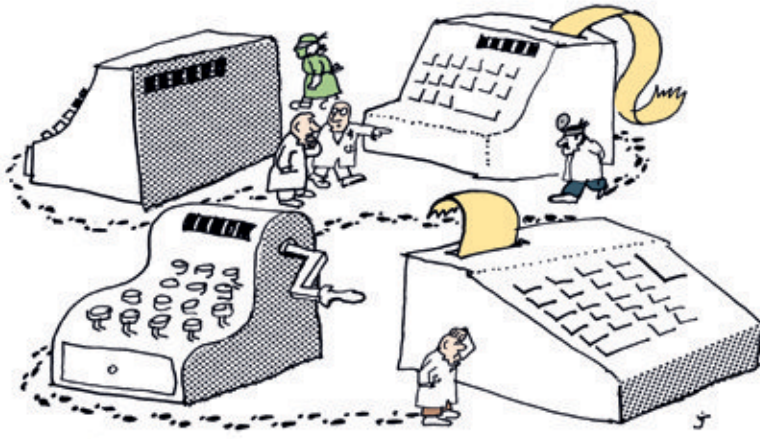




Dr. Günter Gerhardt

# Wir Ärzte sollten wissen, was wir verdienen



**W**issen wenigstens wir Ärzte, was wir verdienen? Mitnichten! Die in den letzten Wochen geführte mediale Honorardiskussion hat mich veranlasst, dieses Thema aufzugreifen.

Zu unserem Selbstschutz möchte ich mit einer To-do-Liste beginnen:

**1** Jede Ärztin/ jeder Arzt in freier Praxis muss die betriebswirtschaftliche Lage der eigenen Praxis kennen – für ein eigenes Risikomanagement (s.u.) und um fundiert Fragen zum Arzteinkommen beantworten zu können. Das gilt auch für Ärztfunktionäre. Ansonsten sollte man bitteschön darüber schweigen.

**2** Wir brauchen Ärztinnen und Ärzte, die das Wissen über diese schwierige Materie haben und die für mediale Auftritte geschult sind.

**3** Wir müssen uns künftig mit eigenen Medien schnell informieren und wehren können.

**Ad 1:** Gehören auch Sie zu denjenigen, die einen vom Steuerberater berechneten Einnahmenüberschuss mit echtem Gewinn gleichsetzen? Sie befinden sich in guter Gesellschaft: Auch das Statistische Bundesamt verwendet diese steuerliche Ergebnisrechnung für seine Durchschnittszahlen zu Ärzteneinkommen. Klar, das ist dann hoch genug, um ein Jammern auf hohem Niveau nahelegen. Ich vermute, dass sich auch der erweiterte Bewertungsausschuss von diesem Argument bei seinem aktuellen Schiedsspruch,

den die KBV als „Notoperation“ bezeichnet, hat leiten lassen.

Für eine betriebswirtschaftlich korrekte Analyse von Umsätzen, Kosten und Ergebnissen (Gewinn oder Verlust) ist die Einnahmeüberschussrechnung jedoch ungeeignet. Sie spiegelt nicht vollständig die reale Situation einer Praxis wider. Die aber brauchen wir, um eine unangreifbare Datenbasis zu schaffen, und um eine transparente

## »Kalkulatorische Kosten der Praxis berücksichtigen«

Steuerungsmöglichkeit zu bekommen. Mit dieser betriebswirtschaftlichen Ergebnisrechnung analysieren wir die Rentabilität unserer Praxis. Ohne sie landen wir schlimmstenfalls in der Insolvenz. Wir brauchen sie auch für ein zeitgemäßes Praxis-

Risikomanagement. Daran anschließend muss sich die Liquiditätsanalyse und die Kosten-Leistungsanalyse.

Zur betriebswirtschaftlichen Ergebnisrechnung und Kosten-Leistungsanalyse gehören auch die kalkulatorischen Kosten, also die Selbstkostenkalkulation aller in einer Praxis anfallenden ärztlichen und sonstigen Leistungen, wie z.B. das kalkulatorische Arztgehalt, das Gehalt der Mitarbeitenden Ehefrau sowie Investitions- und Personalkosten, die zum Risikofaktor werden können. Diese Kosten sind den Honoraren pro Leistung gegenüberzustellen. Dabei gewinnt man spannende Erkenntnisse, nämlich ob mit Leistungen schwarze oder rote Zahlen geschrieben werden.

Dass ein Großteil der GKV-Leistungen nicht kostendeckend vergütet wird, hat bereits in den 1990er-Jahren der Dipl.-Kfm. Otto Henker aus Reutlingen nachgewiesen. Und

wenn heute ein Vertragsarzt wissen will, inwieweit er in der GKV-Sparte im Plus- oder Minus-Bereich arbeitet, dann kann diese Frage nur mit einer Kosten-Leistungsanalyse beantwortet werden.

Meines Erachtens wäre es eine der vornehmsten Aufgaben unserer KVen und der KBV, ihre Mitglieder bei der Erstellung solcher Kosten-Leistungsanalysen zu unterstützen – auch um bei kommenden Honorarverhandlungen mit Zahlen aufwarten zu können, die das betriebswirtschaftliche Ergebnis aus GKV-Leistungen widerspiegeln.

**Ad 2:** Nicht jeder Funktionär, ob KV-Vorsitzender oder Vorsitzender eines Berufsverbandes, ist in der Lage, offensiv und empathisch in den Medien zu argumentieren. Wir können es uns nicht länger leisten, Ärzte ohne Medientraining z.B. in Talkshows zu schicken, die dort

„hart aber fair“ auf ärztefeindliche Journalisten sowie geschulte Vertreter der Kassen und Politik treffen. Und wenn es einer auch nach einer Schulung partout nicht schafft, kompetent und empathisch rüber zu kommen, dann sollte jemand anderes für ihn einspringen. Wenn ein Sender Experten für eine Sendung sucht, müssen wir auf einen Pool geeigneter Kolleginnen und Kollegen zurückgreifen können. Für die Sache muss man die Eitelkeit hinten anstellen. Die Häme nach einem missglückten Auftritt ist jedenfalls nachhaltig belastender als das kurze Glücksgefühl im Fernsehen gewesen zu sein.

**Ad 3:** Die Ereignisse der letzten Wochen haben wieder einmal aufgedeckt, dass wir ein eigenes Instrument brauchen, um zu informieren und uns zu wehren. Es kann nicht sein, dass wir mehr oder weniger auf wohlwollende Journalisten angewiesen sind, die versuchen, unse-

## »Erst nach einem Medientraining in die Talk-Show«

re Situation so darzustellen, wie sie wirklich ist. Wir sind nie die Agierenden, sondern immer nur die Reagierenden. Vor allem, wenn wir noch von sog. Kollegen an den Pranger gestellt werden. Was wir brauchen, sind eigene Medien. Überlegen Sie mal: Keine andere Berufsgruppe erreicht täglich so viele Menschen wie wir mit unseren Wartezimmern.

## Diese fünf Hausärzte schreiben für Sie:



Dr. Frauke Höllering, Arnsberg

Dr. Robert Oberpeilsteiner, Berchtesgaden

Dr. Cornelia Tauber-Bachmann, Alzenau

Prof. Dr. Klaus-Dieter Kossow, Achim

Dr. Günter Gerhardt, Wendelsheim

So erreichen Sie uns: [kontakt@medical-tribune.de](mailto:kontakt@medical-tribune.de)  
Redaktion Medical Tribune, 65032 Wiesbaden, Postfach 4240

## Praxisgebühr fällt weg / Doch wie die vielen Arztbesuche bremsen? 2013 – mehr Zeit für die Behandlung!

**WIESBADEN – Die schwarz-gelbe Koalition hat den Wegfall der Praxisgebühr zum 1.1.2013 vereinbart – und schon gibt es neue Ideen zur Steuerung der Arztbesuche.**

Jährlich wenden niedergelassene Ärzte und ihre Praxisteams im Schnitt etwa 120 Stunden auf, um die Praxisgebühr einzubehalten und zu quittieren, betont die KV Schleswig-Holstein. Dieser Verwaltungsaufwand fällt nach dem Beschluss der Berliner Regierungskoalition ab 2013 weg. Doch das Problem der fehlenden Steuerungswirkung und der vielen Arztbesuche ist damit nicht gelöst, sagt KVSH-Chefin Dr. MONIKA SCHLIFFKE.

Die KV Bayerns preschte mit einer Kampagne gegen die Praxisgebühr vor. Jetzt ist die Berliner Koalition den Rufen gefolgt.

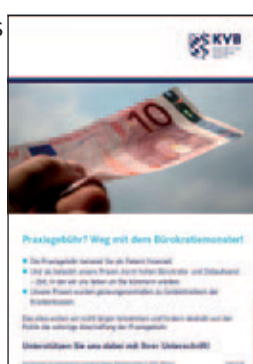


Foto: KV Bayerns

Statt der Praxisgebühr, die wie eine Flatrate wirke, könnte als Steuerungsinstrument eine sozial ausgewogene und bargeldlos eingezogene Eigenbeteiligung der Versicherten an den Behandlungskosten eingeführt werden. Die KV hat dafür zusammen mit dem Kieler Gesundheitsökonom Dr. THOMAS DRABINSKI

und dem Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen das Modell „Gesundheitskonto mit Solidargutschrift“ ([www.solidargutschrift.de](http://www.solidargutschrift.de)) erarbeitet. „Es macht deutlich, dass die ärztliche Leistung einen Geldwert hat“, so Dr. Schliffke.

Mit dem Ende der Praxisgebühr wird in den Hausarztpraxen vermutlich der Ansturm von Patienten abnehmen, die gleich zu Quartalsbeginn Überweisungen zu Fachärzten einsammeln. Der Hausärzterverband Hessen hatte sich im Oktober dafür ausgesprochen, die Praxisgebühr nur bei den Patienten wegzulassen, die sich in Hausarztverträge eingeschrieben haben.

„Wir sind froh, dass die Praxisgebühr abgeschafft wird und die Ärzte sich wieder mehr um ihre eigent-

liche Aufgabe, die Behandlung ihrer Patienten, kümmern können“, kommentierte KBV-Chef Dr. ANDREAS KÖHLER die „längst überfällige“ Entscheidung. Bei einer bundesweiten Unterschriftenaktion von KBV und KVen in den Arztpraxen hatten sich in den vergangenen Monaten 1,6 Millionen Patienten gegen die Zuzahlung von 10 Euro ausgesprochen.

Der Wegfall der 2004 eingeführten Praxisgebühr wird sich bei den GKV-Finzen mit jährlich etwa 1,5 Mrd. Euro bemerkbar machen. Die Koalition beschloss zudem, dass der Bundeszuschuss zum Gesundheitsfonds im Jahr 2013 um 500 Mio. Euro und im Jahr 2014 um zwei Mrd. Euro gekürzt werden soll. Die KKH-Allianz bewertete die Maßnahmen als „verkräftbar“. REI

## MFA-Verband / Kritik Minijobs sind auch mit 450 problematisch

BERLIN – Der Verband medizinischer Fachberufe kritisiert die mit den Stimmen der schwarz-gelben Koalition vom Bundestag zum 1.1.2013 beschlossene Anhebung der Verdienstgrenze für Minijobs von 400 auf 450 Euro pro Monat. „Wir bleiben bei unserer Forderung, Minijobs abzuschaffen und in reguläre sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse umzuwandeln“, so die 2. Vize-Präsidentin MARGRET URBAN. Viele Frauen schafften es nicht, aus Minijobs in reguläre sozialversicherungspflichtige Arbeitsverhältnisse zu wechseln. REI