

## Kostenstrukturanalyse

## Betriebsausgaben ärztlicher Praxen haben sich stabilisiert

Die unternehmerische Praxisführung fordert heute mehr denn je Zeit und Aufmerksamkeit. Um die Kosten in Schach und Proportion zu halten, bedarf es einer sorgfältigen Kalkulation des beruflichen, existentiellen und unternehmerischen Risikos des Praxisinhabers und Praxisbetreibers. Die Vorüberlegungen beginnen bereits lange vor der Entscheidung, sich in freier Praxis niederzulassen. Investitionsentscheidungen können heute nicht mehr unter dem Vorzeichen der noch „fetten Jahre“ Ende der sechziger, Anfang der siebziger Jahre getroffen werden. Bei anhaltendem Andrang zum Medizinstudium und der wachsenden Zahl berufstätiger Ärzte (der Nettozugang beträgt jährlich bereits mehr als drei Prozent) ist in den kommenden Jahren mit Umsatzeinbußen und realen Einkommensverlusten in den verschiedenen Arztgruppen zu rechnen.

**J**immer mehr sind wegen der überwiegend kreditfinanzierten Praxisneugründung systematische, fachmännisch geleitete Niederlassungsberatungen gefragt. Die speziellen Niederlassungsberatungen der Kassenärztlichen Vereinigungen, ärztlicher Verbände und Organisationen tun ein übriges, daß der „Unternehmer Arzt“, ob in der Solo- oder Gemeinschaftspraxis, mit seinen Entscheidungen und beruflichen Le-

**Tabelle 1: Umsatz-/Kostenstruktur je Arzt 1984 bezogen auf Ärzte insgesamt**

Einnahmen aus selbständiger ärztlicher Tätigkeit	DM	Prozent	prozentuale Veränderung zum Vorjahr
über KV vereinnahmt	305 372	81,8	+ 4,6
sonstige Einnahmen	67 936	18,2	+ 0,1
Gesamteinnahmen	373 263	100,0	+ 3,8
<b>Betriebsausgaben</b>			
Personalausgaben	85 703	43,6	+ 5,0
sonstige Ausgaben	110 649	56,4	+ 2,5
Summe der Betriebsausgaben	196 352	100,0	+ 3,6
Betriebsausgaben in Prozent der Einnahmen		52,6	
Überschuß	176 911		+ 4,0
Überschuß in Prozent der Gesamteinnahmen		47,4	
Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI), Köln, 1986			

bensplanungen nicht auf sich allein gestellt bleibt. Auch gibt es bereits seit Mitte 1985 in der ärztlichen Niederlassungsberatung routinemäßig eingesetzte computergestützte Investitions- und Kostenberatungsprogramme (INKO), die die Landesbank der Heilberufe in Zusammenarbeit mit dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI), den Spitzenorganisationen der Kassenärzte und Zahnärzteschaft für die Niederlassungsberatung entwickelt hat. Aufgrund der von den Kassenärztlichen Vereinigungen über die Arztpraxen gespeicherten Strukturdaten und zentraler Übersichten über Fallzahlentwicklungen, Altersstruktur, Berufszugänge, Berufsabgänge, Praxisausstattung, Beschäftigte u. a. ist es möglich, mit Hilfe dieser computergestützten Investitionsberatungsprogramme die Lebensplanung des Arztes, Einstiegs-, Umstiegs- und Erweiterungsinvestitionen prognostisch „abzugreifen“. Angefangen vom Investitionsvolumen und dessen Finanzierung über Abschreibung, Raum- und Personalkosten, sonstige Betriebsausga-

ben bis hin zur privaten Lebenshaltung und der Vorsorge für die Wechselfälle des Lebens werden durch das Programm „INKO“ alle in Betracht kommenden Daten abgefragt und simultan in Investitionskalküle operationalisiert.

### Investitionsentscheidungen – leicht gemacht

Falls der niederlassungswillige Arzt noch keine eigenen Vorstellungen entwickelt hat, können aus dem gespeicherten umfangreichen Datenmaterial sowohl fachgebietspezifische als auch arztgruppenunabhängige Durchschnittswerte zusätzlich zur Orientierung herangezogen werden. Aus den Prämissen, der Lebensplanung und dem existentiell notwendigen Praxisumsatz und den zu erwartenden Erträgen wird mit Hilfe des Entscheidungsmodells INKO der erforderliche Mindestumsatz der Praxis errechnet mit dem Ziel, das Planungsvorhaben auf eine realistische und realisierbare Basis zu stellen. Dabei wird nichts normativ

vorgegeben. Einer nicht zu verantwortenden Übermedikalisierung und der Polypragmasie wird so ein Riegel vorgeschoben – gleichsam ein willkommener Nebeneffekt zur Erziehung zu mehr Sparsamkeit, Rationalisierung und Kostendämpfung in eigener Regie. Die Kostenseite ist auch der wesentlichste Aktionsparameter des Arztes, will er bei reduzierten Praxisumsätzen noch rentabel wirtschaften. – Selbstverständlich ist bei der Niederlassungsberatung, bei der Investitionsentscheidung und nicht zuletzt bei der ärztlichen Lebensplanung die unmittelbare Mitwirkung des Investors Arzt gefordert. So können subjektive Vorstellungen mit dem aufgrund der Fallzahlen Realisierbaren und objektiv Machbaren zur Deckung gebracht werden.

Seine Unternehmerfunktion, seine gesellschaftspolitische und soziale Schlüsselrolle und hohe Verantwortung im System der gesundheitlichen Sicherung muß sich jeder Arzt ständig aufs neue bewußt machen, wenngleich sich die Arztpraxis von anderen Dienstleistungen der freien Berufe und – noch mehr – von den gewerblichen Betrieben unterscheidet, weil der Praxisinhaber überwiegend seine Leistung persönlich erbringt und einer hohen beruflichen Anforderung, einem Qualitätsmindeststandard und immer enger werdenden sozialen wie wirtschaftlichen Kontrollen unterworfen bleibt.

Praxismanagementmethoden und Prinzipien der modernen Betriebsführung fordern vom Arzt und seinem Team den vollen Einsatz, Leistung und Aufopferungsbereitschaft. Trotz der Technisierung und der Notwendigkeit, eine bestimmte apparative technische Mindestausstattung zu installieren und effektiv vorzuhalten, ist es immer noch die Persönlichkeit Arzt, die das Markenzeichen für den Dienstleistungsbetrieb Arztpraxis abgibt. Persönlichkeitsstruktur und das ärztliche Berufsbild wandeln sich stetig schneller im Zuge der schnelllebigen Zeitläufe.

### Ausgaben-Einnahmen-Struktur durchleuchten!

Einer Analyse der Kostenstruktur, der Ausgaben-Einnahmen-Relation der Praxis muß sich jeder niedergelassene Arzt von Zeit zu Zeit vor Augen führen. „Handreichungen“ liefern dazu die amtlichen Kostenstrukturerhebungen des Statistischen Bundesamtes, die im Vier-Jahre-Rhythmus erhoben werden. Sie basieren auf Angaben, die auf repräsentativer und freiwilliger Grundlage bei niedergelassenen Ärzten, Zahnärzten und Tierärzten erhoben werden. Sie sollen ein möglichst getreues Abbild des Leistungsaufwandes und des Leistungsspektrums, geschichtet nach Umsatzgrößenklassen, geben.

Die erst kürzlich veröffentlichten Ergebnisse spiegeln das Umsatz-Kostenspektrum des Jahres 1983 wider. Rezipient und jährlich erhoben werden die Umsätze, Einnahmen und Betriebsausgaben aufgrund einer ebenso repräsentativen Kostenstrukturanalyse, für deren Auswertung das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI), Köln, verantwortlich zeichnet.

Hatte es in den vergangenen Jahren noch geheißen: Die Betriebsausgaben/Kosten nagen kräftig am Umsatz der Arztpraxen, so hat sich zumindest in 1984 das Bild etwas gewandelt. Hatten die Praxiskosten/Betriebsausgaben im Jahr 1983 mit 53,4 Prozent Anteil, gemessen am Gesamtumsatz, noch eine Rekordhöhe erreicht, so liegen sie mit 52,6 Prozent im Jahr 1984 sogar um 0,8 Prozentpunkte unter der entsprechenden Vorjahresvergleichsgröße.

Wenn auch die Entwicklung der Betriebsausgaben je nach Fachgebietsgruppe divergiert und auch die Bruttoumsätze weit auseinanderdriften, so dürfte sich der Betriebsausgabenpegel im Jahr 1984 in den meisten Arztgruppen stabili-

siert haben. Im Durchschnitt aller Arztpraxen ist in den vergangenen acht Jahren – von 1975 bis 1983 – der Personalkostenanteil jedenfalls nicht weiter expandiert. Insgesamt hat sich die Mitarbeiterzahl in diesem Zeitraum um etwa zehn Prozent verringert. Die Analyse des ZI stellt für das Jahr 1984 ferner fest, daß nach zwei Jahren effektiver Umsatzrückgänge und Realeinkommenseinbußen im Jahr 1984 erstmals wieder ein Zuwachs bei dem zu versteuernden Jahresüberschuß (Einkommen vor Steuern) um durchschnittlich vier Prozent zu verzeichnen war. Dieses positive Ergebnis ist einerseits auf die verhaltene Steigerung bei den Betriebsausgaben, andererseits aber auch auf einen angemessenen Zuwachs bei den Kassenbruttoumsätzen zurückzuführen, der ausreichte, um die Betriebsausgabensteigerungen aufzufangen.

### Eckdaten der wirtschaftlichen Lage

Für 1984 weist die ZI-Analyse folgende Eckdaten der wirtschaftlichen Situation der niedergelassenen Ärzte aus:

► Danach sind die Gesamteinnahmen um 3,8 von 359 622 DM (1983) auf 373 263 DM (1984) gestiegen. Gleichzeitig erhöhten sich die Gesamtausgaben lediglich um 3,6 von 189 5651 auf 196 352 DM. Aus diesen Umsätzen müssen sämtliche Betriebsausgaben und aus dem versteuerten Einkommen muß auch die immer teurer werdende soziale Absicherung für Alter, Krankheit, Urlaub, Praxisvertretung, Rechtsschutz, Haftpflicht, Verdienstausschlag, Krankentagegeld u. a. bestritten werden.

So nimmt es nicht wunder, daß ein niedergelassener Arzt bei einem Praxisumsatz von ca. 220 000 DM p. a. und ein Oberstudienrat (A 14) mit ihrem Nettoeinkommen (= 4000 DM monatlich) gleichauf

liegen – bei unterschiedlicher Risikolage.

► Unter Berücksichtigung der Preissteigerungs- bzw. Inflationsrate in 1984 in Höhe von 2,4 Prozent sind die Betriebsausgaben faktisch nahezu konstant geblieben. Die Steigerung der Gesamteinnahmen im Durchschnitt aller Arztpraxen um 3,8 Prozent resultiert aus folgenden Einzelergebnissen:

► Die Einnahmen aus kassen- bzw. vertragsärztlicher Tätigkeit haben von 291 779 (1983) auf 305 372 DM (1984) um 4,6 Prozent zugenommen. Diese Entwicklung entspricht ungefähr der im gleichen Zeitraum angewachsenen Grundlohnsumme der Versicherten (+ 4,4 Prozent). Dabei ist zu berücksichtigen, daß sich die errechnete Steigerungsrate um 0,5 Prozentpunkte günstiger darstellt als das statistische Ergebnis der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in der sogenannten Größenklassenstatistik.

► Die Zunahme des aus der kassenärztlichen Tätigkeit erzielten Umsatzes ist auf die insgesamt um 1,2 Prozent gestiegene Zahl der abgerechneten Fälle (Fallzahlen; Krankenscheine) zurückzuführen. Dies liegt wahrscheinlich allein an der weiterhin gestiegenen Zahl der Überweisungsscheine (+ 2,9 Prozent). Davon profitierten die Gebietsärzte mit drei Prozent und die Allgemeinärzte/praktischen Ärzte mit 2,6 Prozent.

Bedingt durch das Anwachsen der Zahl der berufstätigen Ärzte um insgesamt 2,5 Prozent (netto) und die Abnahme der Mitgliederzahl bei den RVO-Krankenkassen um 0,1 Prozent sind die Fallzahlen je Arzt um 1,3 Prozent zurückgegangen. Ausschlaggebend für die per saldo dennoch positive Entwicklung bei den Gesamteinnahmen war deshalb die Erhöhung des *Fallwertes*.

Das Zentralinstitut führt für diesen Trend drei Ursachen ins Feld:

**Tabelle 2: Gesamtbetrag der Praxisfinanzierung 1984 und 1985**

	Praxisgründung DM	Praxisübernahme DM
Allgemeinärzte	203 693	190 066
Augenärzte	322 541	247 407
Chirurgen	335 110	316 200
Hautärzte	237 200	159 857
Frauenärzte	240 000	225 574
HNO-Ärzte	293 083	254 393
Internisten	360 147	338 180
Kinderärzte	176 181	171 913
Nervenärzte	193 533	213 187
Orthopäden	471 028	394 492
Urologen	373 200	373 333
Durchschnitt aller Ärzte	258 606	228 585

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI), Köln, 1986

► die strukturelle Veränderung in der Gesamtärzteschaft, hervorgerufen durch ausscheidende und neu in die kassenärztliche Tätigkeit eintretende Ärzte;

► die überproportionale Zunahme der Spezialisten an der Gesamtzahl der Ärzte wegen deren kostenintensiveren Leistungsspektrums und

► die rasche Übernahme und Umsetzung des medizinischen und technischen Fortschritts bei Diagnostik, Therapie und Medikation und damit des verbesserten therapeutischen Spektrums im ambulanten Sektor.

**Baisse bei den Privateinnahmen**

Im Gegensatz zu den kassen-/vertragsärztlichen Einnahmen sind die Privateinnahmen im Jahr 1984

nur um 0,1 Prozent gestiegen. Allerdings ist der Einnahmerückgang im ersten Jahr nach Inkrafttreten der geänderten Privatgebührenordnung (GOÄ '82) von minus 4,3 Prozent wieder wettgemacht worden. Dabei hat sich die Entwicklung der Privateinnahmen auf einem niedrigeren Niveau stabilisiert (was denn auch mit den von der privaten Krankenversicherung gemeldeten Trends für 1983 und 1984 korrespondiert).

Der durchschnittliche Betriebsausgabenanstieg lag 1984 bei 3,6 Prozent; er ist damit fast identisch mit dem Vorjahreswert (+ 3,5 Prozent). Die Veränderung der Personalkosten ist mit fünf Prozent in etwa mit dem Vorjahreswert (+ 4,9 Prozent) vergleichbar.

Das relativ günstige Betriebsergebnis für 1984 dürfte kurzfristig nicht wiederholbar sein. Inzwischen gibt es auch einen Knick beim Nettozuwachs bei der Zahl der Kassenärzte. Dieser vergleichsweise geringere Zuwachs resultiert vermutlich aus der verlängerten Vorbereitungszeit auf die kassenärztliche Tätigkeit. Andererseits sind 1985 insbesondere in der Altersgruppe der 60- bis 65jährigen deutlich mehr Kassenärzte aus der kassen/vertragsärztlichen Versorgung ausgeschieden. Immerhin nahmen im Jahr 1985 63 694 Kassenärzte an der kassenärztlichen Versorgung teil.

► Und ein weiteres Ergebnis, das den Trend der nächsten Jahre bestimmen wird: In den Jahren 1984 und 1985 sind ca. 1400 Praxen neu gegründet worden. Dafür war ein Gesamtfinanzierungsvolumen von knapp einer Milliarde DM erforderlich, das überwiegend durch Finanzierungsinstitute abgewickelt wurde. Der Gesamtbetrag der Praxisfinanzierung lag in 1984/85 bei Praxisneugründung durchschnittlich bei 258 606 DM (bei Praxisübernahme: 228 585 DM). Die Streubreite lag bei der Praxisneugründung zwischen 167 181 DM (Kinderärzte) und 471 028 DM (Orthopäden). Harald Clade