

3. Finanzplanung

Für einen gelungenen Praxisstart braucht der Arzt eine solide Finanzplanung. Hierbei werden die voraussichtlich erzielbaren Einnahmen den geplanten Ausgaben gegenübergestellt, um eine Gewinnprognose zu erstellen. Im deutschen Gesundheitswesen ist es leider nicht einfach, die Einnahmenseite abzuschätzen. Das liegt daran, dass die meisten niedergelassenen Ärzte hauptsächlich gesetzlich versicherte Patienten behandeln. Während bei sog. Privatpatienten für eine ärztliche Leistung eine klar definierte Honorarsumme fällig wird, ist die Bezahlung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung durch staatliche und körperschaftliche Bestimmungen stark eingeschränkt. Ärzte und deren Betreuer müssen sich deshalb mit diesen Einschränkungen auskennen, dann wird in der Regel ein gutes Einkommen erzielt!

3.1 Umsatzplanung

3.1.1 GKV (Gesetzliche Krankenversicherung)

Die gesetzlichen Krankenkassen sind verpflichtet, alle medizinisch notwendigen Behandlungen ihrer Versicherten zu bezahlen. Dies unterscheidet das deutsche von den meisten anderen Gesundheitssystemen. Gleichzeitig hat der Arzt Anspruch auf angemessene Vergütung für seine Leistung. Ärztliche Leistung wird im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM²⁴) definiert und bewertet. Der Gesetzgeber hat allerdings bei den Arzthonoraren Einschränkungen zugelassen. Diese werden allgemein als „Budget“ bezeichnet und schränken das Prinzip „Geld folgt Leistung“ gezielt ein. Das bedeutet konkret: der Arzt darf so viel arbeiten, wie er will, bekommt aber nur einen Teil seiner Leistung bezahlt. Jedes Bundesland hat eigene Regelungen erlassen, die sich im jeweils gültigen Honorarverteilungsmaßstab (HVM²⁵) finden lassen. Die Grundstrukturen werden im Folgenden erläutert.

RLV

Es gibt sog. Regelleistungen, deren Gesamtvergütung im sog. Regelleistungsvolumen (RLV) festgelegt ist. Dieses RLV wird dem Arzt mitgeteilt, meist als Formel:

$$\text{Fallzahl (oft aus dem Vorjahresquartal)} \times \text{Fallwert (oft Fachgruppendurchschnitt)} \\ = \text{individuelles RLV}$$

Allerdings erhält der einzelne Arzt nur maximal für 150% der Fälle seines Fachgruppendurchschnitts den vollen Fallwert angerechnet. Danach erfolgt eine sog. Abstufung.

Fallzahl (% der Fachgruppe)	Abstufung	Fallwert (%)
–150	0	100
> 150–170	25	75
> 170–200	50	50
> 200	75	25

24 Der EBM 2/2016 kann unter http://www.kbv.de/media/sp/EBM_Gesamt__Stand_2_Quartal_2016.pdf abgerufen werden.

25 Beispiel eines HVM unter <http://www.kvn.de/icc/internet/med/34a/34a153a5-7a54-051e-581f-ee3b8ff6bcbb,11111111-1111-1111-1111-111111111111,isDownload.pdf>.

Berechnungen anhand eines Beispiels:

Dr. Kurt Mustermann hatte im Quartal IV/2009 eine Fallzahl von 1.800.

Die durchschnittliche Fallzahl seiner Arztgruppe liegt bei 800.

Die abgestaffelten Fallwerte für Dr. Mustermann würden dann bei einem Fallwert von 32€ wie folgt ausfallen:

Stufe	Fallzahl in % der arztgruppen-durchschnittlichen Fallzahl	Berechnung der abgestaffelten Fallwerte
1	Bis 150 %	$32 \times 100 \% = 32 \text{ €}$
2	150–170 %	$32 \times 75 \% = 24 \text{ €}$
3	170–200 %	$32 \times 50 \% = 16 \text{ €}$
4	Ab 200 %	$32 \times 25 \% = 8 \text{ €}$

Einteilung der Fallwerte

Wenn die Fallzahl eines Arztes über der durchschnittlichen Fallzahl der zugehörigen Arztgruppe liegt, müssen die zusätzlichen Fallzahlen in die einzelnen Prozentgruppen eingegliedert werden. Hierbei wird die durchschnittliche Fallzahl der Arztgruppe mit den Prozentwerten multipliziert.

Stufe	Fallzahl in % der arztgruppen-durchschnittlichen Fallzahl	Berechnung der Fallzahl der jeweiligen Stufe
1	Bis 150 %	$800 \times 150 \% = 1.200 \text{ Fälle}$
2	150–170 %	$800 \times 170 \% \text{ ./} . 1.200 = 160 \text{ Fälle}$
3	170–200 %	$800 \times 200 \% \text{ ./} . 1.360 = 240 \text{ Fälle}$
4	Ab 200 %	$1800 \text{ ./} . 1200 \text{ ./} . 160 \text{ ./} . 240 = 200 \text{ Fälle}$

In dem Beispiel von Dr. Mustermann liegen folgende Fälle in den einzelnen Prozentgruppen: Die eingegliederten Fallwerte müssen jetzt mit den zuvor berechneten Euro- Abstufungswerten multipliziert werden.

Das Regelleistungsvolumen von Dr. Mustermann berechnet sich also wie folgt:

Fallanzahl		Abgestaffelte Fallwerte		RLV-Betrag
1.200 Fälle	×	32 €	=	38.400 €
160 Fälle	×	24 €	=	3.840 €
240 Fälle	×	16 €	=	3.840 €
200 Fälle	×	8 €	=	1.600 €
		Regelleistungsvolumen		47.680 €

Hinweis!

Die Fallwerte variieren teils stark. Aus der Unberechenbarkeit dieser Größe ergibt sich eine wesentliche Schwierigkeit für langfristige Umsatzprognosen bei Ärzten.

Das bedeutet also konkret, dass ein Arzt unter Umständen für seinen letzten Patienten im Quartal nur noch ein Viertel des Geldes erhält, dass er für seinen ersten Patienten bekam.

Bedingung dafür ist jedoch, dass auch genügend Leistungen abgerechnet werden. Hier liegt oft ein Problem bei Neueinsteigern. Es empfiehlt sich, zusammen mit erfahrenen Kollegen eine Liste der in der eigenen Praxis vorkommenden EBM-Positionen zu erstellen. Hilfestellung dazu geben die Obleute der Berufsverbände und auch die jeweilige KV.

QZV

Bestimmte Leistungen bedürfen einer besonderen Qualifikation. Diese muss der erbringende Arzt – z.B. durch Kurse oder Behandlungszahlen – nachweisen. Dafür erhält er dann qualifikationsgebundene Zusatzvolumina (QZV). Diese werden addiert und sind zusätzliche Möglichkeiten, Budget zu erhalten. Im Anhang kann eine Liste sämtlicher möglicher QZV, geordnet nach Fachgruppen, eingesehen werden. Auch hier gilt: ausreichende Abrechnung vorausgesetzt!

Für Neugründer und bei wesentlichen Änderungen (z.B. neuer Schwerpunkt des übernehmenden Kollegen) hat jede Landes-KV Regelungen für die Übergangszeit geschaffen. Diese sollten aktuell erfragt werden. Die Adressen der Kassenärztlichen Vereinigungen der Bundesländer finden Sie im Anhang.

Extrabudgetäre Leistungen

Auch außerhalb der Budgets gibt es Möglichkeiten der Abrechnung. So sind zum Beispiel Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen sowie der Notfalldienst nicht budgetiert und werden immer voll bezahlt.

Sonderverträge

In letzter Zeit werden immer mehr individuelle Verträge zwischen Krankenkassen und Ärztegruppierungen abgeschlossen. Hierbei gilt im Allgemeinen, dass eine Teilnahmeerklärung seitens des Vertragsarztes notwendig ist. Die Vergütung erfolgt für spezielle Leistungen grundsätzlich außerhalb des RLV/QZV-Systems. Solche Verträge werden von den Krankenkassen im Wettbewerb genutzt und sollten vom Arzt vor der Teilnahme genau geprüft werden.

Zusammenfassend gilt: der Hauptanteil des ärztlichen Einkommens stammt aus der GKV. Eine Vorausberechnung der Vergütung ist möglich und folgt Regeln. Wichtig ist eine ausreichende Abrechnung von EBM-Ziffern, um das gesamte individuelle Budget auszuschöpfen.

Praxistipp! KV-Abrechnungen genau prüfen

Wer eine Vertragsarztpraxis übernimmt, sollte sich insbesondere die KV-Quartalsabrechnungen sehr genau anschauen. Liegen beim Nachfolger (noch) nicht alle Voraussetzungen zur Abrechnung bestimmter Leistungen vor, fällt dieser Umsatz zwangsläufig zunächst weg.

Beispiele für EBM-Positionen:

Leistungsbeschreibung	Punkte	Leistungswert 2016 (Punktwert ca. 10 Cent)
Notfallpauschale im organisierten Not(-fall)dienst und Notfallpauschale für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser	127	13,25 €
Grundpauschale für Ärzte, Institute und Krankenhäuser, die zur Erbringung von Leistungen innerhalb mindestens eines der Fachgebiete Anästhesiologie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und Humangenetik ermächtigt sind	92	9,60 €
Besuch eines Kranken, wegen der Erkrankung ausgeführt	212	22,12 €
Visite auf der Belegstation	87	9,08 €
Ärztlicher Bericht über das Ergebnis einer Patientenuntersuchung	39	4,07 €
Krankheitsbericht, nur auf besonderes Verlangen der Krankenkasse oder Ausstellung der vereinbarten Vordrucke	44	4,59 €
Neugeborenen-Basisuntersuchung am 3. bis 10. Lebenstag (U2), einschließlich der Überprüfung der erfolgten Blutentnahme zum erweiterten Neugeborenen-Screening	308	32,14 €
Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei der Frau gemäß Abschnitt B. II. §§ 6 und 8 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie	180	18,87 €
Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei der Frau gemäß C. § 25 Krebsfrüherkennungs-Richtlinie	143	14,92 €
Einzelinhalationstherapie	14	1,46 €
Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	92	9,60 €
Testverfahren bei Demenzverdacht	19	1,96 €
Hyposensibilisierungsbehandlung	94	9,81 €
Krankengymnastik (Einzelbehandlung)	94	9,81 €
Operationsvorbereitung für ambulante und belegärztliche Eingriffe bei Jugendlichen und Erwachsenen bis zum vollendeten 40. Lebensjahr	297	31,00 €

Leistungsbeschreibung	Punkte	Leistungswert 2016 (Punktwert ca. 10 Cent)
Bericht an den Gutachter oder Obergutachter zum Antrag des Versicherten auf Feststellung der Leistungspflicht zur Einleitung der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder der Verhaltenstherapie, als Kurzzeittherapie	269	28,07 €
Reanimationskomplex	1027	107,18 €
Unvorhergesehene Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten: – zwischen 19:00 und 22:00 Uhr – an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 07:00 und 19:00 Uhr	196	20,45 €

3.1.2 Private Krankenversicherung (PKV)

„Je mehr Privatpatienten, desto wertvoller die Praxis“, wird oft gesagt. Fakt ist, dass jede Behandlung eines Privatpatienten zu einer Rechnung führt, die der Patient dem Arzt schuldet. Wenn der Patient privat krankenversichert ist, kann dieser die Rechnung dann seinem Versicherer zur Erstattung einreichen. Die zurzeit gültige Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ²⁶, s.u.) legt in vielen Einzelpositionen fest, was mit wie viel Euro abgerechnet werden darf. Das bedeutet, dass der Arzt direkt Arbeitszeit in Geld umrechnen kann. Allerdings muss die Zahlungsmoral der Patienten berücksichtigt werden. Nicht alle Rechnungen werden gleich bezahlt. Zum Zeitpunkt der Drucklegung wird über eine neue GOÄ entschieden. Es ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht vorhersagbar, welche Änderungen dadurch für die Einnahmen aus der Behandlung von Privatpatienten entstehen!

Aufbau der privatärztlichen Honorare

Die Leistungen, die ein Mediziner an einem privat versicherten Patienten durchführt, werden mittels der Gebührenordnung für Ärzte, kurz GOÄ, abgerechnet.

Diese Gebührenordnung ist wie folgt aufgebaut:

- § 1 Anwendungsbereich
- § 2 Abweichende Vereinbarung
- § 3 Vergütungen
- § 4 Gebühren
- § 5 Bemessung der Gebühren für Leistungen des Gebührenverzeichnisses
- § 5a Bemessung der Gebühren in besonderen Fällen
- § 5b Bemessung der Gebühren bei Versicherten des Standardtarifes der privaten Krankenversicherung
- § 6 Gebühren für andere Leistungen
- § 6a Gebühren bei stationärer Behandlung
- § 7 Entschädigungen

26 <http://www.aerztekammer-bw.de/10aerzte/42goae/volltext.pdf>.

§ 8 Wegegeld

§ 9 Reiseentschädigung

§ 10 Ersatz von Auslagen

§ 11 Zahlung durch öffentliche Leistungsträger

§ 12 Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung; Rechnung

In dem dritten Paragraphen der Gebührenordnung sind die Vergütungen der einzelnen medizinischen Leistungen aufgezeigt. Den einzelnen Leistungen wird ein Punktwert zugeordnet. Dieser wird mit dem aktuellen Punktsatz, momentan 5,82873 Cent, multipliziert. So entsteht der Eurobetrag, der dem Patienten in Rechnung gestellt wird. In diesem Fall handelt es sich um den einfachen zu zahlenden Gebührensatz. Der Arzt kann jedoch auch andere Gebührensätze abrechnen:

- für persönliche ärztliche Leistungen zwischen dem einfachen und in der Regel dem 2,3fachen Satz,
- für medizinisch-technische Leistungen zwischen dem einfachen und in der Regel dem 1,8fachen Satz,
- für Laboruntersuchungen zwischen dem einfachen und in der Regel dem 1,15fachen Satz²⁷.

Im Gegensatz zu gesetzlich versicherten Patienten wird die Rechnung der erbrachten Leistungen direkt an den Patienten ausgegeben. Dieser kann den zu zahlenden Rechnungsbetrag an seine private Krankenversicherung weitergeben.

Beispiele für GOÄ-Positionen

Leistungsbeschreibung	Punkte	Leistungswert 2016 (Punktwert = 5,82873 Cent)
Beratung auch mittels Fernsprecher	80	4,66 €
Symptombezogene Untersuchung	80	4,66 €
Untersuchung zur Erhebung des Ganzkörperstatus, gegebenenfalls einschließlich Dokumentation	260	15,15 €
Untersuchung im Schwangerschaftsverlauf einschließlich Beratung und Bewertung der Befunde, gegebenenfalls auch im Hinblick auf Schwangerschaftsrisiken	200	11,66 €
Visite im Krankenhaus	70	4,08 €
Begleitung eines Patienten durch den behandelnden Arzt zur unmittelbar notwendigen stationären Behandlung gegebenenfalls einschließlich organisatorischer Vorbereitung der Krankenhausaufnahme	500	29,14 €

²⁷ PKV; Die Gebührenordnung für Ärzte; http://www.pkv.de/recht/rechtsquellen/die_gebuehrenordnung_fuer_aerzte_ein_kleiner_leitfaden.pdf.