben und ein verstärkter Fokus auf eine bessere Work-Life-Balance sowie wirtschaftliche Risikowahrnehmungen sind wesentliche Treiber dieser Entwicklung.

Die Trends, die in der Gesellschaft und anderen Branchen beobachtet werden können und die gesamtgesellschaftlichen Erwartungen an die Rolle der Arbeit prägen, zeigen sich auch in der Ärzteschaft (Gibis et al. 2012; Kaucher et al. 2015; Steinhäuser et al. 2011; Götz et al. 2011; Zimprich 2010). Insofern erscheint die Verschiebung des Verhältnisses von selbstständig tätigen Ärzt\*innen hin zu Angestellten in größeren Praxen als nachvollziehbar.

Darüber hinaus steigt auch der Anteil von Teilzeitkräften in der Ärzteschaft (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2018; Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung 2017). Die Anzahl der Ärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen in der vertragsärztlichen Versorgung ist in den vergangenen zehn Jahren kontinuierlich gestiegen (siehe Abbildung 2). Der Anteil der Ärzt\*innen in Teilzeit (halber Versorgungsauftrag oder Anstellung bis zu 30 Stunden pro Woche) ist seit 2012 von 10 % (2012) auf etwa 31 % (2021) gestiegen.

Gewichtet nach dem Teilnahmeumfang ist die Steigerung nach Köpfen daher insgesamt deutlich größer als der Anstieg der Versorgung. Damit konnte in der Versorgung trotz steigender Kopffzahlen sogar ein leichter Rückgang der Zahl der Vollzeit-äquivalente (FTE) festgestellt werden, was zu einem Mangel von Ärzt\*innen im System geführt hat (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2018). Allerdings praktizierten in Deutschland nie mehr Ärzt\*innen als jetzt und dennoch besteht ein großer Bedarf an mehr ärztlicher Leistung im Sinne des Versorgungsumfangs (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2018).

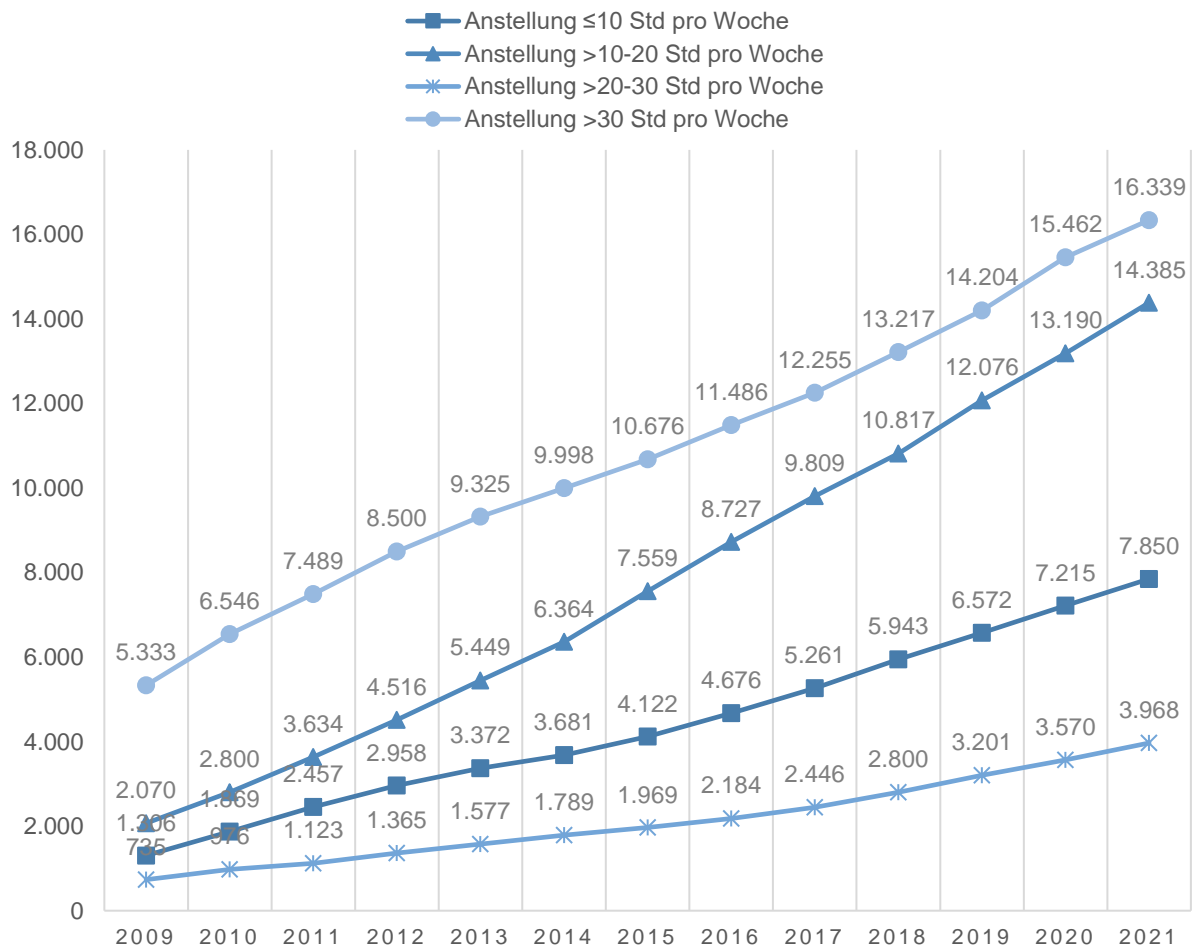


Abbildung 3: Teilnahmeumfang Angestellte zwischen 2009-2021 (Eigene Abbildung nach Daten der Kassenärztliche Bundesvereinigung 2022).

Um den Anforderungen an den Versorgungsumfang gerecht zu werden, wären noch mehr Ärzt\*innen erforderlich. Demgegenüber könnte auch die Erbringung eines größeren Arbeitsumfangs in der bestehenden Ärzteschaft zu einer Erhöhung des Versorgungsumfangs beitragen, was vor dem Hintergrund der konstanten Entwicklung der vergangenen Jahre allerdings als unwahrscheinlich erscheint (siehe Abbildung 3).

Diese Umwandlungsprozesse hin zu mehr Anstellung, Teilzeittätigkeit und der damit verbundenen Zentralisierung werden sich erwartungsgemäß fortsetzen, verstärkt durch die prognostizierte Änderung der demografischen Entwicklung der Ärzteschaft.

In Deutschland wird ein Ausscheiden von bis zu einem Drittel der Ärzt\*innen in den nächsten zehn Jahren erwartet, was zu 11.000 unbesetzten Arztstellen führen wird (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung 2015; Feller und Hoffmanns 2021). Die nachrückende Generation der Ärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen wird, wie es verdeutlicht wurde, eine andere Erwartungshaltung mitbringen und die Arbeitswelten der Ärzteschaft entsprechend ausgestalten.

Die Zentralisierung zeigt sich auch in der räumlichen Verteilung von Ärzt\*innen mit einem Gefälle zwischen urbanem und ländlichem Raum. Die Ärzt\*innen bevorzugen die Ausübung ihrer Tätigkeit in Städten und im stadtnahen Umfeld (Ono et al. 2014). Gemeinschaftspraxen bieten dabei das, was Ärzt\*innen zunehmend im beruflichen Umfeld suchen, wodurch deren kontinuierliche Zunahme erklärt werden kann.

## 1.5 Potentiale der zentralisierten Berufsausübung

Entstehende Großpraxen haben Potentiale auf der systemischen Seite. Aus ärztlicher Sicht positiv zu bewerten ist die Minimierung der individuellen Wahrnehmung eines unternehmerischen Risikos. Das Risiko wird unter den Ärzt\*innen verteilt oder gleich vollständig an den Arbeitgeber ausgelagert, wenn die Ärzt\*innen in Anstellung tätig sind. Dabei wird bewusst von einer Minimierung der Risikowahrnehmung gesprochen, da das reale Risiko einer finanziell oder operativ prekären Situation von Arztpraxen als sehr gering erscheint. Beispielhaft sei hier darauf verwiesen, dass von 24.184 allgemeinärztlichen Praxen im Jahr 2019 nur 11 ein Insolvenzverfahren eröffnet haben, was einem Prozentsatz von 0,0004 % entspricht (Statistisches Bundesamt 2022; Statista 2021).

Größere Praxen ermöglichen außerdem flexiblere Arbeitszeiten und eine stärkere Ausrichtung auf die medizinische Tätigkeit, wodurch mehr Zeit für die Ausübung der Medizin bleibt und Ärzt\*innen Raum für Spezialisierung und (inter-)fachlichen Austausch unter Kolleg\*innen und Mitarbeiter\*innen innerhalb derselben Einrichtung gegeben wird (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009). Im Vergleich mit einer Einzelpraxis ist dabei auch eine bessere Vereinbarkeit mit der Work-Life-Balance möglich (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009).

Operativ bietet eine Kooperation in einer größeren Praxis auch Vorteile bei der gemeinsamen Verwaltung und Organisation, was nicht zuletzt zu Effektivitäts- und Effizienzsteigerungen führen kann. Beispielhaft können auch Preisvorteile bei der Beschaffung von Material angeführt werden, die durch größere Abnahmemengen er-

zielt werden können. Durch den Vergleich der Praxisaufwendungen konnte ein Vorteil beim Aufwendungsanteil verzeichnet werden. Einzelpraxen hatten im Vergleich mit Gemeinschaftspraxen (durchschnittlich 50,1 % in 2007) systematisch höhere Ausgaben relativ zu den Praxiseinnahmen (durchschnittlich 53,4 % 2007) (Taubmann und Harrer). Dabei sind Skalenvorteile möglich, die für kleinere Praxen in dieser Art und Weise nicht zugänglich sind.

### **1.6 Herausforderungen der zentralisierten Berufsausübung**

Neben Vorteilen von größeren Praxen führen sie auch zu neuen und bisher unbekannteren Herausforderungen, die gelöst werden müssen, damit die Ärzteschaft die Vorteile nutzen und einen erfolgreichen Betrieb auch konkret sichern kann.

Durch den Zusammenschluss von Ärzt\*innen bei der Berufsausübung nimmt nicht nur die Anzahl der Ärzt\*innen zu, sondern auch die Größe der gesamten Organisation. Auch das unterstützende Personal einer Arztpraxis in der Form von MFA, medizinisch-technischen Assistent\*innen (MTA) und anderweitigem Personal nimmt erwartbar mit der Arzttanzahl zu, wenn auch tendenziell eher unterproportional, so dass größere Praxen relativ zur Zahl der Patient\*innen weniger Personal haben (van den Hombergh et al. 2005; Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung 2015). Eine insgesamt größere Praxis setzt auch eine Anpassung von bekannten und etablierten Praxismanagement-Routinen voraus, um die Potenziale dieses Systems nutzen und den neuen Anforderungen der Großpraxen gerecht werden zu können. Ohne den Managementbedarf von größeren Praxen zu berücksichtigen, können die von den Ärzt\*innen gewünschten positiven Aspekte, die zur Entstehung einer größeren Praxis geführt haben, nicht realisiert werden.

Um diesem neuen Bedarf zu entsprechen, ist ein spezielles Wissen erforderlich, da die Größe der Entitäten für den ambulanten Sektor in diesem Ausmaß eine neue Erscheinung ist (Schrickler und Steinhäuser 2020).

Ärzt\*innen könnten diese neuen Führungs- und Organisationsaufgaben selbst übernehmen, wie sie es bisher üblicherweise in der ambulanten Versorgung getan haben. Ärzt\*innen sind als solche aber nicht darauf vorbereitet, größere Unternehmungen zu organisieren, da ihre Ausbildung typischerweise auf ein komplexes medizinisches Wissen ausgerichtet ist (Schöffski et al. 2004; Damiani et al. 2013; Pope und Burge 1996).

In diesem Kontext sind kompetenzbasierte Rahmenwerke wie die Canadian Medical Education Directives For Specialists (CanMEDS-Framework) zu nennen, die weltweit in der Aus- und Weiterbildung eingesetzt werden und ebenfalls Management- und Organisationsthemen einbeziehen (Frank et al. 2015). Das CanMEDS-Rahmenwerk identifiziert und beschreibt die Fähigkeiten, die Ärzt\*innen benötigen, um die (Gesundheits-)Bedürfnisse der Menschen, effektiv erfüllen zu können.

Diese Fähigkeiten werden thematisch sieben Rollen zugeordnet. Ein\*e kompetent\*e Ärzt\*in sollte dabei über die Kompetenzen aller sieben CanMEDS-Rollen verfügen. Dabei geht es um die medizinische Expert\*in, die Kommunikator\*in, die Kollaborateur\*in, die Manager\*in, die Gesundheitsadvokat\*in, die Lehrende und die Lernende sowie die professionelle Arzt\*in (Frank et al. 2015).

In Deutschland wurden die Elemente dieses Rahmenwerks bereits vor zehn Jahren eingeführt, allerdings in unterschiedlicher Ausprägung und Tiefe. Beispielsweise wurde ausgehend von dem CanMEDS-Framework und durch internationale Vergleiche mit anderen Medizinlehrplänen eine erste kompetenzbasierte Testversion für

ein angepasstes Deutsches Medizinstudium für die Allgemeinmedizin aufgestellt. (Steinhaeuser et al. 2013) Der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin (NKLM) in seiner Fassung 2.0 berücksichtigt ebenfalls mehrere übergeordnete Kompetenzprofile, von denen einer Führung und Management ist. In diesem werden ebenfalls wie bei den CanMEDS Aspekte des Managements als relevante Studieninhalte definiert (Medizinischer Fakultätentag 2022).

Parallel zeigt sich auch das Interesse an Zusatzqualifikationen, wie dem Master of Business Administration (MBA), um blinde Flecken in der medizinischen Ausbildung schließen zu können. Das ist ein Hinweis darauf, dass der Bedarf für Management-Wissen auch bei Ärzt\*innen so stark ist, dass sie sich in manchen Fällen auch separat weiterbilden (Beiko et al. 2018; Desai et al. 2009).

Trotz dieser Entwicklungen und der Nutzung des CanMEDS-Framework und NKLM ist davon auszugehen, dass die heutige Ärzteschaft vergleichsweise unvorbereitet auf die Niederlassung an sich (Barth et al. 2017; Merk und Merk 2018) und besonders die Führungsaufgaben von größeren Praxen ist. Das ist allein deshalb anzunehmen, da die Vermittlung der Komplexität der Humanmedizin in einem ohnehin bereits sehr langen Medizinstudium den Hauptfokus bildet.

Dabei stellt sich die Frage, wer die Praxismanagement-Aufgaben übernehmen kann, die unweigerlich für eine funktionierende und nachhaltige Organisation von größeren Praxen adressiert werden müssen. Wenn es nicht automatisch die Ärzt\*innen sind, wie in den klassischen Einzelpraxen, bei denen sich neben der Art und dem Umfang auch der Anspruch der Tätigkeit erhöht, dann geht es um eine eigenständige und spezialisierte Rolle, deren Vertreter über Zeit, Wissen und Kompetenzen zum Bereich der Praxismanagement-Aufgaben verfügen und dadurch den

Ärzt\*innen durch Entlastungen einen Mehrwert bieten können. Die Einrichtung eines dezidierten Aufgabenbereichs für eine\*n Praxismanager\*in, die\*der sich um die organisatorischen Aufgaben in einer großen Praxis kümmern kann, erscheint daher vor dem Hintergrund der sich entwickelnden Praxisgrößen und der neuen Herausforderungen als ein möglicher Lösungsweg, damit sich die Ärzt\*innen stärker auf die ärztliche Tätigkeit konzentrieren können.

### **1.7 Stand der Forschung zum Praxismanagement**

Praxismanagement erlangt vor dem Hintergrund der sich verändernden Angebotsstrukturen, wie es aufgezeigt wurde, an Bedeutung. In diesem Zusammenhang sind das Verfügen über Wissen im Bereich des Praxismanagements und vor allem die Rolle des\*der Praxismanagers\*in vergleichsweise neu und befinden sich vermutlich in einer zunehmenden Verstetigung.

Der Umstand der Neuartigkeit zeigt sich auch darin, dass das Thema Praxismanagement ein bislang wenig betrachteter Themenkomplex ist.

Im deutschen Kontext gibt es Arbeiten, die als Inhalte für Ärzt\*innen verstanden werden können, um ein geeignetes Wissen für diesen Bereich aufzubauen (Thill 2020; Matthias 2015). Dabei wird aber nicht explizit auf die erweiterten Herausforderungen von größeren Praxen eingegangen, sondern die Inhalte werden als allgemeine Hinführung zu den Managementaufgaben einer jeden Praxis verstanden. Auch die Zielgruppe des nichtärztlichen Personals als potentiell Delegationsojekt für Managementaufgaben findet sich dabei ebenfalls (Schwäbe 2003).

Bei den Inhalten geht es häufig um gesetzliche Pflichten der Dokumentation und die bürokratischen Anforderungen, die eine Praxis erfüllen muss. Erhebungen über die

Auswirkungen und Konfigurationen von Praxismanagement in Einzelpraxen und vor allem in größeren Praxen gibt es bisher nicht.

Den sich entwickelnden Anforderungen an das Management in zunehmend größeren Praxen der letzten zehn Jahre wird also nur bedingt Rechnung getragen, während die sich verändernde Motivlage der Ärzteschaft und die Auswirkungen auf die Versorgung gut dokumentiert wurden (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung 2017, 2015; Steinhäuser et al. 2011; Stock et al. 2015; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2018; Kaucher et al. 2015; Kassenärztliche Bundesvereinigung 2022, 2021; Gibis et al. 2012).

In diesem Zusammenhang ist eine Erhebung von Erwartungen, Wahrnehmungen und Anforderungen der Ärzteschaft an das Praxismanagement und Praxismanager\*innen ein wichtiger Beitrag für ein wachsendes Anforderungsfeld größerer Praxen, das bisher in dieser Form nicht bearbeitet wurde.

## **1.8 Forschungsfrage**

Vor dem Hintergrund des unterschiedlichen Ausbildungsangebots, der definitiven Unklarheit der Rolle des\*r Praxismanagers\*in und der damit verbundenen relativen Fluidität der Aufgabenabgrenzung, besteht das Ziel der vorliegenden Dissertation darin, die Wahrnehmung der Ärzteschaft hinsichtlich des Praxismanagement und der Rolle des/der Praxismanagers\*in zu erfassen. Dabei sollen vor allem bestehende Qualifikationswünsche, relevante und delegierbare Aufgaben und organisatorische Konfigurationen von Praxismanager\*innen identifiziert werden.

Es ergeben sich für die vorliegende Dissertation die folgenden Fragestellungen:

1. Was sind nötige Qualifikationen und Ausbildungshintergründe für eine\*n Praxismanager\*in aus ärztlicher Sicht?
2. Welches Aufgabenspektrum wird aus ärztlicher Sicht für die Delegation an eine\*n Praxismanager\*in in Betracht gezogen und welche Aufgaben werden als weniger delegationsfähig wahrgenommen?
3. Welche Organisationsmerkmale qualifizieren aus ärztlicher Sicht eine Praxis für die Beschäftigung eines\*r Praxismanager\*in?
4. Welche Auswirkungen haben die Praxisgröße und die Gebietsausrichtung auf die Wahrnehmung der Ärzteschaft hinsichtlich der Bewertung der Qualifikationen, der Aufgaben und Organisationsmerkmale eines\*r Praxismanager\*in?

## **2 Methodik**

### **2.1 Allgemeines Vorgehen und Zielgruppe**

Für die Meinungserhebung bei der Ärzteschaft über das Praxismanagement sowie für die Erhebung der Anforderungen an eine\*n Praxismanager\*in wurde eine strukturierte und anonyme Onlinebefragung durchgeführt.

Die Befragung wurde unter allen Ärzt\*innen in großen Praxen in Baden-Württemberg durchgeführt, um ein möglichst detailliertes Meinungsbild der Ärzteschaft hinsichtlich der Relevanz und der Eingliederung von Praxismanager\*innen in die Praxis zu ermöglichen. Ärzt\*innen in großen Praxen wurden als Ziel ausgewählt, weil dort ein höherer Bedarf an Praxismanager\*innen besteht. Große Praxen sind im Rahmen der vorliegenden Arbeit Praxen mit Größen von mindestens drei Ärzt\*innen.

Das genaue Vorgehen, die Herleitung, der Ablauf der Befragung und das Vorgehen bei der Auswertung werden im Folgenden genauer beschrieben und begründet.

### **2.2 Fragebogendesign und Umsetzung**

Die Erhebung des Meinungsbildes der Ärzteschaft zum Praxismanagement und Praxismanager\*innen wurde im Rahmen einer quantitativen Querschnittsstudie durchgeführt, wobei ein strukturierter Fragebogen mit geschlossenen Fragen verwendet wurde. Dabei wurde allerdings auch die Möglichkeit einer Freitextäußerung für eine weitere Kommunikation genutzt, um ausreichend Gelegenheit für eine weitere Meinungsäußerung zu geben, die über die vordefinierten Fragen hinausgeht.

### **2.2.1 Vorbereitung und Erstellung**

Die vorliegende Arbeit bezieht sich auf qualitative Vorarbeiten, sodass das Erschließen eines Meinungsbilds einer größeren Anzahl von Ärzt\*innen zur Wahrnehmung von vorher identifizierten Kategorien und eine weitere repräsentative Charakterisierung im Vergleich mit einer offenen Exploration im Vordergrund standen. Dadurch sollen eine Gewichtung der vorherigen Arbeiten und der darin konstatierten Annahmen und eine Bewertung ermöglicht werden (Schumann 2018).

Die Vorarbeiten für die Konzipierung in der Befragung hinsichtlich der Themen und Schwerpunkte des Fragebogens werden im Folgenden erläutert.

Zum einen wurde auf qualitative Interviews mit Ärzt\*innen zurückgegriffen, die sich mit relevanten Themen des Praxismanagements und der Rolle eines\*r Praxismanager\*in beschäftigt haben, um Themen herauszufinden, die in den Aussagen der interviewten Ärzt\*innen häufiger vorkamen und damit entsprechend präzise Themen für die Ärzt\*innen darstellen (Weinmayr et al. 2020).

Darüber hinaus wurden Erkenntnisse aus einer Arbeit genutzt, die durch Expert\*innen eine inhaltliche Kategorisierung und Priorisierung von Praxismanagement-Kenntnissen für eine Vermittlung an Ärzt\*innen entwickelt hat, um Themen zu erschließen und abzugleichen (Kohlhaas et al. 2018).

Ebenso wurde eine eigene vergleichende Arbeit des Autors herangezogen, in der die Qualifizierungsmöglichkeiten von Praxismanager\*innen in drei verschiedenen Ländern durch eine umfassenden Internetrecherche untersucht wurden. Dabei wurde Ausbildungsmöglichkeiten von Praxismager\*innen in Deutschland, der

Schweiz und Großbritannien systematisiert und miteinander verglichen (Schrickler und Steinhäuser 2020).

Hinsichtlich der internationalen Entwicklung einer Zentralisierung von Praxen (Tikkanen et al. 2020; Jetty et al. 2021) war ein Vergleich der Ausbildungen im Bereich des Praxismanagements und der entsprechenden Kompetenzprofile ein Ausgangspunkt, um diese neue Rolle greifbarer zu machen und potenzielle Inhalte und Profile besser verstehen zu können, die dann für die Befragung genutzt werden konnten.

Die Schweiz hat in diesem Umfeld die definitorische Unschärfe des\*r Praxismanagers\*in dadurch überwunden, indem eine Standardisierung der Praxismanagement-Ausbildung umgesetzt wurde. Der spezifische, staatlich anerkannte Ausbildungsberuf, für den von akkreditierten Ausbildungseinrichtungen eine Ausbildung angeboten wird, ist der\*die Praxiskoordinator\*in in praxisleitender Position. (Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation 2018)

Der Abschluss bezieht sich dabei auf den Erwerb der Kompetenz, eine Arztpraxis im Schweizer Gesundheitssystem führen zu können. Das Ziel der Ausbildung besteht darin, in drei Jahren medizinischen Praxisassistent\*innen eine explizite Vorbereitung auf die Arbeit als Teamleitung in einer Gruppenpraxis zu vermitteln. Inhaltlich beziehen sich die Kompetenzen auf die folgenden Bereiche: Praxisabläufe; Personalführung, Qualitätsmanagement, Rechnungswesen, EDV-Kompetenzen und chronische Versorgung (Schmidlin 2022).

In Großbritannien gibt es ebenfalls im Unterschied zu Deutschland mehr definitorische Klarheit zu dieser Rolle durch ein staatlich anerkanntes Ausbildungsangebot zum\*r Praxismanager\*in. Die Landesvertretung der medizinischen Administrator\*innen (Association of Medical Secretaries, Practice Managers, Administrators

and Receptionists - AMSPAR) bildet als Erstausbildung oder in einer weiterführenden Aufbauausbildung in den Bereichen des operativen Managements, der Führung und Kommunikation, der Finanzen, des Projektmanagements und der Beziehungsbildung aus. Medizinische Inhalte wurden in diese Ausbildung nicht integriert. Die offiziellen Ausbildungen innerhalb des „National Qualification Frameworks“ im Bereich Praxismanagement vergeben die Titel „Medical Administrator“ oder „Primary Care & Health Management“ (Association of Medical Secretaries, Practice Managers, Administrators and Receptionists 2022).

Darüber hinaus gibt es mehrere nicht akkreditierte Träger, die Zertifikatsausbildungen anbieten. Diese Kurse sind in ihren Inhalten den Ausbildungen nachempfunden. In diesem Sinne sind die Inhalte zwischen den Zertifikatskursen und den Ausbildungen ähnlich (National Health Service 2015a).

Die Ausbildungsinhalte im Bereich des Praxismanagements überlappen sich zwischen der Schweiz, Großbritannien und auch Deutschland, trotz der hier bisher weitgehend fehlenden Standardisierung. (Schrickler und Steinhäuser 2020).

Die in Deutschland aufkommenden und noch jungen Studiengänge, in denen Wissen im Bereich des Praxismanagements vermittelt wird, sind erste Ansätze dafür, ein tragfähiges Gerüst für das im Aufbau befindliche Berufsbild des\*r Praxismanagers\*in aufzubauen. Auch neue Ausbildungsberufe, wie die\*der Versorgungsassistent\*in in der Hausarztpraxis (VERAH), tragen der gemeinschaftlichen Berufsausübung und dem entstehenden Managementbedarf Rechnung (Institut für hausärztliche Fortbildung im deutschen Hausärzterverband e.V. 2022).

Die Präsenz des Spektrums von Ausbildungsangeboten und Inhalten kann allerdings als ein Hinweis auf einen Bedarf von Praxismanagement verstanden werden.

Daher wurden die vermittelten Kompetenzprofile in der Ausbildungslandschaft, die international starke Gemeinsamkeiten aufweisen, für die abzufragenden Kompetenzen des Fragebogens herangezogen.

Neben den genannten Vorarbeiten wurde auch die Vorerfahrung des Forschungsteams in die initiale Erstellung des Fragebogens einbezogen. In einem Bezug auf die Forschungsgruppe wurden dabei auch die Erfahrungen eines Allgemein- arzt (JS) und eines ehemaligen „Referenten zur strategischen Sicherstellung“ (Autor der Arbeit) der Kassenärztlichen Vereinigung von Baden-Württemberg für die Konzeption des Fragebogens verwertet.

Nach der initialen Erstellung des Fragebogens anhand der Erfahrungen und der wissenschaftlichen Vorarbeiten wurde innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigung von Baden-Württemberg und im Institut für Allgemeinmedizin in Lübeck über einen Think-Aloud-Prozess eine Pilotierung durchgeführt (Charters 2003). Dabei wurden sowohl die vorhandenen Fragen inhaltlich überprüft als auch weitere Themen identifiziert, die gegebenenfalls noch nicht in der Konzeption enthalten waren. Diese Methode wurde eingesetzt, um bei der Durchsicht des Fragebogens eine Verbalisierung von gedanklichen Prozessen zu ermöglichen und zu verdeutlichen. Die Testnutzer\*innen des Fragebogens konnten dabei ausdrücken, wie sie die Formulierungen und abgefragten Inhalte aufnahmen und welche Überlegungen innerlich vollzogen wurden. Die freie Exploration und Offenheit der Methode ermöglichten einen generellen Eindruck. In einem Bezug darauf wurde der Fragebogen hinsichtlich der erhaltenen Rückmeldungen zum Verständnis und zur Vollständigkeit des initialen Fragebogens teilweise angepasst.

An diesem Prozess waren insgesamt sechs Personen beteiligt, die in den einzelnen Sitzungen zum Fragebogen Stellung nehmen konnten. Dabei handelte es sich um zwei Allgemeinmediziner und vier leitende Mitarbeiter\*innen der Kassenärztlichen Vereinigung von Baden-Württemberg (eine Teamleiterin, ein Sachgebietsleiter, zwei Bereichsleiter).

Ärzt\*innen und Mitglieder\*innen der Kassenärztlichen Vereinigung wurden herangezogen, um ein möglichst breites Spektrum von Erfahrungswerten einbeziehen zu können. Die direkte ärztliche Perspektive war wichtig, da sie mit den Interessen und Standpunkten der zu befragenden Population unmittelbar vertraut sind. Die Standesvertreter\*innen der Kassenärzte konnten dagegen durch den langjährigen Austausch mit Ärzt\*innen auf einer persönlichen Einzelfallebene, aber auch in einer berufspolitischen Dimension, Erfahrungswerte aus einer externen Sichtweise aufbauen und dabei auch gesundheitspolitische und strukturelle Aspekte in die Bewertung einbeziehen. Diese Erfahrung bezieht sich vor allem auf ein genaueres Verständnis der allgemeinen Entwicklungen im ambulanten Bereich und ständige Interaktionen mit verschiedenen Praxen und Ärzt\*innen zu organisatorischen Anforderungen, rechtlichen Themen, Personalfragen und Abrechnungsprozessen.

Das Resultat war ein anonymer Fragebogen mit insgesamt 34 Items (siehe Anhang). Dabei wurde für eine feingranulare Erfassung der Antworten neben wenigen geschlossenen, mit ja oder nein zu beantwortenden Fragen und Multiple-Choice-Fragen, überwiegend Fragen verwendet, die auf einer Sechspunkte-Likert-Skala zu beantworten waren. Die Likert-Skala ohne einen neutralen Mittelwert wurde deshalb gewählt, da davon ausgegangen wurde, dass die Meinungen zum Themenkomplex des Praxismanagements noch nicht so gefestigt sind, weil das Thema als solches

noch vergleichsweise neu ist (Chyung et al. 2017; Willits et al. 2016). Für die Auswertbarkeit und Kategorisierung wurden auch demografische und strukturelle Faktoren zur Person und zur Praxis erfasst.

Grundlegend wurde der Fragebogen in drei größere Themenkomplexe unterteilt. Erstens wurde danach gefragt, welche Personen und welcher Ausbildungshintergrund für die Rolle eines\*r Praxismanagers\*in als wichtig eingeschätzt werden. Zweitens wurden mögliche Aufgaben für eine\*n Praxismanager\*in zur Bewertung gestellt. Drittens wurden Fragen zu organisatorischen Anforderungen und Voraussetzungen erfragt, wie etwa zu Mindestgrößen von Patienten oder Lohnvorstellungen.

### **2.2.2 Teilnehmer\*innen**

Da die Zentralisierung im Gesundheitswesen sich nicht auf einzelne Arztgruppen beschränkt, sondern disziplinübergreifend erfolgt und entsprechend zunimmt, wurde keine Einschränkung auf der Facharzzebene vorgenommen. Das Thema des Praxismanagements ist potenziell für alle Gebietsausrichtungen innerhalb der ambulant tätigen Ärzteschaft relevant und insbesondere auch dort, wo Praxen möglicherweise mehrere unterschiedliche Fachärzte\*innen in einer Praxis vereinen. Eine Vorauswahl und damit auch eine vorläufige Einschränkung des Teilnehmerkreises erschien vor diesem Hintergrund als nicht zielführend.

Da das Thema des Praxismanagements wesentlich mit der Zentralisierung und der Bildung von größeren Entitäten im ambulanten Bereich zusammenhängt, wurden größere Praxen als das Ziel für die Befragung identifiziert.

Größere Praxen wurden innerhalb der vorliegenden Arbeit als Praxen definiert, in denen drei oder mehr Ärzt\*innen in einer Berufsausübung zusammenarbeiten. Bei der Festlegung einer Anzahl von drei oder mehr Ärzt\*innen wurde davon ausgegangen, dass die Akkumulation von drei oder mehr Ärzt\*innen die Praxisgröße mit dem weiteren Personal bereits so ansteigen lässt, dass weitere Formen von Teamsteuerung und Koordination nötig werden und auch bilaterale Abstimmungen zwischen den Ärzt\*innen nicht mehr ausreichend sind für die Praxisführung.

Die Rechtsformen, die in der deutschen ambulanten Versorgung als vorhandene Kooperationsformen zur Verfügung stehen, wurden bei der Eingrenzung der Teilnehmenden bewusst offengehalten. Deshalb war es unerheblich, ob die Praxen ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ), eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) oder eine andere Form der Praktizierung gewählt hatten.

Außerdem wurde auch nicht zwischen selbstständigen und angestellten Ärzt\*innen unterschieden, da davon ausgegangen wurde, dass auch angestellte Ärzt\*innen als ein Teil der Organisation mit Praxismanagern\*innen und Themen der Praxisorganisation vertraut sind und eventuell auch betraut werden. Ein Meinungsbild zum Thema Praxismanagement und Praxismanager\*innen kann sich insofern unabhängig vom Arbeitgeber- oder Arbeitnehmerstatus bilden.

Insgesamt wurden also für die Befragung alle Fachärzt\*innen in Praxen mit mindestens drei Ärzt\*innen unabhängig von der Rechtsform der Praxis als Grundgesamtheit herangezogen.

### **2.2.3 Ethik**

Bereits während der Konzeption des Fragebogens wurde am 03.09.2020 eine Anfrage hinsichtlich der Notwendigkeit eines Ethikantrags bei der Ethikkommission der Ärztekammer von Baden-Württemberg gestellt. Durch die im Rahmen der Promotion konzipierte Erhebung als anonymer Fragebogen ohne die Möglichkeit von Rückschlüssen auf die Identität einzelner Teilnehmer\*innen erteilte die Ärztekammer Baden-Württemberg am 10.09.2020 (Schreiben siehe Anhang) die Auskunft, dass kein formaler Ethikantrag und keine Beratung der Ethikkommission der Ärztekammer von Baden-Württemberg für die Durchführung der Befragung erforderlich sind.

### **2.2.4 Durchführung**

Die Kontaktdaten der Ärzt\*innen der Grundgesamtheit hinsichtlich eines Versands der Fragebögen wurden von der Kassenärztlichen Vereinigung von Baden-Württemberg bezogen, der alle Vertragsärzt\*innen im ambulanten Bereich angehören. Der Datensatz umfasst somit alle Ärzt\*innen des Bundeslandes, die die Kriterien für eine Tätigkeit in einer Praxis mit mehr als drei Ärzt\*innen erfüllen. Von rund 21.000 Ärzt\*innen in Baden-Württemberg erfüllten 4.465 Ärzt\*innen dieses Kriterium. Da die Befragung aus praktischen Gründen als Onlinebefragung durchgeführt werden sollte, war die Hinterlegung einer E-Mail-Adresse eine operative Vorbedingung für die Teilnahme. Von den 4.465 Ärzt\*innen hinterlegten 3.456 Ärzt\*innen eine E-Mail-Adresse, die für den Versand von Befragungen genutzt werden konnte.

Der Erstkontakt mit den Ärzt\*innen erfolgte am 8.2.2021 per E-Mail durch die Kassenärztliche Vereinigung von Baden-Württemberg. In zwei separaten Erinnerungen

wurde im Abstand von je zwei Wochen erneut auf die Teilnahmemöglichkeit hingewiesen. Die erste Erinnerung erfolgte am 22.2.2021, gefolgt von der zweiten und letzten Erinnerung am 8.3.2021. Die Erinnerungen wurden ungefiltert an alle 3.456 Ärzt\*innen verschickt, da durch den anonymen Charakter der Befragung kein Rückschluss auf eine bereits erfolgte Teilnahme möglich war.

## **2.3 Statistische Auswertung**

Das Ziel der Befragung bestand darin, ein Bild der Meinungen zu den gewünschten Qualifikationen, Aufgaben und Organisationsmerkmalen von Praxismanagern\*innen abzuleiten. Deshalb stand die Deskription der Daten im Fokus der Analyse, um das erschlossene Meinungsbild auszudifferenzieren. Darüber hinaus wurden auch Regressionsanalysen durchgeführt, um die Zusammenhänge zwischen den Variablen zu testen und die jeweilige Ausprägung zu bestimmen.

### **2.3.1 Deskriptive Statistik**

Die deskriptive Statistik wurde eingesetzt, um die allgemeine Häufigkeit bestimmter gewünschter Qualifikationen zu untersuchen, die an die Rolle des\*r Praxismanagers\*in delegiert wurden. Die Häufigkeiten wurden für nominell skalierte Daten verwendet, während Mittelwerte und Standardabweichungen für numerische Variablen gebildet wurden.

### **2.3.2 Charakteristika**

Das Charakteristikum der Gebietsausrichtung der Ärzt\*innen wurde verwendet, um Generalist\*innen und Spezialist\*innen in der Gesamtpopulation identifizieren zu können. Allgemeinmediziner\*innen inklusive Kinder- und Jugendmediziner\*innen wurden dabei als Generalist\*innen eingeordnet (Schroeder 1985; Shi et al. 2003)

und Ärzt\*innen anderer Fachrichtungen galten als Spezialist\*innen. Diese Aufteilung nach Gebietsausrichtung wurde vorgenommen, um Unterschiede zu identifizieren, die sich auf die ärztliche Tätigkeit beziehen und dabei auch zu anderen Anforderungen an die Praxisabläufe führen.

Außerdem wurde die erhobene Praxisgröße als ein Charakteristikum verwendet, um die Ärzt\*innen den Praxen mit weniger als zehn Ärzt\*innen und denen mit zehn oder mehr Ärzt\*innen zuordnen zu können. Dadurch konnte die Auswirkung einer zunehmenden Praxisgröße auf die Einschätzung des Praxismanagements betrachtet werden.

Diese Charakteristika wurden danach dazu verwendet, um mögliche Unterschiede zwischen den Subgruppen zu ermitteln und in die Diskussion einbeziehen zu können.

### **2.3.3 Subgruppenanalyse**

Die Subgruppenanalyse wurde anhand der allgemeinen Deskription durchgeführt, um die Unterschiede zwischen den Ärzt\*innen erfassen und in ihrer Relevanz bewerten zu können. Eine Subgruppe bildeten die Ärzt\*innen, die in Praxen arbeiteten, in denen ein\*e Praxismanager\*in beschäftigt waren. Eine andere Subgruppe bildeten die Ärzt\*innen, die in einer Praxis ohne Praxismanager\*in arbeiteten. Dabei sollte untersucht werden, ob Ärzt\*innen mit einer direkten und unmittelbaren Erfahrung mit Praxismanager\*innen andere Meinungen vertreten als diejenigen, die nur mittelbar oder gar keine Erfahrung mit Praxismanager\*innen haben. Bei diesem Vergleich wurden als wesentliche Merkmale die Praxisgröße, das Fachgebiet, die

Erwartungen des\*r Ärzt\*in und die allgemeine Wahrnehmung der Rolle des\*r Praxismanagers\*in, das gewünschte Qualifikationsprofil und die relevanten Aufgaben von Praxismanager\*innen betrachtet.

Die Unterschiede zwischen den Subgruppen wurden in Abhängigkeit von der Skala der betrachteten Variablen mit dem Pearson  $\chi^2$ -Test oder dem Mann-Whitney-U-Test analysiert. Alle Signifikanztests wurden mit der Bonferroni-Methode korrigiert, um das Problem des multiplen Testens zu berücksichtigen (Goeman und Solari 2014). Ein p-Wert von  $< 0,05$  wurde als statistisch signifikant betrachtet.

#### **2.3.4 Regressionsanalyse**

Neben der beschreibenden und vergleichenden Analyse der Daten wurden auch zwei multivariate Regressionsanalysen durchgeführt, um die Assoziationen zwischen den ärztlichen Merkmalen und der Rolle des\*r Praxismanagers\*in zu untersuchen. Im Wesentlichen wurde die Regression zu zwei Variablen durchgeführt, nämlich der Einschätzung der Bedeutung eines\*r Praxismanagers\*in für die Praxis und das Vorhandensein eines\*r Praxismanagers\*in in der Praxis des\*r befragten Ärzt\*in.

Weil die wahrgenommene Bedeutung eines\*r Praxismanagers\*in mit der sechsstufigen Likert-Skala gemessen wurde, wurde ein ordinal logistisches Regressionsmodell verwendet. Für die Einschätzung der Wahrscheinlichkeit des Vorhandenseins einer\*s Praxismanagers\*in wurde ein binäres logistisches Regressionsmodell herangezogen. In beiden Modellen wurden als Regressionsvariablen die Anzahl der tätigen Ärzt\*innen in einer Praxis, die Gebietsausrichtung (Generalist\*innen vs. Spezialist\*innen) und weitere Kovariablen verwendet, wie die Bedenken und Chan-

cen bezüglich der Beschäftigung eines\*r Praxismanagers\*in, die Aufgaben für Praxismanager\*innen und die soziodemografischen Merkmale der Ärzt\*innen. Darüber hinaus wurde für jede Regression ein Interaktionseffekt zwischen der Anzahl der Ärzt\*innen in der jeweiligen Praxis und der Gebietsausrichtung ermittelt, um zu überprüfen, ob die Gebietsausrichtung die Auswirkungen der Praxisgröße beeinflusst.

### 3 Ergebnisse

#### 3.1 Allgemeine Ergebnisse

An der Umfrage beteiligten sich insgesamt 329 Ärzt\*innen, was einer Rücklaufquote von 9,5 % der Grundgesamtheit entspricht. Von den 329 erhaltenen Rückläufen waren 275 vollständig ausgefüllt. Die Geschlechterverteilung war bei den Rückläufen nahezu paritätisch zwischen Männern und Frauen, wobei sich auch einige Befragte als divers identifiziert haben (Tabelle 1). Das Durchschnittsalter der befragten Personen lag bei 51,7 Jahren. Der Zeitraum der Tätigkeit in der ambulanten Versorgung lag im Mittel bei 13,4 Jahren. Außerdem ergab sich eine 50%ige Aufteilung zwischen den Praxen, die bereits eine\*n Praxismanager\*in hatten und denen, die keine\*n Praxismanager\*in hatten. Die am häufigsten vertretenen Gebietsausrichtung unter den Teilnehmenden waren die Allgemeinmediziner\*innen, gefolgt von den Ärzt\*innen der Inneren Medizin. Die Gruppierung der Gebietsausrichtung führte zum Ergebnis, dass 37,1 % der Befragten zur Gruppe der Generalist\*innen gehörten.

Tabelle 1: Demographische und strukturelle Informationen

Variable	Alle n = 329	
	n/Ges.	%
<b>Soziodemographische Faktoren</b>		
Männlich	141/290	48,6
Weiblich	138/290	47,6
Divers	11/290	3,8
Alter (Mittelwert (SD <sup>1</sup> ) in Jahren)	51,7 (9,0)/292	
Erfahrung in Jahren (Mittelwert (SD <sup>1</sup> ) in Jahren)	13,4 (9,6)/292	
<b>Praxismanager*in</b>		
In der Praxis vorhanden	163/327	49,8
Nicht in der Praxis vorhanden	164/327	50,2

<b>Facharzt*in</b>			
	Allgemeinmedizin	91/275	33,1
	Innere Medizin	49/275	17,8
	Gynäkologie	26/275	9,5
	Orthopädie	23/275	8,4
	Pädiatrie	11/275	4,0
	Radiologie	17/275	6,2
	Andere	58/275	21,1
<b>Facharztsubgruppen</b>			
	Generalist*innen	102/275	37,1
	Spezialist*innen	169/275	61,5

Bemerkung: <sup>1</sup>Standardabweichung.

### 3.2 Spezielle Ergebnisse und Subgruppen

In Tabelle 2 werden die mittlere Praxisgröße, die Erwartungen der Ärzt\*innen und die allgemeine Wahrnehmung für alle Teilnehmer\*innen und auch für die Subgruppen der niedergelassenen Ärzt\*innen mit und ohne Praxismanager\*in dargestellt.

In den Praxen mit einem\*r Praxismanager\*in gab es durchschnittlich 6,5 Ärzt\*innen, 14,4 Vertreter\*innen des medizinischen Personals und 4,7 sonstige Mitarbeitende. Dadurch waren diese Praxen größer als diejenigen ohne eine\*n Praxismanager\*in, die im Mittel aus 4,3 Ärzt\*innen, 9,7 medizinischen Mitarbeitenden und 2,5 sonstigen Mitarbeitenden bestanden. Im Unterschied dazu war die Anzahl der nötigen Mitarbeitenden, die nach der Aussage der Teilnehmenden ein\*e Praxismanager\*in rechtfertigten, in der Gruppe der Ärzt\*innen mit angestelltem\*r Praxismanager\*in deutlich geringer. Die Ärzt\*innen mit Praxismanager\*innen gaben mit durchschnittlich 2,9 Ärzt\*innen und 6 zusätzlichen Vertreter\*innen des medizinischen Personals einen geringeren Mittelwert für die nötige Anzahl an, für die ein\*e Praxismanager\*in gerechtfertigt werden könnte. Bei den Praxen ohne Praxismanager\*in waren dagegen die Angaben mit 3,6 Ärzt\*innen und 7,1 zusätzlichen medizinischen Fachkräften deutlich höher. Die Angaben zur nötigen Anzahl an Patient\*innen pro Quartal

zeigten einen höheren Wert für Praxen mit Praxismanager\*in (2483 vs. 2325). Bezogen auf die Vergütung zeigte sich ein konsistentes Bild, bei dem das angegebene Jahresbruttogehalt in den Praxen mit einem\*r Praxismanager\*in höher ausfiel (49 T € vs. 42 T €).

Insgesamt bestand Einigkeit darüber, dass unabhängig von der bereits vorhandenen Funktionsfähigkeit eines Teams ein\*e Praxismanager\*in dennoch nötig bzw. sinnvoll sein kann. Deshalb wurde die Aussage, dass diese Rolle nicht nötig ist, in einem funktionierenden Team auf der sechsstufigen Likert-Skala mit einer 2,2 bewertet. In Übereinstimmung damit wurde die allgemeine Relevanz eines\*r Praxismanagers\*in im Durchschnitt mit 5,2 als hoch eingestuft.

Die Teilnehmer\*innen waren sich allerdings nicht einig darüber, ob es einfach ist, grundsätzlich Zeit für die Schulung des Personals zur Verfügung zu stellen, um Praxismanager\*innen aus den eigenen Reihen des Praxispersonals rekrutieren zu können (Mittelwert 3,5). In Praxen mit einem\*r angestellten Praxismanager\*in wurde diese Schwierigkeit als geringer eingeschätzt und es gab bei dieser Frage auch weniger Bedenken (Mittelwert 3,8).

Beide Praxisgruppen stufen dagegen die Bedeutung eines kontinuierlichen Weiterbildungsbedarfs als wichtig ein, um den Aufgaben gerecht werden zu können. In den Praxen mit einem\*r Praxismanager\*in wurde diese Bedeutung allerdings im Vergleich noch höher eingestuft. Hinsichtlich der Frage nach einer Delegation nicht medizinischer Aufgaben wurden allgemein kaum Bedenken geäußert, wobei auch hier in den Praxen mit Praxismanager\*innen positivere Einschätzungen gegenüber Praxismanager\*innen vertreten wurden.

Bei den erwarteten Auswirkungen von Praxismanager\*innen auf die befragten Ärzt\*innen und ihre Arbeit gaben 88,1 % an, dass die Zeitersparnis für die Beschäftigung eines\*r Praxismanagers\*in von entscheidender Bedeutung ist. Ärzt\*innen mit einem\*r Praxismanager\*in schätzten das Potenzial der Zeitersparnis noch höher ein als die anderen Ärzt\*innen (93,3 % vs. 82,3 %).

Bei der Suche nach geeigneten Praxismanager\*innen zogen es 77,2 % vor, Praxismanager\*innen aus ihrem aktuellen Praxispersonal für die Rolle entsprechend zu qualifizieren und anzustellen. Das Risiko von Konflikten mit extern hinzugezogenen Praxismanager\*innen wurde allerdings als gering wahrgenommen. In den Praxen ohne eine\*n Praxismanager\*in wurde dieses Risiko stärker zum Ausdruck gebracht.

Bei den Erwartungen der Ärzt\*innen und der allgemeinen Wahrnehmung von Praxismanager\*innen, die im vorherigen Abschnitt dargestellt wurden, ergab sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Praxen mit einem\*r Praxismanager\*in und denen ohne einen\*e Praxismanager\*in. In der ersten Gruppe äußerten sich die Ärzt\*innen dabei oftmals positiver gegenüber der Rolle des\*r Praxismanagers\*in.

Tabelle 2: Subgruppenanalyse – Praxisgröße, Größenanforderungen und allgemeine Wahrnehmung

Variablen	Ges. (n = 327)	Praxismanager*in nicht vorhanden (n = 164)	Praxismanager*in vorhanden (n = 163)	p- Wert*
<b>Praxisgröße</b>				
Anzahl der Ärzt*innen (Mittelwert)	5,4	4,3	6,5	0,002 <sup>a</sup>
Anzahl medizinisches Personal (Mittelwert)	12,1	9,7	14,4	< 0,001 <sup>a</sup>
Anzahl nicht medizinisches Personal (Mittelwert)	3,6	2,5	4,7	0,032 <sup>a</sup>
<b>Facharztsubgruppe</b>				
Generalist*innen (%)	37,1	40,4	34,3	n. s. <sup>b</sup>
Spezialist*innen (%)	61,5	58,1	64,2	n. s. <sup>b</sup>

<b>Praxisgröße, die eine*n Praxismanager*in nötig macht</b>				
Anzahl der Patient*innen pro Quartal (Mittelwert)	2403	2325	2483	n. s. <sup>a</sup>
Anzahl der Ärzt*innen (Mittelwert)	3,2	3,6	2,9	0,004 <sup>a</sup>
Anzahl der nichtärztlichen Personen (Mittelwert)	6,6	7,1	6,0	0,006 <sup>a</sup>
<b>Vergütung</b>				
Als angemessen bewertetes Bruttojahresgehalt in T€ für eine*n Praxismanager*in	45,6	42,2	49,1	n. s. <sup>a</sup>
<b>Zustimmung zu den folgenden Aussagen</b> (6 stimme voll zu/1 stimme gar nicht zu) (Mittelwert)				
Ein funktionierendes Team benötigt keine*n Praxismanager*in.	2,2	2,7	1,7	n. s. <sup>a</sup>
Ein*e Praxismanager*in halte ich in der Praxis für wichtig.	5,2	4,6	5,8	n. s. <sup>a</sup>
Ein*e Praxismanager*in kann mich entlasten.	5,4	5,1	5,8	n. s. <sup>a</sup>
Mir fällt es leicht, eine*n Mitarbeiter*in für eine Ausbildung freizustellen.	3,5	3,1	3,8	0,004 <sup>a</sup>
Eine/r Praxismanager*in sollte sich kontinuierlich fortbilden.	5,5	5,4	5,6	0,042 <sup>a</sup>
Ich habe Bedenken, nichtmedizinische Aufgaben zu delegieren.	2,2	2,5	1,9	0,002 <sup>a</sup>
<b>Zustimmung zu den folgenden Aussagen</b> (Ja in %)				
Ein persönlicher Zeitgewinn ist für mich wichtig, um eine*n Praxismanager*in zu beschäftigen.	88,1	82,3	93,8	0,028 <sup>b</sup>
Ein*e Praxismanager*in sollte auch medizinische Aufgaben übernehmen	61,1	62,2	59,5	n. s. <sup>b</sup>
Die Materialwirtschaft (Einkauf, Beschaffung und Inventarführung) ist Aufgabe der*des Praxismanagers*in.	88,0	93,8	82,1	0,026 <sup>b</sup>

Bevorzugen Sie es, eine*n Mitarbeiter*in der Praxis als Praxismanager*in auszubilden oder eine externe Person einzustellen?	77,2	80,1	74,1	n. s. <sup>b</sup>
Das Teilen eines*r Praxismanager*in mit anderen Praxen ist sinnvoll.	23,7	28,6	19,3	n. s. <sup>b</sup>
Einschätzung des Risikos von Konflikten eines*r externen Praxismanagers*in (6 sehr hohes Risiko/1 sehr niedriges Risiko) (Mittelwert)	3,7	4,0	3,4	0,014 <sup>a</sup>

Bemerkungen: <sup>a</sup>Bonferroni-Korrektur; <sup>a</sup>Mann-Whitney-U-Test p-Wert; <sup>b</sup>Pearson  $\chi^2$ -Test p-Wert; n. s. nicht signifikant (bei einem 5 % Niveau)

In Tabelle 3 werden die Ergebnisse der Befragung und der Subgruppenanalyse zu den erforderlichen Qualifikationen und den präferierten Bildungshintergründen für die Rolle des\*r Praxismanagers\*in und die relevanten Aufgaben dargestellt.

Die meisten Ärzt\*innen (85 %) hielten einen medizinischen Hintergrund für sehr wichtig für die Aufgabe eines\*r Praxismanagers\*in. Diese Einschätzung wurde auch durch die Auswahl möglicher Qualifikationshintergründe bestätigt. Dabei wurden die Arzthelfer\*innen (86,0 %) und Pflegekräfte (52,9 %) mit einer entsprechenden Zusatzausbildung als die für die Rolle des\*r Praxismanagers\*in am besten geeigneten Personengruppen angegeben. Demgegenüber war die Präferenz für medizinische Fachangestellte ohne eine gesonderte Zusatzausbildung deutlich geringer und erreichte einen ähnlichen Rang wie die Berufsgruppen des\*r Betriebswirts\*in und des Verwaltungswirts\*in (19,5 %).

Bei den Aufgaben, die die teilnehmenden Ärzt\*innen als geeignet für Praxismanager\*innen angaben, wurden vor allem die Koordination von Praxisabläufen und das Qualitätsmanagement als organisatorische Kernaufgaben identifiziert. Als weitere wichtige Aufgaben wurden in absteigender Reihenfolge die Personalführung des

nichtärztlichen Personals, die Abrechnung von Leistungen und die Buchhaltung genannt. Die Auswahl und Rekrutierung des nichtärztlichen Personals und die Personalführung von Ärzt\*innen erzielten die geringsten Zustimmungswerte.

Die Zustimmung ist bei den Aufgaben zwischen den Subgruppen der Praxen mit und ohne Praxismanager\*in weitgehend identisch. Bei den Aufgaben der Personalführung des nichtärztlichen Personals und seiner Rekrutierung fiel die Zustimmung allerdings bei den Praxen mit einem\*r Praxismanager\*in häufig aus.

Tabelle 3 Subgruppenanalyse – Notwendige Qualifikationen und Aufgaben für Praxismanager\*innen

Variablen	Ges. (n = 327)	Praxismanager*in nicht vorhanden (n = 164)	Praxis- manager*in vorhanden (n = 163)	p-Wert*
Der*die Praxismanager*in sollte eine medizinische Vorbildung haben (Ja in %).	85,0	88,4	81,4	n. s. <sup>b</sup>
<b>Nötige Qualifikationen einer*s Praxismanagers*in (Ja in %)</b>				
MFA mit Zusatzausbildung	86,0	86,6	85,3	n. s. <sup>b</sup>
Krankenpfleger*in mit Zusatzausbildung	52,9	59,1	46,0	n. s. <sup>b</sup>
Praxiserfahrene*r Betriebswirt*in	37,7	31,1	44,8	n. s. <sup>b</sup>
Praxiserfahrene*r Verwaltungswirt*in	27,1	23,2	31,3	n. s. <sup>b</sup>
Betriebswirt*in / Verwaltungswirt*in	19,5	16,5	22,7	n. s. <sup>b</sup>
MFA	19,5	24,4	14,7	n. s. <sup>b</sup>
Krankenpfleger*in	10,9	13,4	8,6	n. s. <sup>b</sup>
Andere	10,6	11,0	10,4	n. s. <sup>b</sup>
<b>Aufgabeneinschätzung für eine*n Praxismanager*in (6 Stimme voll zu/1 Stimme gar nicht zu)</b>				
Koordination von Praxisabläufen	5,5	5,5	5,6	n. s. <sup>a</sup>
Qualitätsmanagement	5,5	5,5	5,5	n. s. <sup>a</sup>
Personalführung nichtärztliches Personal	5,2	5,1	5,4	n. s. <sup>a</sup>
Abrechnung	5,0	5,0	5,1	n. s. <sup>a</sup>
Buchhaltung	4,2	4,2	4,2	n. s. <sup>a</sup>
Personalauswahl nichtärztlichem Personal	3,9	3,4	4,4	< 0,001 <sup>a</sup>
Personalführung ärztliches Personal	3,3	3,2	3,4	n. s. <sup>a</sup>

Bemerkungen: \*Bonferroni-Korrektur; <sup>a</sup>Mann-Whitney-U-Test p-value; <sup>b</sup>Pearson  $\chi^2$ -Test p-Wert; n. s. nicht signifikant (bei einem 5 % Niveau)

### 3.3 Regressionsanalysen

In Tabelle 4 werden die Ergebnisse von den zwei multivariaten Regressionsanalysen dargestellt. Als abhängige Variable wurden neben der Einschätzung der Bedeutung eines\*r Praxismanagers\*in für die Praxis auch die Wahrscheinlichkeit des Vorhandenseins eines\*r Praxismanagers\*in betrachtet. Insgesamt waren die geschätzten Regressionskoeffizienten bei den beiden Modellen sehr ähnlich.

Das Geschlecht und das Alter der Ärzt\*innen waren mit keiner der abhängigen Variablen assoziiert. Die Ärzt\*innen, die der Meinung waren, dass ein\*e Praxismanager\*in das Potenzial für eine Arbeitserleichterung aufweist, schätzten auch dessen\*deren Bedeutung für die Praxis als höher ein. Ärzt\*innen mit dieser Einschätzung arbeiteten auch eher in einer Praxis mit einem\*r Praxismanager\*in. Als weiterer entscheidender Faktor für die Akzeptanz eines\*r Praxismanagers\*in stellte sich die Aufgabe der Personalauswahl des nichtärztlichen Personals heraus.

Unterschiede zwischen beiden Modellen ergaben sich bei den Aufgaben der Personalführung des nichtärztlichen Personals und der Buchhaltung. Während die Personalführung des nichtärztlichen Personals eng mit der Bedeutung eines\*r Praxismanagers\*in assoziiert war, ergab sich dabei keine Korrelation mit der Wahrscheinlichkeit des Vorhandenseins eines\*r Praxismanagers\*in. Die Buchführung war negativ mit dem Vorhandensein eines\*r Praxismanagers\*in assoziiert, sodass die Ärzt\*innen, die die Buchführung als eine wichtige Aufgabe angegeben haben, seltener in einer Praxis mit einem\*r Praxismanager\*in arbeiteten.

Die Ergebnisse der geschätzten Assoziationen und ihr Umfang stützen die vorherigen Ergebnisse der Subgruppenanalyse, dass mit der Größe einer Praxis auch die Wahrscheinlichkeit für das Vorhandensein eines\*r Praxismanagers\*in in der Praxis

höher ausfällt. Denn die Bedeutung eines\*r Praxismanagers\*in wurde umso höher eingeschätzt, je größer die Praxis war. Die positiven Interaktionseffekte zeigen, dass die Effekte der Praxisgröße auf die Wahrnehmung und des Vorhandenseins bei den Generalist\*innen stärker ausgeprägt als bei den Spezialist\*innen waren.

Tabelle 4: Regressionsanalyse

Variable	Ein/e Praxismanager*in			
	wird als wichtig wahrgenommen (6 stimme voll zu/1 stimme gar nicht zu) Ordinal Log		ist vorhanden (Ja/Nein) Binär Log	
<b>Soziodemographische und Praxischarakteristika</b>				
Weiblich	0,45	0,48*	0,55*	0,60*
Alter	0,00	-0,00	-0,01	-0,01
Anzahl Ärzte*innen	0,11**	0,10***	0,18***	0,18***
Generalist*innen	-0,54*	-0,32	-0,31	-0,10
Interaktionseffekt: Anzahl Ärzte*innen und Generalist*innen		0,29***		0,38***
<b>Bedenken und Chancen der Beschäftigung eines*r Praxismanagers*in</b>				
Ein*e Praxismanager*in kann mich entlasten.	1,76***	1,83***	0,98***	1,01***
Ich habe Bedenken, nichtmedizinische Aufgaben zu delegieren.	-0,22**	-0,26***	-0,21*	-0,24**
<b>Aufgaben eines*r Praxismanagers*in</b>				
Personalführung (nichtärztliches Personal)	0,37**	0,34**	-0,07	-0,11
Personalführung (ärztliches Personal)	-0,02	-0,01	-0,01	0,01
Personalauswahl von nichtärztlichem Personal	0,21**	0,21**	0,41***	0,41***
Buchhaltung	0,03	0,06	-0,22**	-0,22**
Abrechnung	-0,14	-0,15	0,15	0,15
Koordination von Praxisabläufen	-0,12	-0,04	-0,20	-0,11
Qualitätsmanagement	0,21	0,18	-0,30	-0,36
<b>Beobachtungen</b>	256	256	256	256
<b>LOGLIKE</b>	-222,5	-217,8	-137,9	-132,7
<b>AIC</b>	481,1	473,5	303,9	295,5

Bemerkungen: Signifikanzniveaus: \*10 %, \*\*5 %, \*\*\*1 %; LOGLIKE: Loglikelihood-Wert, AIC: Aikaie-Informationen-Criteria

## 4 Diskussion

Die vorliegende Forschungsarbeit verfolgt das Ziel, die Erwartungshaltungen und Wahrnehmung und die bereits bestehenden Erfahrungen mit Praxismanager\*innen in Praxen mit mindestens drei Ärzt\*innen aus der Sicht der Ärzteschaft zu untersuchen. In der durchgeführten Umfrage und der anschließenden Analyse konnten gewünschte Qualifikationen und relevante Aufgaben von Praxismanager\*innen und organisatorische Merkmale identifiziert werden.

In dieser Arbeit wurde die getroffene Definition von größeren Praxen als Praxen mit mindestens drei Ärzt\*innen eingeführt, die für die Auswahl von an der Umfrage beteiligten Praxen herangezogen wurde. Diese Einschränkung hat sich in dem Maß bewährt, als dass die Hälfte der Praxen bereits Praxismanager\*innen beschäftigen, was ggfs. nicht der Fall gewesen wäre, wären alle Praxen inkludiert worden. Eine Betrachtung zu Unterschieden zu Einzelpraxen und Praxen mit zwei Ärzt\*innen könnte hier weitere Argumente für oder gegen die Definition liefern. Andererseits hätte ein Anheben der Mindestzahl an Ärzt\*innen in Praxen schnell zu einer starken Verkleinerung des potenziellen Teilnehmerkreises geführt, was wiederum den erwartbaren Rücklauf negativ beeinflusst hätte.

Bei der Befragung hat sich zudem gezeigt, dass insbesondere bei der Frage nach dem als angemessen wahrgenommenen Bruttojahresgehalts in tausend Euro für Praxismanager\*innen für die befragte Zielgruppe Unklarheiten bestanden haben müssen. Antworten auf diese Frage wiesen eine sehr große Streuung und eine schlechte Antwortqualität auf, sodass keine eindeutigen Erkenntnisse zu dem Aspekt der Vergütung möglich waren. Da Ärzt\*innen in dieser Befragung eine Präfe-

renz gezeigt haben Praxismanager\*innen aus den Reihen des medizinischen Personals zu rekrutieren, wäre dieser Aspekt einer monetären Bewertung der Praxismanagementaufgaben im Vergleich zu üblichen Gehältern des medizinischen Personals von Interesse gewesen.

Bezogen auf die Ergebnisse der Befragung hat sich im Rahmen der Arbeit gezeigt, dass in Praxen mit mehr Ärzt\*innen das Praxismanagement und die dezidierte Rolle eines\*r Praxismanagers\*in als wichtiger eingestuft werden als in Praxen mit weniger Ärzt\*innen. Praxen mit mehr Ärzt\*innen beschäftigen darüber hinaus auch häufiger eine\*n Praxismanager\*in. Die höhere Zustimmung bezieht sich dabei nicht nur abstrakt auf eine positive Wahrnehmung, sondern auch auf die praktische Umsetzung in den Praxen. Diese Erkenntnis kann als ein Hinweis für den positiven Effekt eines\*r Praxismanagers\*in in den Praxen verstanden werden. Beim Vorhandensein eines\*r Praxismanagers\*in wird von den Ärzt\*innen ein persönlicher Zeit- und Effizienzgewinn als positiver Effekt erwartet. Darüber hinaus geht es auch um zwischenmenschliche Beziehungspflege und Führungsaufgaben in Praxen mit mehreren Ärzt\*innen, die eine\*n Praxismanager\*in als eigene Rolle erforderlich machen (Zwiep et al. 2021; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009; Götz et al. 2011; Götz et al. 2017).

Außerdem lieferten die Regressionsergebnisse Hinweise darauf, dass die Wahrscheinlichkeit einer positiven Bewertung und einer Anerkennung der Bedeutung eines\*r Praxismanagers\*in bei den Generalist\*innen stärker mit der Praxisgröße zunimmt als bei den Spezialist\*innen. Ein möglicher Grund dafür könnte darin bestehen, dass die Zunahme der Praxisgröße in den Praxen von Generalist\*innen im Vergleich mit Praxen von spezialisierten Ärzt\*innen in einem höheren Maß zu einer

Steigerung der Komplexität der Abläufe führt. Zur Gruppe der Generalist\*innen gehören Allgemeinmediziner\*innen und Kinder- und Jugendmediziner\*innen, die innerhalb der Versorgung eine besondere Zugangs- und Überweisungsfunktion haben. Deshalb sind die Behandlungsfälle und Anforderungen der Fallkonstellationen bei Allgemeinmediziner\*innen und Kinder- und Jugendmediziner\*innen heterogener und insofern auch bei den inhaltlichen Schwerpunkten schlechter abzugrenzen. Dieser Hintergrund kann als ein Indiz dafür verstanden werden, warum Praxisabläufe bei zunehmender Größe häufiger eine\*n Praxismanager\*in brauchen, wenn sie sich zu stärker zentralisierten Praxen entwickeln.

Bei den Praxen, die bereits eine\*n Praxismanager\*in beschäftigten, zeigte sich im Vergleich mit den Praxen ohne Praxismanager\*in nicht nur eine positivere Einstellung gegenüber dieser Rolle, es wurde auch eine geringere Schwelle hinsichtlich der nötigen Mindestanzahl von Ärzt\*innen und des nicht ärztlichen Personals angegeben, die die Einstellung eines\*r Praxismanagers\*in rechtfertigen würden.

Die Ärzt\*innen ohne konkrete Alltagserfahrung mit Praxismanager\*innen neigen möglicherweise dazu, die Praxisgrößen zu überschätzen, die von der Tätigkeit eines\*r Praxismanagers\*in profitieren könnten. Dadurch wird auch die Einschätzung bestätigt, dass Ärzt\*innen vor allem für medizinische Aufgaben und nicht für Managementaufgaben ausgebildet werden. Dabei steht fest, dass die Bewertung von notwendigen Managementmaßnahmen und das Feststellen von prozessualen und organisatorischen Potenzialen nicht zu den Hauptaufgaben der Ärzteschaft gehören (Schöffski et al. 2004).

Als Zielpersonen für die Rolle eines\*r Praxismanagers\*in wurden von den Ärzt\*innen vor allem Vertreter\*innen des medizinische Personals, wie Pflegefachkräfte und

medizinische Fachangestellte, angegeben, da für sie ein medizinischer Hintergrund eine notwendige Qualifikation für die Stelle bildete. Diese Voraussetzung von medizinischen Vorkenntnissen passt zur Konfiguration des gegenwärtigen Systems der bereits bestehenden Bildungsprogramme, die zumeist auf medizinisches Personal zugeschnitten sind (Schricker und Steinhäuser 2020). Dabei erscheint es als nachvollziehbar, dass die Ärzt\*innen medizinisches Personal als am geeignetsten für potenzielle Praxismanager\*innen halten, da sie mit dieser Personengruppe am besten vertraut sind. Diese Annahme zu den Hintergründen bedarf weiterer Validierung.

Ein wichtiger Gesichtspunkt besteht darin, dass medizinisches Personal ähnlich knapp ist, wie es für die Ärzt\*innen dokumentiert wird. Die Ärzt\*innen halten zwar die Rekrutierung und kontinuierliche Schulung eines\*r Praxismanagers\*in aus dem medizinischen Personalbereich und dabei vor allem aus dem bereits bestehenden Angestelltenpool für wünschenswert, sie haben aber Schwierigkeiten damit, die dafür erforderliche Zeit und die nötigen Ressourcen bereitzustellen (MacLean et al. 2014).

Die operativen Erfordernisse erschweren insofern eine mögliche Ausbildung von bereits vorhandenem Personal zu Praxismanager\*innen. Eine Bereitstellung von Zeit für eine Ausbildung oder eine kontinuierliche Weiterbildung kann allerdings eine kompetentere Aufgabenerfüllung von Praxismanager\*innen ermöglichen. Denn sie kann das dafür ausgewählte medizinische Personal dazu befähigen, als Praxismanager\*innen bestehende Strukturen eigenständig zu hinterfragen, wodurch sie dann auch das übertragene Aufgabenspektrum besser ausfüllen könnten (Davis et al. 2014).

Die bestehende Spannung zwischen dem Wunsch, medizinisches Personal am besten aus der eigenen Praxis zum\*r Praxismanager\*in auszubilden und der Knappheit von Zeit und Ressourcen führt auch dazu, dass in Praxen mit mehr Ärzt\*innen und Praxen mit einem/r Praxismanager\*in neben dem ärztlichen Personal auch Fachkräfte der Betriebswirtschaftslehre und der öffentlichen Verwaltung als geeignet für die Rolle des\*r Praxismanagers\*in eingeschätzt werden. Diese Einschätzung nimmt zu, wenn sie darüber hinaus auch über Praxiserfahrung verfügen. Eine mögliche Erklärung besteht hier darin, dass die Erfahrungen aus erster Hand mit Praxismanagern\*innen und ihren komplexen Aufgaben auch zu einer positiveren Einschätzung von Betriebs- und Verwaltungswirt\*innen führen, die diese Rolle übernehmen.

Diese Vermutung ist inhaltlich konsistent mit den Erkenntnissen aus Großbritannien, wo die Praxismanager\*innen in der Regel über keinen medizinischen Hintergrund verfügen, sondern spezialisierte Managementausbildungen durchlaufen, die gegebenenfalls durch zusätzliches Wissen zu medizinischen Abläufen ergänzt werden (Schrickler und Steinhäuser 2020; National Health Service 2015b). Die Versorgungsstruktur ist in Großbritannien im Übrigen stärker durch größere Praxen gekennzeichnet, in denen es nach den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit zu positiven Einschätzungen von Betriebs- und Verwaltungswirten kommt (Schrickler und Steinhäuser 2020).

Die mögliche Professionalisierung von Organisationsstrukturen innerhalb von Praxen mit mehreren Ärzt\*innen könnte insofern zu einer Trennung oder einer Neuschaffung von Rollen hinsichtlich ärztlicher, medizinischer und organisatorischer Aufgaben führen. Die Grundversorgung in Großbritannien macht auch durch ihre

weitreichenden Netzwerke und zentralisierten Strukturen deutlich, wie solche spezialisierten Rollen aussehen könnten. Dies gilt auch für die staatlich geförderten Praxismanager\*innen in Großbritannien, während deutsche Ärzt\*innen Stellen für das Praxismanagement im Zweifel selbst finanzieren müssen, wenn sie es für wichtig genug halten (Smith et al. 2022). Unabhängig davon zeigen die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit, dass medizinisches Personal für die teilnehmenden Ärzt\*innen in der Breite immer noch die erste Wahl für die Rolle eines\*r Praxismanagers\*in ist.

Ein internationaler Literaturvergleich zur Lebensqualität von Ärzt\*innen ergab, dass Gemeinschaftspraxen zwar die Lebensqualität von Ärzt\*innen verbessern können, die höhere Belastung durch die komplexeren zwischenmenschlichen und personellen Beziehungen aber auch ein Nachteil ist und eine zusätzliche Bürde sein kann (Zwiep et al. 2021). In einem deutschen Kontext bestätigte sich, dass Fälle von Burn-out in Gemeinschaftspraxen häufiger auftraten als in Einzelpraxen (Dreher et al. 2019).

Weil in diesen Studien das Praxismanagement allerdings kein relevanter Faktor war, ist es denkbar, dass ein\*e kompetente\*r Praxismanager\*in auch diese zwischenmenschlichen Aspekte gemeinschaftlicher Praxen verbessern könnte. Da die Praxisorganisation als eine der Kernaufgaben für Praxismanager\*innen charakterisiert wurde, kann die Tätigkeit eines/r Praxismanagers\*in nur erfolgreich sein, wenn interpersonelle und kommunikative Aspekte angemessen berücksichtigt werden.

Die Curricula der meisten Ausbildungsprogramme für Praxismanager\*innen in Deutschland und anderen Ländern umfassen das Personalmanagement und damit

auch Führung und Kommunikation (Schricker und Steinhäuser 2020). Praxismanager\*innen könnten insofern durchaus wichtige Kompetenzen erwerben, um solche Probleme für Ärzte\*innen abzubauen.

Allerdings sollte beachtet werden, dass in den Ergebnissen die Organisation und Führung von Ärzt\*innen im nicht medizinischen Bereich als eher weniger gewünschte Aufgaben eingeordnet wurden. Eine Entlastung bei der Personalführung und der Kommunikation einschließlich der Konfliktlösung zwischen den Ärzt\*innen und auch dem anderen Personal wird dadurch beeinträchtigt, dass dieses Aufgabenspektrum dem\*r Praxismanager\*in weitgehend abgesprochen wurde.

Trotz der potenziellen Entlastungen für die Ärzt\*innen könnten diese Einschätzungen darauf zurückzuführen sein, dass die Ärzt\*innen in den als Praxismanager\*in qualifizierten MFAs keine ausreichenden Autoritätsfiguren sehen, da üblicherweise das nicht-ärztliche medizinische Personal die Aufgaben auf Weisung der Ärzt\*innen ausführt (Miralles et al. 2020). Mit einer Besetzung der Rolle des\*r Praxismanager\*in mit einem\*r Betriebs- oder Verwaltungswirt\*in könnte diese Dynamik vermieden werden.

Dazu passt es, dass es in Praxen mit mehr Ärzt\*innen weniger Bedenken gibt, generell nichtärztliche Aufgaben zu delegieren. Die Delegation operativer Aufgaben ist von zentraler Bedeutung für die Rolle des\*r Praxismanager\*in. Die Anwesenheit eines\*r Praxismanager\*in wirkt sich insofern positiv auf die Bereitschaft aus, weitere Aufgaben zu delegieren, wie die Rekrutierung und die Personalführung des nicht-ärztlichen Personals. Weniger Bereitschaft zur Delegation gibt es allerdings, wie bereits erwähnt, bei der Führung von Ärzt\*innen, bei ihrer Rekrutierung und auch bei der Buchhaltung. Denn die Ärzt\*innen wollen sich nach wie vor persönlich um

diese grundsätzlichen und geschäftsstrategischen Aufgaben kümmern. Im Allgemeinen erfordert eine Aufgabendelegierung immer, dass der\*die Delegierende und der\*die Empfänger\*in der Aufgaben einander vertrauen, miteinander zusammenarbeiten und kontinuierlich miteinander auf Augenhöhe kommunizieren, um von den Prozess der Delegation auch wirklich profitieren zu können (Kærnested und Bragadóttir 2012; Riisgaard et al. 2017; Schoorman et al. 2016).

Ein weiteres Ergebnis besteht darin, dass in den Daten keine wesentlichen Unterschiede zwischen Männern und Frauen zu erkennen waren. Das ist insofern überraschend, da bereits auf einer grundlegenden Ebene systematische Unterschiede bei den verschiedenen Dimensionen des Managements und der Führung zwischen den Geschlechtern dokumentiert wurden (Powell 2018). Gerade für den medizinischen Bereich konnten Unterschiede im Führungsstil und bei den Anforderungen zwischen Ärztinnen und Ärzten festgestellt werden (Coskun et al. 2018).

In der vorliegenden Untersuchung des Praxismanagements und seiner Wahrnehmung konnten diese dokumentierten Unterschiede allerdings nicht nachgewiesen werden. Dies könnte damit zusammenhängen, dass die bestehenden Unterschiede beim Führungsstil und bei der Führungsart zwischen beiden Geschlechtern sich kaum auf den Umfang, den Willen und das Ziel der Delegation im Rahmen des Praxismanagement auswirken. Demgegenüber sind Ärztinnen allerdings tendenziell mit größeren Herausforderungen bei der Vereinbarung von Beruf und Privatleben konfrontiert (Stutzman et al. 2020; Templeton et al. 2019), was den Bedarf einer potentiellen Delegation an Praxismanager\*innen beeinflussen könnte.

## 4.1 Limitationen

Es gibt bisher nur wenige quantitative Studien zum Praxismanagement, zur Rolle von Praxismanager\*innen und zu den Sichtweisen der Ärzteschaft gegenüber diesem Themenkomplex. Deshalb ermöglichen die Ergebnisse dieser Querschnittsbefragung einen Einblick in die Wahrnehmung von Ärzt\*innen in Baden-Württemberg und verdeutlichen die Gründe, hinsichtlich derer die Einstellung eines\*r Praxismanager\*in für ihre Praxen in Betracht gezogen wird. Der Weg der Querschnittsbefragung wurde eingesetzt, um eine ausreichend große Anzahl von Antworten zu erhalten und dadurch eine statistische Auswertbarkeit der Ergebnisse zu gewährleisten. Insgesamt haben an der Studie 329 Personen teilgenommen. Eine Rücklaufquote konnte dabei nicht benannt werden, da die Umfrage als E-Mailversand erfolgt ist, sodass der tatsächliche Erhalt und die Sichtbarkeit der Ansprache bei den Empfängern nicht nachvollzogen werden konnten. Unter der Annahme, dass alle kontaktierten Ärzt\*innen die Umfrage via E-Mail erhalten haben, ergibt sich eine eher geringe Rücklaufquote von 9,5 %. Diese angenommene Rücklaufquote liegt allerdings hinsichtlich der Zielgruppe im erwarteten Bereich (Scott et al. 2011).

Da zur Erhebung der Anforderungen an eine\*n Praxismanager\*in in Praxen eine strukturierte und anonyme Onlinebefragung unter Ärzt\*innen in Baden-Württemberg zusammen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg durchgeführt wurde, kann von den Ergebnissen aus Baden-Württemberg nicht auf alle weiteren Bundesländer geschlossen werden. Unterschiede zwischen Bundesländern oder anderen geographischen Einteilungen der Bundesrepublik sind daher im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich. Durch die Methode der Querschnittstudie ist zudem nur eine aussagekräftige Momentaufnahme des sich in der Entwicklung befindlichen

Themas des Praxismanagements in dem gewählten räumlichen und teilnehmerbedingten Umfeld möglich. Ein wesentlicher Unterschied zwischen den Bundesländern bei der Wahrnehmung von Praxismanager\*innen wird indes nicht erwartet.

Die Ärztespopulation konnte unabhängig von der Rücklaufquote relativ gut bei den Merkmalen des Geschlechts, der Altersverteilung und der Spezialisierung zwischen Allgemeinmediziner\*innen und anderen Fachärzt\*innen abgebildet werden. Männliche und weibliche Befragte waren in der Umfrage weitgehend gleich vertreten, wodurch die Erkenntnisse der Befragung und anschließenden Auswertung in dieser Hinsicht gestützt werden (Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg 2018; Kassenärztliche Bundesvereinigung 2021).

Der Rücklauf könnte außerdem auch durch die Prävalenz der Coronavirus-Pandemie zum Zeitpunkt der Befragung negativ beeinflusst worden sein. Während dieser Zeit musste viel zusätzliche Kommunikation über die Dienstwege der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg abgewickelt werden, sodass die Ärzt\*innen viele Informationen zum Umgang mit der Pandemie erhielten und verarbeiten mussten. Die Arztpraxen waren daher betrieblich zusätzlich belastet, sodass die Anfrage zu der Teilnahme an der Studie gegebenenfalls verschleiert oder überlagert wurde.

Bei der Teilnahme an einer Befragung besteht die Gefahr der Selbstselektion (Elston 2021), sodass eventuell nur diejenigen an der Befragung teilgenommen haben, die sich bereits für das Thema interessierten oder bereits eine starke Meinung zu den behandelten Themen hatten und zwar im positiven oder negativen Sinne.

Außerdem konnten die Praxen ohne E-Mail-Adresse wegen des Modus der Befragung nicht an der Befragung teilnehmen, weshalb sie nicht berücksichtigt wurden. Die Befragung zusätzlich oder vollständig als analoge und postalische Umfrage

durchzuführen, war angesichts der Beschränkungen der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg zu dem Zeitpunkt nicht möglich. Durch die Bereitstellung der Informationen und Kontaktdaten der Ärzt\*innen lag die Wahl der Ansprache für die Umfrage bei der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, die zu dem Zeitpunkt der Umfrage den E-Mailkontakt als niederschwelliger und praktikabler angesehen hat. Besonders war zum Zeitpunkt der Umfrage der erhöhte Kommunikationsaufwand der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg auf allen Kanälen in Bezug zur Coronapandemie ausschlaggebend, die nicht durch eine postalische Information der Umfrage konterkariert werden sollte, sodass man den Kontakt via E-Mail bevorzugt hat.

Darüber hinaus wurden sowohl Arbeitgeber als auch Arbeitnehmer der Ärzteschaft als Teilnehmende in die Befragung einbezogen und die Unterscheidung nicht erfasst. Deshalb kann eine spezifische Arbeitgeberperspektive in dieser Hinsicht nicht getrennt dargestellt werden. Es ist jedoch davon auszugehen, dass beide Ärztegruppen unabhängig von ihrem jeweiligen Arbeitsstatus durch die Tätigkeit in Praxen mit mindestens drei Ärzt\*innen über Erfahrungen und Meinungen zum Thema verfügten. Vor diesem Hintergrund wurde die Befragung nicht nur auf Arbeitgeber beschränkt.

Abschließend sollte noch auf die Einteilung der Internist\*innen als Arztgruppe eingegangen werden. Sie wurden in der vorliegenden Arbeit der Kategorie der Spezialist\*innen zugeordnet. Im Jahr 2020 waren allerdings 1929 (53 %) der 3609 Internist\*innen in Baden-Württemberg als Hausärzt\*innen tätig (Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg 2020). Diese Fachrichtung wurde dennoch nicht

der Gruppe der Generalist\*innen zugeordnet, da ihre Ausbildung auf der krankenhaushaus- und organspezifischen Facharztversorgung basiert (Strumann et al. 2018).

## **4.2 Weitere Ansatzpunkte**

In der vorliegenden Arbeit konnten noch weitere Ansatzpunkte identifiziert werden.

Zum einen könnte es interessant sein, die Erwartungen der Ärzt\*innen an Praxismanager\*innen, die in der vorliegenden Arbeit erhoben wurden, mit den Curricula der Institutionen zu vergleichen, die aktuell Praxismanagement-Qualifizierungen anbieten, und insgesamt Abweichungen oder Überlappungen zu identifizieren. Darüber hinaus wäre eine Konfrontation der Bildungsträger mit den Erwartungshaltungen der Ärzt\*innen in einer qualitativen Untersuchung ein Weg, die Konzeptionen der Bildungsträger mit den in der Praxis bestehenden Erwartungshaltungen zu konfrontieren. Dadurch könnte eine Weiterentwicklung der Ausbildung für Praxismanager\*innen hinsichtlich der Erwartungshaltungen möglich werden, wodurch die Relevanz für Angestellte und Arbeitgeber\*innen gefördert werden könnte.

Zum anderen wäre eine Untersuchung der Delegationskonfigurationen in den Praxen und der konkreten und gefühlten Potenziale einer Nutzung der Beteiligten einschließlich des\*r Praxismanager\*in selbst, der selbstständigen und angestellten Ärzt\*innen und der medizinischen Angestellten insbesondere in der Anfangsphase eines\*r Praxismanager\*in von Interesse. Eine solche Beleuchtung konkreter Praxen und der Erfahrungswerte könnte in einer fallbasierten und qualitativen Arbeit weiter thematisiert werden und Hinweise darauf liefern, wie ein solcher struktureller Wandel bei der Beschäftigung eines\*r Praxismanager\*in gelingen kann.

Ein weiterer entscheidender Faktor für das Verständnis der Mehrwerte eines\*r Praxismanagers\*in bezieht sich auf die Auswirkungen ihrer\*seiner Tätigkeit auf die Kosteneffizienz und die monetären Vorteile der Delegation in Praxen. Eine quantitative Untersuchung von ökonomischen Potenzialen könnte in dieser Hinsicht ein wesentlicher Baustein für eine Argumentation für einen stärkeren Einsatz von Praxismanagern\*innen und den Gegenwert der erbrachten Leistung sein.

Die Festsetzung eines angemessenen Gehalts anhand der tatsächlichen Mehrwerte für die Praxen könnte dadurch eine vergleichbare Basis für potenzielle Praxismanagern\*innen liefern.

Davon ausgehend wäre es ebenfalls von Interesse, ein mögliches Modell der Kostensenkung oder Effizienzsteigerung innerhalb des gesamten Gesundheitssystems durch den Einsatz von Praxismanagern\*innen in größerem Umfang zu quantifizieren. Anhand einer gesamtsystemischen Betrachtung insbesondere von Effizienzsteigerungen und der damit möglichen Freisetzung von ärztlicher Zeit könnten reale Versorgungseffekte ermöglicht werden. Eine solche Erkenntnis könnte wesentlich zur Relevanz der Rolle des\*r Praxismanagers\*in beitragen.

Schließlich sind auch die Sichtweisen der Praxismanagern\*innen, ihre Erwartungen, ihr Selbstverständnis der Arbeit einschließlich von Lohn und Gehalt von weiterführendem Interesse. Denn dadurch könnte ein Kontrast zu dem Meinungsbild der Ärzt\*innen geschaffen werden, wodurch eventuell bestehende Differenzen sichtbar gemacht werden könnten. Ein Abgleich mit tatsächlichen wirtschaftlichen Auswirkungen, wie es im vorherigen Absatz beschrieben wurde, könnte ebenfalls sinnvoll dazu beitragen, Angebots- und Nachfragerwartungen gegenüberzustellen.

## 5 Fazit

Die Entwicklung der Praxen zu zunehmend zentralisierten Einheiten bietet Ärzt\*innen viele positive Möglichkeiten, wie eine flexiblere Arbeitsausgestaltung, den fachlichen Austausch mit Kolleg\*innen und die Möglichkeit, in größeren Strukturen eine individuelle Spezialisierung in der ambulanten Versorgung zu entwickeln. Bezogen auf die Praxen sind insgesamt Effizienzsteigerungen durch Skalenvorteile möglich. Dennoch sind diese positiven Aspekte für die Ärzt\*innen nur dann nachhaltig realisierbar, wenn dem Bedarf der höheren organisatorischen Anforderungen von größeren Praxen Rechnung getragen wird. Die Etablierung von Praxismanagement-Routinen erlangt dadurch wesentlich an Bedeutung.

Das Ziel der vorliegenden Doktorarbeit bestand darin, die Meinungen und Wahrnehmungen von Ärzt\*innen hinsichtlich der Rolle einer\*s Praxismanager\*in sowie der erwarteten Qualifikationen und Aufgaben zu erfassen und die Bedeutung von Merkmalen der Praxisgröße und Gebietsausrichtung auf die Wahrnehmung zu prüfen.

In Bezug auf nötige Qualifikationen für eine\*n Praxismanager\*in aus ärztlicher Sicht hat sich gezeigt, dass die Zielpersonengruppe für die Rolle eines\*r Praxismanagers\*in vor allem Vertreter\*innen des medizinischen Personals sind, da medizinische Vorkenntnisse als zentral empfunden werden. Insbesondere wird vorhandenes medizinisches Personal in der Praxis als am geeignetsten wahrgenommen. Bestehende operative Erfordernisse in den Praxen bei bereits angestelltem Personal und der Mangel an verfügbarem neuem medizinischem Personal erschweren aber eine mögliche Ausbildung zur Praxismanager\*in für diese Personengruppe, sodass

auch externe Fachkräfte der Betriebswirtschaftslehre und der öffentlichen Verwaltung als geeignet für die Rolle des\*r Praxismanagers\*in eingeschätzt werden, wenngleich auch nicht als erste Wahl.

Grundlegend zeigte sich, dass für eine erfolgreiche Delegation von Aufgaben und eine kompetente Aufgabenerfüllung bei organisatorischen Fragen eine spezialisierte Qualifikation für Praxismanager\*innen erforderlich ist. Denn nur dadurch kann Personal mit einem medizinischen oder administrativen Hintergrund dazu befähigt werden, Führungsaufgaben in Praxen zu übernehmen und die Ärzt\*innen von einem betrieblichen und zwischenmenschlichen Druck zu entlasten. Ein\*e Praxismanager\*in sollte vor allem die Managementpotenziale größerer organisatorischer Praxiseinheiten konsequent nutzen und damit für Ärzt\*innen Kapazitäten schaffen, den Fokus auf die medizinische Praxis zu richten. Das Aufgabenspektrum, welches aus ärztlicher Sicht dafür zur Delegation an eine\*n Praxismanager\*in geeignet ist, wird durch die Erkenntnis unterlegt, dass Ärzt\*innen die Vorteile der Beschäftigung eines\*r Praxismanager\*in für ein weites Aufgabenspektrum grundlegend erkannten und die Bedeutung einer solchen Tätigkeit nachvollziehen konnten. Aufgaben wie die Koordination von Praxisabläufen und das Qualitätsmanagement wurden als organisatorische Kernaufgaben für Praxismanager\*innen benannt. Die Delegation operativer Aufgaben ist daher von zentraler Bedeutung für die Rolle des\*r Praxismanager\*in. Allerdings zögern Ärzt\*innen, kritische Aufgaben wie die Abrechnung und Verwaltung des ärztlichen Personals aus den Händen zu geben und an eine\*n Praxismanager\*in zu delegieren.

Bei der Betrachtung der Organisationsmerkmale, die aus ärztlicher Sicht relevant für die Beschäftigung eines\*r Praxismanager\*in sind, sind im Wesentlichen die Beschäftigtenzahl des ärztlichen und nichtärztlichen Personals zu nennen. Mit zunehmender Anzahl an Personal werden Praxismanager\*innen aus der Perspektive von Ärzt\*innen als notwendiger eingeschätzt. Besonders dabei ist, dass Ärzt\*innen, die bereits Erfahrungen mit einem\*r Praxismanager\*in hatten, die notwendige Größe, ab der eine Beschäftigung dieser speziellen Rolle sinnvoll ist, als niedriger einschätzen, was auf gefühlte Mehrwerte des Vorhandenseins einer Praxismanager\*in und die positiven Bewertungen in der Zusammenarbeit aufbaut.

Die Auswirkungen der Praxisgröße von befragten Ärzt\*innen hat sich zudem auch als wesentlich für einen Wahrnehmungsunterschied herausgestellt, was die Akzeptanz für Praxismanager\*innen und das tatsächliche Vorhandensein eines\*r Praxismanagers\*in in den Praxen anbelangt. In Praxen mit mehr Ärzt\*innen sind Praxismanager\*innen häufiger bereits angestellt und es zeigt sich eine positivere Einschätzung gegenüber der Rolle als bei Praxen mit weniger Ärzt\*innen. Konsequenterweise ist auch die Aufgabendelegation in Praxen mit einem\*r Praxismanager\*in stärker verbreitet sowie umfänglicher, auch auf kritischere Aufgabenfelder wie Abrechnung bezogen. Die Wahrnehmung dieser Delegation ist positiver.

Die Auswirkung der Gebietsausrichtung wiederum beeinflusst ebenfalls die Wahrnehmung der Rolle, sodass die positive Einschätzung von Praxismanager\*innen von Generalist\*innen (Allgemeinmediziner\*innen, Kinder- und Jugendmediziner\*innen) mit der Praxisgröße stärker zunimmt und insgesamt höher liegt als bei den Spezialist\*innen.

Die Erkenntnisse aus der vorliegenden Doktorarbeit können dabei helfen, dass ein klareres Bild zu den inhaltlichen Anforderungen und Qualifikationen aus der ärztlichen Arbeitgebersicht entworfen werden kann, welches zur Verbesserung und Standardisierung der Praxismanagement-Ausbildung und der Rollenerwartung beiträgt. Eine solche Entwicklung kann vor dem Hintergrund der vorliegenden Arbeit die Kongruenz zwischen den Erwartungen der Ärzt\*innen und den potenziellen Praxismanager\*innen fördern, was als ein wesentlicher Aspekt für eine gemeinsame Zielerfüllung des Praxismanagements und die Relevanz der Rolle des\*r Praxismanager\*in insgesamt verstanden werden kann. Wenn es gelingt, Praxismanager\*innen in passender Art und Umfang zuverlässig in die ambulante Zentralisierungsbe-  
wegung der ambulanten Versorgung zu integrieren, kann den organisatorischen Anforderungen von größer werdenden Praxen begegnet und die Mehrwerte aus dieser Praxisgröße für Ärzt\*innen auch realisiert werden.

Es wird sich jedoch zeigen, wie die Entstehung eines neuen Berufszweigs für Praxismanagement in der ambulanten Versorgung langfristig organisatorisch und aus-  
bildungstechnisch seinen Platz zwischen Ärzt\*innen und den etablierten weiteren Praxisrollen finden wird.

## 6 Zusammenfassung

Die Zentralisierung in der ambulanten Gesundheitsversorgung kann dazu führen, dass auch organisatorische Anforderungen zunehmen. Da sie aus Ärzt\*innensicht positive Aspekte wie flexible Arbeitsmodi und fachlichen Austausch fördert, ist diese Veränderung fachgebietsübergreifend zu finden. Um von der gemeinsamen Berufsausübung zu profitieren, werden geeignete Management-Fähigkeiten von Praxismanager\*innen benötigt, da Ärzt\*innen nicht umfassend dafür ausgebildet sind, solche Aufgaben zu bewältigen. In der vorliegenden Arbeit geht es daher darum, Einblicke in die Wahrnehmungen von Ärzt\*innen in Praxen mit mindestens drei Ärzt\*innen zu gewinnen und ein Verständnis für die Erwartungen an die Rolle von Praxismanager\*innen zu erlangen.

Ein anonymer Online-Fragebogen wurde für die quantitative Querschnittsstudie eingesetzt. Dabei wurden 3.456 Ärzt\*innen via E-Mail aufgefordert vom 8. Februar bis zum 17. März 2021 an der Studie teilzunehmen. Bi- und multivariate Analysen wurden angewendet, um Erwartungen der Ärzt\*innen an Praxismanagement zu erfassen. Dazu wurden die Charakteristika der Gebietszugehörigkeit (Generalisten vs. Spezialisten) und der Praxisgröße bestimmt und anhand von Subgruppen von Praxen mit und ohne Praxismanager\*in untersucht.

Die Umfrage erzielte 329 Antworten (9,5 %). 50 % der teilnehmenden Praxen hatten eine\*n Praxismanager\*in. Die meisten Ärzt\*innen (85 %) betrachteten einen medizinischen Hintergrund für einen\*e Praxismanager\*in als unerlässlich. Während die Praxen ohne Praxismanager\*in es für wichtig hielten, dass diese über medizinische Qualifikationen verfügen, gab es in den Praxen mit einem\*r Praxismanager\*in mehr Offenheit, auch Qualifikationen der Betriebswirtschaftslehre anzuerkennen. 77 % der Ärzt\*innen bevorzugten es, Praxismanager\*innen aus ihrer Praxis heraus auszubilden. Kompetenzen für organisatorische Aufgaben, wie Koordination und Qualitätsmanagement, wurden als wichtigste Fähigkeiten eines\*r Praxismanager\*in angesehen. Als weitere Aufgaben wurden absteigend Personalverwaltung des nicht-ärztlichen Personals, Abrechnung, Buchhaltung, Personalmanagement von Ärzt\*innen und Personalbeschaffung angegeben. Die multivariaten Regressionsanalyse ergab, dass in Praxen mit mehr Ärzt\*innen die Rolle eines\*r Praxismanager\*in als wichtiger eingeschätzt wird und häufiger vorhanden ist. Der Einfluss der Größe der Praxis auf diese Aspekte war bei Generalist\*innen deutlich stärker als bei Spezialist\*innen.

Die Vorteile und die Bedeutung von Praxismanager\*innen und das Delegationspotenzial, wird insbesondere von Praxen mit mehreren Ärzt\*innen erkannt und genutzt. Bei den Ärzt\*innen, die bereits eine\*n Praxismanager\*in beschäftigen, fällt auch die Bewertung des geleisteten Beitrags von Praxismanager\*innen in der ambulanten Versorgung positiv aus. Bestehendes nichtärztliches medizinisches Personal wurde dabei als die primäre Quelle für die Weiterbildung und Rekrutierung von Praxismanager\*innen identifiziert.

## 7 Literaturverzeichnis

- 1 Association of Medical Secretaries, Practice Managers, Administrators and Receptionists (2022): AMSPAR Training Programmes. Hg. v. Association of Medical Secretaries, Practice Managers, Administrators and Receptionists. Online verfügbar unter <https://www.amspar.org/training/>, zuletzt aktualisiert am 03.12.2022, zuletzt geprüft am 03.12.2022.
- 2 Barth, N.; Linde, K.; Schneider, A. (2017): Niederlassungsmotive – Die Bereitschaft zur Niederlassung in eigener Praxis von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin. In: *Das Gesundheitswesen* 79 (08/09), S. 638–644.
- 3 Beiko, D.; Gonzalez, C. M.; Mourtzinis, A. P.; Rhee, E. Y. (2018): Exploring the business of urology: Is it time for a "Business of Healthcare" curriculum in urology residency programs? In: *Canadian Urological Association journal = Journal de l'Association des urologues du Canada* 12 (10), S. 299–300.
- 4 Charters, E. (2003): The Use of Think-aloud Methods in Qualitative Research An Introduction to Think-aloud Methods. In: *Brock Education Journal* 12 (2), S. 68–82.
- 5 Chyung, S. Y. Y.; Roberts, K.; Swanson, I.; Hankinson, A. (2017): Evidence-Based Survey Design: The Use of a Midpoint on the Likert Scale. In: *Performance Improvement* 56 (10), S. 15–23.
- 6 Coskun, O.; Ulutas, I.; Budakoglu, I.; Ugurlu, M.; Ustu, Y. (2018): Emotional intelligence and leadership traits among family physicians. In: *Postgraduate medicine* 130 (7), S. 644–649.

- 7 Crompton, R.; Lyonette, C. (2006): Work-life 'balance' in Europe. In: *Acta sociologica* 49 (4), S. 379–393.
- 8 Damiani, G.; Silvestrini, G.; Federico, B.; Cosentino, M.; Marvulli, M.; Tirabassi, F.; Ricciardi, W. (2013): A systematic review on the effectiveness of group versus single-handed practice. In: *Health policy* 113 (1-2), S. 180–187.
- 9 Davis, L.; Taylor, H.; Reyes, H. (2014): Lifelong learning in nursing: A Delphi study. In: *Nurse Education Today* 34 (3), S. 441–445.
- 10 Desai, A. M.; Trillo, R. A.; Macario, A. (2009): Should I get a Master of Business Administration? The anesthesiologist with education training: training options and professional opportunities. In: *Current opinion in anaesthesiology* 22 (2), S. 191–198.
- 11 Dreher, A.; Theune, M.; Kersting, C.; Geiser, F.; Weltermann, B. (2019): Prevalence of burnout among German general practitioners: Comparison of physicians working in solo and group practices. In: *PLoS ONE* 14 (2), 1-13.
- 12 Elston, D. (2021): Participation bias, self-selection bias, and response bias. In: *Journal of the American Academy of Dermatology*.
- 13 Feller, J.; Hoffmanns, C. (2021): Gesundheitszentren für Deutschland. Hg. v. Robert Bosch Stiftung GmbH. Online verfügbar unter [https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2021-05/Studie\\_Primaerversorgung\\_Gesundheitszentren-fuer-Deutschland.pdf](https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2021-05/Studie_Primaerversorgung_Gesundheitszentren-fuer-Deutschland.pdf), zuletzt geprüft am 11.08.2021.
- 14 Frank, J. R.; Snell, L.; Sherbino, J.; Boucher, A. (2015): CanMEDS 2015. Hg. v. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. Online verfügbar

- unter <https://www.royalcollege.ca/rcsite/documents/canmeds/canmeds-full-framework-e.pdf>, zuletzt geprüft am 24.04.2022.
- 15 Gibis, B.; Heinz, A.; Jacob, R.; Müller, C. (2012): Berufserwartungen von Medizinstudierenden: Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. In: *Deutsches Ärzteblatt* 109 (18), S. 327–332.
  - 16 Goeman, J. J.; Solari, A. (2014): Multiple hypothesis testing in genomics. In: *Statistics in medicine* 33 (11), S. 1946–1978.
  - 17 Götz, K.; Kornitzky, A.; Mahnkopf, J.; Steinhäuser, J. (2017): At the dawn of delegation? Experiences and attitudes of general practitioners in Germany – a questionnaire survey. In: *BMC family practice* 18 (1), S. 1–6.
  - 18 Götz, K.; Miksch, A.; Hermann, K.; Loh, A.; Kiolbassa, K.; Joos, S.; Steinhäuser, J. (2011): Berufswunsch "planungssicherer Arbeitsplatz" - Ergebnisse einer online-Befragung unter Medizinstudierenden. In: *Deutsche medizinische Wochenschrift* 136 (6), S. 253–257.
  - 19 Haric, P. (2018): Definition des Management. Hg. v. Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH. Online verfügbar unter <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/management-37609>, zuletzt geprüft am 18.03.2022.
  - 20 Institut für hausärztliche Fortbildung im deutschen Hausärzteverband e.V. (2022): Information für Praxisinhaber - VERAH. Hg. v. Institut für hausärztliche Fortbildung im deutschen Hausärzteverband e.V. Online verfügbar unter <https://www.verah.de/was-ist-verah/information-fuer-praxisinhaber>, zuletzt geprüft am 19.07.2022.

- 21 Jacob, R.; Kopp, J. (2022): Berufsmonitoring Medizinstudenten 2022. Ergebnisse einer Befragung in Deutschland, Frankreich und der Schweiz. Hg. v. Universität Trier. Online verfügbar unter [https://www.kbv.de/media/sp/ergebnisse\\_medizinstudentenbefragung\\_kbv\\_2022.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/ergebnisse_medizinstudentenbefragung_kbv_2022.pdf), zuletzt geprüft am 03.12.2022.
- 22 Jetty, A.; Petterson, S.; Jabbarpour, Y. (2021): Proportion of family physicians in solo and small practices is on the decline. In: *The Journal of the American Board of Family Medicine* 34 (2), S. 266–267.
- 23 Kærnested, B.; Bragadóttir, H. (2012): Delegation of registered nurses revisited: Attitudes towards delegation and preparedness to delegate effectively. In: *Vård i Norden* 32 (1), S. 10–15.
- 24 Kassenärztliche Bundesvereinigung (2021): Gesundheitsdaten. Hg. v. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Online verfügbar unter <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17019.php>, zuletzt geprüft am 23.03.2021.
- 25 Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022): Ambulante Angebotsstrukturen. Hg. v. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Online verfügbar unter <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17019.php>, zuletzt geprüft am 23.04.2022.
- 26 Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (2018): Versorgungsbericht 2018. Hg. v. Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg. Online verfügbar unter <https://www.kvbw-admin.de/api/download.php?id=3082>, zuletzt geprüft am 11.04.2020.
- 27 Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (2020): Versorgungsbericht 2020. Hg. v. Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg. Online

verfügbar unter <https://www.kvbw-admin.de/api/download.php?id=3669>, zuletzt geprüft am 11.04.2020.

- 28 Kaucher, M.; Jacob, R.; Kopp, J. (2015): Berufsvorstellungen von Medizinstudenten - Ist die Onkologie ein Thema? In: *Forum - Das offizielle Magazin der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.* 30 (4), S. 326–330.
- 29 Kohlhaas, A.; Leibner, M.; Binder, T.; Schütz, J.; Zwierlein, R.; Steinhäuser, J. (2018): Praxismanagement spielerisch lernen – Welche Inhalte sollen unbedingt vermittelt werden? In: *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 94 (1), S. 10–25.
- 30 MacLean, L.; Hassmiller, S.; Shaffer, F.; Rohrbaugh, K.; Collier, T.; Fairman, J. (2014): Scale, causes, and implications of the primary care nursing shortage. In: *Annual Review of Public Health* 35 (1), S. 443–457.
- 31 Matthias, F. (2015): *Praxisgründung und Praxismanagement*. Stuttgart: Schattauer.
- 32 Medizinischer Fakultätentag (2022): *NKLM Führung und Management - Lernziele*. Hg. v. Charité – Universitätsmedizin Berlin. Online verfügbar unter <https://nklm.de/zend/objective/list/orderBy/@objectivePosition/studien-gang/PF2/zeitsemester/2021/fachsemester/VIII.5.%20F%C3%BCh-rung%20und%20Management>, zuletzt geprüft am 03.12.2022.
- 33 Merk, H.; Merk, W. (2018): Niederlassung in eigener Praxis? Chancen und Risiken einer Selbstständigkeit für Ärzte und Zahnärzte in der ambulanten Versorgung. In: M. A. Pfannstiel, P. Da-Cruz und C. Rasche (Hg.): *Entrepreneurship im Gesundheitswesen III. Digitalisierung - Innovationen - Gesundheitsversorgung*: Springer Gabler, S. 265–277.

- 34 Miralles, J.; Heintze, C.; Dini, L. (2020): Hausärztliche Delegationskonzepte in Nordrhein-Westfalen Ergebnisse der hausärztlichen Befragung zum Einsatz von EVA, VERAH, VERAH Plus zur Delegation definierter Tätigkeiten. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 156, S. 50–58.
- 35 National Health Service (2015a): Entry requirements, skills and interests for practice managers. Hg. v. National Health Service. Online verfügbar unter <https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/management/roles-management/practice-manager/entry-requirements-skills-and-interests-practice-manager/entry-requirements-skills-and>, zuletzt geprüft am 03.12.2022.
- 36 National Health Service (2015b): Training and development (practice management). Hg. v. National Health Service. Online verfügbar unter <https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/management/roles-management/practice-manager/training-and-development-practice-management/training-and-development-practice-management>, zuletzt geprüft am 19.07.2022.
- 37 Ono, T.; Schoenstein, M.; Buchan, J. (2014): Geographic imbalances in doctor supply and policy responses. Hg. v. Organisation for Economic Co-operation and Development. Online verfügbar unter <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/5jz5sq5ls1wl-en.pdf?expires=1650789723&id=id&ac-name=guest&checksum=8182F56149320B263E7DC978B6E81E03>, zuletzt geprüft am 24.04.2022.
- 38 Pope, G. C.; Burge, R. T. (1996): Economies of scale in physician practice. In: *Medical care research and review* 53 (4), S. 417–440.

- 39 Powell, G. N. (2018): *Women and men in management*. Los Angeles: Sage Publications.
- 40 Riisgaard, H.; Søndergaard, J.; Munch, M.; Le, J. V.; Ledderer, L.; Pedersen, L. B.; Nexøe, J. (2017): Work motivation, task delegation and job satisfaction of general practice staff: a cross-sectional study. In: *Family Practice* 34 (2), S. 188–193.
- 41 Ruhaltinger, J. (2021): Jungärzte gehen lieber in ein PVE als in eine Einzelpraxis. In: *Das österreichische Gesundheitswesen ÖKZ* 62 (11), S. 18–19.
- 42 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): Sondergutachten 2009: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Hg. v. Sachverständigenrat Gesundheit. Online verfügbar unter <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/137/1613770.pdf>, zuletzt geprüft am 02.04.2021.
- 43 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018): Gutachten 2018. Hg. v. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Online verfügbar unter <https://www.svr-gesundheit.de/gutachten/gutachten-2018/>, zuletzt geprüft am 11.04.2019.
- 44 Schmidlin, S. (2022): *Ausbildung-Weiterbildung. Medizinische Praxiskoordinatorin*. Hg. v. Modula AG. Online verfügbar unter <https://www.ausbildung-weiterbildung.ch/medizinische-praxiskoordinatorin-info.aspx#tipps-panel>, zuletzt geprüft am 03.12.2022.

- 45 Schöffski, O.; Böcker, C.; Marschall, D.; Quasi, A.; Roick, C.; Schöffski, P. et al. (2004): Was wissen Medizinstudenten vom Gesundheitswesen? In: *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 9 (2), S. 116–122.
- 46 Schoorman, F.; Mayer, R. C.; Davis, J. H. (2016): Empowerment in veterinary clinics: The role of trust in delegation. In: *Journal of Trust Research* 6 (1), S. 76–90.
- 47 Schricker, C.; Steinhäuser, J. (2020): Die Qualifikation Praxismanager\* in? Ein Vergleich von drei europäischen Ländern. In: *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* (96 (9)), S. 363–368.
- 48 Schroeder, S. A. (1985): The making of a medical generalist. In: *Health affairs* 4 (2), S. 22–46.
- 49 Schumann, S. (2018): Quantitative und qualitative empirische Forschung. Ein Diskussionsbeitrag. Wiesbaden: Springer VS.
- 50 Schwäbe, N. (2003): Arzthelferin - ein Berufsbild im Wandel. In: *ZFA-Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 79 (11), S. 553–558.
- 51 Scott, A.; Jeon, S.; Joyce, C. M.; Humphreys, J. S.; Kalb, G.; Witt, J.; Leahy, A. (2011): A randomised trial and economic evaluation of the effect of response mode on response rate, response bias, and item non-response in a survey of doctors. In: *BMC medical research methodology* 11 (1), S. 1–12.
- 52 Shi, L.; Macinko, J.; Starfield, B.; Wulu, J.; Regan, J.; Politzer, R. (2003): The relationship between primary care, income inequality, and mortality in US States, 1980-1995. In: *The Journal of the American Board of Family Practice* 16 (5), S. 412–422.

- 53 Smith, J. A.; Parkinson, S.; Harshfield, A.; Sidhu, M. (2022): Early evidence of the development of primary care networks in England: a rapid evaluation study. Hg. v. National Institute for Health and Care Research. National Institute for Health and Care Research. Southampton.
- 54 Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (2018): Verordnung des SBFI über das Verzeichnis der gemäss dem nationalen Qualifikationsrahmen für Abschlüsse der Berufsbildung eingestufteten Berufsbildungsabschlüsse. AS 2018 2589.
- 55 Statista (2021): Anzahl der Arztpraxen in Deutschland nach Facharztbezeichnung in den Jahren 2011 bis 2019. Hg. v. Statista. Online verfügbar unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/281526/umfrage/anzahl-der-arztpraxen-in-deutschland-nach-facharztbezeichnung/>, zuletzt geprüft am 19.07.2022.
- 56 Statistisches Bundesamt (2022): Insolvenzverfahren (Unternehmen): Deutschland, Jahre, Beantragte Verfahren, Wirtschaftszweige. Hg. v. Statistisches Bundesamt. Online verfügbar unter [https://www.destatis.de/DE/Themen/Branchen-Unternehmen/Unternehmen/Gewerbemeldungen-Insolvenzen/\\_inhalt.html;jsessionid=877B476ECC09337F86F2438689E3D5A9.live712](https://www.destatis.de/DE/Themen/Branchen-Unternehmen/Unternehmen/Gewerbemeldungen-Insolvenzen/_inhalt.html;jsessionid=877B476ECC09337F86F2438689E3D5A9.live712), zuletzt geprüft am 19.07.2022.
- 57 Steinhäuser, J.; Chenot, J.; Roos, M.; Ledig, T.; Joos, S. (2013): Competence-based curriculum development for general practice in Germany: a stepwise peer-based approach instead of reinventing the wheel. In: *BMC research notes* 6 (314), S. 1–7.

- 58 Steinhäuser, J.; Annan, N.; Roos, M.; Szecsenyi, J.; Joos, S. (2011): Lösungsansätze gegen den Allgemeinartzmangel auf dem Land - Ergebnisse einer Onlinebefragung unter Ärzten in Weiterbildung. In: *Deutsche medizinische Wochenschrift* 136 (34-35), S. 1715–1719.
- 59 Stock, C.; Szecsenyi, J.; Riedinger-Riebl, U.; Steinhäuser, J. (2015): Projektion des Bedarfs an hausärztlicher Versorgung auf Gemeindeebene. In: *Gesundheitswesen - Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)* 77 (12), S. 939–946.
- 60 Strumann, C.; Flägel, K.; Emcke, T.; Steinhäuser, J. (2018): Procedures performed by general practitioners and general internal medicine physicians - a comparison based on routine data from northern Germany. In: *BMC family practice* 19 (189), S. 1–10.
- 61 Stutzman, K.; Ray K., R.; Naidoo, P.; Toevs, S. E.; Weidner, A.; Baker, E.; Schmitz, D. (2020): Support for rural practice: female physicians and the life-career interface. In: *Rural and remote health* 20 (5341), S. 1–9.
- 62 Taubmann, D.; Harrer, K.: Kostenstrukturen bei Arzt und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten 2007. In: *Wirtschaft und Statistik* (4/2010), S. 333–343. Online verfügbar unter [https://www.destatis.de/DE/Methoden/WISTA-Wirtschaft-und-Statistik/2010/04/kostenstruktur-042010.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Methoden/WISTA-Wirtschaft-und-Statistik/2010/04/kostenstruktur-042010.pdf?__blob=publicationFile), zuletzt geprüft am 19.07.2022.
- 63 Templeton, K.; Bernstein, C. A.; Sukhera, J.; Nora, L. M.; Newman, C.; Burs-tin, H. et al. (2019): Gender-based differences in burnout: Issues faced by women physicians. In: *National Academy of Medicine Perspectives*, S. 1–16.

- 64 Thill, K. (2020): *Agiles Praxismanagement für Haus- und Fachärzte. Best Practices für einen reibungslos funktionierenden und zukunftsstabilen Praxisbetrieb.* München: neobooks.
- 65 Tikkanen, R.; Osborn, R.; Mossialos, E.; Djordjevic, A.; Wharton, G. (2020): *International profiles of health care systems, 2020.* Australia, Canada, China, Denmark, England, France, Germany, India, Israel, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Singapore, Sweden, Switzerland, Taiwan, and the United States. Hg. v. Commonwealth Fund. Online verfügbar unter [https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2020-12/International\\_Profiles\\_of\\_Health\\_Care\\_Systems\\_Dec2020.pdf](https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2020-12/International_Profiles_of_Health_Care_Systems_Dec2020.pdf), zuletzt geprüft am 02.04.2021.
- 66 van den Hombergh, P.; Engels, Y.; van den Hoogen, H.; van Doremalen, J.; van den Bosch, W.; Grol, R. (2005): Saying 'goodbye' to single-handed practices; what do patients and staff lose or gain? In: *Family Practice* 22 (1), S. 20–27.
- 67 Weinmayr, L.; Zwierlein, R.; Steinhäuser, J. (2020): Modifiable determinants for the success or failure of inter-physician collaboration in group practices in Germany - a qualitative study. In: *BMC family practice* 21 (1), S. 1–13.
- 68 Willits, Fern K.; Theodori, Gene L.; Luloff, A. E. (2016): Another look at Likert scales. In: *Journal of Rural Social Sciences* 31 (3), S. 1–14.
- 69 Zappa, P. (2011): The network structure of knowledge sharing among physicians. In: *Quality & Quantity* 45 (5), S. 1109–1126.

- 70 Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (2015): Jahresbericht 2015. Hg. v. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung. Online verfügbar unter [https://www.zi-pp.de/pdf/ZiPP\\_Jahresbericht\\_2015.pdf](https://www.zi-pp.de/pdf/ZiPP_Jahresbericht_2015.pdf), zuletzt geprüft am 23.03.2021.
- 71 Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (2017): Arztpraxen: Umsatz, Ausgaben und Einkommen. Hg. v. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung. Online verfügbar unter <https://www.zi.de/presse/archiv/presseinformationen/2017/03-august-2017>, zuletzt geprüft am 02.04.2022.
- 72 Zimprich, C. (2010): Junge Ärzte im Spannungsfeld zwischen Berufswunsch und Arbeitsrealität. Eine Interviewstudie. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Mueller.
- 73 Zwiép, T.; Brehaut, J.; Balaa, F.; Mclsaac, D. I.; Rich, S.; Wallace, T.; Moloo, H. (2021): Group practice impacts on patients, physicians and healthcare systems: a scoping review. In: *BMJ open* 11 (1), 1-9.

## 8 Anhang

### 8.1 Fragebogen

Nr.	Frage	Antwort
1	Ein persönlicher Zeitgewinn ist für mich wichtig, um eine*ein Praxismanager*in zu beschäftigen.	Ja/Nein
2	Arbeitet in Ihrer Praxis ein*eine Praxismanager*in?	Ja/Nein
3	Der*die Praxismanager*in sollte eine medizinische Vorbildung haben.	Ja, und zwar____/Nein
4	Ein*eine Praxismanager*in sollte auch medizinische Aufgaben übernehmen.	Ja/Nein
5	Die Materialwirtschaft (Einkauf, Beschaffung und Inventarführung) ist eine Aufgabe der*des Praxismanagers*in.	Ja/Nein
6	Welche Grundausbildung qualifiziert jemanden für die Tätigkeit als Praxismanager*in?	Mehrfachantworten: Betriebswirt, praxiserfahrener Betriebswirt, Verwaltungswirt, praxiserfahrener Verwaltungswirt, MFA mit/ohne Zusatzausbildung Krankenschwester oder Krankenpfleger mit/ohne Zusatzausbildung + Freitext
7	Bevorzugen Sie es, einen Mitarbeiter der Praxis als Praxismanager*in auszubilden oder eine externe Person einzustellen?	Mitarbeiter der Praxis/externe Person
8	Falls ein*e Mitarbeiter*in aus der Praxis als Praxismanager gewählt wurde: Mir fällt es leicht, eine*n Mitarbeiter*in für eine Ausbildung freizustellen.	Stimme voll zu/Stimme gar nicht zu (6 Punkt Skala)
9a	Ein*eine Praxismanager*in halte ich in der Praxis für wichtig.	Stimme voll zu/Stimme gar nicht zu (6 Punkt Skala)
9b	Ein*eine Praxismanager*in kann mich entlasten.	Stimme voll zu/Stimme gar nicht zu (6 Punkt Skala)

10	Eine/r Praxismanager*in sollte sich kontinuierlich fortbilden.	Stimme voll zu/Stimme gar nicht zu (6 Punkt Skala)
11	Die Personalführung des nichtärztlichen Personals (Dienstpläne, Urlaubsplanung etc.) ist Aufgabe der*des Praxismanagers*in.	Stimme voll zu/Stimme gar nicht zu (6 Punkt Skala)
12	Die Personalführung des ärztlichen Personals (Dienstpläne, Urlaubsplanung etc.) ist Aufgabe der*des Praxismanagers*in.	Stimme voll zu/Stimme gar nicht zu (6 Punkt Skala)
13	Die Personalauswahl des nichtärztlichen Personals (Bewerbungsgespräche, Sichten von Bewerbungen) ist Aufgabe der*des Praxismanagers*in.	Stimme voll zu/Stimme gar nicht zu (6 Punkt Skala)
14	Die Buchhaltung (Bezahlen von Rechnungen und Gehältern, Verwalten von Forderungen etc.) ist Aufgabe der*des Praxismanagers*in.	Stimme voll zu/Stimme gar nicht zu (6 Punkt Skala)
15	Die Abrechnung (z. B. Suchläufe zum Nachverfolgen der Abrechnung von Leistungen) ist Aufgabe der*des Praxismanagers*in.	Stimme voll zu/Stimme gar nicht zu (6 Punkt Skala)
16	Die Koordinierung von Praxisabläufen (Organisation von standardisierten Abläufen, Durchführungsbestimmungen und ihre Kontrolle etc.) ist Aufgabe der*des Praxismanagers*in.	Stimme voll zu/Stimme gar nicht zu (6 Punkt Skala)
17	Das Umsetzen von Qualitätsmanagement [QM] (Erfüllen der Dokumentationspflichten, Evaluation von QM-Prozessen etc.) ist Aufgabe der*des Praxismanagers*in (z. B. Optimierung für die Patientensicherheit).	Stimme voll zu/Stimme gar nicht zu (6 Punkt Skala)
18	Ich habe Bedenken, nichtmedizinische Aufgaben zu delegieren.	Stimme voll zu/Stimme gar nicht zu (6 Punkt Skala)
19	Ein funktionierendes Team benötigt keinen*keine Praxismanager*in.	Stimme voll zu/Stimme gar nicht zu (6 Punkt Skala)
20	Wie hoch schätzen Sie das Risiko ein, dass ein*eine Praxismanager*in von den anderen Angestellten nicht akzeptiert wird,	Sehr hohes Risiko/Sehr niedriges Risiko (6 Punkt Skala)

	wenn sie/er von außen in das Team kommt?	
21	Das Teilen eines*einer Praxismanager*in mit anderen Praxen ist sinnvoll.	Ja/Nein
22	Wie schätzen Sie den zeitlichen Abstimmungsbedarf mit dem*der Praxismanager*in ein?	Zeit in Minuten/Tag
23	Was halten Sie für einen gerechtfertigten Brutto-Lohn für einen*eine Praxismanager*in im Jahr?	Lohn in Tausend Euro
24	Ab welcher Patientenzahl für gesetzlich Versicherte pro Quartal halten Sie eine*einen Praxismanager*in für notwendig?	Freitext (in Zahlen)
25	Ab welcher Ärztezahl (angestellt und mit eigener Zulassung) halten Sie eine*einen Praxismanager*in für notwendig?	Zahlenauswahl (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, >10)
26	Ab welcher Anzahl von nicht ärztlichen Berufen (z. B. MFA) halten Sie eine*einen Praxismanager*in für notwendig?	Zahlenauswahl (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, >10)
27	Welches Geschlecht haben Sie?	Männlich, weiblich, divers
28	Wie alt sind Sie?	Zahl - Dropdown
29	Wie viele Ärzte (mit eigenem Sitz oder in Anstellung inkl. Ärzte in Weiterbildung) arbeiten (Sie eingeschlossen) in Ihrer Praxis?	Zahl - Dropdown
30	Wie viele MFAs arbeiten in Ihrer Praxis?	Zahl - Dropdown
31	Wie viele sonstige Angestellte (z. B. Reinigungskräfte) arbeiten in Ihrer Praxis?	Zahl - Dropdown
32	Wie viele Jahre sind Sie in der Praxis tätig?	Zahl - Dropdown
33	Welchen Facharztstitel führen Sie?	Facharztbezeichnungen
34	Haben Sie über die Fragen hinaus Punkte, die Sie hinsichtlich des Themas mitteilen möchten?	Freitextfeld

## 8.2 Bestätigung der Ärztekammer Baden-Württemberg bzgl. des Ethikantrags

### LANDESÄRZTEKAMMER BADEN-WÜRTTEMBERG

KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

ETHIK-KOMMISSION



Landesärztekammer Baden-Württemberg • Liebknechtstr. 33 • 70565 Stuttgart

Clemens Schricker  
Schwabstraße 6,  
70197 Stuttgart

10.09.2020

Ansprechpartner/-in:  
sandra.goepfrich@laek-bw.de  
Tel.: 0711 76989-831  
Fax: 0711 76989-856

**Ihre Vorabanfrage vom 03.09.2020 und vom 04.09.2020 zur Studie zum Praxismanagement der Universität Lübeck (Befragung von Praxen mit mehr als drei Ärzten mit Hilfe eines onlinebasierten Fragebogens zum Thema Praxismanagement und der Rolle Praxismanager).**

Sehr geehrter Herr Schricker,

besten Dank für Ihre Anfrage per E-Mail vom 03. und 04.09.2020.

Eine berufsrechtliche Beratung durch die Ethik-Kommission bei der Landesärztekammer Baden-Württemberg ist nur unter folgenden Voraussetzungen notwendig/möglich:

- an dem Forschungsvorhaben muss ein Arzt beteiligt sein,
- der sich an einem Forschungsvorhaben beteiligt,
- bei dem
  - in die psychische oder körperliche Integrität eines Menschen eingegriffen oder
  - Körpermaterialien oder Daten verwendet werden, die sich einem bestimmten Menschen zuordnen lassen.

Sofern die Daten anonym (d.h. ohne die Möglichkeit, sie einer bestimmten Person zuordnen zu können) erhoben werden und ansonsten nicht in die psychische oder körperliche Integrität eines Menschen eingegriffen wird (insb. durch Untersuchungen), unterliegt das Forschungsvorhaben nicht der berufsrechtlichen Beratung durch die Ethik-Kommission.

Mit freundlichen Grüßen

i. A. Sandra Göpfrich M.Sc.  
Leiterin der Geschäftsstelle

## Danksagung

Ich möchte allen beteiligten Personen, die mich bei der Anfertigung dieser Dissertation im Großen wie im Kleinen unterstützt haben, meinen Dank aussprechen.

Der größte Dank gilt meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. med. Jost Steinhauser, für die andauernde Begleitung meiner Zeit als Doktorand am Institut für Allgemeinmedizin. Seine Ratschläge, Hinweise und die Teilhabe an seinem Erfahrungsschatz haben mich sehr gut bei der Erstellung der Arbeit unterstützt.

Ebenso gilt mein großer Dank Herrn Dr. Christoph Strumann, da er mich dazu angeregt hat, dass ich diese Dissertation in dieser Form überhaupt begonnen habe. Außerdem danke ich ihm für seine freundschaftliche Betreuung, die Korrekturen und die Unterstützung bei den statistischen Auswertungen.

Ich danke außerdem meiner Frau für die andauernde Unterstützung und Motivation in allen Lebenslagen und den bedingungslosen Rückhalt, auf den ich stets zählen kann.

## Lebenslauf

### Persönliche Daten

Geb. am 16. Dezember 1989 in Stuttgart



### Studium

- Seit 02/2019 Universität Lübeck – Institut für Allgemeinmedizin, Lübeck  
Doktorand (Prof. Dr. med. Jost Steinhäuser)
- 09/2016 bis 08/2017 Erasmus University Rotterdam, Rotterdam, Niederlande  
M.Sc. Health Economics, Policy & Law  
*Thesis: Determinants of informal and formal care giving - The Role of Employment Characteristics*
- 09/2015 bis 08/2016 Erasmus University Rotterdam, Rotterdam, Niederlande  
M.Sc. Health Care Management  
*Thesis: Investment decision making between business and medical interest in two German clinics*
- 08/2011 bis 09/2014 Universität Trier, Trier  
B.Sc. Betriebswirtschaftslehre  
*Thesis: Crowdfunding – Wege zur erfolgreichen Schwarm-finanzierung durch Nutzung der systemimmanenten Marketing-potentiale*
- 08/2013 bis 06/2014 BI Norwegian Business School, Oslo, Norwegen  
International Business

### Berufliche Tätigkeit

- 01/2023 bis heute Ernst & Young GmbH, Stuttgart  
Manager Healthcare

- 04/2021 bis 12/2022 KPMG AG, Stuttgart  
Assistant Manager Healthcare
- 05/2018 bis 03/2021 Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, Stuttgart  
Fachreferent für strategische Sicherstellung
- 08/2017 bis 04/2018 Capgemini Deutschland GmbH, Stuttgart  
Consultant im Bereich Public/Health

Stuttgart, 04.02.2023



Clemens Schricker

## Relevante Veröffentlichungen

Schricker, C.; Strumann, C.; Steinhäuser, J. (2022): Identifying desired qualifications, tasks, and organizational characteristics of practice managers — a cross-sectional survey among group practice physicians in Germany. In: *BMC health services research* 22 (1), S. 1-9.

Schricker, C.; Steinhäuser J. (2020): Die Qualifikation Praxismanager\* in? Ein Vergleich von drei europäischen Ländern. In: *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 96 (9), S. 363–368.