

# BWL für Mediziner

Donnerstag, 20.01.2011

15.00-16.30 Uhr

Hörsaalgebäude, Uniklinikum Bonn

Heide Fier

# Outline

- Wie denke ich wirtschaftlich?
- Grundprinzipien der BWL
- Der Gesundheitsmarkt in Deutschland
- Krankenhaus
- Praxis
- Zusammenfassung

# Grundprinzipien wirtschaftlichen Handelns

Wirtschaften=planmäßiger Einsatz knapper Güter (Produktionsfaktoren) für die Befriedigung menschlicher Bedürfnisse.

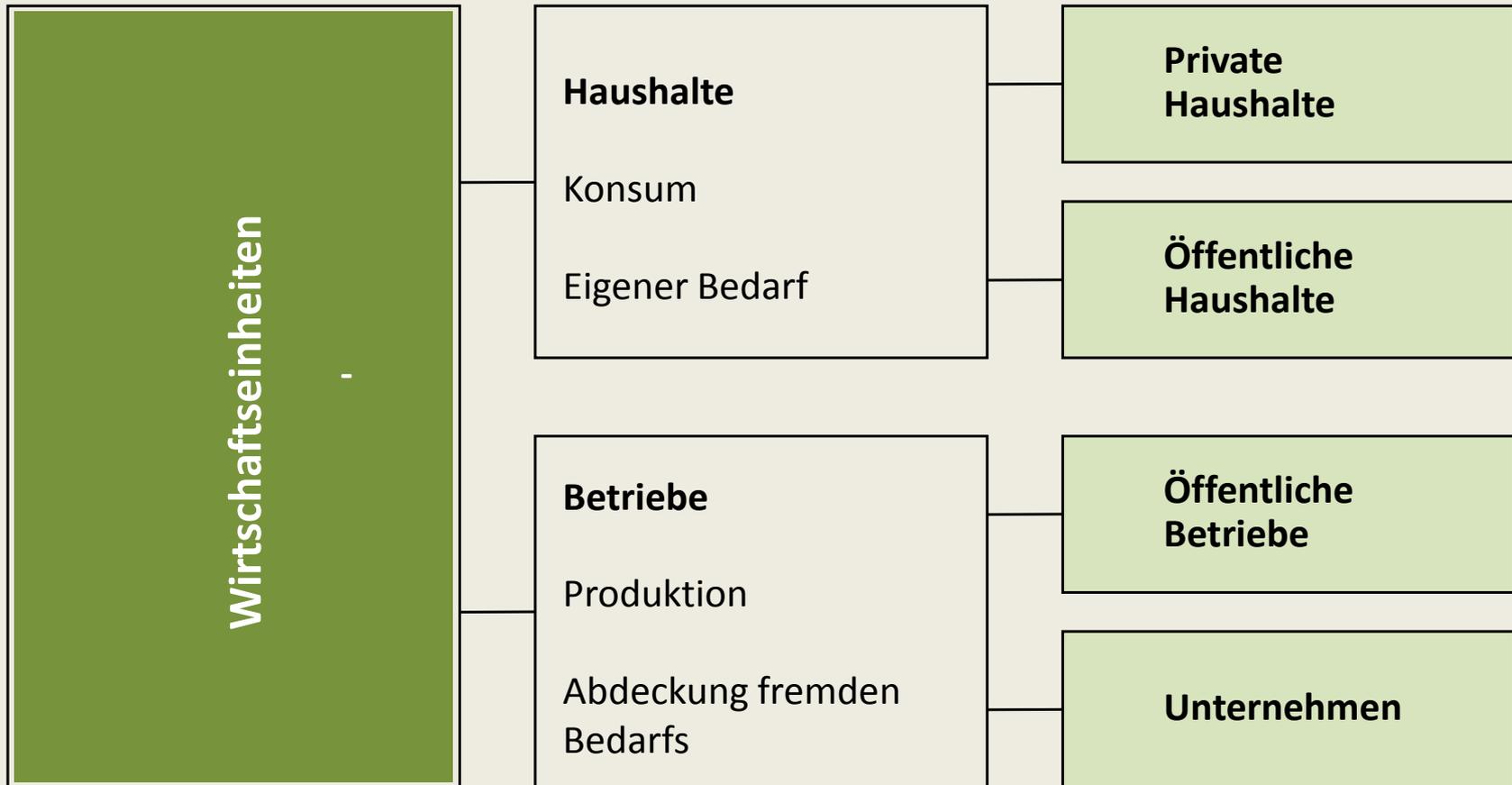
**Maximumprinzip**: Mit gegeben Aufwand an Produktionsfaktoren, den größtmöglichen Güterbeitrag zu erzielen → *Ertragsmaximierung*

**Minimumprinzip**: Mit dem geringsten Aufwand einen bestimmten Ertrag zu erzielen → *Aufwandsminimierung*

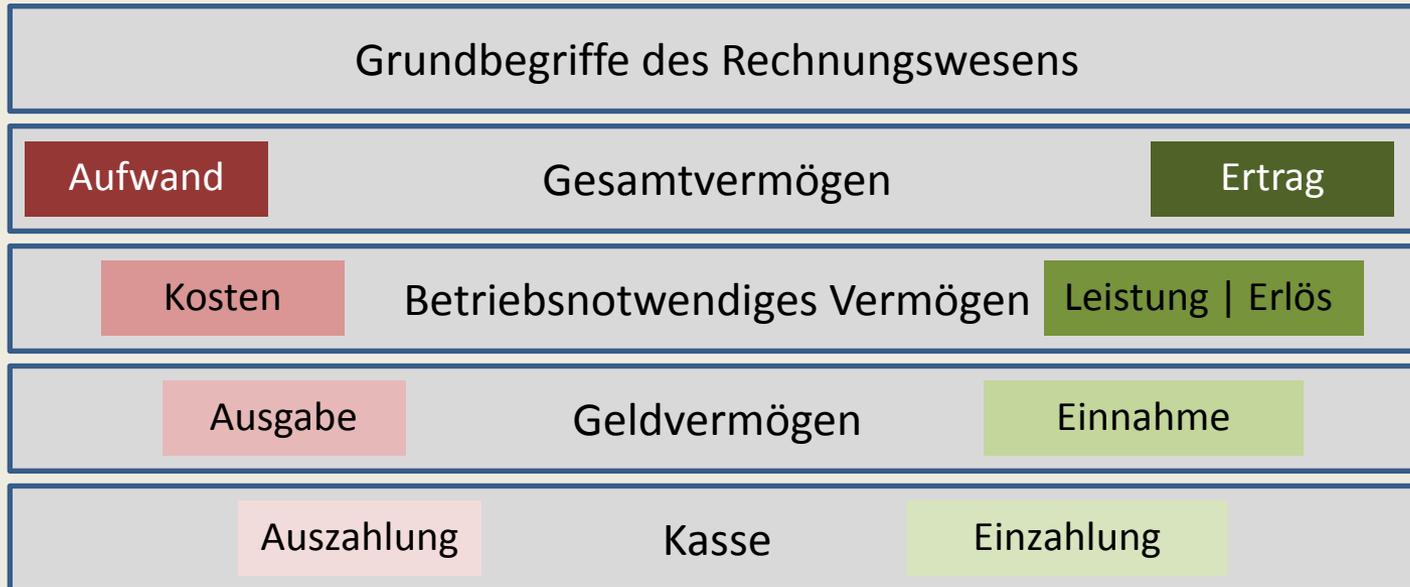
**Extremumprinzip**: Ein möglichst günstiges Verhältnis zwischen Aufwand und Ertrag soll realisiert werden → *Wirtschaftlichkeit*

Jeder Euro stiftet einen zusätzlichen Nutzen!

# Wirtschaftseinheiten am Markt



# Kennzahlen wirtschaftlichen Handelns



Liquidität: Fähigkeit einer Wirtschaftseinheit, seine fälligen Verbindlichkeiten jederzeit (fristgerecht) und uneingeschränkt begleichen zu können.  
Fälligkeitszeitraum <1 Jahr: Kurzfristige Liquidität  
Fälligkeitszeitraum 1-5 Jahre: Mittelfristige Liquidität  
Fälligkeitszeitraum >5 Jahre: Langfristige Liquidität

→ Erfordert voraussichtliches Planen!

# Der Jahresabschluss & Einnahmen-Überschuss-Rechnung

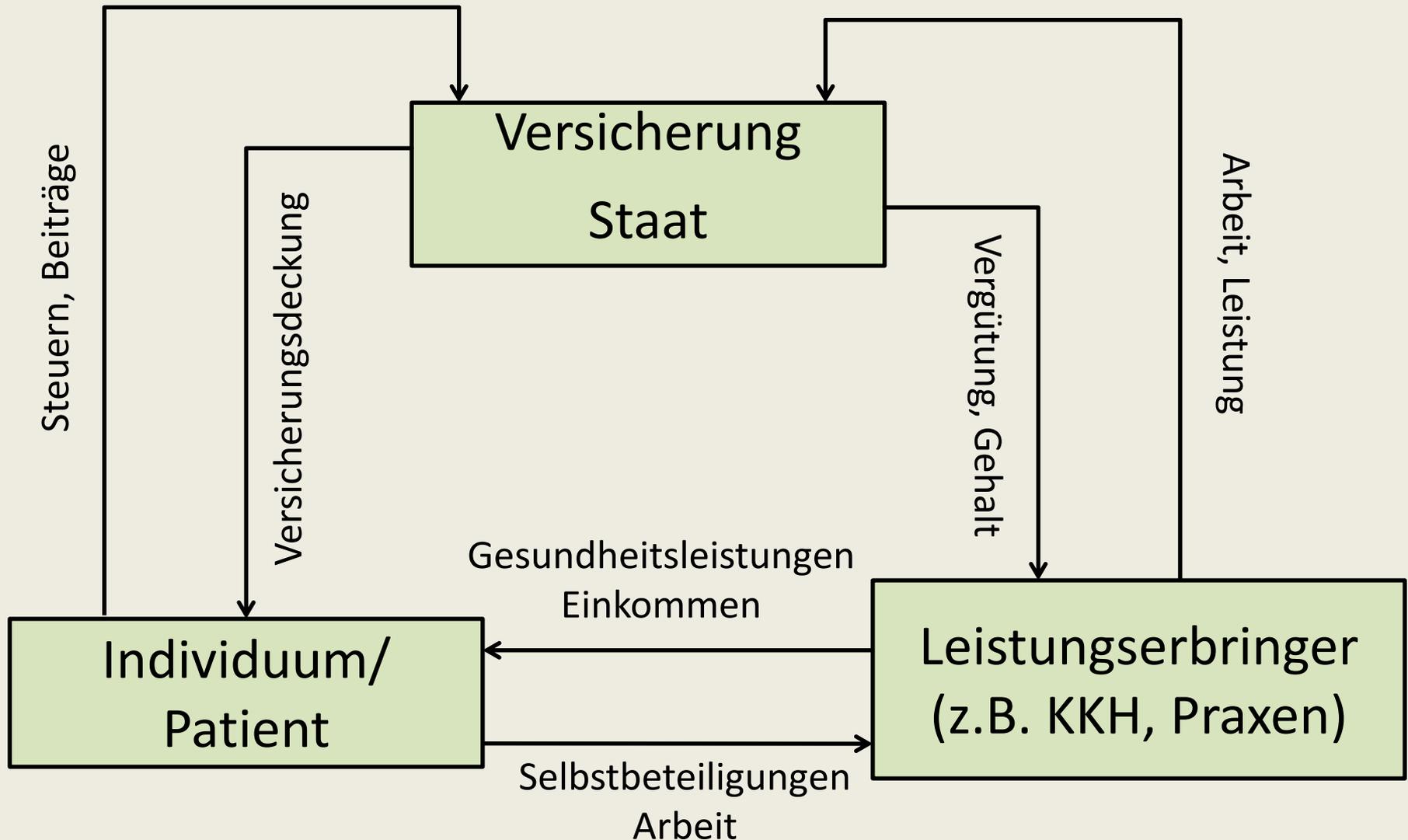
## **Jahresabschluss:**

- Rechnerischer Abschluss eines Geschäftsjahres
- Die jährliche Erstellung eines Jahresabschlusses ist für alle Kaufleute handelsrechtlich vorgeschrieben → z.B. Verpflichtend für KKH mit Rechtsform GmbH oder gGmbH
- Aus dem Jahresabschluss sollen sämtliche Schuld- und Vermögensverhältnisse klar hervorgehen, Einzelheiten → Handelsgesetzbuch (HGB)
- Der Jahresabschluss besteht aus der Bilanz und der Gewinn- und Verlustrechnung (Ergebnis: EBIT) sowie bei Aktiengesellschaften einem Anhang und einem Lagebericht

## **Einnahmen-Überschuss-Rechnung:**

- Da niedergelassene Ärzte als selbstständige Freiberufler gelten, sind sie nicht verpflichtet einen Jahresabschluss zu machen
- Einnahmen-Überschuss-Rechnung ermittelt den steuerpflichtigen Gewinn
- $\text{Gewinn} = \text{Betriebseinnahmen} - \text{Betriebsausgaben}$  im entsprechenden Wirtschaftsjahr

# Der Gesundheitsmarkt in Deutschland



# Der Gesundheitsmarkt in Deutschland - Fakten

- 2008: ca. 263 Mrd. EUR Gesundheitsausgaben  
~ 10,5% des BIP
  - Ambulante Einrichtungen ca. 50%
  - Krankenhäuser ca. 36%
  - Rest: Teilstationäre Pflegeeinrichtungen, Reha, Rettungsdienste usw.
- 2009: Gesundheitswesen beschäftigt insgesamt 4,6 Millionen Menschen. Damit war jeder neunte Beschäftigte in Deutschland im Gesundheitswesen tätig.
- Demographische Entwicklung → Gesundheitsmarkt wird an wirtschaftlicher Bedeutung eher gewinnen!

# Kkh in D – Trägerschaften

**Öffentliche Krankenhäuser:** Trägerschaft von Gebietskörperschaften: Allg. KKH (Gemeinde/Kreise), Unikliniken (Land), Bundeswehrkkh (Bund)

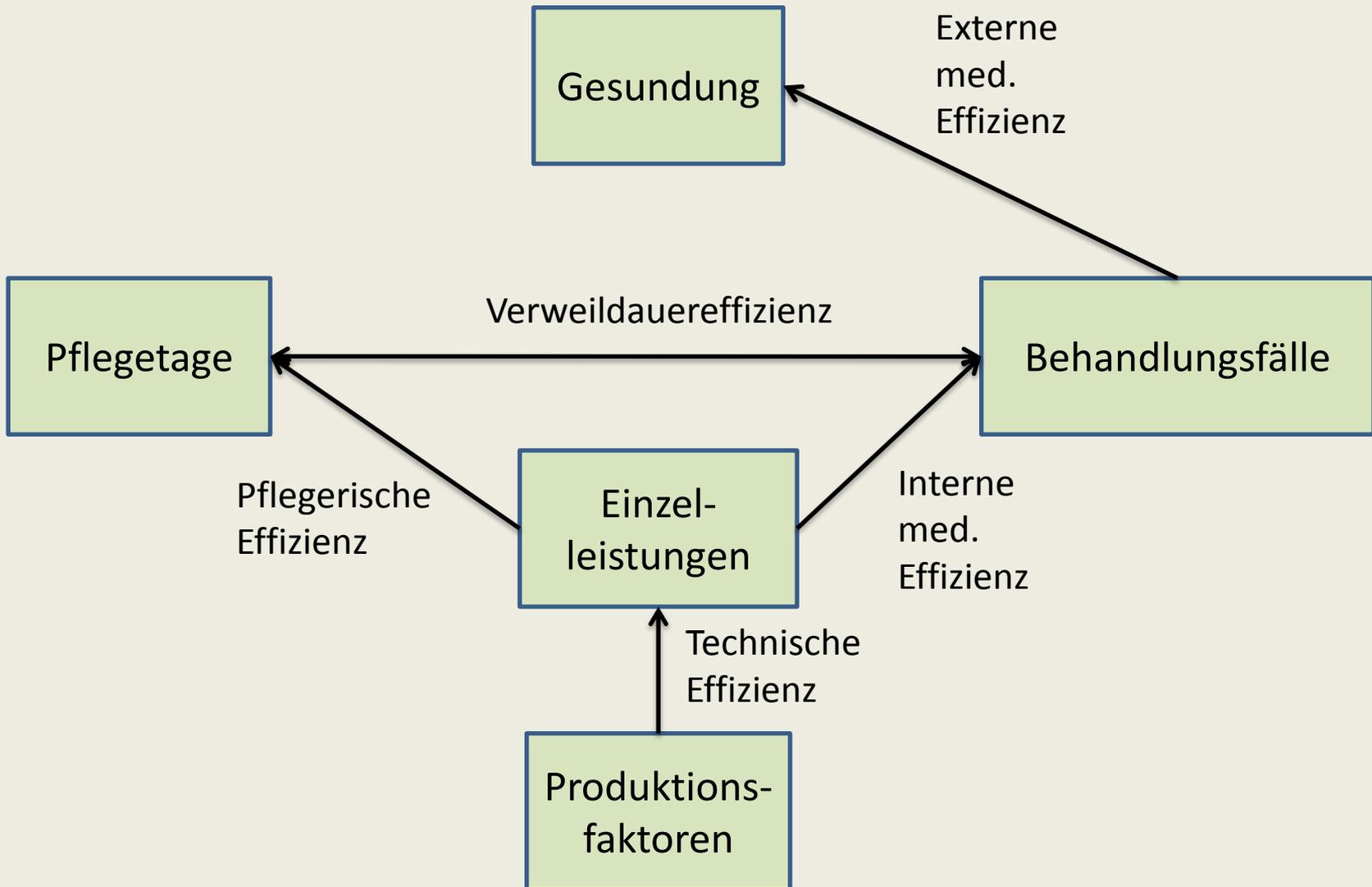
**Freigemeinnützige Krankenhäuser:** Trägerschaft der grossen Verbände der kirchlichen oder freien Wohlfahrtspflege (z.B. Caritas, Diakonie, Deutsches Rotes Kreuz, Johanniter)

**Private Krankenhäuser:** private Trägerschaft (z.B. Asklepios, Rhoen-Kliniken, Helios/Fresenius)

## Anzahl KKH in Deutschland nach Jahr und Trägerschaft 2010

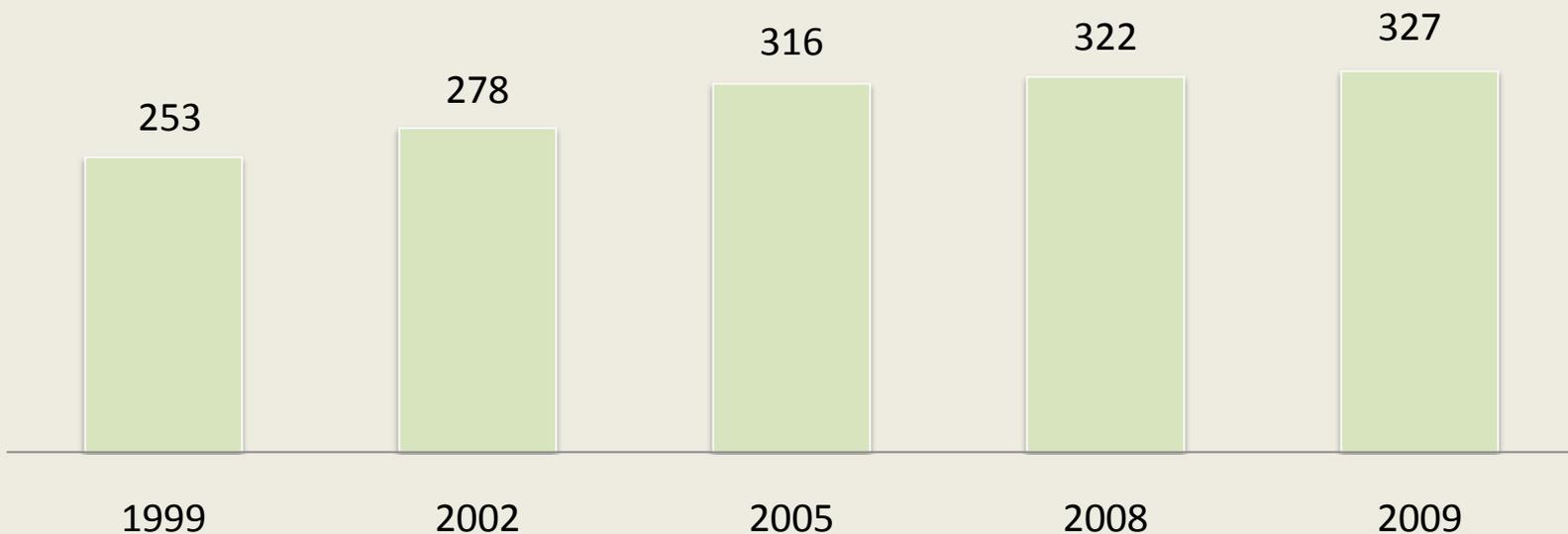
Trägerschaft   Jahr	2004	2005	2006	2007	2008
Öffentlich	780	751	717	677	665
Freigemeinnützig	831	818	803	790	781
Privat	555	570	584	620	637
Insgesamt	2166	2139	2104	2087	2.083

# Produktionsprozess im KKH



# Krankenhäuser – Kostenstruktur I

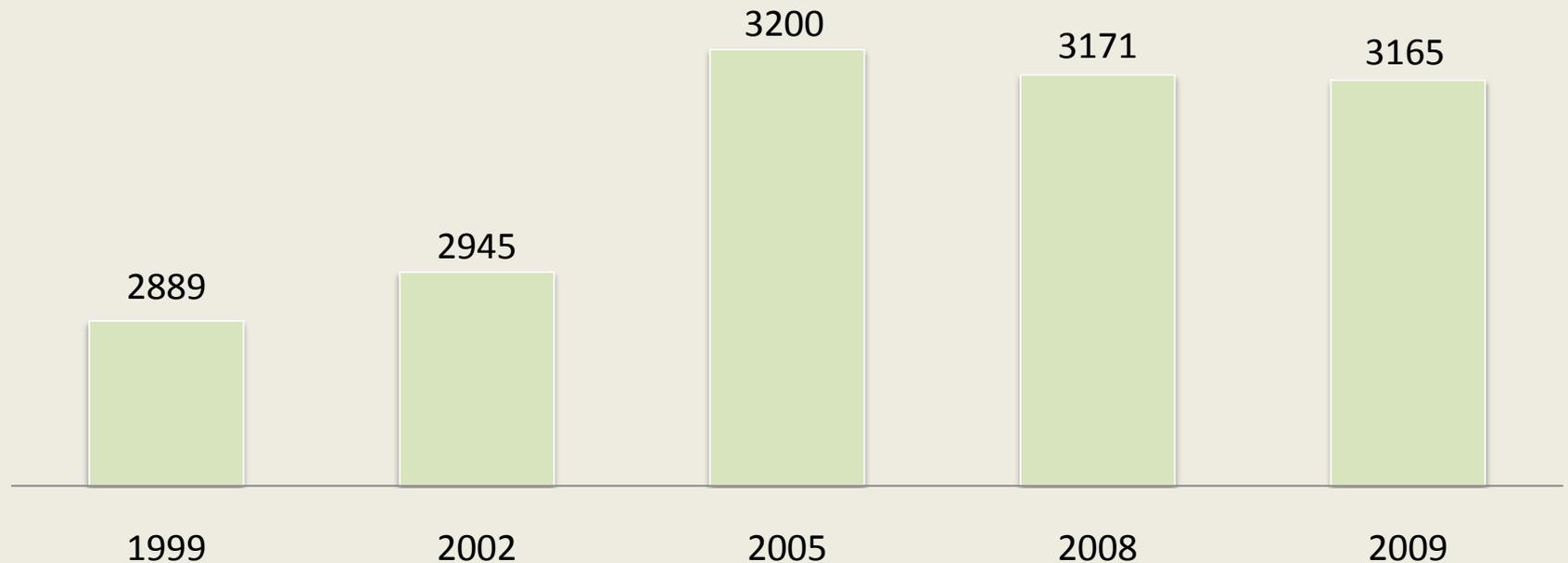
Ausgaben je Krankenhaustag (stationäre Behandlung) in EUR



Nur GKV-Patienten, ohne Vor- und Nachstationäre Behandlungen, ambulantes Operieren, stationäre Entbindungen

# Krankenhäuser – Kostenstruktur II

Ausgaben je Krankenhausfall (stationäre Behandlung) in EUR



Nur GKV-Patienten, ohne Vor- und Nachstationäre Behandlungen, ambulantes Operieren, stationäre Entbindungen

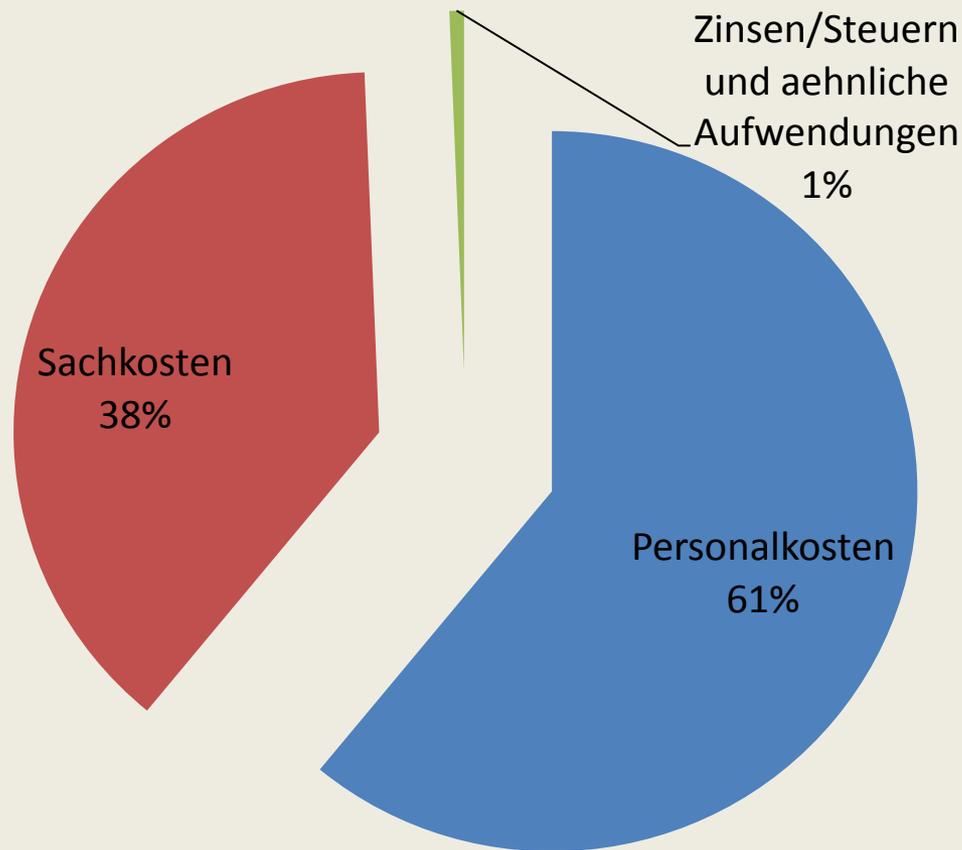
# Krankenhäuser – Kostenstruktur III

Durchschnittliche Verweildauer in Tagen



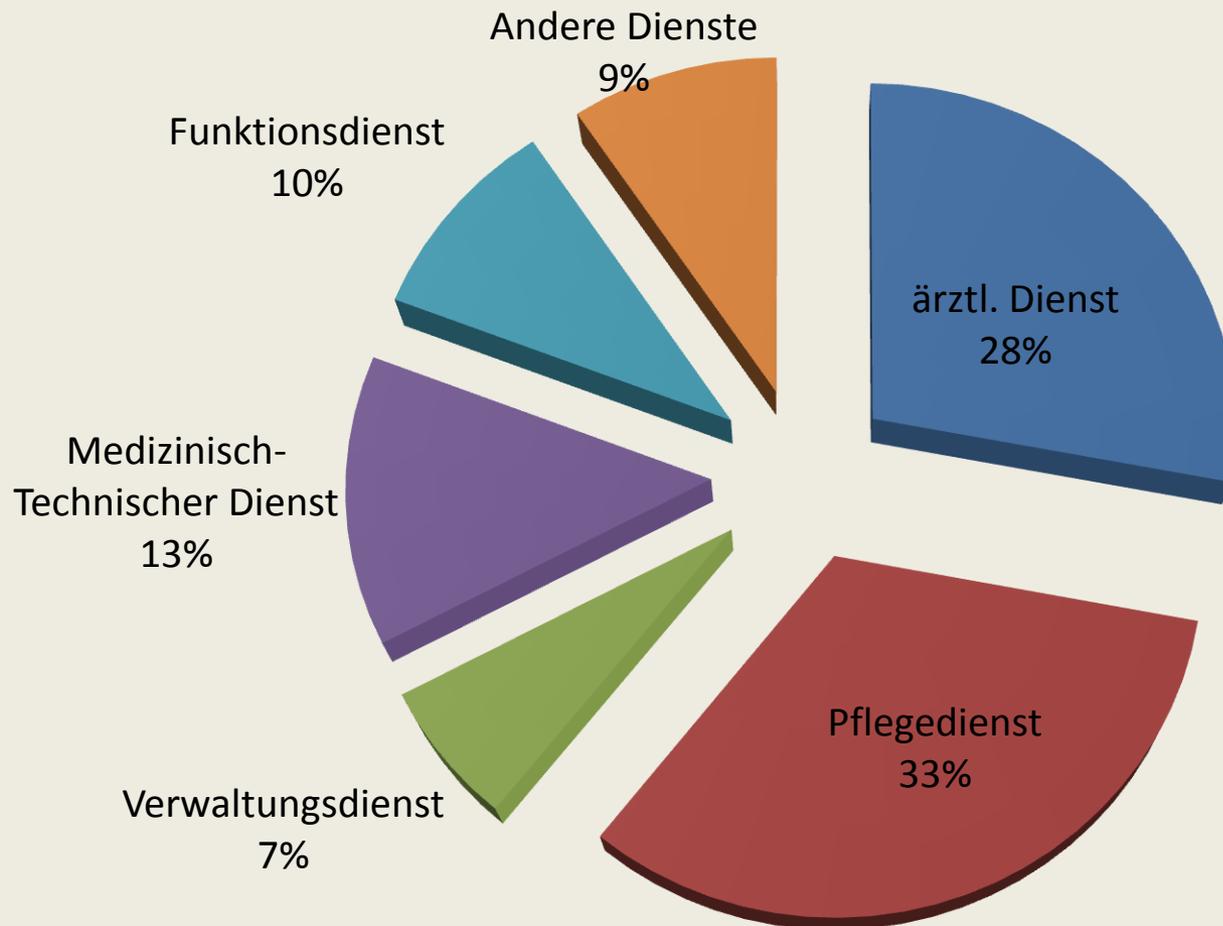
# Kostenstruktur nach Ausgabenposten I

Ausgaben insgesamt, 2008: 71,1 Mrd. €



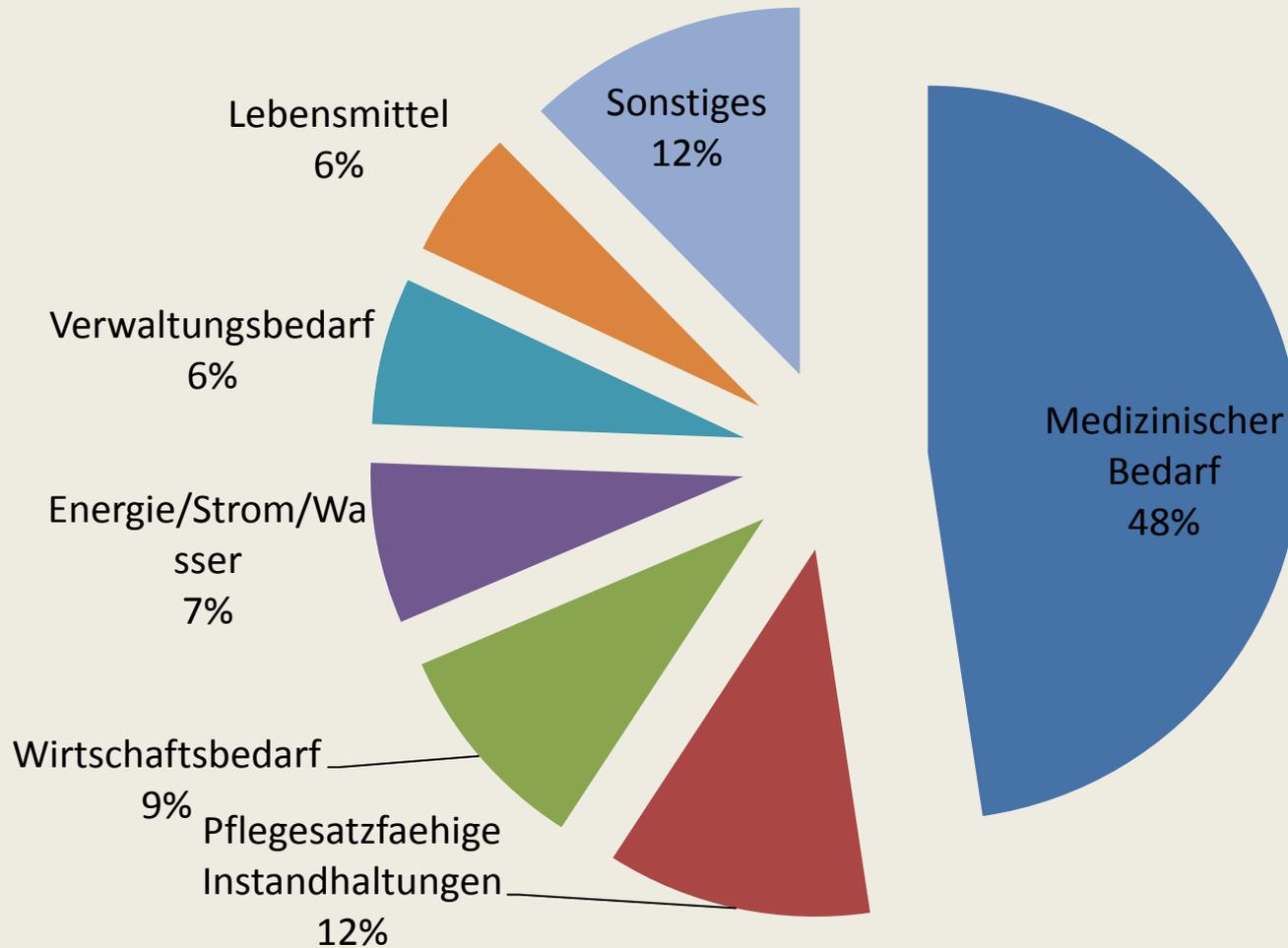
# Kostenstruktur nach Ausgabenposten II

Personalkosten, 2008: 43,3 Mrd. €



# Kostenstruktur nach Ausgabenposten III

Sachkosten, 2008: 27,3 Mrd. €



# Bewertung der Leistungserbringung in deutschen KKH, GDRG I

- Diagnoseorientiertes Fallpauschalensystem, Jeder Behandlungsfall im KKH wird genau einer DRG zugeordnet
- 2010 in D: über 1100 DRGs
- Die meisten DRGs geben untere und obere Grenzverweildauern der Patienten an
- Seit 2004 für alle KKH und Kassen abrechnungsverpflichtend
- Hauptparameter der Zuweisung:
  - Hauptdiagnose
  - durchgeführte Prozeduren (Operation, Ultraschall, CT, etc.)
  - Schweregradeinstufung (Nebendiagnosen, Ressourcenverbrauch)

# Bewertung der Leistungserbringung in deutschen KKH, GDRG II

- Fast für jede DRG gibt es eine bundesweite Bewertungsrelation (BR) die Berechnung erfolgt über das *Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK)*
- Casemix (CM): Summe aller Bewertungsrelationen aller innerhalb einer Zeiteinheit erbrachten DRGs in einem KH
- Casemixindex (CMI): Der CMI berechnet sich aus dem Casemix geteilt durch die Zahl der Fälle
- Basisfallwert: DRG-Budget geteilt durch den Casemix,
  - 2004: Krankenhausspezifischer Basisfallwert
  - 2005-2009: Konvergenzphase, schrittweise Anpassung an einen bundeslandeseinheitlichen Basisfallwert
  - seit 2010 bundeslandeseinheitlich
    - NRW: 2895 €
    - Rheinland-Pfalz: 3120 €

# Bewertung der Leistungserbringung in deutschen KKH, GDRG III

**Aufbau der DRGs: Hauptdiagnose | Durchg. Prozeduren | Schweregradeinteilung**

## **1. Stelle: Hauptdiagnose**

MDC	Code	Bezeichnung
00	A	Sonderfälle
01	B	Krankheiten und Störungen des Nervensystems
02	C	Krankheiten und Störungen des Auges
03	D	Krankheiten und Störungen im HNO-Bereich
04	E	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane

usw.

## **2. Stelle: Durchgeführte Prozeduren**

Operativ 01-39, invasiv 40-59, konservativ 60-89

## **3. Stelle: Schweregradeinteilung (nicht unbedingt klinischer Schweregrad!)**

A: höchster Ressourcenverbrauch/Schweregrad bis H: niedrigster Ressourcenverbrauch, bzw. Z: keine Schweregradeinteilung

# Bewertung der Leistungserbringung in deutschen KKH, GDRG IV

## Beispiele:

### O60D

- „Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose“
- Bewertungsrelation: 0,511 (ohne Beleghebamme)
- Mittlere Verweildauer: 3,4 Tage

### O01H

- „Primäre Sectio caesarea ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose“
- Bewertungsrelation: 0,803 (ohne Beleghebamme)
- Mittlere Verweildauer: 4,9 Tage

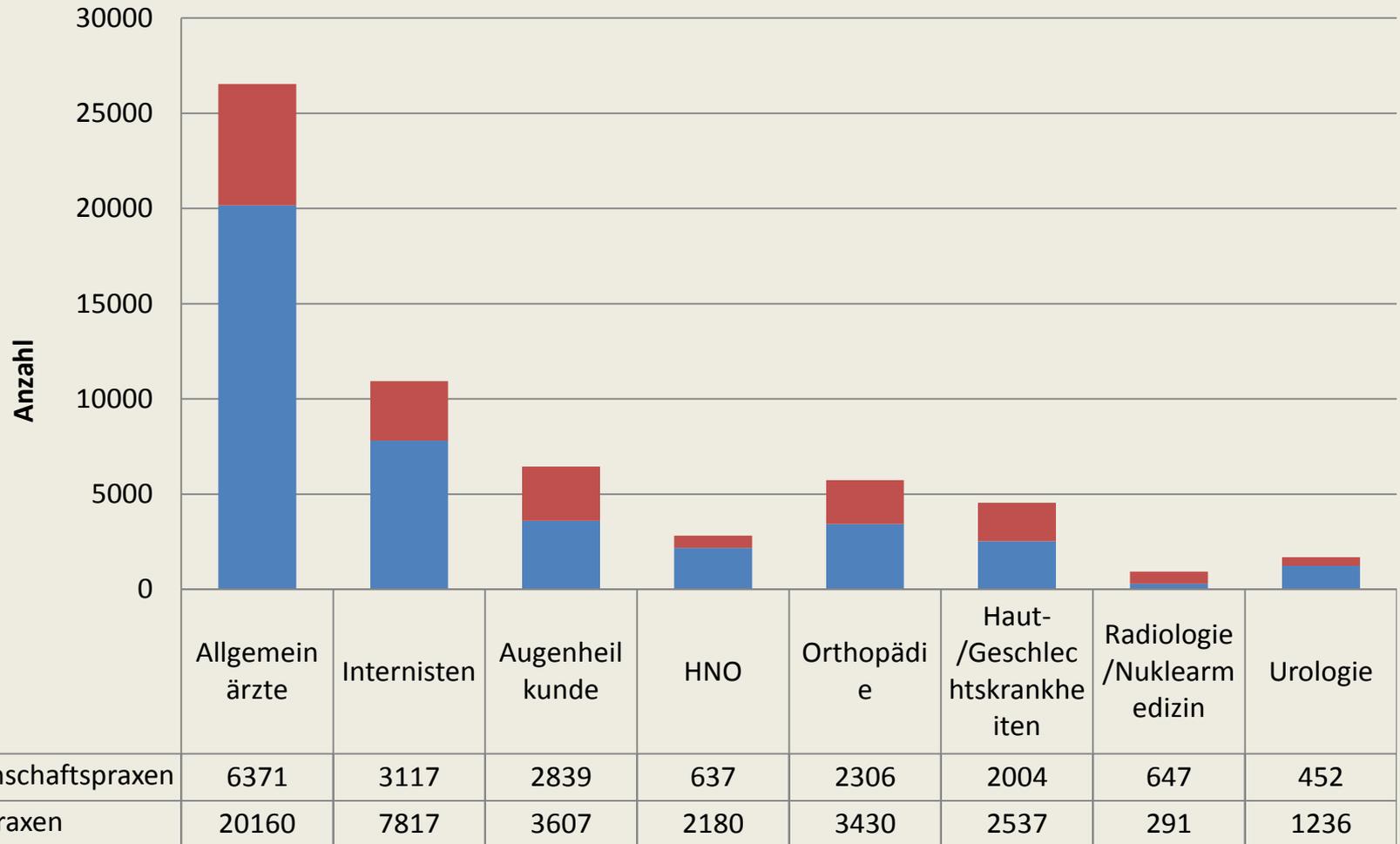
# Bewertung der Leistungserbringung in deutschen KKH, GDRG V - Kritikpunkte -

- Blutige Entlassungen, Kliniken haben einen Anreiz, Patienten früh zu entlassen – nicht bewahrheitet
- Upcoding, beste Diagnose wird rausgesucht, z.B. werden Fälle vornehmlich als akut eingestuft, weil mehr abgerechnet werden kann – Anfangsproblem, aber mittlerweile Plausibilitätsprüfungen von den Krankenkassen
- Rosinenpickerei, Patient mit vielen Risikofaktoren, höhere Schweregradeinstufung, aber wenn absehbar, dass längere Liegezeit, viele Medikamente, dann u.U. unwirtschaftlich, schwierige Fälle werden weitergeschickt – stellt ein Problem dar! Je nach wirtschaftlicher Ausrichtung der Klinik mehr oder weniger vorhanden. Bei Kliniken mit öff. Versorgungsauftrag keine Relevanz

# GuV-Rechnung des UKB 2008

	2008	2007
	in Tausend Euro	
Erlöse aus		
allg. Krankenhausleistungen	208.042	199.616
Wahlleistungen	5.653	5.524
ambulanten Leistungen	25.161	22.301
Nutzungsentgelten	13.432	12.688
Zuweisungen der öff. Hand	109.957	108.379
Sonstige betriebliche Erträge	180.837	184.396
Übrige Erträge	816	1.302
	<b>543.898</b>	<b>534.206</b>
Personalaufwendungen	212.663	206.759
Materialaufwendungen	265.543	254.347
Sonstige betriebliche Aufwendungen	67.074	55.752
Abschreibungen	28.780	30.539
	<b>574.060</b>	<b>547.397</b>
Erträge und Aufwendungen im Zusammenhang mit Finanzierungszuwendungen	28.189	29.539
<b>EBIT</b>	<b>-1.973</b>	<b>16.348</b>

# Überblick – Dichte von Arztpraxen (Stand 2007)



# Ausgewählte Grundzahlen je Arztpraxis 2007 (ohne Medizinische Versorgungszentren)

	Tätige Personen (Vollzeit- äquivalent)	Einnahmen/ Umsätze	Personal- aufwand	Sach- aufwand	Rein- ertrag
	Anzahl		in 1 000 EUR		
<b>Arztpraxen insgesamt</b>	<b>7,4</b>	<b>399</b>	<b>93</b>	<b>113</b>	<b>193</b>
Allgemein-/Praktischen Ärzte	6,4	296	73	72	151
Internisten	8,4	489	118	143	228
Augenheilkunde	7,4	433	92	122	219
Hals-Nasen- Ohrenheilkunde	6,8	350	77	86	187
Orthopädie	9,6	572	132	164	276
Haut/Geschlechts- krankheiten	7,4	401	94	112	195
Radiologie und Nuklearmedizin	22,2	2 106	452	915	739
Urologie	7,5	460	94	131	235

# Arztpraxis I

Schritte zur Niederlassung:

1. Eintrag in das Arztregister (ist bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zu beantragen)
2. Die Aufnahme in die Warteliste (Wartezeit auf einen Praxissitz in von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Planungsbereichen)
3. Antrag auf Zulassung als Vertragsarzt (Über die Zulassung entscheidet der Zulassungsausschuss, der paritätisch mit Vertretern der Krankenkassen und der Ärzteschaft besetzt ist)
4. Beantragung genehmungspflichtiger Leistungen (ambulante Ops, Ultraschall etc.)
5. Entscheidung über den Teilnahmeweg in die Vertragsärztliche Versorgung (Praxisübernahme, Praxisneugründung, Anstellung in einer Praxis, Gemeinschaftspraxis, Anstellung an einem MVZ...)
6. Businessplan (Investitionsfinanzierung/Liquiditätsplanung)

# Arztpraxis II

Übernahmepreis: Substanzwert + Goodwill

- Substanzwert (Gebäudewert, technische Gerätschaften, Praxisvorrat etc.)
- Goodwill: ca. 25-30% des durchschnittlichen Jahresumsatzes in den letzten drei Jahren+Prognose zukünftiger Gewinn (Erwartungswert)

Aktuelle Zahlen aus Berlin:

- Allgemeinmedizinische Praxis: 50.000€
- Neurologische Praxis: 90.000€
- Orthopädische Praxis: 275.000€

Quelle: Q4Med GbR (2010)

Finanzierungsvolumen: Übernahmepreis+Investitionen (Gerätschaften, Umbau etc.)

Finanzierung:

- Eigenkapital
- Existenzgründerzuschuss (Arbeitsamt, 60% letztes Netto, max. 9 Monate+ Zuschuss Sozialversicherung)
- Kredite (Existenzgründerprogramme, z.B. Apobank)

# Arztpraxen und Insolvenz?

## Arzteblatt (2006):

- 240 Praxisinhaber die Eröffnung eines Insolvenzverfahrens über ihr Vermögen im Jahr 2005
- Nur die Spitze des Eisbergs, viele Praxen wirtschaften defizitär
- Angeführte Hauptgründe:
  - Sparmaßnahmen im Gesundheitssystem
  - Änderungen in den Abrechnungsmodalitäten
  - Konsumverhalten
  - Übersteigerte Investitionen
  - Ehescheidung (!)

### Quellen:

Von Zvoll et al. (2007), Die Arztpraxis in Krise und Insolvenz, RWS Verlag Köln.

Fisseneuert (2006), Die Arztpraxis in der Insolvenz: Nicht zwangsläufig das Ende, Dtsch Arztebl 2006; 103(20): [16].

# Beispiel: Liquiditätsplanung einer Praxis

<b>Praxiseinnahmen</b>	<b>Soll Jahr 1</b>	<b>Soll Jahr 2</b>	<b>Soll Jahr 3</b>
Erlöse Kassenabrechnung	180	180	180
Erlöse Privatpatienten	45	55	65
sonstige Einnahmen	20	30	30
<b>Summe Praxiseinnahmen</b>	<b>245</b>	<b>265</b>	<b>275</b>

<b>Praxisausgaben</b>	<b>Soll Jahr 1</b>	<b>Soll Jahr 2</b>	<b>Soll Jahr 3</b>
Praxis- und Laborbedarf	5	5	5
Personalkosten	50	50	50
sonstige Kosten	45	35	35
Finanzierung	15	15	15
Abschreibungen	10	10	10
<b>Summe Praxisausgaben</b>	<b>125</b>	<b>115</b>	<b>115</b>

<b>Gewinn/Verlust (EBIT)</b>	<b>120</b>	<b>150</b>	<b>160</b>
------------------------------	------------	------------	------------