

Das Ziel des Praxiskredits:

Der Praxiskredit soll Ihnen die Tätigkeit in Ihrem Beruf ermöglichen, um Patienten zu versorgen. Er soll nebenbei auch einige Arbeitsplätze schaffen, er sichert der Bank, den Versicherungen, dem Praxisvermieter, dem Buchhalter, den Zulieferern und allen, die von Ihnen sonst noch aus der Praxis bezahlt werden, etwas Einkommen,

und "last but not least", der Kredit soll Ihnen natürlich helfen, Ihren Lebensunterhalt zu verdienen und Ihre Abgaben zur Krankenversicherung /Pflege Vers./Altersvorsorge zu bezahlen, damit Sie nicht am Ende der Praxistätigkeit gar ein "Sozialfall" werden.

Weil in einer Kreditlaufzeit von zum Beispiel 12 Jahren zusätzlich zu den 200.000-Euro-Kredit, den man zurückzahlen muss, auch noch Zinsen und Zinseszinsen von ca 100.000 Euro + Einkommensteuer der Beiträge für Tilgung oder der dazu evtl abgeschlossenen Kapitallebensversicherungsbeiträge gezahlt werden müssen: kann es auf ca. 400.000 Gesamtrückzahlung über 12 Jahre kommen.

Die Praxis produziert darüberhinaus noch laufende KOSTEN durch Gehälter (zum Beispiel eine qualifizierte, kompetente Arzthelferin kostet bereits ca 3000 EURO im Monat), Raumkosten, Praxisbedarfsmaterial, Versicherungen etc.:und andere zwingende laufende Kosten von MINDESTENS 100.000 EURO pro Jahr können zusammenkommen selbst wenn man sehr sparsam ist, d.h. 1.200.000 EURO laufende DESTEN in 12 Jahren.

Die Praxis muss also insgesamt in 12 Jahren folgende Summe erwirtschaften, um alleine die Kreditkosten und laufenden Kosten der Praxis zu decken:
1.200.000 EURO (laufende Kosten) +
400.000 EURO (Kreditrückzahlung,Zins,Einkommensteuer

=1.600.000 EURO in 12 Jahren. ca 133.000 EURO jährlich
oder ca.33.250 EURO pro Quartal...

Diese Summe enthält noch nicht die Lebenshaltungskosten und KV/RV/AV/PV/etc des Arztes (und seiner Familie), also sollte dieser Bedarf noch addiert werden. Dann sieht man, wie hoch die Kasseneinnahmen einer Kassenpraxis sein müssen, um ganz knapp,sparsam,ohne irgendeinen Luxus überleben zu können.

Kassenarztmärchen

Märchen erfunden und niedergeschrieben. Als ich mir vorgestellt habe, wie es sein könnte, wenn man heute, wie der Kollege plant, 200.000 Euro Praxiskredit aufnimmt und als Kassenarzt anfängt, wollte ich ihm nur mitteilen, dass ein Praxiskredit anders wirkt als ein Kredit für ein Eigenheim, bevor er sich entscheidet.

Weil er ja als angestellter Job-Sharing Partner arbeitet und die Situation als Kassenarzt vielleicht noch nicht einschätzen kann. Und als ich dann ins Schreiben kam, ist das Märchen irgendwie entstanden. Weil ich in den letzten Tagen gelesen habe, was Herr Lauterbach über das Einkommen von Kassenärzten behauptete und Kassenarztfunktionäre (KV Vorstände) so viel verdienen, dachte ich, da kann man als "Nichtkassenarzt" leicht den falschen Eindruck über Kassenarzteinkünfte bekommen.

Bei der KV gibt es Berater, die einem Niederlassungswilligen das alles genau durchrechnen können.

Den Niederlassungsberater bei der KV fand ich okay,

Sehr geehrter Herr Kollege,
der Niederlassungsberater der KV war okay, er hat mir nützliche Tipps gegeben und ich war und bin ihm dankbar dafür, besonders für seine Warnung vor Finanzierung komplett über Kapital-LV, da dann später die Kapital-LVs entschieden haben, wegen schlechter Wirtschaftslage weniger auszuzahlen. Habe trotzdem einen Teil über KLV finanziert, die Bank wollte das, falls ich mich richtig erinnere,so haben. Ich werde daher am Ende den Kredit nicht ganz abbezahlt haben, trotz hoher Kapital-LV Beiträge zur Tilgung, aber das ist eine andere Geschichte.

Aber Vieles habe ich dann erst später gemerkt oder richtig kapiert, manches auch viel zu spät.

Das Problem ist doch hauptsächlich, dass sich die Bedingungen ständig ändern. Da nützen die besten Beratungen und Pläne nichts, wenn sich die Rahmenbedingungen ständig verändern.

Damals wurden die Budgets eingeführt, angestellte Ärzte hatten plötzlich kein Budget, obwohl ursprünglich gesagt worden war, wer schon vor der Einführung des Budgets als angestellter Arzt genehmigt worden ist, bekommt ein eigenes Budget, nachher war es doch nicht so und sie mussten sich selbständig machen. Entweder als Praxisvertreter oder sich niederlassen. Die Zulassungssperren wurden damals eingeführt. Da haben sich viele niedergelassen, die sonst ganz gut als Angestellte bleiben hätten können.

Nun haben wir das Gegenteil.

Alle sollen wieder zusammengehen, Gemeinschaftspraxen, angestellte Ärzte in Praxen, MVZ, Poliklinik, Zweigpraxen, etc. werden nun empfohlen. Wer sich auf diese Aussagen verlässt und nun umstellt und irgendwelche langfristige Verträge schliesst kann auch wieder Pech haben, denn es kann sich ja alles wieder ändern, wer weiss das jetzt schon wie lange die jetzige Situation hält? Die jetzige wurde doch vor 6-7 Jahren eingeführt, wenn ich mich richtig erinnere.

Und wer kann nun voraussagen ob der GP oder der Poliklinik dann später wieder das Budget so gekürzt wird, dass sie nicht mehr existieren kann. MVZ und Polikliniken werden als ideal dargestellt und werden empfohlen, weil angeblich wirtschaftlich. Kann ein MVZ wirtschaftlich sein? Muss noch abgewartet werden. Es entstehen doch dort auch hohe Kosten. Wenn die Krankenhäuser jetzt schon über Defizite klagen und schliessen wollen, kann es doch den MVZ /Polikliniken später auch so ergehen.

Dann heisst es wieder, die Poliklinik wird geschlossen, macht euch selbständig.

Da kann doch der beste Berater nicht helfen, wenn sich alles immer ändert.

schwankende Punktwerte, willkürlich (von wem?)

festgelegte Budgets für Patientenzahlen,

für Punktzahlen,

Medikamentenbudgets,

Androhung von Rückzahlung von Medikamentenkosten,

und was kommt sonst noch in den nächsten Jahren?

Nun neu ab 1. April: EBM 2000 plus:

Praxisbudgets seien abgeschafft,aber es werden Regelleistungsvolumina (RLV) eingeführt, was ist das?

was ist der Unterschied? wer legt das fest, wie hoch das RLV ist? Es ist auch eine Art Budget, hör ich.

Der Punktwert soll fest sein oder vielleicht doch nicht, anscheinend ist das so konzipiert dass der Punktwert fest sein soll, aber das geht irgendwie doch nicht, hörte ich neulich auf der Info-Veranstaltung des Berufsverbandes.

und wie hoch in etwa ist der Punktwert? Alles immer unsicher wie immer. Nichts ist planbar, da ist die beste Beratung auch keine Garantie, dass alles gut geht.

Würden Sie Ihre Fragen vielleicht zurückziehen? ;-)

Je präziser Ihre Fragen werden, um so schwammiger muss die Antwort ausfallen. Der Grund ist trivial: obwohl Sie nach Selbstverständlichkeiten fragen, hat niemand eine aussagekräftige Antwort parat.

Nun neu ab 1. April: EBM 2000 plus:

Praxisbudgets seien abgeschafft,aber es werden Regelleistungsvolumina (RLV) eingeführt, was ist das? Es ist auch eine Art Budget, hör ich.

Die bisherigen Praxisbudgets werden mit Einführung der RLV entfallen. Bei den RLV gibt es zwei Stufen. Die obere Stufe gibt RLV für eine Fachgruppe vor, also ein Punktmengenvolumen für die durchschnittliche Praxis. In der nachgeordneten Stufe wird dann pro Praxis festgelegt, wie hoch das Punktmengenvolumen für die jeweilige Praxis ist. Während früher die KVen über den HVM (Honorarverteilungsmaßstab) die Mittelverteilung autonom festlegten, sind seit Mitte 2004 die Kassen bei der Mittelverteilung gleichberechtigt beteiligt.

Ob man jetzt die Mondphase addiert und die Lottozahlen von 2007 subtrahiert, spielt keine Rolle. Das dient alles nur dazu, um die Sache möglichst undurchschaubar zu machen. Am Ende kommt nichts anderes heraus als eine Neuauflage des Individualbudgets. Ob das Budget etwas höher oder etwas niedriger ausfällt als bisher, lässt sich nicht intersubjektiv nachvollziehbar erklären.

Tendenziell werden die Budgets, löst man sich von der völlig bescheuerten Hilfskrücke "Punktzahl" und benutzt die Einheit, die jeder rationale Mensch nutzt, also Euro, also tendenziell werden die Budgets fallen (müssen).

Die Gründe im einzelnen:

1. Selbst in nominalen Größen gemessen dürfte das von den Kassen gezahlte Gesamthonorar kaum steigen.
 2. Ein Teil des Gesamthonorars geht in den West-Ost-Transfer
 3. Über die Verträge zur Integrierten Versorgung wird im ersten Schritt ein Prozent des Gesamthonorars abgezweigt. Werden die Visionen von Kassen wahr, so werden es in fünf Jahren zehn Prozent sein.
 4. Jeder Euro, der in ein DMP fließt, steht dem Gesamthonorar ebenfalls nicht mehr zur Verfügung.
 5. Jede "extrabudgetäre" Leistung, auf die manche Oberschlaumeier unter den Verhandlungsführern nach "erfolgreichem" Vertragsabschluss so unendlich stolz sind, geht immer zu Lasten des Gesamthonorars. [Das ist eine Behauptung, da mir die Zahlen im Detail nicht vorliegen und nicht veröffentlicht werden. Aber meine Behauptung ist m. E. deutlich plausibler als die Behauptung, das Geld komme aus "anderen" Töpfen der Kassen. Die Kassen zahlen an die KVen mit befreiender Wirkung. Wird ein Teil des Leistungsumfanges ausgegliedert, so werden die Kassen natürlich auch die Zahlungen in das Gesamthonorar entsprechend verringern.]
- Kurzer Einschub zur Plausibilität:
Egal ob DMP, IV oder irgend eine Form von sonstigen Verträgen. Damit wird erst einmal mehr Verwaltungsaufwand generiert, kostet also Geld. Dieses Geld wird immer aus dem Gesamthonorar entnommen - es gibt keine andere Finanzquelle. Über den Aufwand bei DMP gibt es einige Angaben, die einen Mehraufwand im zwei- oder dreistelligen Millionenbereich ausweisen.
- Wenn, wie im letzten Jahr in mehreren KVen die Daten von DMP Erhebungen verloren gingen, dann kostet die Neuerfassung wieder Geld. Über die Qualität von Verwaltungsabläufen bestehen für mich nach den bekannt gewordenen Pannen keine Zweifel. Dabei weiß niemand, welche Pannen mit welchen Folgekosten nicht bekannt geworden sind! Die Ärzte werden mit zusätzlichen Qualitätsanforderungen, die häufig völlig überzogen sind, überzogen und die Kassen leisten sich einen kapitalen Fehler nach dem anderen. Das kann verstehen und erklären wer will, ich habe es nicht verstanden.
6. Der Verwaltungsaufwand bei den KVen steigt, damit wird die zu überweisende Summe geringer werden müssen.
 7. Höhenflüge von einzelnen Körperschaften des öffentlichen Rechts, die zur Ausdehnung von Geschäften im privatwirtschaftlichen Sektor führen, also jeder Form von Kapitalgesellschaften (KV-Consult, TeVeGe, ...), erwirtschaften derzeit nicht einen einzigen Cent aber sie kosten viele Euro. Speziell die KV-Consult dürfte eine völlig Totgeburt sein, für die die KV-Mitglieder in Form von gekürzten Honoraren permanent zahlen - ohne es zu wissen. Die KV Nordrhein sah sogar keinerlei Handlungsbedarf, gegenüber den eigenen KV-Mitgliedern Rechenschaft abzulegen.
 8. Jede zusätzliche Anforderung verursacht Ausgaben, die den Überschuss mindern. Manche Kosten sind offensichtlich, manche verdeckt.Mehr Anforderungssysteme an Fortbildung führt zwangsläufig zu Mehrausgaben, auch die Einführung und Zertifizierung eines Qualitätsmanagementsystems an Fortbildung aber auch das Absenken von Arzneimitteldbudgets kostet Geld, wenn der Arzt in Regressverfahren gerät - unabhängig davon, ob es zu Regressforderungen kommen wird.
 9. Die elektronische Gesundheitskarte wird zu Mehrausgaben im Milliardenbereich führen - falls das elektronische Rezept bei einer zentralen Datenspeicherung kommt. Damit wird das von den Kassen gezahlte Gesamthonor - ar zwar nicht geschmälert, aber der Überschuss der Ärzte verringert sich trotzdem. Da sich der Überschuss aus Einnahmen abzüglich der Ausgaben zusammensetzt, spielt es keine Rolle, ob die Einnahmen bei gleichbleibenden Ausgaben sinken oder ob die Ausgaben bei gleichbleibenden Einnahmen steigen. Der Überschuss fällt in jedem Fall.
 10. Die Psychotherapeuten haben auf dem Rechtswege einen höheren Honoraranspruch durchgesetzt. Dies wird zu Nachvergütungen für mehrere Jahre sowie zu höheren laufenden Zahlungen führen. Bis jetzt hat noch keine einzige KV in den Verhandlungen mit den Kassen durchsetzen können, dass die Kassen diesen Mehraufwand auch zusätzlich on top des bisher gezahlten Gesamthonorars zahlen. Bleiben die KVen auch nur auf einem Bruchteil des zusätzlichen Honoraranspruchs der Psychotherapeuten sitzen, dann geht dies zu Lasten des Facharzttopfes. Andere Mittel gibt es nicht.

Im groben sollte ich damit die eindeutige Richtung aufgezeigt haben. Die Ärzte werden gut beraten sein, sich auf deutlich weniger Überschuss einzustellen.

Der Punktwert soll fest sein oder vielleicht doch nicht, anscheinend ist das so konzipiert dass der Punktwert fest sein soll, aber das geht irgendwie doch nicht, hörte ich neulich auf der Info-Veranstaltung des Berufsverbandes.

Es wird feste Punktwerte geben.

Aber die "festen" Punktwerte werden sich von Region zu Region unterscheiden und von Fachgruppe zu Fachgruppe. Zudem werden die "festen" Punktwerte immer nur für bestimmte Leistungen gelten. Bei allen anderen Leistungen wird es zu floatenden Punktwerten kommen (müssen). Feste Punktwerte mit identischen Honoraren für gleiche Leistungen, also so etwa wie bei der GOÄ, wird es nicht geben.

und wie hoch in etwas ist der Punktwert?

Antwortmöglichkeit A:

Das wissen die Götter, aber auch die erst, wenn sie die erste Abrechnung in Händen halten.

Antwortmöglichkeit B:

Die Höhe des Punktwertes alleine ist völlig uninteressant. Die Multiplikation von Punktwert und Punktzahl ergibt einen Betrag in Euro - nur der sollte für den Arzt von Interesse sein. (Natürlich nur unter der Voraussetzung, dass dieser Betrag auch zu 100% ausgezahlt wird und nicht am Ende eines willkürlichen Prozesses 24,79% abgezogen werden und nur der Rest ausgezahlt wird. Auch das ist derzeit eine beliebte Methode, um den KV-Mitgliedern etwas zu "verkaufen", was ich persönlich eher unter "Mogelpackung" einstufen würde.)

Wollten Sie das wirklich alles wissen, als Sie diese Fragen aufgeworfen haben?

;-)

Franz-Josef Müller, Volkswirt

<http://www.freie-aerzteschaft.de>