

Betriebswirtschaftliche Kennziffern - offenbar Neuland für Ärzte

Liebe Kollegen und Kolleginnen,

lassen Sie uns doch mal die betriebswirtschaftlichen Kennziffern unseres Betriebes "Praxis" zusammen tragen.

Wer kennt sie überhaupt? Wer kann sie bewerten?

So könnten wir zu einer realen Bewertung unserer Lage und zu konkreten Unterlagen für die für jeden anstehenden Bankgespräche kommen.

Herr Müller, bitte machen Sie sich die Mühe, eines Crash Kurses für Mediziner, damit auch die, deren Konto oder BWA noch Haben ausweist, lernen. daß sie möglicherweise bereits pleite sind. Korrekt berechnet sind meines Wissens bereits heute mehr als 30% aller Facharztpraxen pleite.

M f G

Welche Zahlen wären das konkret ...' - STOP, SO GEHT DAS NICHT !

Darf ich mich an der Stelle einklinken und etwas zu gesamten Problematik ausführen? Danke.

Vorab einige Kontrollfragen:

* Warum Daten erheben, die zumindest in ähnlicher Form für das Jahr 2000 schon überaus zuverlässig vorliegen (Erhebung des Statistischen Bundesamtes)? Eine Hochrechnung auf das Jahr 2003 wäre relativ einfach möglich.

* Um Aussagen aus einer solchen Umfrage ableiten zu können, müssten einerseits sehr viele Datensätze erhoben werden und andererseits müssten diese Datensätze auch weiterverarbeitet werden. Sowohl ZI als auch das Statistische Bundesamt sowie diverse Berufsverbände haben entsprechende Zahlen vorliegen und (zumindest teilweise) aufbereitet. Diese Daten aufzubereiten ist richtig Arbeit, wenn man sich die entsprechenden Tools erst beschaffen muss. Und es kostet sehr viel Geld. Hat man soviel Zeit und die notwendigen Mittel?

* Wie sollte eine solche Umfrage praktisch ablaufen? Wenn jemand mit den Begriffen "GUV" oder "EÜ" oder "Cash Flow" oder "bilanzieren" oder nichts anfangen kann, dann muss derjenige seinen Steuerberater einschalten, der die Daten zusammenstellt und weitergibt. Auch das kostet sehr viel Geld.

* Angenommen, man hätte sogar überaus aussagekräftige Daten zur Verfügung. Theoretisch könnte man anschließend für den konservativen Augenarzt in Bayern in Einzelpraxis genau sagen, dass er mit der reinen Kassenpraxis kein positiver (möglicherweise sogar nur ein negativer) Deckungsbeitrag (schon wieder so ein unbekannter Begriff) erwirtschaftet, dagegen in der Privatpraxis ein Deckungsbeitrag von 45% erwirtschaftet wird. Was würde man mit den Zahlen machen, wenn man sie für viele Fachgruppen, dazu noch innerhalb der Fachgruppe nach Spezialitäten und Praxistyp und differenziert, zur Verfügung hätte?

Dieser letzte Punkt ist m. E. der wichtigste überhaupt. Selbst wenn die Daten zur Verfügung stehen - es wird damit absolut nichts anzufangen sein. Ich möchte dazu am (fiktiven) Beispiel der Augenärzte das Problem verdeutlichen.

Die Aussagen des Statistischen Bundesamtes belegen, dass ein Augenarzt mit relativ geringem Umsatz (sprich konservativ in Einzelpraxis tätig) mit der Kassenpraxis keinerlei Überschuss erzielen kann. Dagegen kann ein Augenarzt mit sehr hohem Umsatz (Operateur) recht gut auch von der Kassenpraxis leben.

Welche Reaktionen sind bei so einer Konstellation zu erwarten?

Der Berufsverband

kann dazu nichts sagen. Wenn er sich für die eine Seite stark macht, also die konservativen Augenärzte in Einzelpraxis, dann tritt er zugleich den Mitgliedern des Berufsverbandes, die entweder nicht in Einzelpraxis UND/ODER nicht ausschließlich konservativ tätig sind, gegen das Schienbein. Zusätzlich würde ein Augenarzt in Bayern das Lamento aus Brandenburg gar nicht nachvollziehen können, schließlich stimmt "sein" Honorar aus Kassenarztstätigkeit.

Die KVen

Wie von Dr. Thamer am Beispiel der KVWL hier im Forum vorgestellt, vergleicht die KV nur das, was sie zur Verfügung hat, also Fallzahlen. Und da sieht es so aus, dass ein Arzt in EP häufig höhere Fallzahlen hat als Ärzte in GP oder in PG. Dass die Fallwerte ganz anders aussehen und erst aus einer Multiplikation von Fallzahl mal Fallwert die Kassenumsätze resultieren - das berücksichtigt die KV nicht. Und "Herstellungskosten" (um mal wieder einen Begriff einzuführen) oder Kosten einer Arztpraxis überhaupt interessieren KVen sowieso nicht.

Machte sich eine KV für eine Gruppe stark, bspw. die Augenärzte, so müsste dies bei limitierten Gesamthonoraren zu Reduktionen bei den Orthopäden oder Pathologen oder ... führen. Würde die KV sich auf eine Umschichtung innerhalb der Augenärzte beschränken, also von den Operateuren zu den konservativ tätigen Augenärzten, so gäbe es innerhalb dieser Gruppen einen Aufschrei.

MEDI et al.

Da prinzipiell die gleiche Klientel bei MEDI vertreten ist, wie sie auch für die Berufsverbände und die KVen typisch sind, hat MEDI auch exakt die gleichen Probleme, wenn es um die Honorarinteressen der Ärzte geht.

Insgesamt lassen sich, solange die wirtschaftliche Situation so unterschiedlich ist, wie dies die Zahlen des Statistischen Bundesamtes belegen, keine großen Interessenverbände finden, die sich des Themas annehmen.

Fragt man sich, warum das ZI so insuffiziente Zahlen liefert, ist auch in dem Bereich die Antwort zu finden. Es profitieren halt einige davon, dass Ärzte eben alles andere als gleich sind. Da die Gleichen an den Schaltstellen sitzen, werden die den Teufel tun, etwas zu veranlassen, was ihre Vorzugsstellung gefährden könnte. Warum reagieren die Berufsverbände auf Bundesebene nicht? Die Antwort ist identisch. Warum reagieren die Landesverbände nicht, bei denen die durchschnittlichen Überschüsse doch deutlich unter dem Durchschnitt liegen? Auch hier gilt wieder, dass innerhalb der Landesverbände einige gleicher als andere sind. Und die Gleichen sitzen auch hier wieder an den Schlüsselpositionen.

Und warum hat das bei den KFO geklappt?

Also erstens hat es nicht bei DEN KFO sondern im besonderen bei den KFO in Niedersachsen geklappt. Zweitens ist ein sehr großer Bereich der Honorarverteilung nicht im Verantwortungsbereich der KZVen sondern bereits über das SGB V geregelt. Trotzdem reicht der verbleibende Handlungsspielraum in vielen Regionen aus, damit es auch hier gleichere Ärzte gibt. Und genau in diesen Regionen fehlt es dann an der notwendigen Homogenität, um so etwas wie solidarisches Verhalten zuzulassen.

Insofern wäre nach meiner ganz persönlichen Meinung das Sammeln und Verarbeiten von Daten Zeit- und Energieverschwendung. Solange es die Funktionäre aller möglichen ärztlichen Organisationen für opportun halten, am bestehenden Status quo der Honorarverteilung festzuhalten und so etwas wie ökonomische Kriterien rigoros abzulehnen, solange wird überhaupt nichts passieren.

Hätten die ärztlichen Funktionäre wenigstens eine rationale Antwort auf die Frage "Was können **wir alle** gewinnen, wenn wir zusammen arbeiten?" (für Interessierte: in der Spieltheorie nachzulesen) oder würden sie sich wenigstens einmal mit dieser Frage auseinandersetzen wollen, dann stiegen die Aussichten auf Erfolg sofort an. Die (ausgebliebenen) Antworten auf die Anfrage der Freien Ärzteschaft an die KVen und die Mitglieder des KBV-Vorstandes auf die Frage nach der Benachteiligung von Einzelpraxen haben deutlich gemacht, dass die KVen nicht willens sind, für alle Ärzte eine optimale Situation herbeizuführen.

In der Erwartung heftiger Proteste und sachlicher Korrekturen

Franz-Josef Müller, Volkswirt