

PROF. DR. WOLFGANG GOETZKE

ABC der betriebswirtschaftlichen Praxisführung

Lehrbuch und Nachschlagewerk für Zahnärzte und Ärzte

**Bibliografische Information
der Deutschen Bibliothek:**

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Copyright:

© 2004 Prof. Dr. Wolfgang Goetzke
Im Hörnchen 12, 51429 Bergisch Gladbach

Rechtsbehelf:

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte, auch der Übersetzung, des Nachdrucks und der Vervielfältigung des Buches oder von Teilen daraus, vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf ohne schriftliche Genehmigung des Verlages in irgendeiner Form (Fotokopie, Mikrofilm oder einem anderen Verfahren), auch nicht für Zwecke der Unterrichtsgestaltung, reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden

ISBN:

3-9807876-2-1

Auflage:

2. völlig neu überarbeitete und stark erweiterte Aufl.

Verlag:

idl Informationsdienstleistungen GmbH
Im Hörnchen 12, 51429 Bergisch Gladbach
Tel. +49 2204 98 9 5 98, Fax +49 02204 98 95 99
www.idl-web.de, info@idl-web.de

Umsetzung:

Titelgestaltung, Druckvorstufe:
udp – Unabhängige Dentalpresse Medien- und
Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Im Hörnchen 12, 51429 Bergisch Gladbach
Druck:
A. Bernecker Verlag GmbH
Unter dem Schöneberg 1, 34212 Melsungen

Vorwort

Der Autor dieses Buches ist schon seit seiner Zeit als Universitätsassistent - Anfang der 70er Jahre - mit der Betriebswirtschaft der freien Heilberufe befasst. Zu jener Zeit war das heute gängige Wort „Gesundheits-Ökonomie“ noch eine ungewohnte Verbindung zweier Begriffe, die geradezu als Widerspruch in sich empfunden wurde. Erst allmählich reifte damals die Einsicht, dass auch die gesundheitliche Versorgung der Bürger - trotz ihrer individuellen und gesamtgesellschaftlichen Bedeutung - eine bedeutsame wirtschaftliche Dimension besitzt. Erste Diskussionen über Rationalisierung oder Zweiklassen-Medizin kamen damals neu auf. Man begann, die im wirtschaftlichen Aufschwung der Nachkriegszeit gewachsene Selbstverständlichkeit der Zuweisung benötigter wirtschaftlicher Ressourcen zum Medizinbetrieb infrage zu stellen.

Der einzelne Arzt oder Zahnarzt traf in den 70er Jahren bei seiner Niederlassung noch auf nahezu grenzenlose Finanzierungsbereitschaft der Banken. Und tatsächlich: nach der Niederlassung sorgten eine schier unerschöpfliche Nachfrage und auskömmliche Honorare für die notwendige Tilgungskraft auch bei noch so hoher Verschuldung im Rahmen der Praxisgründung. Limitierender Faktor war eigentlich nur die persönliche Schaffenskraft des Arztes oder Zahnarztes selbst. Es kam vor, dass schon wenige Jahre nach der Niederlassung das ansehnliche Privathaus im Bau war und die Nobelkarosse vor der Tür stand. Diese Verhältnisse hatten bei allen Beteiligten das Bewusstsein für die wirtschaftliche Dimension vernebelt. Mit allen Beteiligten sind neben den Ärzten und Zahnärzten auch, die Sozial- und Gesundheitspolitiker, die Akteure bei den Krankenkassen oder die Banker gemeint.

Während der über 25jährigen Berufstätigkeit des Verfassers als betriebswirtschaftlicher Berater im Gesundheitswesen wandelte sich im öffentlichen Bewusstsein das Verhältnis von Gesundheit und Ökonomie signifikant. Die anfängliche Ignoranz ökonomischer Aspekte der Erbringung medizinischer Dienstleistungen ist mittlerweile schon fast einer ungunstigen Dominanz der Ökonomie gewichen. Nicht zu unrecht wird heute die „Ökonomisierung“ der Medizin beklagt. Bei den freien Heilberufen ist das aber noch nicht überall im richtigen Maße angekommen. Engpässe werden zwar auch dort verspürt, sei es bei der Suche nach Finanzierungsquellen für Betriebsgründungen, bei der Etablierung der eigenen Praxis oder letztlich beim eigenen Einkommen. Aber die mentale Reflektion ist eher Ablehnung fachfremder Zwänge als konstruktive Erlernung ökonomischer Denkweisen.

Heutzutage wird durchaus viel gesprochen über die betriebswirtschaftliche Seite der freiberuflichen Praxis. „Betriebswirtschaftliche Stimmigkeit“ (der Honorare) wird überall gefordert. Betriebswirtschaftliche Praxisführung ist Thema von Kursen und Büchern. Und der Verfasser selbst gibt seit Anfang 2003 sogar eine eigene Monatszeitung heraus, die regelmäßig „Informationen zur betriebswirtschaftlichen Praxisführung“ liefern will.

Eigentlich klar, wie bedeutsam das Fach „Betriebswirtschaftslehre“ für den Arzt oder Zahnarzt sein muss, wenn man bedenkt, dass auch jeder Handwerksmeister in Vorbereitung auf seine Aufgabe als Betriebsleiter in der Meisterschule u.a. ein Curriculum im Fach Betriebswirtschaftslehre absolvieren muss. Aber wie sieht es denn bei den Ärzten und Zahnärzten tatsächlich aus?

Schule, Studium, Staatsexamen, Assistentenzeit, Niederlassung, Arztberuf. Wo kommt denn in dieser typischen Karriere des niedergelassenen Arztes und Zahnarztes das Fach "Betriebswirtschaftliche Praxisführung" vor? In der eigenen Praxis muss dieses Fach zwar praktisch ausgeübt werden. Als Pflichtbestandteil in der Ausbildung findet man es jedenfalls nirgendwo.

Ein Unternehmerführerschein wird nicht verlangt, wenn ein Arzt oder Zahnarzt das Steuer seines eigenen Praxis-Vehikels übernehmen will. Ist ja auch ungefährlich - könnte man meinen -, was soll den passieren? Falsch! Der Arzt oder Zahnarzt entscheidet als Unternehmer niemals nur für seine eigene Person - er beansprucht stets auch das Vertrauen vieler anderer, nicht nur seiner Patienten: Kredit gewährende Banken, Vermieter, Lieferanten, Mitarbeiter, Labor, Finanzamt, Krankenkassen ... Alle sind darauf angewiesen, dass der Heilkunde-Unternehmer nicht nur den heilkundlichen Part seiner Aufgabe beherrscht. Er muss auch den betriebswirtschaftlichen Aspekt zumindest so gut ausfüllen, dass er die Ansprüche Dritter, deren Leistungen er über seine eigene Arbeit hinaus auch braucht, vertragsgemäß erfüllen kann.

Dafür haftet er zwar mit seinem ("Residual-") Einkommen. (Der Unternehmer lebt bekanntlich von dem, was übrig bleibt.) Und er haftet nicht nur mit seinem Einkommen, sondern darüber hinaus mit seinem gesamten Privatvermögen. Schließlich haftet sogar, wenn die Ehefrau für die Praxiskredite quer geschrieben hat, auch das gesamte Vermögen der Zahnarztfamilie. Es kommt durchaus vor, dass diese Haftung tatsächlich in Anspruch genommen wird und es kommt sogar vor, dass dabei fremde Dritte auf ihren Ansprüchen sitzen bleiben. Echte Pleiten bei Ärzten und Zahnärzten gibt es wirklich!

Also doch besser einen Pflicht-"Unternehmerführerschein" für niedergelassene Ärzte und Zahnärzte? Nein, das sollte niemand fordern, denn auch eine solche Lizenz schützt

nicht vor Fehlentscheidungen und schon gar nicht vor schlechten Rahmenbedingungen für das Fach insgesamt. Aber eine „betriebswirtschaftliche Fahrschule“, wo man auch als Arzt oder Zahnarzt freiwillig systematisch das betriebswirtschaftliche Handwerk lernen kann - so man es denn möchte - das wäre gut!

Wo gibt es denn so etwas? Sollte das nicht schon Bestandteil der universitären Ausbildung sein, wo doch mehr als 90 % der Universitätsabsolventen in der freien Praxis landen? Bis auf einige Kurse in Sachen „Berufskunde“ findet das aber bislang in den Universitätskliniken nicht statt.

Die Kammern sind also gefordert. Und tatsächlich gibt es sie dort, die Kurse in Sachen betriebswirtschaftlicher Praxisführung. Aber wer unterrichtet dort und wie? Es sind immer dieselben wenigen Namen und Themen, die in den Programmheften auftauchen. Immerhin! Letztlich reagieren die Fortbildungsinstitute der Kammern ja auch nur auf die freiwillige Nachfrage aus der Kollegenschaft. Und diese Kollegenschaft hat vielfach besseres zu tun, als sich mit so einem trockenen Zeug wie Betriebswirtschaftslehre zu beschäftigen, zumal nach einem anstrengenden Praxistag oder nach einer anstrengenden Praxiswoche.

Was für die Kammern gilt, kann man in ähnlicher Weise auf die anderen Anbieter von betriebswirtschaftlichen Fortbildungen übertragen. Die beste Akzeptanz haben da noch die Kurse der Apotheker- und Ärztekammer oder anderer Finanzdienstleister. Solche Kurse kosten wenigstens nichts oder nicht viel, was in Wirklichkeit bedeutet, dass die Kosten in den Konditionen einkalkuliert sind, die der über kostenlose Seminare angeworbene neue „Geschäftsfreund“ des Finanzdienstleisters später in Finanzierungsverträgen akzeptiert.

Mittlerweile werden sogar Aufbaustudiengänge angeboten in Medizinökonomie, Health-Care-Management, Public-Health-Science usw. Wie aber soll jemand, der pro Tag 30 oder 40 Patienten zu behandeln hat und einige hunderttausend Euro Praxiskredit zurückzahlen muss, auch noch so ein Studium absolvieren?

Neue Formen der betriebswirtschaftlichen Kompetenzbildung bei niedergelassenen Zahnärzten müssen gefunden werden. Formen, die vorhandene Lücken schließen und System in die durchaus willkommene Angebotsvielfalt bei den Fortbildungskursen bringen. Ergänzung der Universitätsausbildung, gründlichere Vorbereitungslehrgänge (z.B. begleitend zur Assistentenzeit, die als eine Art „Meisterschule für die Selbstständigkeit“ ausdifferenziert werden könnte) und eine systematische Post-Graduate-Fortbildung auch auf dem Gebiet der betriebswirtschaftlichen Praxisführung, das wäre es!

Aber wer kümmert sich, wer ist zuständig, wer finanziert das? Um solche Dinge sollten sich die Verbände kümmern, das wäre eine durchaus sinnvolle Verwendung für die vielen Millionen Zwangsabgaben, die an die Körperschaften abgeführt werden müssen. Sinnvoller jedenfalls als manche Aufwandsentschädigung oder manchmal fragwürdige Öffentlichkeitsarbeit, die daraus finanziert werden. Vielleicht wäre sogar zusätzlicher Aufwand der Körperschaften im Bereich der betriebswirtschaftlichen Kompetenzstärkung des Berufsstandes eine sehr sinnvolle Investition.

In die hier vorhandene Lücke stößt das vorliegende Büchlein. Es soll neben anderen Informations- und Fortbildungsangeboten einen kleinen Beitrag liefern, das vielfach ungeliebte aber doch so wichtige Fach Betriebswirtschaftslehre für die freien Heilberufe aufzubereiten. Dabei soll es nicht darauf ankommen, eine neue Betriebswirtschaftslehre der freien Heilberufe zu erfinden. Im Gegenteil, es gilt vielmehr den Teil des vorhandenen Wissens herauszuselektieren und zielgruppenorientiert aufzubereiten, der nach der eigenen Überzeugung des Verfassers relevant und vermittelbar ist für die spezielle Zielgruppe.

An der einen oder anderen Stelle des Buches wird der Leser mit einigen allgemeinen begrifflich-theoretischen Grundlagen der Ökonomie vertraut gemacht. Für denjenigen, der sich - trotz akademischer Ausbildung - fragt, was das soll, sei an dieser Stelle vorsorglich daran erinnert, dass Begriffe unsere Denkwerkzeuge sind. Nur, wenn wir bestimmte Begrifflichkeiten in unser Denken aufnehmen, können wir nachvollziehen, was die damit operierenden Sätze überhaupt bedeuten. Es ist immer wieder amüsant wahrzunehmen, wie sprachlos manchmal Vertreter verschiedener Disziplinen miteinander Worte und Sätze wechseln und sich doch nicht verstehen, weil dazu notwendige Kongruenzen im Begriffsverständnis fehlen. Manche lustige Anekdote erzählt von Begegnungen, in denen neben Ingenieuren, Juristen und Ökonomen auch Mediziner vorkommen, denen ein bestimmter verengter Begriffshorizont zugeschrieben wird. Diesen Begriffs- und damit auch Verständnishorizont um ökonomische Perspektiven zu erweitern ist Ziel der kleinen Ausflüge in die Grundlagen Betriebswirtschaftslehre in diesem Buch. Insoweit setzt sich dieses Werk auch bewusst ab von den zahlreichen Publikationen, die in lobenswertem Streben nach Allgemeinverständlichkeit nur Binsenweisheiten und Plattitüden aneinanderreihen. So einfältig, wie die Diktion vieler Wirtschaftsbücher für die Heilberufe unterstellt, sind die Mediziner doch wirklich nicht.

Wer auf Seiten der Leser mit der Betriebswirtschaftslehre nur die Idee einer „Technik zum besseren Geldverdienen“ verbindet, der springt mental viel zu kurz. Moderne Betriebswirtschaftslehre ist nämlich viel mehr als das. Gutes Geld verdienen als logische und gerechte Folge guter Leistung gehört zweifellos zum Urbestand der Ökonomie.

Aber Rationalität und Berechenbarkeit im Verhalten sozialer Systeme, der sparsame Umgang mit Ressourcen, die Übernahme von Risiko und Verantwortung in Wirtschaft und Gesellschaft, das normative Bekenntnis zur Freiheit und Selbstbestimmung von Unternehmern und Konsumenten in Märkten, der respektvolle Umgang mit Menschen in einer demokratischen Gesellschaft sind ebenso Bestandteil einer modernen Wirtschaftslehre.

An einigen Stellen dieses Buches wird bewusst auf neue Ansätze in der Betriebswirtschaftslehre eingegangen, die bei weitem noch nicht überall in der Wirtschaftspraxis angekommen sind und schon gar nicht in der betriebswirtschaftlichen Praxisführung der niedergelassenen Ärzte. CRM (Customer Relationship Management), CAS (Computer Aided Selling), CLV (Customer Lifetime Value) als Ansätze im modernen Marketing sind dafür Beispiele. Sicher bedarf die Übertragung solcher Konzepte aus der gewerblichen Wirtschaft der verständigen Modifikation, um den Besonderheiten des freien Heilberufs Rechnung zu tragen. Und dennoch kann die mentale Auseinandersetzung mit diesen Konzepten den Blick erweitern und das Bewusstsein schärfen für Aspekte, die in jeder Unternehmensführung von gleich großer Bedeutung sind, unabhängig davon, welche Art von Leistungen für welche Kundengruppe erbracht werden soll - unter der Bedingung, dass die Erlöse die Kosten decken müssen und die Konkurrenz auch nicht schläft.

In vielen Passagen dieses Buches konnte ich auf kompetente branchenbezogene Aufbereitung einzelner Themen in Zeitschriften und Sammelwerken zurückgreifen. Nicht alle diese Quellen werden ausdrücklich hervorgehoben, zumal wenn und weil es bei solchen Beiträgen, wie auch im vorliegenden Buch, weniger um die Formulierung neuer betriebswirtschaftlicher Erkenntnisse, als um die didaktische Erschließung vorhandenen Wissens für die konkrete Unternehmensführung in der einzelnen Zahnarzt- oder Arztpraxis geht.

An verschiedenen Stellen des Buches, insbesondere dort, wo auf Rechtsvorschriften oder Statistik Bezug genommen wird, besteht das Risiko, dass die Ausführungen im Laufe der Zeit veralten. Dies wird bewusst in Kauf genommen, denn ohne konkrete Darlegung der derzeit bestehenden konkreten Verhältnisse wäre die Praxisrelevanz der Ausführungen infrage gestellt.

Vor einer Illusion sei abschließend vorab gewarnt. Es gibt in der Betriebswirtschaftslehre ebenso wenig wie in der Heilkunde einfache „Patentrezepte“. Jeder Fall ist anders, jede Praxis, jeder Tag bringt neuen Entscheidungsbedarf. In der betriebswirtschaftlichen Praxisführung ist wie in der ausgeübten Heilkunde generelle Kompetenz gefordert, die sich in systematischem Denken in Beurteilungsvermögen und Augenmaß dokumentiert.

Und diese Attribute wachsen nur im Wechselspiel zwischen gründlichem Verständnis des Faches und ganz konkreter praktischer Anwendungserfahrung.

Eine erste Voraufgabe des Buches war bereits im Frühjahr 2003 fertig. Die Herausgabe der ersten Vollaufgabe wurde aber noch einmal zurückgestellt, um absehbare Tendenzen berücksichtigen zu können, die aus der letzten Gesundheitsreform (GKV-Modernisierungsgesetz, GMG) resultieren. Dies findet seinen Niederschlag insbesondere im letzten Kapitel im Rahmen der Abhandlung besonderer Gestaltungsfragen.

Köln, im Sommer 2004

Prof. Dr. Wolfgang Goetzke

Inhalt

VORWORT.....	6
INHALT	12
ABC DER BUCHTHEMEN	18
VORBEMERKUNGEN	19
DIE ZIELGRUPPE	19
DER AUFBAU	20
DER VERFASSER.....	20
EINFÜHRUNG.....	23
DIE FREIE ARZTPRAXIS ALS UNTERNEHMEN.....	23
Grundbegriffe des Wirtschaftens	23
Unternehmen und Unternehmenserfolg.....	24
Unternehmen Arztpraxis.....	26
DER ARZT ALS UNTERNEHMER?.....	28
Was sind Unternehmer?.....	28
Sind freiberufliche Ärzte und Zahnärzte Unternehmer?	30
PRAXISMANAGEMENT IST UNTERNEHMENSFÜHRUNG	34
Elemente des wirtschaftliches Praxismanagements	34
Banken wollen Kunden mit Managementkompetenz.....	36
ZIELORIENTIERTES HANDELN	38
Betriebswirtschaftslehre ist „entscheidungsorientiert“	38
Das Zielsystem.....	40
Das Unternehmenskonzept.....	41
BERATER KONSULTIEREN.....	44
Erfolgsrezept „Die richtigen Berater engagieren“	44
Der Steuerberater	45
Praxis- oder Organisationsberater	48
Rechtsanwälte	50
Finanz- und Anlageberater	51
MARKETING.....	52
WAS BEDEUTET MARKETING?	52

Marketing ist mehr als „verkaufen“	52
Public Relations	54
Corporate Identity (CI)	55
Marketingprozess und Marketingplan	56
CRM – Kundenbeziehungen erfolgreich gestalten.....	57
CAS – Kundeninformationssysteme.....	61
MARKT- UND PRAXISANALYSEN	63
Erkenntniswert von Marktanalysen.....	63
Erhebungsmethoden und Datenquellen	65
Benchmarking als Instrument der Wettbewerbsanalyse	66
Patientenbefragungen	69
PRODUKT- UND KONDITIONENPOLITIK	71
Der Marketing-Mix in der Arzt- und Zahnarztpraxis.....	71
Das Angebotsprofil der Praxis	72
KOMMUNIKATIONS- UND DISTRIBUTIONSPOLITIK	73
Werbung für ärztliche Leistungen?	73
Entwicklung einer individuellen Praxis-CI.....	80
Die Praxisbroschüre.....	81
Kommunikationsinstrument Telefon	83
Das Patientengespräch.....	84
Der Internetauftritt	86
Weitere Kommunikationsplattformen und -instrumente der Arztpraxis	87
CONTROLLING	89
WAS BEDEUTET CONTROLLING?.....	89
Controllingkonzept und Controller	89
Der Steuerberater als externer Controller	93
ZIELE DES CONTROLLING.....	94
Rentabilitätssicherung	94
Liquiditätssicherung	95
DATENGRUNDLAGEN UND WERKZEUGE DES CONTROLLING.....	96
Finanzbuchhaltung und Ergebnisrechnung.....	96
Die Deckungsbeitragsrechnung.....	98
Kapitalflussrechnungen - Stimmt der Cashflow?.....	101
Finanzplanung und Liquiditätsmanagement.....	107
EDV-gestützte Planungs- und Simulationsmodelle für Zahnärzte	108
Kennziffern	110
Praxissteuerung mit der Balanced Scorecard.....	111
Betriebsvergleiche	116

PERSONALMANAGEMENT	120
AUFGABEN UND METHODEN DES PERSONALMANAGEMENTS.....	120
Personal ist die wichtigste Ressource der Praxis.....	120
Elemente der Personalplanung.....	121
Problemfeld Personalbeschaffung im Kleinbetrieb.....	122
ARZT UND ZAHNARZT ALS ARBEITGEBER.....	123
Arbeitsvertrag	123
Gehalt	123
Lohnsteuer und Sozialversicherung	125
Freisetzung.....	125
Zeugnis.....	126
DIE RICHTIGEN MITARBEITER FINDEN	127
Woher neue Bewerber nehmen?	127
Bewerbersauswahl.....	128
Mitarbeiterbeurteilung	129
PERSONALFÜHRUNG.....	130
Delegation und Teamführung.....	130
Motivation.....	132
Konfliktmanagement	133
Personalentwicklung.....	135
Führungsstile.....	137
FINANZIERUNG	139
GRUNDLAGEN.....	139
Grundbegriffe der Finanzierung.....	139
Kreditwürdigkeit - Bonität	142
Basel II	145
EINZELNE FINANZIERUNGSFORMEN	146
Tilgungsaussetzung oder Annuität?	146
Leasing	148
Factoring	150
FINANZIERUNG ALS GESTALTUNGSPROBLEM	152
Ermittlung des Finanzierungsbedarfs.....	152
Öffentlich geförderte Finanzierungen.....	152
Optimierung der Finanzierungsstruktur.....	152
Finanzierungsformalitäten.....	155

DIE BESCHAFFUNG	156
DER EINKAUF	156
Die Arztpraxis als Kunde	156
Grundlagen des Beschaffungsmanagements	157
Wo und wie einkaufen?	161
Einkaufscontrolling.....	162
Die optimale Bestellmenge.....	165
DIE RICHTIGEN VERSICHERUNGEN	166
Was ist alles zu versichern?.....	166
Die Berufshaftpflichtversicherung	167
Krankentagegeld- und Praxisausfallversicherung	168
Praxis(inhalts)versicherung	168
INVESTITIONEN	170
INVESTIEREN UND ABSCHREIBEN.....	170
Kapitalbindung und Kapitalbedarf.....	170
Was sind Abschreibungen?	171
WANN LOHNT SICH EINE INVESTITION?.....	172
Welche Methoden der Investitionsrechnung gibt es?.....	173
Investitionsbedingungen in der medizinischen Praxis	174
ORGANISATION	176
GRUNDLAGEN.....	176
Aufbau- und Ablauforganisation eines Unternehmens	176
Kommunikation: Zusammenarbeit erfordert Informationsaustausch	179
AUSGEWÄHLTE ASPEKTE DER ORGANISATION IN PRAXISBETRIEBEN	180
Engpassfaktor Zeit: Zeitmanagement in der Arzt- und Zahnarztpraxis	180
Terminplanung – Bestellpraxis	181
Qualitätsmanagement	182
Ergonomie.....	184
WIRTSCHAFTLICHES ERGEBNIS UND STEUERN	186
BUCHHALTUNG UND GEWINNERMITTLUNG	186
Warum und wie Finanzbuchhaltung?	186
Gewinnermittlung durch Überschussrechnung.....	187
Bilanzrechnung	187
Wechsel der Gewinnermittlungsmethode.....	190
Betriebsausgaben	190
Gestaltungsmöglichkeiten zum Jahresende	193
Die Buchhaltung selber machen?.....	193

STEUERN.....	194
Steuer-ABC.....	194
Einkommensteuer.....	205
Gewerbesteuer.....	208
Umsatzsteuer.....	210
Lohnsteuer.....	212
Steuerorientierte Gehaltsvereinbarungen.....	213
Arbeitgeberpflichten im Rahmen der Lohn- und Gehaltsabrechnung.....	215
STEUERERKLÄRUNG UND BETRIEBSPRÜFUNG.....	217
Steuererklärungen sind eine Bringschuld.....	217
Die Steuerzahlung.....	218
Die steuerliche Betriebsprüfung.....	220
VERWALTUNG.....	227
ABLEGEN UND ARCHIVIEREN.....	227
Entwicklung und Stand der Dokumentation in der Zahnarztpraxis.....	227
Aufbewahrungspflichten und –fristen.....	230
Fristen-ABC.....	231
LEISTUNGSABRECHNUNG.....	237
Karteiführung.....	237
Abrechnung.....	238
Mahnwesen.....	238
HANDHABUNG DER PRAXIS-EDV.....	238
Organisation und Anwendungsgebiete.....	238
Internet.....	241
Anbieterauswahl.....	241
Verträge.....	244
DATENSCHUTZ.....	246
Datenschutzrecht.....	246
Empfehlungen der Bundesärztekammer.....	253
Technische und organisatorische Maßnahmen nach § 9 BDSG.....	254
BESONDERE GESTALTUNGSFRAGEN.....	258
PRAXISGRÜNDUNG.....	258
Leitbild der Berufsausübung: Die eigene Praxis.....	258
Standortanalyse und Standortwahl.....	259
Niederlassungsvoraussetzungen.....	261
Neugründung oder Praxisübernahme?.....	262
Allein oder in Kooperation mit anderen?.....	263
Der Mietvertrag.....	263
Die Praxiseinrichtung.....	265

PRAXISKOOPERATIONEN	266
Kooperationsformen	266
Motive und Argumente für Praxiskooperationen	266
Probleme und Risiken der Praxiskooperation.....	268
Praxiskooperationen aus der Sicht des Patienten	269
Ausgestaltung der Kooperationsform	271
PRAXISAUFGABE/PRAXISVERKAUF.....	272
Betriebswirtschaftliche Aspekte.....	272
Der Praxiswert	274
Praxisabgabe	277
PRAXISLABOR.....	279
Lohnt sich das zahnärztliche Praxislabor?.....	279
Das Gemeinschaftslabor	285
BETRIEBS- UND RECHTSFORM	290
Gibt es die optimale Rechtsform?	290
Partnerschaftsgesellschaft.....	291
Ärzte-GmbH.....	293
Vernetzte Praxen.....	296
Medizinische Versorgungszentren	297
INDEX.....	300
LITERATURHINWEISE.....	309

ABC der Buchthemen

Abschreibung, Angebotsprofil, Annuität, Arbeitgeber, Archivierung	Nichtveranlagungsbescheinigung
Balanced Score Card, Banken, Basel II, Bilanz, Benchmarking, Beschaffungsmanagement, Berater, Bestellmenge, Betriebsausgaben, Betriebsprüfung, Betriebsvergleich	Organisation
Cashflow, Controlling, Corporate Identity	Patientenbefragung, Personalmanagement, Praxisgemeinschaft, Praxisgründung, Praxisabgabe, Praxiswert, Praxislabor, Produktpolitik, Public Relations
Datenanalysen, Datenschutz, Deckungsbeitrag	Qualitätsmanagement
EDV, Entscheidung, Einkauf, Ergonomie	Rechtsanwalt, Rentabilität
Factoring, Finanzamt, Finanzierung, Finanzplanung, Finanzbuchhaltung, Freier Beruf, Führungsstile	Steuern, Steuerberater
Gehalt, Gemeinschaftspraxis, Gewinnermittlung, Gewerbesteuer	Terminplanung, Tilgung
Haftpflicht	Umsatzsteuer, Unternehmer, Unternehmenskonzept
Internet, Investitionen	Vernetzte Praxen, Verkaufen, Versicherungen, Versorgungszentren, Verträge, Verwaltung
Kapitalbindung, Kapitalflussrechnung, Kennzahlen, Kreditwürdigkeit, Kommunikation, Kooperation, Konfliktmanagement, Kostenrechnung	Wirtschaften
Leasing, Leistungsabrechnung, Liquidität, Lohnsteuer	Zeitmanagement, Ziele, Zinsen, Zeugnisse
Mahnwesen, Management, Marketing, Markt, Mietvertrag, Mitarbeiter	

Vorbemerkungen

Die Zielgruppe

Das vorliegende Werk richtet sich an die Angehörigen der Freien Heilberufe, vorrangig also die Ärzte und Zahnärzte. Das Buch ist als Einführung in ein für die Zielgruppe berufsfremdes Fachgebiet gedacht, die *betriebswirtschaftliche Praxisführung* - ein Fach, das an den medizinischen Fakultäten der Universitäten nicht gelehrt wird, obwohl es fast ebenso wichtig ist für eine erfolgreiche freie Berufsausübung wie die spezielle heilkundliche Disziplin, der sich der einzelne Arzt oder Zahnarzt künftig widmen wird oder schon widmet. Die im Titel gewählte Reihenfolge „Zahnärzte und Ärzte“ ist mit Bedacht gewählt: sie trägt der besonderen Beschäftigung des Verfassers mit dem zahnärztlichen Praxisbetrieb Rechnung, die an einigen Stellen auch durch die Wahl der Beispiele zum Ausdruck kommt. Das sollte aber der Nutzbarkeit des Buches durch Ärzte keinen Abbruch tun, denn in betriebswirtschaftlicher Hinsicht unterscheiden sich die Praxis eines Zahnarztes von der eines Arztes weniger als man meinen könnte: die Praxis eines Kinderarztes unterscheidet sich deutlich stärker von der eines Radiologen als die eines Zahnarztes von einem Orthopäden.

Das Buch richtet sich gleichermaßen an Berufsanfänger - insbesondere an Ärzte und Zahnärzte, die sich mit der eigenen Niederlassung beschäftigen - wie auch an bereits niedergelassene Berufsangehörige, die sich insoweit nachträglich mit der Thematik beschäftigen wollen.

Vorkenntnisse auf dem Gebiet der Betriebswirtschaftslehre sind nicht erforderlich. Zusammenstellung und Aufbereitung des Stoffes sind darauf abgestellt, alle zum Verständnis notwendigen Grundlagen darzustellen. Der Aufbau des Buches soll die Nutzung sowohl als Lehrbuch als auch als Nachschlagewerk ermöglichen - er kombiniert daher die systematische Gliederung nach Kapiteln mit der lexikonhaften Darstellung in einem Handwörterbuch. Bei der Auswahl der Themen ist ebenso wie hinsichtlich der Tiefe ihrer Abhandlung notwendigerweise eine Beschränkung notwendig gewesen. Die Entscheidung, bestimmte Themen aufzunehmen - andere dagegen unberücksichtigt zu lassen -, orientierte sich an der subjektiven Einschätzung des Verfassers zur Bedeutung und Vermittelbarkeit für die Zielgruppe.

Der Aufbau

Das vorliegende Buch ist nach fachlichen Gesichtspunkten in Kapitel und Abschnitte gegliedert. Dies erschließt dem Leser lehrbuchhaft den Inhalt in systematisch aufeinander aufbauender Weise und ermöglicht die sukzessive Erarbeitung des Stoffes. Innerhalb der Kapitel und Abschnitte sind die Abhandlungen jeweils markanten Schlagworten und Einzelthemen zugeordnet. Soweit verwandte Inhalte an anderer Stelle des Buches aufbereitet werden, wird innerhalb des Textes auf die entsprechenden Schlagworte und Fundstellen verwiesen. Der Überblick nach Kapiteln mit Angabe der jeweils behandelten Stichworte sowie das alphabetische Verzeichnis der behandelten Stichworte ermöglichen das gezielte Auffinden einzelner Themenelemente, damit auch die Benutzung als Nachschlagewerk im Sinne eines Handwörterbuches eröffnet wird.

Innerhalb der einzelnen Kapitel wird zum Teil Einblick in die jeweiligen begrifflich-theoretischen Ansätze der Betriebswirtschaftslehre gegeben, um dann aber im Schwerpunkt die Anwendung der entsprechenden Konzepte auf die Arzt- und Zahnarztpraxis zu erörtern.

Der Verfasser

Es war Zufall, dass die nordrheinischen Zahnärzte im Jahre 1976 ihre Forderungen zur Honoraranpassung mit Fakten über die Entwicklung der Praxiskosten untermauern wollten und sich dieserhalb an das Kölner Universitätsseminar wandten, an dem der Verfasser seinerzeit als wissenschaftlicher Mitarbeiter tätig war. Eine daraufhin durchgeführte Kostenstrukturanalyse bei niedergelassenen Zahnärzten bildete den Auftakt zu einer Fülle betriebswirtschaftlicher Analysen und Beratungen, die der Verfasser in den darauf folgenden Jahren im Auftrage ärztlicher und zahnärztlicher Organisationen durchführte. Auch die eigene Dissertation wurde diesem Thema gewidmet ("Betriebswirtschaftliche Kostenrechnung als Grundlage für die Kalkulation des Kassenarzthonorars" - erschienen in der Schriftenreihe des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung). Im Rahmen zahlreicher Schiedsamsverfahren zur Festsetzung der Kassen(zahn)arzthonorare, in denen der Verfasser auf Seiten der Heilberufe hinzugezogen wurde, wuchs die Bedeutung betriebswirtschaftlicher und statistischer Sachverhaltsinformation für die freiberufliche Arzt- und Zahnarztpraxis.

Letztlich richtete sich die gesamte Berufstätigkeit des Verfassers schwerpunktmäßig auf das Gesundheitswesen aus. Die gemeinsam mit Prof. Dr. Günter Sieben gegründete Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung (GEBERA) zählte Krankenhäuser, Ärzte, Zahnärzte und ihre Berufsorganisationen zu ihren Mandanten. Die mit weiteren Partnern errichtete Gesellschaft für angewandte Informatik (ADVANA) entwickelte

Informationssysteme für Ärzte und Krankenhäuser. Die Mitwirkung an der Gründung und Inbetriebnahme eines Krankenhauses als Mitglied des Trägervereins und kommissarischer Verwaltungsdirektor (Tagesklinik Alteburger Straße in Köln) oder die Mitwirkung an der Beratung der niedersächsischen Staatskanzlei bei der Einführung von Controllingkonzepten für die niedersächsischen Universitätskliniken (gemeinsam mit Mummert & Partner) sind Beispiele für die einschlägige Projekterfahrung des Verfassers in der Anwendung betriebswirtschaftlicher Konzepte auf Gesundheitsbetriebe.

Im Bereich der Zahnärzteschaft ist der Verfasser kein Unbekannter. Eine mehr als 25-jährige Beratungstätigkeit für den Vorstand der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Nordrhein, jeweils mehrjährige Funktionen als wirtschaftswissenschaftlicher Berater des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte, als Vorstandsbeauftragter der Bundeszahnärztekammer oder als hauptamtlicher Verwaltungsdirektor der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung haben dem Verfasser intimen Einblick in die zahnärztliche Standespolitik vermittelt. Berufsverbände wie die KFO-IG Kieferorthopädische Interessengemeinschaft oder der DZV Deutscher Zahnärzte Verband hat der Verfasser mit aus der Taufe gehoben und mit seiner Beratungskanzlei jeweils viele Jahre geschäftsbesorgend betreut.

Das eigene unternehmerische Engagement des Verfassers dokumentiert sich in verschiedenen Unternehmensgründungen und -beteiligungen: u.a. *Dr. Goetzke & Partner Sozietät für Betriebswirtschaft*, *Dr. Goetzke & Partner Wirtschaftsdienst für Zahnärzte & Ärzte GmbH*, *idl Informationsdienstleistungen GmbH*, *STATUS TREUHAND Steuerberatungs GmbH*, *udp Unabhängige Dentalpresse Medien- und Verlags GmbH*. In diesen und weiteren Unternehmen, die zum Teil auch unmittelbar Gesundheitsleistungen erbringen, nimmt der Verfasser zum Teil persönlich Geschäftsführungsverantwortung wahr, woraus sehr konkreter Einblick in die Praxis des Gesundheitsbetriebes resultiert.

Seit dem Jahre 2001 ist der Verfasser wieder in der Hochschule tätig als Professor für Betriebswirtschaftslehre, seit 2003 als Vorsitzender der Geschäftsführung und Studiendekan für Betriebswirtschaft an der von ihm selbst mitbegründeten privaten *Europa Fachhochschule Fresenius – Hochschule für Wirtschaft und Medien* in Köln. Ebenfalls seit 2001 erfüllt er in den Zeitungsmedien seines udp-Verlages die Funktion des Chefredakteurs: die *Neue Zahnärzte Zeitung* will den niedergelassenen Zahnärzte vor allem unabhängige Informationen zur betriebswirtschaftlichen Praxisführung bieten. Genau diesem Anliegen ist auch das vorliegende Buch gewidmet: Die Stärkung der Eigenkompetenz zur betriebswirtschaftlichen Praxisführung. Denn nur wer als niedergelassener Arzt oder Zahnarzt auch wirtschaftlich erfolgreich ist und bleibt, bewahrt das hohe Gut der Freiberuflichkeit: Eigenverantwortlichkeit, Freiheit und Selbstbestimmtheit in

der Berufsausübung. Dafür zu werben und mitzuhelfen, dieses Gut zu verteidigen gegen Funktionäre und Bürokraten außerhalb aber auch innerhalb des Berufstandes - das ist eine innere Mission, der sich der Verfasser im letzten Drittel seines Berufslebens gerne zuwenden will.

Einführung

Die freie Arztpraxis als Unternehmen

Grundbegriffe des Wirtschaftens

Die Notwendigkeit zum „Wirtschaften“ resultiert aus dem unauflösbaren Konflikt zwischen der Knappheit der Güter und den tendenziell unbegrenzten Bedürfnissen des Menschen (Knappheitsproblem). Diesem Zielkonflikt wiederum entstammt das Postulat der Effektivität (Wirksamkeit) oder Effizienz (Zielgerechtigkeit) im Umgang mit Gütern und Ressourcen. So verstanden ist Wirtschaften *planvolles Handeln zur Bedarfsdeckung*. Wirtschaft lässt sich dementsprechend als Veranstaltung und Verfahren zur Bedarfsdeckung definieren.

Auf der Suche nach Lösungen für das Knappheitsproblem richten die einzelnen Wirtschaftssubjekte ihre Wahlhandlungen (Entscheidungen) darauf aus, ihren individuellen Erfolg zu maximieren (Nutzen der privaten Haushalte - Gewinnmaximum der Unternehmungen). Globale Wahlhandlungen können bei den privaten Haushalten sein: „Konsumieren oder Sparen?“. Spezielle Wahlhandlungen privater Haushalte betreffen z.B. die Entscheidung zwischen unterschiedlichen Produkten, die alternativ aus dem eigenen Einkommen erworben werden können. Bei den Unternehmen können globale Wahlhandlungen etwa die Alternativen „Produzieren oder Investieren?“ betreffen. Spezielle Entscheidungen betreffen beispielsweise die Wahl der Finanzierungsform, die Produktpolitik oder die Auswahl von Arbeitskräften.

Man unterstellt gemeinhin - zumindest in der ökonomischen Theorie -, dass alle Wirtschaftssubjekte ihre Entscheidungen rational treffen wollen. Für diese Prämisse hat die Ökonomie das Modell des homo oeconomicus geprägt, als Vorstellung von einem Wirtschaftssubjekt, das sich generell am ökonomischen Prinzip orientiert. Dieses Prinzip realisiert sich entweder im Minimalprinzip (es soll ein bestimmter Erfolg mit einem minimalen Aufwand realisiert werden) oder als Maximalprinzip (mit einem bestimmten Aufwand soll ein maximaler Erfolg erzielt werden). Die empirisch realistische betriebswirtschaftliche Entscheidungslehre hat natürlich längst wahrgenommen und detailliert studiert, wie weit das tatsächliche Entscheidungsverhalten von Wirtschaftssubjekten - zumal im sozialen Kontext von Unternehmensorganisationen - von dem theoretischen Modell des homo oeconomicus entfernt ist.

Zur Erleichterung der Entscheidungsfindung hat die Ökonomie Erfolgsrelationen des wirtschaftlichen Agierens definiert. Es handelt sich dabei um Mengenrelationen und Wertrelationen. Ein Beispiel für Mengenrelationen sind Produktivitätskennzahlen, die die mengenmäßige Ausbringung eines Produktionsprozesses auf den mengenmäßigen Einsatz beziehen. Arbeitsproduktivität in der Arztpraxis könnte man etwa am Zeitbedarf je Leitungspunkt messen. Typische Wertrelationen sind die Wirtschaftlichkeit (Verhältnis von Leistung zu den Kosten) oder Rentabilität (Verhältnis von Gewinn zum Kapitaleinsatz).

Bei Unternehmen beziehen sich die betriebswirtschaftlichen Erfolgsrelationen in der Regel auf das Verhältnis zwischen Input- und Output-Größen des Leistungserstellungsprozesses. Inputgrößen sind dabei die Produktionsfaktoren (in der Volkswirtschaftslehre: Arbeit, Kapital, Boden). Die Bewertung erfolgt dabei anhand der Preise, die für den Erwerb der Produktionsfaktoren aufgewendet werden müssen (Lohn oder Gehalt, Zins, Miete oder Pacht), was für das Unternehmen entsprechende Kosten verursacht. Auf der Beschaffungsseite des Unternehmens wird also Faktorleistung gegen Geld erworben. Als Output bringen Unternehmen Güter und Dienstleistungen hervor, die an Märkte angeboten werden. Bedarf und Nachfrage vorausgesetzt, kommt es der ökonomischen Theorie zufolge zur Leistungsverwertung durch Absatz der Produkte bei freier Preisbildung nach den Regeln von Angebot und Nachfrage. Es wird also auf der Absatzseite Leistungsergebnis gegen Geld getauscht. Dabei realisiert das Unternehmen Erlöse (Menge der verkauften Produkte multipliziert mit dem jeweiligen Verkaufspreis). Nach Abzug der Faktorkosten von den Erlösen verbleibt der Unternehmensgewinn als Residualeinkommen des Unternehmers.

Unternehmen und Unternehmenserfolg

Obwohl sich die Betriebswirtschaftslehre seit jeher mit der Frage beschäftigt, was unternehmerischer Erfolg ist und wodurch sich erfolgreiche Unternehmungen auszeichnen, fehlt es an einer allgemeingültigen Definition dazu, was unter unternehmerischem Erfolg überhaupt verstanden werden soll. Unstreitig wird man eine Unternehmung wohl generell nur dann als erfolgreich bezeichnen können, wenn sie in einer dynamischen Wettbewerbsumgebung ihren Bestand erhält, und die eigenen Ziele erreicht.

Unternehmen können in diesem Sinne in der Marktwirtschaft nur überleben, wenn sie durch die Erstellung entgeltlicher Leistungen für ihre Kunden ökonomische Werte realisieren und dabei Mehrwert erzielen, den sie zur Entlohnung der Mitarbeiter, für die Verzinsung des investierten Kapitals, für die Bezahlung der Steuern verwenden können. Unternehmerischer Erfolg ist insoweit gleichbedeutend mit wirtschaftlicher Leistungs-

fähigkeit. Eine solche Leistungsfähigkeit wird sich nur einstellen aufgrund einer koordinierten, zielgerichteten Arbeit in allen Unternehmensbereichen und -funktionen.

In der jüngeren ökonomischen Theorie wird immer wieder neu die Frage diskutiert, ob die Führungskräfte einer Unternehmung Verantwortung allein gegenüber den Anteilseignern schulden, von denen sie ja angestellt wurden und von denen sie bezahlt werden, oder ob es auch eine generelle Verantwortlichkeit gegenüber anderen an der sozialen Veranstaltung „Unternehmen“ beteiligten Parteien gibt, also etwa gegenüber Mitarbeitern, Kunden, Lieferanten oder dem Gemeinwesen. Unternehmungen werden demzufolge in der modernen betriebswirtschaftlichen Theorie nicht mehr nur als Gewinnmaximierungseinrichtungen zugunsten ihrer Eigentümer verstanden, sondern als offene, soziotechnische Systeme mit vielfältigen Beziehungen sowohl innerhalb des Unternehmens selbst wie auch nach außen. Die Idee der „Unternehmung als Koalition“ versteht Unternehmen als Verbindung verschiedener Anspruchsgruppen, die gemeinsam zur Erreichung der Unternehmungsziele beitragen. Wie die Koalitionsteilnehmer ihre Leistungsbeiträge erbringen und dafür Anspruch auf Anreize haben, wird in der Anreiz-Beitrags-Theorie thematisiert. Erfolgreich ist dieser Denkrichtung nach ein Unternehmen, dass es auf Dauer schafft, für alle ihre notwendigen Gruppen hinreichenden Nutzen zu generieren und dadurch den Bestand des Gesamtunternehmens zu sichern.

Die konkreten Erfolgsbegriffe, mit denen Unternehmen im Wirtschaftsleben beurteilt werden, basieren letztlich auf solchen unternehmenstheoretischen Grundlagen. Einer solcher Erfolgsbegriffe ist der frei verfügbare „discounted Cashflow“, also der Gegenwartswert (deshalb discounted oder diskontiert, was soviel heißt wie „abgezinst“) der Nettozahlungen (Einzahlungen und Auszahlungen saldiert), die der Eigner aus seiner Beteiligung am Unternehmen (seiner Investition) erwarten darf. Dieser Erfolgsbegriff stellt ab auf die Interessenlage der Eigentümer. Die Orientierung am „discounted Cashflow“ verlangt die Ausrichtung der Unternehmensführung auf die Bildung von Anteilswert, der in Kursgewinn und Ausschüttungen an die Eigner zum Ausdruck kommt. Auch diese Theorie berücksichtigt mittelbar die Interessen der übrigen Koalitionsteilnehmer. Denn nur, wenn eine angemessene Verzinsung des Kapitals erzielt wird, wird dieses Kapital dem Unternehmen zur Verfügung stehen. Und weil Unternehmungen auf Kapital angewiesen sind, ist die marktübliche Verzinsung des investierten Kapitals Überlebensvoraussetzung für jedes Unternehmen.

In der Theorie werden die Anteilseigner auch Shareholder genannt. Die Orientierung am Erfolgsbegriff „discounted Cashflow“ wird deshalb auch Shareholder-value-Konzept bezeichnet. Die übrigen im Sinne der Koalitionstheorie zur Erreichung der Unternehmungsziele beitragenden Gruppen werden in der Theorie „Stakeholder“ genannt. Theoretische Ansätze, die von vornherein deren Interessen in den Erfolgsbegriff

aufnehmen wollen, werden als Stakeholder-Value-Konzepte bezeichnet. Es mangelt jedoch nach wie vor an konkreten Maßzahlen für die Erfolgsbestimmung ausgehend von diesen Konzepten.

Immerhin hat diese Theorie so nützliche Werkzeuge wie die Balanced Score Card (BSC) hervorgebracht, eine mehrdimensionale Systematik, die bei der Betriebssteuerung von vornherein die Perspektive der Unternehmensleitung auf die Interessen anderer Unternehmensbeteiligter als nur der Kapitalgeber erweitert. Auch ohne Verklärung der Unternehmung zu einer Art volkswirtschaftlicher Wohlfahrtsmaximierungseinrichtung liefern solche Ansätze den notwendigen Blick dafür, dass Unternehmen, die Geld verdienen wollen, in einer funktionierenden Marktwirtschaft die dafür benötigten Vorleistungen angemessen bezahlen müssen und den Kunden, deren Geld sie als Erlös verbuchen wollen, eine dauerhaft attraktive Leistung bieten müssen. Wer demgegenüber auf den Faktormärkten und bei seinen Kunden auf kurzfristige Gewinnmaximierung setzt, der kann sich als Unternehmer schnell selbst aus dem Markt herauskatapultieren.

Unternehmen Arztpraxis

Der Leser, der es bis dahin noch nicht wusste, dem sollte spätestens nach der Lektüre der beiden vorangegangenen Abschnitte dieses Buches klar geworden sein, dass die Arztpraxis oder Zahnarztpraxis selbstverständlich auch ein Wirtschaftsunternehmen ist. Sicher, hier werden nicht Produkte hergestellt wie in Industrieunternehmen, sondern Dienstleistungen hervorgebracht und zwar Dienstleistungen ganz besonderer Art. Aber damit erschöpfen sich auch schon im Wesentlichen die Besonderheiten, die zu der irri- gen Annahme verleiten könnten, dass freiberufliche heilkundliche Praxen etwas anderes seien als Wirtschaftsunternehmen.

Das ökonomische Denken in Input-Output-Kategorien lenkt den Blick auf die Tatsache, dass in der Arztpraxis Produktionsfaktoren eingesetzt werden, die erheblichen ökonomischen Wert repräsentieren: es wird Eigen- und Fremdkapital gebunden und dem Verlustrisiko ausgesetzt, es werden Räume genutzt, Mitarbeiter beschäftigt, Materialien verbraucht, Dienstleistungen anderer Unternehmen eingesetzt usw. und vor allem der Arbeitseinsatz des Praxisinhabers selbst. Auf der Output-Seite der Arztpraxis findet man Leistungsmengen, die zu Preisen am Markt abgesetzt werden wie in anderen Unternehmen auch. Und der Unternehmer der Arztpraxis, meist der tätige Praxisinhaber nämlich, lebt - wie andere Unternehmer auch - von dem, was übrig bleibt: er erzielt Residualeinkommen. Aus seinen Erlösen muss er zunächst die Ansprüche Dritter befriedigen, deren Vorleistungen er zur Erbringung seines eigenen Leistungs-Outputs benötigt hat.

Für heilkundliche Leistungen Geld zu verlangen, galt in früher Vorzeit einmal als unlauter. Der Arzt, der seine Tätigkeit ursprünglich überwiegend ohne Nutzung von Sachmitteln und ohne fremde Hilfe entfalten konnte, erhielt für seine Bemühungen als Entgelt nicht eine Gebühr oder einen Dienstleistungspreis, sondern eine Art freiwilligen „Ehrensold“, ein Honorarium. Das ist die historische Sprachquelle für den auch heute noch gebräuchlichen besonderen Begriff „Honorar“, also für den Erlös der Arztpraxis. Nur zu gern verwenden die Ärzte selbst dieses sprachliche Mittel, um den häufig in der Beziehung zum Patienten als unangenehm empfundenen pekuniären Aspekt des eigenen Wirtschaftens zu neutralisieren.

Die tatsächlichen Grundlagen dieser Terminologie sind aber wirklich seit langem Geschichte. Denn heutzutage gleichen der Einsatz von Sachgütern und Mitarbeitern einer Arztpraxis manchmal den betriebswirtschaftlichen Bedingungen mittelständischer Betriebe. Millionenbeträge werden teilweise für Medizintechnik investiert, zig MitarbeiterInnen halten den Praxisbetrieb aufrecht. Da ist es mit einem freiwilligen Ehrensold nicht getan, wenn das Unternehmen Arztpraxis auf Dauer existenzfähig sein soll.

Überträgt man die weiter oben skizzierte Diskussion aus der modernen betriebswirtschaftlichen Unternehmenstheorie auf die Arzt- und Zahnarztpraxis, so ergeben sich interessante Perspektiven. Der Staat, der zur effektiven und gesicherten ambulanten Gesundheitsversorgung dauerhaft existenzfähige Gesundheitsunternehmen braucht, sollte eigentlich daran interessiert sein, dass hier ein Gleichgewicht gefunden wird zwischen den Interessen aller Beteiligten. Der Arzt als Unternehmer muss aufgrund entsprechender Rahmenbedingungen in der Lage bleiben, einen zumutbaren Ausgleich zu finden zwischen

- den Leistungserwartungen seiner Patienten und dem mit den jeweiligen Gebühren erzielbaren Erlös der Praxis auf der einen Seite und
- den aus dem Erlös zu befriedigenden Ansprüchen Dritter: MitarbeiterInnen, die am allgemeinen Einkommenstrend teilhaben wollen, Banken, die Zins und Tilgung für ihre Kredite beanspruchen, Vermieter, die mit dem Marktniveau steigende Mieten verlangen, Lieferanten, die ihre Medizinprodukte zu frei kalkulierten Preisen anbieten dürfen.

Je mehr das Gleichgewicht nur noch durch steigenden Arbeitseinsatz des Arztes selbst bei sinkendem (Residual-)Einkommen hergestellt werden kann, desto mehr ist der Bestand des Unternehmens Arztpraxis infrage gestellt. Die Bereitschaft, sich als Medizinunternehmer selbstständig zu machen oder den eigenen Kindern den Arztberuf zu emp-

fehlen, dürfte dramatisch abnehmen, wenn nicht grundlegende Veränderungen der Marktbedingungen erreicht werden.

Der Arzt als Unternehmer?

Was sind Unternehmer?

Seiner ursprünglichen Bedeutung nach steht der Begriff „Unternehmer“ für Wirtschaftssubjekte, die ein eigenes Unternehmen selbstständig, eigenverantwortlich und auf eigenes Risiko leiten. Ein solcher Unternehmer ist zugleich auch Eigentümer. Im Zuge der Entstehung großer Kapitalgesellschaften im 19. Jahrhundert kam der angestellte Unternehmer oder „Manager“ hinzu. Der klassische Eigentümer-Unternehmer ist im Big-Business heute eher die Ausnahme geworden.

Ganz allgemein formuliert lässt sich als Unternehmer bezeichnen, wer auf eigenes Risiko marktrelevant handelt. Für eine moderne Gesellschaft ist der private Unternehmer als ein freier und gestaltungswilliger Mensch unverzichtbar. Doch auch der Staat kann sich als Unternehmer betätigen, indem er selbst Unternehmen betreibt (wie früher die Post und die Bahn) oder sich an Unternehmen beteiligt. Es hat sich indes immer wieder neu herausgestellt, dass Staatsunternehmen sich auf Dauer im Wettbewerb kaum behaupten können. Ihnen fehlt, zumal wenn sie aufgrund ungleicher Startbedingungen eine monopolähnliche Stellung haben, der „gesunde Druck des Marktes“. Zum Teil sind solche Unternehmen aber auch mit staatlichen Auflagen und Aufgaben belastet, die ein freies und kundenorientiertes Agieren im Markt behindern.

Private Unternehmen dagegen erhalten die Rückmeldung über ihren Erfolg direkt vom Markt. Wenn ein Betrieb technisch oder preislich nicht mehr wettbewerbsfähig ist, droht ihm über kurz oder lang das wirtschaftliche „Aus“. Diese im Einzelfall gnadenlos erscheinende „marktwirtschaftliche Auslese“ sichert auf Dauer die Konkurrenzfähigkeit der gesamten Volkswirtschaft eines Landes und ist somit eine wichtige Voraussetzung für Wirtschaftswachstum und Wohlstand.

Auf den großen Ökonomen Schumpeter geht die Idee des dynamischen Unternehmers zurück. Dieser dynamische Unternehmer will, darf und soll in einer Marktwirtschaft hohen Gewinn erzielen, wenn er mit eigenem Risiko durch Innovation die Nachfrage auf sich zieht und im Markt aufgrund seiner Alleinstellungsmerkmale entsprechend hohe Preise erzielen kann. Ihm wird der Gewinn nicht nur gegönnt, dieser Gewinn ist in seiner Informationsfunktion sogar volkswirtschaftlich ausdrücklich erwünscht als Ausdruck von kundenorientierter Bedarfsdeckung. Wenn der Wettbewerb nämlich funktioniert, dann ist der Gewinn erzielende innovative Unternehmer immer gleich auch durch

Nachahmer bedroht (man spricht auch von einem dynamischen Wettbewerb, der durch (Innovations-)Vorstoß und (Nachahmungs-)Verfolgung charakterisiert ist).

Unternehmer sein heißt heute vor allem auch permanent zwischen betriebswirtschaftlichen, sozialen, gesellschaftlichen, volkswirtschaftlichen und umweltbezogenen Erfordernissen abwägen zu müssen. Unternehmer haben längst Verantwortung zugewiesen bekommen, die weit über das Erzielen von Gewinn für die Unternehmenseigner hinausgeht. Sie sind der Motor für die Beschäftigung und für die Berufsausbildung. Sie übernehmen vielfältige Aufgaben in Staat und Gesellschaft. Unternehmen erfüllen Funktionen weit über den betrieblichen Leistungsprozess hinaus, bis hin zum Inkasso für den Fiskus oder die Sozialversicherung.

Der Begriff Unternehmer hat sich im Laufe der Zeit wesentlich gewandelt und erweitert. Mittlerweile wird auch von Mitarbeitern als „Mit-Unternehmer“ gesprochen, vom „Unternehmer im Unternehmen“ oder auch vom „Lebensunternehmer“ und der „Ich-Tag“. In einem erweiterten Sinne ist daher jeder ein Unternehmer, dem es gelingt, mit seiner Leistung im Markt ein Einkommen zu erzielen: ökonomisch gesehen setzt auch der Arbeitnehmer Kapital (Humankapital) ein, bietet es im (Arbeits-)Markt an, und investiert, um wettbewerbsfähig zu bleiben in sich selbst in Form von Bildung und Weiterbildung. Insoweit handelt es sich beim Unternehmertum auch um eine Geisteshaltung - ja eine Lebenseinstellung.

Die Volkswirtschaft braucht Unternehmer heute dringender denn je. Sie fordern sich selbst sehr viel ab. Sie entwickeln Ideen und reagieren auf Veränderungen. Sie übernehmen Verantwortung, sie motivieren und koordinieren andere. Sie wagen etwas, weil und wenn sie etwas gewinnen können. Sie tun etwas, während andere jammern.

Handeln Unternehmer in „sozialer Verantwortung“? Soziale Verantwortung ist eine wichtige Dimension der Unternehmerrolle, aber: die wichtigste soziale Verantwortung des Unternehmers ist es, funktionierende Unternehmen zu schaffen und zu erhalten. Und dies erfordert im Streben nach Gewinn die kreative Suche nach der Marktlücke, nach dem ungedeckten Bedarf, die Suche nach effizienten Lösungen, die Schaffung von Arbeitsplätzen.

Unternehmertum kann nicht überall gedeihen. Unternehmertum braucht: Handlungsfreiheit statt Regulierung, Chancen statt immer neue Überwälzung öffentlicher Lasten, Vertrauen statt Kontrolle und Bürokratie, soziale Anerkennung statt Neid. So gesehen ist unser Land eigentlich zutiefst unternehmerfeindlich, denn die Freiheit erstickt vielfach in Regulierung und Kontrollen, Chancen ersticken im Gleichheitswahn und Erfolgsmotivation erstickt in Umverteilung. Aber immer dann, wenn das Teilhaben wollen

des Einzelnen oder auch des Gemeinwesens seine Grenze darin gefunden hat, dass nicht mehr zu verteilen ist, besinnen sich zum Glück auch Mitarbeiter, Gewerkschaften und Politiker aller Parteien darauf, was sie an ihren Unternehmen und Unternehmern haben.

Sind freiberufliche Ärzte und Zahnärzte Unternehmer?

Ärzte und Zahnärzte bezeichnen sich teilweise selbst gern als „Unternehmer“, zum Teil weisen sie aber auch diese Kategorisierung zurück, weil sie eine Orientierung ihres heilkundlichen Handelns an merkantilen Grundsätzen ablehnen. Aber ob sie es wahrhaben wollen oder nicht: durch die Niederlassung in eigener Praxis werden Ärzte und Zahnärzte automatisch zu Unternehmern.

Diese Unternehmen bilden durch die Zuordnung ihrer Inhaber zu den „freien Berufen“ zweifellos eine besondere Kategorie. Der Freie Beruf ist dabei kein eindeutiger Rechtsbegriff, sondern eher ein (berufs-)soziologischer Terminus. Ein Begriff, dessen inhaltliche Bestimmung jeweils auf die Tatbestandsvielfalt der beruflichen Wirklichkeit und ihrer Dynamik im Zeitablauf abgestellt werden sollte. Eine gesetzliche (Legal-)Definition der Freien Berufe findet sich erstmals im Partnerschaftsgesellschaftsgesetz (§ 1 Abs. 2 PartGG):

„Die Freien Berufe haben im Allgemeinen auf der Grundlage besonderer beruflicher Qualifikation oder schöpferischer Begabung die persönliche, eigenverantwortliche und fachlich unabhängige Erbringung von Dienstleistungen höherer Art im Interesse der Auftraggeber und der Allgemeinheit zum Inhalt.“

Wichtig für die Praxis ist die steuerrechtliche Einstufung der freiberuflichen Tätigkeit nach § 18 Einkommensteuergesetz (EStG). Hier werden § 18 Abs. 1 Nr. 1 drei freiberufliche Tätigkeitsgruppen unterschieden: die selbstständig ausgeübten wissenschaftlichen, künstlerischen, schriftstellerischen, unterrichtenden oder erzieherischen Tätigkeiten (Tätigkeitsberufe), die selbstständige Tätigkeit der im Gesetz aufgezählten sog. Katalogberufe und die selbstständige Tätigkeit der den Katalogberufen ähnlichen Berufe (Analogberufe).

Zu den Freien Berufen gehören die im Einkommensteuergesetz (§ 18 Abs. 1 Nr. 1 S. 2) aufgezählten Katalogberufe: Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Heilpraktiker, Dentisten, Krankengymnasten; die rechts-, steuer- und wirtschaftsberatenden Berufe: Rechtsanwälte, Patentanwälte, Notare, Wirtschaftsprüfer, Steuerberater, Steuerbevollmächtigte, beratende Volks- und Betriebswirte, vereidigte Buchprüfer und Bücherrevisoren; die naturwissenschaftlichen/technischen Berufe: Vermessungsingenieure, Ingenieure, Handelschemiker, Architekten, Lotsen und die informationsvermittelnden Berufe: Journali-

sten, Bildberichterstatler, Dolmetscher, Übersetzer. Bei einer Reihe von Berufen werden aufgrund berufssoziologischer wie berufsrechtlicher Bestimmungen allerdings auch die nichtselbstständig also nicht unternehmerisch tätigen Berufsträger zu den Freien Berufen gezählt: Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Tierärzte, Steuerberater und Wirtschaftsprüfer/vereidigte Buchprüfer.

Zumindest die selbstständig niedergelassenen Angehörigen der freien Berufe - und dazu zählen die niedergelassenen Ärzte und Zahnärzte - sind ganz sicher als „Unternehmer“ zu klassifizieren. Mit dem verbreiteten Irrtum, dass Unternehmer nur das eine wollen, den maximalen Gewinn nämlich, also nur möglichst schnell möglichst viel Geld verdienen, haben wir weiter oben schon aufgeräumt. Richtig bleibt: Unternehmer wollen und sollen Erfolg haben, auch wirtschaftlichen Erfolg - aber nur als gerechter Lohn für den Tüchtigen im Wettbewerb mit anderen. Und der Schiedsrichter in diesem Wettbewerb sollte dabei der Kunde sein.

Das für das Prosperieren einer Volkswirtschaft so dringend benötigte Unternehmertum braucht, wie schon betont, geeignete Umfeldbedingungen, um gedeihen zu können, Bedingungen, die nicht immer gegeben sind. Aber auch innerhalb des ärztlichen Berufstandes herrschen unternehmerfeindliche Bedingungen: Zulassungsbeschränkungen, Gebührenordnungen, Richtlinien, Wirtschaftlichkeitsprüfungen, Ausgabenbudgets, Honorarverteilungsmaßstäbe sind nur einige Stichworte, die die Situation charakterisieren.

Ist der Arzt also „Unternehmer“ – will er es sein? Ohne Zweifel arbeitet er meist im wahrsten Sinne „selbstständig“, denn er muss „selbstständigarbeiten“. Aber Spaß beiseite. Der freiberufliche Arzt schafft sich selbst den eigenen Arbeitsplatz, er möchte frei sein in der Berufsausübung, er will gut verdienen und er lebt von dem, was übrig bleibt. Alles das sind wichtige Wesensmerkmale des Unternehmersdaseins, wie wir sie weiter oben herausgearbeitet haben.

Aber, will der heutige Arzt-Unternehmer auch den Wettbewerb? Mit dem Risiko, von den Kunden abgewählt zu werden, weil andere besser sind? Mit dem Druck, immer wieder neu den Kunden überzeugen zu müssen? Mit dem Zwang, die Kosten niedrig zu halten, damit genug zum Leben bleibt? Oder sind ihm atypische Bedingungen lieber geworden: wie die gesicherte Nachfrage via Zwangsversicherung der Bevölkerung, Konkurrenzschutz durch bürokratische Bedarfsplanung, feste Preise (Gebühren) und sicheres (?) Geld via K(Z)V. Schätzt er mittlerweile die im Detail vorgegebenen Verhaltensschablonen: Was darf man - was darf man nicht? Wofür (für welche Verrichtungen) gibt es Geld? Wie rechnet man ab? Welche Formulare sind zu verwenden?

Akzeptiert der heutige Arztunternehmer vielleicht viele Einschränkungen der Berufsfreiheit, weil sie ja auch im Wettbewerb die anderen Kollegen in Schach halten?

Nach der Beobachtung und Meinung des Verfassers existieren heute viele Hemmnisse für ärztliches Unternehmertum: in der Politik, in der Gesellschaft, in den Erwartungen der Patienten, aber auch in den Köpfen der Ärzte selbst.

Die Politik benutzt den Arzt als Erfüllungsgehilfen der staatlichen Gesundheitspolitik. Nach wie vor lautet nämlich das die ökonomische Knappheit der Ressourcen verleugnende Credo der Gesundheitspolitik: „Alles was der Mensch an medizinischer Versorgung braucht, das muss er haben.“ Und wenn das Geld nicht reicht ... dann wird die Schlagzahl für die Leistungsträger erhöht, z.B. durch Absenkung der Vergütungen je Einzelleistung. Und wenn die Ärzte sich wehren, dann reagiert die Staatsmacht mit Repression. Wahrlich keine guten Bedingungen für Unternehmertum in der freien Arztpraxis.

Wie sieht es die Gesellschaft? Ändert sich die Gesundheitspolitik, wenn die Parteifarbe der Regierung wechselt? Das ist einer der naiven Grundirrtümer vieler Standespolitiker. Die Politik kann langfristig nur das aufrechterhalten, was die Erwartungen der Gesellschaft bedient. Der deutsche Bürger will aber versorgt und versichert sein. Die Mehrheit will die solidarisch versicherte ärztliche Sachleistung. Die Patienten schätzen ihre Gesundheit sehr hoch ein. Sie möchten verständlicherweise medizinisch gut versorgt werden und sie zahlen nicht gern selbst, wenn sie nicht unbedingt müssen. Aber sie nehmen im Bedarfsfall gern Versicherungsleistungen in Anspruch, insbesondere dann, wenn sie dafür hohe Beiträge zahlen müssen. Sie sehen im Ergebnis einer langen Entwicklungsgeschichte in ihrem Arzt oftmals den „Leistungserbringer“ für die Kassen.

Und die Ärzte selbst? Manche sehen sich als Ärzte und nicht als Kaufleute, als ob das ein Widerspruch wäre. Manche blicken nicht durch, was die wirtschaftliche Seite der Praxis angeht. Manche schaffen es nicht, unverkrampft übers Geld zu sprechen.

Gibt es überhaupt Alternativen zum freiberuflichen Unternehmereisen des Arztes? Immer wieder wird die „Verbeamtung“ des Kassenarztes als Alternative zur Freiberuflichkeit ins Gespräch gebracht. Kassenärzte als Angestellte des Staates oder der Kassen also? Das ist weder von der Politik noch von den Kassen gewollt. Das kann auch nicht gewollt sein. Warum eigentlich nicht, könnte man vielleicht meinen? Das gäbe doch die ersehnte volle Kontrolle und würde die Macht im „Kassenstaat“ stärken. Immer wieder spekulieren die Ärzte selbst mit der Verbeamtung als Ausweg aus der Misere.

Ein Kostenvergleich ernüchert: denn schon die vom Staat bewirtschafteten Praxiskosten dürften eher höher als niedriger liegen als in der freien Praxis. Ein möglicher Betriebsgrößenvorteil von staatlichen Ambulatorien wäre schnell wieder verbraucht durch die hinlänglich erprobte Ineffizienz und Insuffizienz staatlicher Ressourcenbewirtschaftung.

Die Kosten aus der Beschäftigung eines mit der Vergütungsgruppe A15 besoldeten Beamten im Jahre 2000 wurden in amtlichen Statistiken mit rund 192.000 DM beziffert. Das ist deutlich mehr als das durchschnittliche Bruttoeinkommen je Arzt. Hinzu kämen Gehaltsmehrkosten für eine um 25 % höhere Anzahl zu besoldender Ärzte mit Regelarbeitszeit, während die niedergelassenen Ärzte ihr Einkommen nur mit einer entsprechenden Mehrarbeitsquote realisieren können. Auch die unentgeltliche Mithilfe von Familienangehörigen würde entfallen. Ein Mehrbedarf an Ärzten würde eine höhere Kapitalbindung durch Räume und Ausstattungen nach sich ziehen. Das alles könnten sich Staat und Krankenkassen gar nicht leisten!

Ärzte bekunden immer wieder, gemeinsam „solidarisch“ für ihre freiberufliche Existenz kämpfen zu wollen. Solidarität ist nach dem Geschmack des Verfassers ein inzwischen viel zu häufig benutztes Wort in berufspolitischen Versammlungen und Schriften geworden. Solidarität des Berufstandes wird teilweise als einziger Weg aus der Krise des freien Arztberufes gesehen. Was das aber wirklich sein soll und wie das stattfinden könnte, wird nur selten reflektiert.

Völlig übersehen wird, dass Solidarität eigentlich ein Begriff aus dem Sozialismus ist. Agieren Unternehmer in Märkten „solidarisch“? Nein, im Gegenteil: sie stehen im Wettbewerb zueinander. Wie sollte etwa ein Fußballspiel funktionieren, wenn die beiden Mannschaften miteinander solidarisch sein und den Sieg gerecht unter sich aufteilen wollten? Und doch können und sollten auch die Teilnehmer eines Wettbewerbs gemeinsame Interessen einigen: fair soll es zugehen, der Bessere soll gewinnen. Dafür lohnt es sich natürlich, auch bei den Ärzten gemeinsam zu streiten.

Was soll man den freiberuflichen Ärzten eigentlich letztendlich wünschen? Die Antwort des Verfassers an dieser Stelle ist eindeutig. Rückbesinnung auf traditionelle unternehmerische Ideale: Unternehmer statt Unterlasser sein. Selbst Handeln statt das Handeln zu fordern oder nur zu lamentieren. Agieren statt abzuwarten. Sich auch untereinander zu ehrlichem Wettbewerb bekennen. Sich vom „Gesundheits-Versorger“ zum „ärztlichen Dienstleistungs-Unternehmer“ entwickeln. Als Berufstand gemeinsam das öffentliche Wertbewusstsein für die ärztliche Dienstleistung fördern. Den wirtschaftlichen Erfolg nicht im optimalen HVM, sondern beim zufriedenen Patienten suchen. Den er-

folgreichen Kollegen nicht beneiden oder ihn gar anschwärzen, sondern ihn anerkennen und von ihm lernen.

Aber das heißt auch: nicht jeder approbierte Arzt hat Anspruch darauf, nur weil er „Kollege“ ist, aus dem großen gemeinsamen Honorartopf der K(Z)V alimentiert zu werden. Das heißt vielmehr, wie überall sonst, wo Unternehmer agieren: Wer nicht aktiv selbst handelt, wer sich nicht ständig fortbildet, wer nicht auf Qualität und Service setzt, wer sich nicht um seine Zahlen kümmert, wer hinterm Ofen sitzen bleibt und hofft, dass die K(Z)V das für ihn regelt, der bleibt zurück. Und das ist eigentlich auch gut so! Und wem diese Perspektive nicht behagt – was völlig legitim ist - dem sollte der Weg in eine unselbstständige Berufsausübung zu angemessenen Bedingungen bei unternehmerisch tätigen Kollegen offen stehen.

Finanzierung

Grundlagen

Grundbegriffe der Finanzierung

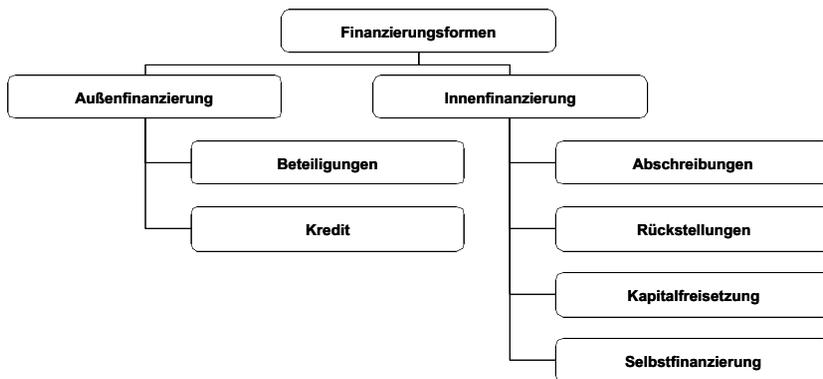
Als „Finanzierung“ bezeichnet man in der Betriebswirtschaftslehre ganz allgemein alle Maßnahmen eines Unternehmens zur Mittelbeschaffung und -rückzahlung von Finanzmitteln. Finanzierung ist mit anderen Worten die Gestaltung der Zahlungs-, Informations-, Kontroll- und Sicherungsbeziehungen zwischen einem Unternehmen und seinen Kapitalgebern.

Je nach Fristigkeit der Kapitalüberlassung an das Unternehmen wird ein Finanzierung als kurzfristig (< 1 Jahr), mittelfristig (1 - 4 Jahre), langfristig (> 4 Jahre) oder als auf Dauer angelegt (insbesondere Eigenkapital) eingestuft. Nach der Rechtsstellung des Kapitalgebers (Haftung) unterscheidet man zwischen der *Eigenfinanzierung* und der *Fremdfinanzierung*. Ein weiteres Kriterium bezieht sich auf die Mittelherkunft: kommen die Mittel von außerhalb, spricht man von Außenfinanzierung, stammen die Mittel aus dem betrieblichen Umsatzprozess, dann spricht man von Innenfinanzierung.

Die Charakteristika der *Außenfinanzierung* als Fremdfinanzierung sind:

- der Mittelzufluss kommt von außen
- der Gläubiger erwirbt kein Eigentum an der Unternehmung
- der Gläubiger hat Anspruch auf Rückzahlung
- der Gläubiger hat keinen Anspruch auf eine Erfolgsbeteiligung
- der Gläubiger erhält eine vertraglich vereinbarte feste Verzinsung

Die *Selbstfinanzierung* erfolgt entweder durch *Eigenfinanzierung* oder *Innenfinanzierung*.



Die Außenfinanzierung erfolgt als Eigenfinanzierung durch Zuführung von Eigenkapital von Seiten der bisherigen Eigentümer. Der zugehörige Kapitalüberlassungsvertrag sieht dabei nur erfolgsabhängige Zahlungen des Unternehmens an den Kapitalgeber vor, denen aber die Ansprüche der Fremdkapitalgeber (Fremdfinanzierung) im Rang vorgehen. An die Stelle von Tilgungsvereinbarungen treten Vereinbarungen über Abfindungen beim Ausscheiden des Eigenkapitalgebers aus dem Unternehmen bzw. den Ansprüchen der Fremdkapitalgeber nachgeordnete Ansprüche auf Teile des Liquidationserlöses. Aufgrund der Erfolgsabhängigkeit der Zahlungen (Dividenden, Ausschüttungen, Gewinnentnahmen) und dem daraus resultierenden Risiko fordern Eigenkapitalgeber bei der Eigenfinanzierung eine höhere Rendite als Fremdkapitalgeber.

Bei der Innenfinanzierung erfolgt die Finanzierung mit Eigenkapital durch einbehaltene Gewinne (Gewinnthesaurierung): der Kapitalzuwachs in Form von erwirtschaftetem Gewinn verbleibt im Unternehmen. Innenfinanzierung ist die Bindung erwirtschafteter Zahlungsmittelüberschüsse im Unternehmen (mit oder ohne Wissen der Kapitalgeber). Das Unternehmen muss dazu Gewinne erwirtschaften, die ihm nicht durch Ausschüttung oder Steuerzahlungen entzogen werden.

Eine offene Innenfinanzierung liegt vor, wenn erwirtschaftete Gewinne nicht ausgeschüttet werden, sondern (bei Einzelfirmen und Personengesellschaften) auf den Kapitalmarktkonten stehen bleiben bzw. (bei Betrieben mit festem Nominalkapital) auf Rücklagekonten verbucht werden. Sie kann freiwillig oder aufgrund gesetzlicher Bestimmungen (z.B. bei Aktiengesellschaften) zwingend vorgeschrieben sein. Wenn zur

Vermeidung steuerlicher Nachteile der Umweg über die Ausschüttung gewählt wird spricht man auch von einer „Schütt-aus-hol-zurück-Finanzierung“.

Die stille Innenfinanzierung erfolgt über die Bildung „stiller Rücklagen“. Stille Rücklagen entstehen, wenn erzielte Gewinne oder eingetretene Wertsteigerungen durch Nutzung bilanzrechtlich zulässiger Bewertungsspielräume in der Bilanz nicht ausgewiesen werden durch Unterbewertung von Vermögensgegenständen, (Nichtaktivierung aktivierungsfähiger Wirtschaftsgüter, Unterlassung der Zuschreibung von Wertsteigerungen) oder in Passivposten der Bilanz (Überbewertung von Verbindlichkeiten) „versteckt“ werden. Auf diese Weise werden erzielte Gewinne oder eingetretene Wertsteigerungen in der Gewinnrechnung nicht sichtbar.

Ein wichtiges Instrument der stillen Innenfinanzierung ist bei bilanzierenden Unternehmen die Bildung von Rückstellungen, insbesondere von Pensionsrückstellungen. Durch Pensionsrückstellungen entsteht für das Unternehmen ein Zuwachs an finanziellen Mitteln, soweit die Pensionsrückstellungen ansonsten auszuweisende Gewinne mindern und die Zuführung zu den Pensionsrückstellungen in einer Periode höher ist als die tatsächlich zu leistenden Pensionszahlungen. Der Finanzierungsvorteil durch Bildung von Pensionsrückstellungen ist umso größer, je länger der zeitliche Abstand zwischen ihrer Bildung und den später zu leistenden Pensionszahlungen ist. Ein weiterer Vorteil durch die Bildung von Pensionsrückstellungen ergibt sich, wenn die mit den einbehaltenen Finanzmitteln im Unternehmen erwirtschaftete Rendite höher ist als der bei der Berechnung der Pensionsrückstellungen zugrunde gelegte Zinssatz. Der Hauptvorteil von betrieblichen Altersversorgungszusagen ist bei bilanzierenden Unternehmen also neben der Motivations- und Bindungswirkung gegenüber den Mitarbeitern der Finanzierungseffekt aus der Steuerstundung bei der Ertragssteuer.

Nach dem Verhältnis der finanziellen Ausstattung zum Bedarf an Finanzmitteln wird zwischen bedarfsgerechter Finanzierung, *Über- und Unterfinanzierung* unterschieden. Je nach Finanzierungszweck oder -anlass kennt man z.B. Gründungsfinanzierungen, Erweiterungsfinanzierungen, Umfinanzierungen (z.B. ein Gläubiger wird Gesellschafter) oder Sanierungsfinanzierungen.

Neben der Finanzierung durch *Bankdarlehen*, auf die weiter unten noch näher einzugehen sein wird, gibt es weitere auch für die Arzt oder Zahnarztpraxis wichtige Finanzierungsformen, die in diesem Überblick nicht fehlen dürfen. Neben den für eine bestimmte Zeit zur Verfügung gestellten Bankdarlehen ist der *Kontokorrentkredit* der Bank eine wichtige Finanzierungsquelle. Formal werden Kontokorrentkredite zwar nur kurzfristig gewährt, de facto stehen sie aber aufgrund der laufenden Geschäftsverbindung mit dem Kreditinstitut langfristig zur Verfügung.

Ein *Lieferantenkredit* entsteht durch die Stundung von Forderungen durch Lieferanten. Entsprechende Zugeständnisse (Zahlungskonditionen) dienen aus der Sicht des Lieferanten dessen Ziel der Absatzsteigerung. Um den Kunden zu motivieren, den Lieferantenkredit möglichst nicht oder möglichst kurz in Anspruch zu nehmen, werden Barzahlungsrabatte ausgelobt (Skontoabzug bei Zahlung innerhalb bestimmter Fristen). Aus der Sicht des Abnehmers ist der Lieferantenkredit eine sehr bequeme Form der kurzfristigen Fremdfinanzierung ohne Zinskosten (abgesehen vom teuren Verzicht auf Skontoabzug), in der Regel auch ohne Besicherung (manchmal wird allerdings umgekehrt Vorkasse vor Lieferung verlangt) und ohne große Formalitäten (Darlehensverträge etc.). Eine wichtige Quelle des Lieferantenkredits bei Zahnärzten ist nicht selten das externe zahntechnische Labor. Eine solide längerfristige Finanzierung lässt sich allerdings kaum auf Lieferantenkredit aufbauen.

Besondere Formen der Fremdfinanzierung, auf die ebenfalls noch gesondert eingegangen wird, sind das Leasing und das Factoring.

Als *Factoring* bezeichnet man Finanzierungsgeschäfte, bei dem ein spezialisiertes Finanzierungsinstitut (Factor) von einem Verkäufer dessen Forderungen aus Warenlieferungen und Dienstleistungen laufend oder einmalig (zu einem Preis unter Nennwert) ankauft und die Verwaltung der Forderungen übernimmt (Fakturierung, Buchführung, Mahnwesen, Inkasso). Dies ist das Geschäft der ärztlichen Abrechnungsstellen.

Unter *Leasing* werden besondere Vertragsformen der Vermietung und Verpachtung von Investitions- und Konsumgütern verstanden. Das Leasingobjekt wird entweder durch die in der Regel auf die jeweilige Branche spezialisierte Leasinggesellschaft beim Hersteller gekauft und dann dem Leasingnehmer übergeben (indirektes Leasing) oder direkt vom Produzenten verpachtet (direktes oder Herstellerleasing).

Kreditwürdigkeit - Bonität

Neben den wirtschaftlichen Aussichten des zu finanzierenden Vorhabens hängt die Kreditentscheidung der Bank immer auch von der persönlichen *Vermögens- und Einkommenssituation* des Kreditnehmers und den zur Verfügung stehenden *Kreditsicherheiten* ab. Hier kommt es leicht zu Konflikten, wenn die Bank die zur Verfügung stehenden Sicherheiten nicht so hoch bewertet, wie sich das der Antragsteller wünscht und deshalb entweder weitere Sicherheiten fordert oder den Kreditwunsch ablehnt.

Bei der *Bonitätsprüfung* gehen die Sicherheiten recht unterschiedlich ein. Kontoguthaben bei Banken, Rückkaufwerte von Lebensversicherungen und Bausparguthaben werden in voller Höhe berücksichtigt, festverzinsliche Wertpapiere meist nur mit 75 %, Aktien nur mit 50 %. Banken neigen verständlicherweise dazu, hohe und manchmal überhöhte Sicherheiten zu fordern. Nicht jeden Wunsch muss man als Kreditnehmer einfach akzeptieren, vor allem nicht die Forderung, die Ehefrau als Bürgin für die Praxiskredite gleich mit zu verhaften. In den Sicherheitenvereinbarungen zu Kreditverträgen findet sich u.a. Formulierungen wie: „... zur Sicherung aller bestehenden und künftigen Verbindlichkeiten ...“. Auf diesem Weg einmal gegebene Sicherheiten dienen automatisch auch nach Auslaufen der jeweiligen Finanzierung auf Dauer dem generellen Sicherungsinteresse der Bank. Von allein wird die Bank auf solche freiwerdenden Sicherheiten nicht verzichten, getreu dem gängigen Bankmotto: „Es darf auch ein bisschen weniger abgesichert sein.“

Es empfiehlt sich, in „Friedenszeiten“ die Beziehung mit dem zuständigen Ansprechpartner bei der Hausbank zu pflegen. Das Gespräch sollten nicht nur dann gesucht werden, wenn man einen neuen Kredit wünscht (z.B. um eine fällige Steuernachzahlung zu finanzieren). Stattdessen könnte das Vorliegen der neuen Gewinn- und Verlustrechnung zum Anlass genommen werden, auch einmal ohne konkretes Anliegen ein Gespräch mit dem Berater über die Praxisentwicklung und neue Planungen zu führen. Das fördert das Ansehen des Kunden bei seiner Bank. In der Praxis läuft das nämlich meist umgekehrt: die Kreditsachbearbeiter müssen den Bankkunden die notwendigen Unterlagen (aktuelle Vermögensübersichten und Gewinnermittlungen) oft mit mehrfachen Mahnungen wie Würmer aus der Nase ziehen.

Sich intensiv auf Kreditgespräche vorzubereiten ist von entscheidender Bedeutung. Konkrete Investitionsvorhaben sollten in einer für Nicht-Mediziner nachvollziehbaren Art und Weise begründet werden können. Quantifizierte Umsatzerwartungen sollten belegen, dass sich die zu finanzierende Investition lohnen wird. Es macht durchaus Sinn, den Wirtschaftsberater oder den Steuerberater zum Bankgespräch mitzunehmen. Allerdings sollte dort nicht der Eindruck entstehen, dass der Unternehmer selbst keine Ahnung hat, wo er wirtschaftlich steht und was die anstehenden Finanzierungsentscheidungen wirtschaftlich bedeuten. Wenn die Auswertungen des Steuerberaters mit entsprechend negativen Zahlen zum Ausdruck bringen, wie sehr man sich erfolgreich bemüht hat, den steuerlichen Gewinn und damit die Steuerzahllast des letzten Jahres zu reduzieren (etwa durch Vorratseinkäufe am Jahresende oder Verlagerung von Honorareinnahmen auf das neue Jahr), dann ist es extrem wichtig, das im Einzelnen und substantiiert dem Banker gegenüber auch darlegen zu können.

Banken bewerten die Bonität ihrer Kreditnehmer aufgrund einer Vielzahl von Kennziffern. Da machen sie bei Ärzten und Zahnärzten wenig Unterschied zu Unternehmen der gewerblichen Wirtschaft. Eine der wichtigsten betriebswirtschaftlichen Größen ist hierbei der Cashflow, aus dem sich aus Bankensicht am einfachsten die Leistungsfähigkeit hinsichtlich Tilgung und Verzinsung (Kapitaldienstfähigkeit) ableiten lässt.

- Der *Cashflow* (= Gewinn + Abschreibungen +/- Veränderungen bei Rückstellungen): Steht als Ausdruck der Innenfinanzierungskraft zur Verfügung für Entnahmen, Investitionen und Fremdkapitaltilgung.

Weitere Kriterien für die Beurteilung der Innenfinanzierungskraft eines Unternehmens anhand seiner Ertragskraft sind Eigenkapitalrentabilität und Schuldentilgungsdauer.

- *Eigenkapitalrentabilität* (= Gewinn : Eigenkapital (EK) x 100): Ideal sind mehr als 10 %.
- *Schuldentilgungsdauer* (= Fremdkapital(FK) - Bankguthaben : Cashflow = Anzahl der Jahre, die benötigt werden, um die Nettoschulden aus dem Cashflow zu tilgen).

Banken ziehen zur Beurteilung ihrer Kreditnehmer anhand von Kennzahlen am liebsten Informationen aus Bilanzen heran. Auch bei Einnahmen-Überschussrechnern nach § 4 Abs. 3 EStG lassen sich entsprechende Relationen aus der Summen- und Saldenliste der Buchhaltung herleiten. Die entsprechenden Kennzahlen bilden die Vermögens- und Finanzierungsstruktur des Unternehmens ab.

- *Eigenkapitalquote* (= Eigenkapital (EK) : Gesamtkapital (FK+EK) x 100): Eine gute Quote wäre die Relation FK zu EK im Verhältnis 1: 1; eine gesunde Norm (banker's rule) ist EK zu FK = 1: 2; realistisch sind in der Wirtschaft höchstens 20 % bis 30 % Eigenkapitalanteil.
- *Verschuldungsgrad* (= Fremdkapital (FK) : Gesamtkapital (FK + EK) x 100): Die absolute Obergrenze des Verschuldungsgrads ist natürlich schon oder erst dann erreicht, wenn einem die Bank keinen Kredit mehr gibt.
- *Anlagendeckungsgrad* (= Eigenkapital (EK) + langfristiges Fremdkapital (FK) : Anlagevermögen x 100): Diese Kennzahl sagt aus, welcher Anteil am Anlagevermögen langfristig finanziert ist; ideal wäre größer als 100.

- *Working Capital (= Umlaufvermögen (UV) - kurzfristiges Fremdkapital (FK))*: Das Umlaufvermögen sollte größer als das kurzfristige Fremdkapital sein, idealerweise doppelt so groß.

Die „Goldene Finanzierungsregel“ lautet: Das Kapital sollte nicht kurzfristiger zur Rückzahlung fällig sein, als die Bindung des damit finanzierten Vermögens (Das langfristige Kapital in einem Unternehmen ist immer das Eigenkapital!).

- Anlagevermögen (AV) < Eigenkapital (EK)
- Anlagevermögen (AV) < Eigenkapital (EK) + langfristiges Fremdkapital (FK; Darlehen, Anleihen)
- Anlagevermögen (AV) + dauernd gebundenes Umlaufvermögen (UV) < Eigenkapital (EK) + langfristiges Fremdkapital (FK)

Basel II

Immer stärker wird das Verhalten der Kredit gebenden Banken von der Eigenkapitalrichtlinie „Basel II“ geprägt. Zwar müssen Banken erst ab 2007 verschärfte Regeln zur Eigenkapitalunterlegung bei der Kreditvergabe („Basel II“) anwenden. Doch schon seit 2003 werden die meisten Firmenkunden nach den Kriterien von Basel II „geratet“. Die dafür erforderlichen internen Strukturen sind schon weitgehend aufgebaut. Im Zuge dessen werden viele Banken die Kreditkosten entsprechend des Kreditrisikos staffeln.

Zu diesem Ergebnis kommt die FINANCE-Studie „Basel II ist jetzt!“. Diese Studie wurde gemeinsam erstellt vom Fachblatt FINANCE, der HypoVereinsbank und der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Ernst & Young. Durch die hohe Marktabdeckung der Teilnehmer der Studie beanspruchen die Ergebnisse hohe Repräsentativität: Die befragten Banken stehen für rund 70 % aller in Deutschland vergebenen Firmenkredite. Die Studie dokumentiert den Wandel zur risikoabhängigen Kreditkondition. Mathias Beck, Partner und Leiter des Bereichs Corporate Restructuring bei Ernst & Young, erwartet, dass *„alle Banken ihre Kreditzinsen in Zukunft stärker nach dem Risiko ausrichten. Sie haben zum Teil bereits damit begonnen, die neuen Preise am Markt durchzusetzen“*.

Jeder Unternehmer muss sich künftig um ein gutes Rating bemühen. Dazu ist die Kooperation mit der Hausbank erforderlich. Fast alle Banken sind schon zu einer „aktiven Gestaltung der Kreditkonditionen“ übergegangen und bewerten ihre Kunden nach dem individuellen Kreditrisiko.

Weitestgehend unbemerkt hatte im Vorgriff auf Basel II die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) die sog. „Mindestanforderungen an das Kreditgeschäft der Kreditinstitute (MaK)“ bereits am 20.12.2002 veröffentlicht. Zu den Kernelementen der MaK zählen die Festlegung einer Kreditrisikostategie, die Trennung bestimmter Funktionen, klar definierte Kreditprozesse, eine sachgerechte Überwachung der Risiken auf Portfolioebene und ein funktionsfähiges Berichtswesen. Ausschlaggebend für die Entwicklung der MaK waren zahlreiche Problemfälle von Banken, die in erster Linie auf die mangelhafte Organisation und Handhabung des Kreditgeschäfts zurückzuführen waren. Zu den häufigsten Mängeln gehörten nicht nachvollziehbare Kreditentscheidungen, ungenügende Kreditprozesse oder die fehlende Berücksichtigung von Risikokonzentrationen in den Kreditportfolien.

Auch die freien Heilberufe werden sich mit den Folgen der anstehenden Änderungen in der Praxis der Kreditvergabe auseinandersetzen haben. Auch ihre Daten werden zukünftig einem systematischen Rating unterzogen werden. Die von den Banken geforderten Sicherheiten und die gewährten Kreditkonditionen werden immer stärker abhängig gemacht werden von dem Ergebnis solche Ratinganalysen.

Einzelne Finanzierungsformen

Tilgungsaussetzung oder Annuität?

Die klassische Fremdfinanzierung bieten die Banken in Form von Darlehen (feste Beträge, die unabhängig von ihrem tatsächlichen Einsatz dem Kreditnehmer bereitgestellt werden) und Kontokorrentkredit (variable Inanspruchnahme einer Linie). Der Zins für Darlehen ist meistens wesentlich günstiger als der Kontokorrentzins. In der Regel bieten die Banken Ärzten und Zahnärzten drei verschiedene langfristige Finanzierungselemente: die *öffentliche Finanzierung*, das *Hausbankdarlehen*, oder das *Tilgungsaussetzungsdarlehen*.

Bei der öffentlichen Finanzierung stellt der Staat die Mittel entweder ganz oder teilweise als Förderprogramme zu vergünstigten Konditionen zur Verfügung. Die meist langfristigen Darlehen kann die Hausbank prüfen, z.B. zusammen mit der Deutschen Ausgleichsbank oder der Kreditanstalt für Wiederaufbau. Die Eigenkapitalhilfe (EKH) ist im Zusammenhang mit der Praxisgründung besonders wichtig. Dieser Kredit zu stark subventionierten Konditionen ersetzt fehlendes Eigenkapital, weil er mit einem Rangrücktritt gegenüber Banken und sonstigen Gläubigern verbunden ist.

Beim Hausbankdarlehen handelt es sich meist um ein Annuitätendarlehen. Dieses wird über die gesamte Laufzeit planmäßig getilgt, wobei im Rahmen einer konstanten Lei-

stungsrate anfangs der Zinsanteil und zum Ende hin der Tilgungsanteil überwiegt. Oft werden niedrige Nominalzinsen durch ein Zinsvoraus bezahlt (Disagio), das gleich von der Darlehenssumme einbehalten wird. Deshalb sollte der Kreditnehmer zur Beurteilung von Kreditangeboten stets den *Effektivzins* vergleichen.

Die Laufzeit der *Zinsbindung* wirkt sich auf den Zinssatz aus. Wenn Arzt und Bank eine langfristige Zinsbindung über zehn oder zwölf Jahre vereinbaren, dann liegt der Zinssatz in aller Regel höher als bei einer kurzfristigeren Laufzeit von z.B. 5 Jahren. Aber nach Auslaufen der Zinsbindung könnte das Zinsniveau allgemein viel höher liegen und entsprechend auch die Zinsbelastung für ein Anschlussdarlehen. Es kommt also immer auf die Zinsprognose an. Je langfristiger die Zinsbindung wirkt, desto mehr orientieren sich die Banken an den in langfristiger Entwicklung beobachteten Zinssätzen.

Das Tilgungsaussetzungsdarlehen in Verbindung mit einer Kapitallebensversicherung sind die dritte Möglichkeit. Beim Kauf einer Praxis oder bei Niederlassung hat sich dieses Modell als vor allem steuerlich interessante Finanzierungsform bewährt. Das Darlehen wird während seiner (aus steuerlichen Gründen) meist mindestens 12-jährigen Laufzeit nicht getilgt. Der Kreditnehmer zahlt anstelle einer Tilgungsrate monatlich eine Lebensversicherungsprämie. Erst zum Ablauf des Vertrages erfolgt die Tilgung des Darlehens mit einer einmaligen Zahlung aus der bis dahin abgelaufenen Lebensversicherung.

Bei richtiger Anwendung kann die Finanzierung über eine Kapitallebensversicherung für den Zahnarzt nach Steuern günstiger sein als das Hausbankdarlehen. Einerseits können die bei der Versicherungsgesellschaft angesammelten Erträge aus einer Kapitallebensversicherung zurzeit noch weitgehend steuerfrei vereinnahmt werden. (Achtung: Hier gibt es Fallstricke! Deshalb unbedingt den Steuerberater fragen.) Andererseits können Versicherungsgesellschaften durch günstige Refinanzierungskonditionen bei dieser Finanzierungsform für niedrige Darlehenszinsen sorgen. Der Nachteil des Modells liegt darin, dass sich Steuerersparnisse nur realisieren lassen, wenn die Praxis hohe Gewinne erzielt. Nur dann kommt es durch den steuerlichen Ansatz der Zinsaufwendungen zu einer Steuerentlastung. Sollte die Praxis in Schwierigkeiten geraten und die Banken die Lebensversicherungen verwerten, dann fallen meist nur geringe Rückkaufswerte an und die Steuervorteile für die Lebensversicherung fallen weg. Der Kreditnehmer stellt sich dann wesentlich schlechter, als er mit einem Annuitätendarlehen gefahren wäre. Außerdem muss natürlich die Lebensversicherungsgesellschaft auch entsprechende Erträge erwirtschaften und dem Konto des Versicherungsnehmers gutschreiben, was nur zum Teil vertraglich garantiert ist.

Leasing

Leasing leitet sich vom englischen Wort „to lease“ (mieten) ab. Die Idee: Warum sollte man etwas kaufen, das man nur über einen bestimmten Zeitraum nutzen will? Beim Leasing wird nur der Wertverlust bezahlt, der auf die Nutzungsdauer entfällt, und nicht die gesamten Anschaffungskosten wie beim Barkauf oder einer Finanzierung mit Kredit. Die Zinsen für die Kapitalüberlassung und eine Dienstleistungsgebühr fallen natürlich auch beim Leasing an.

Leasing stellt in wirtschaftlich schwierigen Zeiten schon deshalb eine echte Alternative zur Finanzierung durch Bankdarlehen dar, weil Leasinggesellschaften grundsätzlich keine weiteren Sicherheiten fordern. Beim Leasing bleibt die Leasinggesellschaft Eigentümer der zu finanzierenden Investitionsgüter und überlässt diese dem Arzt oder Zahnarzt zur Nutzung gegen Zahlung monatlicher Leasingraten. Zum Ende des Leasingzeitraumes geht das geleaste Objekt meist gegen Zahlung des vorher vereinbarten Restwertes auf den Leasingnehmer über. Es kann aber auch eine andere Verwendung des Leasinggutes vorgesehen werden. U.a. ist auch die Verlängerung der Mietzeit vorstellbar.

Leasing wird nach der Art des finanzierten Gegenstandes eingeteilt in Investitionsgüterleasing, Immobilienleasing und Konsumgüterleasing. Aus rechtlicher Sicht ist diese Unterscheidung unbedeutend. Je nach Verhältnis zwischen Leasingnehmer und Hersteller spricht man von *direktem Leasing* (direkt vom Lieferanten) oder *indirektem Leasing* (über eine *Leasinggesellschaft*, die das Leasingobjekt selbst erst beim Hersteller erwirbt). Je nach wirtschaftlicher Zuordnung des Leasingobjektes zum Leasinggeber oder Leasingnehmer (wirtschaftliches Eigentum) wird zwischen dem *Mietleasing* (Operating-Leasing; hier wird das Leasinggut beim Leasinggeber bilanziell „aktiviert“ und abgeschrieben) und dem *Finanzierungsleasing* (Finance-Leasing) unterschieden, bei dem der Leasingnehmer das geleaste Wirtschaftsgut selbst als Vermögen in seine Bilanz aufnimmt und die Verpflichtungen gegenüber dem Leasinggeber als Verbindlichkeit verbucht, die durch die Leasingraten sukzessive getilgt wird.

Die vor allem im Rahmen der Bilanzierung wichtigen wesentlichen Unterscheidungsmerkmale von Operating-Leasing und Finance-Leasing sind:

Operating-Leasing

- kurzfristiges Kündigungsrecht
- laufzeitunabhängige Miete (Amortisation nur bei mehrmaliger Vermietung)
- Investitionsrisiko liegt beim Leasinggeber

- keine Sonderrechte des Leasingnehmers bei Vertragsabschluss
- Bilanzierung bei Leasinggeber
- Abschreibung bei Leasinggeber
- Leasingrate ist beim Leasingnehmer steuerlich absetzbar

Finance-Leasing

- während der Grundmietzeit unkündbar
- Investition amortisiert sich (meistens) während der Grundmietzeit
- Grundmietzeit ist kürzer als die betriebsgewöhnliche Nutzungsdauer
- Leasingnehmer trägt das Investitionsrisiko
- übliche Sonderrecht des Leasingnehmers (Kaufoption, Verlängerungsoption)
- Bilanzierung bei Leasinggeber, wenn die Grundmietzeit über 40 % – 90 % der betriebsgewöhnlichen Nutzungsdauer geht
- Bilanzierung beim Leasingnehmer, wenn die Grundmietzeit unter 40 % und über 90 % liegt

Gründe für Leasingfinanzierungen einer Arzt- oder Zahnarztpraxis können sein:

- beleihbares Vermögen des Leasingnehmers wird geschont (Leasingobjekt genügt als Sicherheit)
- Kreditrahmen bei der Bank wird geschont
- keine negative Veränderung der Bilanzstruktur (Leasingobjekt und Leasingverpflichtungen erscheinen nicht in der Bilanz)
- Liquidität bleibt erhalten, Schonung der Eigen- und Fremdmittel (Liquidität kann z.B. für Skontoabzug oder zur Reduzierung des Kontokorrents genutzt werden)
- Leasingraten sind sofort steuerlich voll absetzbar, ggf. frühere Absetzung durch kürzere Laufzeiten
- flexible Vertragsgestaltung
- konstante Leasingraten sind gut kalkulierbar (kein Zinsänderungsrisiko)
- keine Rücklagen für Ersatzbeschaffung erforderlich

- Schutz vor Überalterung der Geräte (Rückgabe nach Ablauf der Leasingzeit), höhere Qualität, weniger Reparaturen
- Motivation zu ständiger Neuinvestition (Wegfall des Eigentumsdenken)

Zu bedenken ist aber vor allem bei Praxisneugründungen: die Umsatzentwicklung ist in der Startphase ungewiss, die Leasingrate aber fällig und Leasingraten müssen unabhängig von der Ertragslage (Innenfinanzierungskraft) bezahlt werden.

Außerdem: Leasing ist – gemessen am Effektivzins - eine vergleichsweise „teure“ Finanzierung. Auch die Leasingfirma muss sich das Geld nämlich selbst auf dem Kapitalmarkt gegen übliche Zinsen leihen. Und schließlich: der steuerliche Effekt (Sofortabzug des Liquiditätsabflusses bei der Ertragsteuer) kann auch beim Bankkredit erreicht werden durch eine Synchronisation der Tilgungspläne mit den Abschreibungsplänen.

Factoring

Unter Factoring versteht man den vertraglich festgelegten Ankauf von Forderungen aus Lieferungen und Leistungen durch ein spezialisiertes Finanzierungsinstitut (Factor) mit oder ohne Übernahme des Ausfallrisikos. Beim *echten Factoring* übernimmt der Factor alle Funktionen, beim unechten Factoring trägt das abtretende Unternehmen selbst das Kreditausfallrisiko.

Je nach der Offenlegung der Forderungsabtretung an den Factor spricht man von *offenem (notifiziertem) Factoring*, wenn dem Kunden mitgeteilt wird, dass die Forderung(en) einem Factor abgetreten wurden, oder *stillem Factoring*, wenn der Kunde zunächst an seinen Lieferanten bezahlt, der das Geld dann seinerseits an den Factor weitergibt.

Der Factor übernimmt für seine Kunden vor allem Finanzierungsfunktionen (er kauft die Forderungen seiner Klienten auf und bevorschusst diese). Hinzukommen die sog. *Delkrederefunktion* (der Factor übernimmt das Risiko des Forderungsausfalls) und verschiedene *Servicefunktionen* (Übernahme der Debitorenbuchhaltung, des Mahnwesens und Inkassos durch den Factor).

Die Kosten des Factoring richten sich nach den übernommenen Funktionen. Sie setzen sich zusammen aus der Dienstleistungsgebühr (ca. 0,5 - 2,5 % vom Umsatz), dem Delkrederesatz (ca. 0,2 - 0,4 %) und den Kreditzinsen (orientiert am jeweils banküblichen Kontokorrentkreditsatz).

Vor- und Nachteile des Factoring:

Vorteile

- Liquiditätsgewinn (Möglichkeit zum Skontoabzug oder zur Reduzierung des Kontokorrents)
- Kostenersparnisse in der eigenen Debitorenbuchhaltung
- Einsparungen im Mahnwesen, keine eigene Rechtsverfolgung säumiger Zahler
- keine Kreditprüfung bei den eigenen Kunden
- Verlagerung oder Versicherung des Forderungsausfallrisikos

Nachteile

- relativ hohe Zinssätze
- Verwaltungskosten, Risikoprämie
- Verlust des Kundenbezuges
- leichtsinnige Einräumung von Kredit an Kunden (Tendenz zum Umsatz mit „faulen Kunden“)
- Verärgerung der Kunden, wenn der Factor seine Forderungen eintreibt

In der Arzt- und Zahnarztpraxis ist das Factoring schon deshalb naheliegend, weil es dort meist an der notwendigen Voraussetzung für ein professionelles Debitorenmanagement fehlt. Der Doktor kennt sich oft selbst nicht richtig aus. Das Praxispersonal ist kaufmännisch nicht ausreichend ausgebildet. Die Praxisorganisation lässt zu wünschen übrig. Das Team ist klein (Was ist, wenn die Abrechnungshelferin plötzlich ausfällt?).

Hinzukommt, dass Factoringangebote meist mit Fakturierungsdienstleistungen verbunden werden (Erstellung und Versand der Rechnungen), womit erhebliche Einsparungen verbunden sein können. Diese Verwaltungsaufgaben können große Dienstleister meist sehr viel rationeller abwickeln als die einzelne Praxis (Einsatz von Computern, leistungsfähigen Druckern, Kuvertier- und Frankiermaschinen, Großeinkauf von Papier und Versandumschlägen usw.).

Erfahrene, auf die freien Heilberufe spezialisierte Factoringgesellschaften werden im Umgang mit den Patienten das notwendige Fingerspitzengefühl entwickeln. Außerdem können sie mit ihrem speziellen Fachwissen nützliche Beratungsleistungen bei der Durchsetzung von Forderungen einbringen.

Finanzierung als Gestaltungsproblem

Ermittlung des Finanzierungsbedarfs

Wer als Arzt oder Zahnarzt Finanzierungsmittel beschaffen will, muss persönliche Qualifikationen und ein wirtschaftliches Konzept (Businessplan) vorweisen. Die Inanspruchnahme erfahrener Unternehmensberater bei der Aufstellung einer solchen Planung verbessert die Chancen, das gewünschte Fremdkapital zu erhalten.

Öffentlich geförderte Finanzierungen

Schon vor der Praxisgründung können staatliche Hilfen beansprucht werden (Zuschuss zu den Beratungskosten). Solche Beratungen dienen der Prüfung, ob die geplante Gründung eine tragfähige wirtschaftliche Existenz erwarten lässt. An Finanzierungsmöglichkeiten selbst gibt es neben den Kredithilfen des Bundes (beispielsweise Eigenkapitalhilfe bis max. 500.000 Euro bzw. 25 % der Investitionen) in einigen Bundesländern für Existenzgründer auch spezielle Landesprogramme.

Optimierung der Finanzierungsstruktur

Im Rahmen der laufenden Praxisführung gilt es auch immer wieder neu die Finanzierung zu optimieren. Jeder Kredit verursacht Zinskosten und zwar mehr, als man in der Regel selbst mit der Anlage von Kapital erwirtschaften kann.

"Zins ist nicht gleich Zins". Dieser alte Bankspruch gilt nach wie vor. Wer Darlehensangebote einholt, möchte wissen, welche Kosten insgesamt entstehen. Denn es ist nicht nur der Nominalzins zu zahlen. Selbst der sog. Effektivzins umfasst nicht alle Kosten, die mit einem Darlehen verbunden sind. Kreditkosten haben viele Namen und Bestimmungsparameter: *Nominalzinssatz, Verwaltungskosten, Auszahlungskurs, Bereitstellungszins, Disagio, Bearbeitungsgebühr, Vorfälligkeitszinsen, Kreditverwaltungsgebühr, Kreditprovision, Verzugszinsen, Sicherheitengebühr, Kontoführungsgebühr*. Deshalb ist eine halbwegs realistische vergleichende Beurteilung von Zinskonditionen nur möglich, wenn man eine Effektivzinsberechnung vornehmen lässt. Der wichtigste Aspekt dabei ist das *Disagio* (auch Abgeld oder Damnum genannt), denn meist ist der geschuldete Rückzahlungsbetrag höher als der von der Bank ausgezahlte Betrag. Im Rahmen der Effektivzinsberechnung wird dieser Betrag durch planmäßige Abschreibungen auf die gesamte Laufzeit des Kredits verteilt.

Der Kontokorrentkredit (im schlimmsten Fall noch durch *Überziehungsprovision* belastet) gehört zu den teuersten Finanzierungsinstrumenten, die zur Verfügung stehen, und kommt daher für die längerfristige Fremdfinanzierung von Investitionen nicht infrage. Dazu sollte eher ein mittel- bis langfristiges Darlehen dienen, wobei die Darlehenslauf-

zeit der betriebsgewöhnlichen Nutzungsdauer der Investition anzupassen ist. Andererseits macht es keinen Sinn, ein festes Bankdarlehen mit Zinsen bedienen zu müssen, obwohl die Liquidität gar nicht benötigt wird. Der Habenzins für die Anlage freier Mittel liegt immer unter dem Sollzins der Banken für Geld mit gleicher Fristigkeit. Denn von der Zinsdifferenz (neben Gebühren und Provisionen) leben die Banken schließlich. Eine ausgewogene Finanzierungsstruktur erfordert stets eine sorgfältige Finanzplanung. Kontokorrentspielraum ist dabei lediglich für die liquiditätsmäßige Abdeckung von vorübergehenden Bedarfsspitzen vorzusehen.

Teurer noch als Betriebsmittelkredit ist es, vom Lieferanten eingeräumten Skontoabzug aus Liquiditätsgründen nicht in Anspruch nehmen zu können: werden beispielsweise für eine um 14 Tage vorgezogene Begleichung einer Rechnung 3 % Barzahlungsrabatt eingeräumt, dann bedeutet dies bezogen auf 52 Wochen im Kalenderjahr der Verzicht auf einen Jahreszins von 78 %.

Hauptforderung einer jeden Finanzierung ist die Erhaltung des finanziellen Gleichgewichtes. Zur Erhaltung der Liquidität muss gewährleistet sein, dass zu jedem Zeitpunkt fällige Zahlungen erfüllt werden können.

Zu warnen ist vor einer Überschätzung der steuerlichen Möglichkeiten der Finanzierung mit Lebensversicherungs-basierte Tilgungsaussetzungsdarlehen.

Die Empfehlungen einiger Experten an Ärzte und Zahnärzte zur Eingehung oder Fortführung hoher Verschuldungen klingen meist verführerisch:

- *Tilgen Sie betriebliche Kredite nicht während der Laufzeit.*
- *Tilgen Sie stattdessen mit einer Kapital-Lebensversicherung.*
- *Lassen Sie den Kredit bei Leistung der Lebensversicherung weiterhin ungetilgt.*
- *Zahlen Sie stattdessen die Summe in einen Aktienfond mit Rentenplan.*
- *Freuen Sie sich, dass Sie das Darlehen liquiditätsmäßig nicht spüren.*
- *Genießen Sie weiter, dass Sie ein zusätzliches Standbein für Ihre Altersversorgung gewonnen haben.*

Bedeutet das nicht, man soll liquide bleiben durch Verzicht auf Tilgung? Schulden machen statt sparen? Klingt gut: Fremdes Geld leihen, die Zinsen dafür steuerlich absetzen und die Rendite aus dem Einsatz des fremden Geldes steuerfrei vereinnahmen. Na, da möchte man doch gleich ein paar Millionen Euro fremdes Geld investieren, sich zur Ruhe setzen und von der Zinsdifferenz leben, oder? Aber die Sache hat einen Ha-

ken, wie man sich denken kann. Das Geheimnis der meist recht unkritisch empfohlenen „wundersamen Liquiditätsvermehrung“ ist nämlich schnell gelüftet: der steuerlich berücksichtigungsfähige Kreditzins kostet in den Modellrechnungen bei einer unterstellten Steuerentlastung um 50 % netto nur die Hälfte. Und bei solchen Annahmen macht es nichts, wenn die Lebensversicherungsgesellschaften statt 7 % nur noch 5 % erwirtschaften.

Wer aber mit Inkaufnahme von Zinsen Betriebsausgaben 50 % Steuern sparen will, der muss erst einmal entsprechend viel verdienen. Spätestens, wenn nämlich die geltend gemachten Zinsaufwendungen das Einkommen auf null gedrückt haben, dann werden auch keine Steuern mehr geschuldet und es können deshalb auch mit Zinsaufwendungen keine Steuern mehr gespart werden. Dann heißt es nämlich in dem Lebensversicherungsmodell: vor und nach Steuern sind 6 oder mehr % Zinsen zu zahlen und können in der Lebensversicherung (steuerfrei) nur 5 % Rendite oder weniger erwirtschaftet werden. Wehe dem, der dann aufgrund von Einkommenseinbußen seine Liquiditätslasten nicht mehr tragen kann und deshalb Tilgungs-Lebensversicherungen vorzeitig kündigen muss, wie es immer wieder vorkommt. Dann geht sehr viel Vermögen den Bach runter.

Viele Ärzte und Zahnärzte finden Modellrechnungen der o.g. Art sehr faszinierend. Zur Freude der Vermittler von Lebensversicherungen sind sie oft schnell bereit, sich selbst Liquiditätslasten in Form der auf viele Jahre zu leistenden Versicherungsprämien aufzuerlegen. Mindestens zwölf Jahre Laufzeit sind erforderlich, damit das steuerliche Konzept überhaupt funktioniert. Die jährlichen Beiträge sind in der Regel nach fünf oder sieben Jahren aus dem versteuerten Einkommen zu zahlen, nachdem die Abschreibungen der finanzierten Wirtschaftsgüter vor Ablauf der Vertragslaufzeit verbraucht sind. Die Vermittler machen in jedem Falle gute Geschäfte mit diesem Konzept, denn die von den Versicherungsgesellschaften ausgelobten Vermittlungsprämien sind sehr hoch. Und auch die Banken beziehen immer größere Anteile ihres Betriebsergebnisses aus solchen Provisionen. Diese Vertriebskosten zahlt in jedem Falle der Versicherungsnehmer selbst, denn sie belasten nämlich erst einmal sein eigenes Kapitalkonto bei der Lebensversicherungsgesellschaft.

Die praktische Erfahrung des Verfassers aus Hunderten von Beratungen bei Ärzten und Zahnärzten lehrt demgegenüber: Wer seine Praxisschulden früh getilgt hat, kommt selten in Liquiditätsprobleme. Mandanten in der Liquiditätskrise sind demgegenüber oftmals hoch gerüstet mit Kapitallebensversicherungen, die jeden freien Euro des verfügbaren Einkommens binden. Und auch in den steuerlichen Fallstricken der Tilgungsaussetzung (unzulässige Abtretungen zur Kreditsicherung) hat sich schon mancher verfangen. Für überzogene Erwartungen an die Finanzierung durch Tilgungsaussetzung

gibt es daher heute wirklich keinen Grund mehr, zumal, wenn man sich die miserablen Renditen vergegenwärtigt, die derzeit auf den Kapitalmärkten erwirtschaftet werden.

Finanzierungsformalitäten

Neben den Zinskosten und den steuerlichen Aspekten sind letztlich auch die geforderten Sicherheiten ein wichtiges Entscheidungskriterium für die Gestaltung der Unternehmensfinanzierung. Denn wer einmal Sicherheiten weggegeben hat, der kann sie im Bedarfsfall nicht mehr zur neuen Kreditschöpfung bei anderen Banken einsetzen. Das Problem der Finanzierung von Arzt- und Zahnarztpraxen aus der Sicht von Banken ist, dass - anders als etwa bei der Baufinanzierung, wo die Bank Grundschulden erhalten kann - bei der Praxisfinanzierung im Insolvenzfall kaum verwertbare Sachwerte ("dingliche Sicherheiten") zur Verfügung stehen. Üblicherweise geforderte Sicherheiten sind neben Grundschulden (bei Immobilieneigentum): Sicherungsübereignung der Praxiseinrichtung, Abtretung der Ansprüche gegen die KV bzw. KZV aus der Honorarverteilung, Abtretung der Forderungen gegen Patienten aus den Privatliquidationen, Bürgschaften (Lastenausgleichsbank, Lieferanten, Ehegatte). Meist wird zusätzlich eine Risikoabsicherung verlangt für den Todesfall wie für den Fall der Berufsunfähigkeit.

Wenn man sich für eine bestimmte Finanzierung entschieden hat, beginnt die Umsetzungsarbeit in Form der verwaltungstechnischen Abwicklung. Mit einem unverbindlichen Konditionenangebot der Bank hat man noch lange nicht die Finanzierung geregelt. Dies erfordert nämlich erst noch die konkrete Darlehensprüfung und Erteilung der Darlehenszusage durch die Bank. Im Regelfall wird schon im Rahmen der Angebotserstellung die Bonität des Kunden geprüft. Aber erst, wenn die Kreditprüfung, z.B. anhand von Einkommensunterlagen und Vermögensaufstellungen, aber auch anhand von Darstellungen des zu finanzierenden Projektes (bei der Praxisgründung ein Businessplan), mit einer Darlehenszusage und der wechselseitigen Unterzeichnung der Darlehens- und Sicherungsverträge abgeschlossen ist, dann erfolgt die Bereitstellung des Darlehens. Erst, wenn das verbindliche Darlehensangebot mit allen Details auf dem Tisch liegt (Betrag, Auszahlungsquote, Nominalzins, Gebühren, Sicherheiten etc.) kommt durch die Annahme des Kunden (in der Regel durch Gegenzeichnung des schriftlichen Angebotes) der Darlehensvertrag zustande. Die Bereitstellung erfolgt dann durch Überweisung auf das laufende Konto, ggf. aber auch - je nach Zahlungsanweisung durch den Kreditnehmer - direkt an den Lieferanten des Finanzierungsgutes, an den nicht selten die Auszahlungsvaluten schon zuvor abgetreten wurden, damit vorab die Lieferung erfolgen konnte. Diese ganze Prozedur kann mehrere Wochen in Anspruch nehmen.

Wirtschaftliches Ergebnis und Steuern

Buchhaltung und Gewinnermittlung

Warum und wie Finanzbuchhaltung?

Für den niedergelassenen Arzt oder Zahnarzt ist die Finanzbuchhaltung eigentlich schon zu einer Selbstverständlichkeit geworden. Streng genommen besteht aber für Freiberufler weder handels- noch steuerrechtlich eine ausdrückliche Verpflichtung zur kaufmännischen Buchführung. Zuletzt hat das Finanzgericht Baden-Württemberg (Urteil vom 12. Februar 2001) sogar für den Fall eines Laborarztes, dessen Einkünfte als gewerblich umqualifiziert wurden, entschieden, dass er auch dadurch nicht gezwungen sei, seine Gewinne durch Bilanzen zu ermitteln. Der Freiberufler ermittelt seinen Gewinn nach § 4 Abs. 3 EStG vielmehr nach dem Zufluss-Abfluss-Prinzip als Einnahmen-Überschuss: das ist die Differenz zwischen den beruflichen Einnahmen und den durch die Berufstätigkeit jährlich veranlassten Ausgaben.

Die Finanzbuchhaltung dient insbesondere der Gewinnermittlung für die Zwecke der Einkommensbesteuerung. Denn die Einkünfte eines Freiberuflers aus selbstständiger Tätigkeit bilden eine der sieben Einkunftsarten, die unser Steuersystem kennt:

- Einkünfte aus Land-/Forstwirtschaft
- Einkünfte aus Gewerbebetrieb (z.B. Handwerk, Handel, Industrie)
- Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit (Freiberufler)
- Einkünfte aus nichtselbstständiger Tätigkeit (z.B. Löhne, Gehälter, Ruhegelder)
- Einkünfte aus Kapitalerträgen (z.B. Zinserträge, Dividenden)
- Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung (z.B. Miete, Pacht, Erbpachtrecht)
- sonstige Einkünfte im Sinne von § 22 EStG (z.B. aus Unterhaltsleistungen)

Um die zu versteuernden Einkünfte zweifelsfrei selbst zu ermitteln und damit eine ansonsten drohende, für den Steuerpflichtigen stets riskante Steuerschätzung zu vermeiden, ist eine nachvollziehbare Gewinnermittlung erforderlich. Auf die Art der Gewinnermittlungsmethode muss schon die zugrunde liegende Buchhaltung abgestellt sein, denn dort werden die Geschäftsvorfälle im Einzelnen aufgezeichnet. In die Gewinnermittlungen gehen dann die je Konto ermittelten Summen und Salden ein. Eine Gewin-

nermittlung ist daher immer nur so gut oder so schlecht wie die Buchhaltung, auf die sie aufbaut. Natürlich muss auch der „4-3-Rechner“, wie ihn die Steuerberater kurz nennen, Aufzeichnungen führen, aus denen sich nachvollziehbar die in die Steuererklärungen eingehenden Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit herleiten lassen.

Gewinnermittlung durch Überschussrechnung

Freiberufler, also auch Ärzte und Zahnärzte, können ihren steuerlichen Gewinn gemäß § 4 Abs. 3 EStG im Rahmen einer Einnahmen- und Ausgabenrechnung („Überschussrechnung“) ermitteln. Als Gewinn gilt hier die Differenz zwischen Betriebseinnahmen und Betriebsausgaben. Eine positive Differenz ist der Gewinn. Diese Rechnung ist einfach zu verstehen, entsprechend leicht sind die daraus abgeleiteten betriebswirtschaftlichen Auswertungen zu interpretieren. Schwieriger, weil ungewohnter, erscheint es demgegenüber, eine Bilanzrechnung auf ihre wirtschaftliche Aussage hin richtig zu deuten.

Bilanzrechnung

Anders als die an den Zahlungen orientierte Überschussrechnung erfasst eine Bilanz erbrachte Leistungen nicht erst, wenn das Honorar dafür eingeht, sondern schon die erbrachten Leistungen selbst. Dass eine Leistung erbracht wurde, manifestiert sich daran, dass eine Rechnung ausgestellt wurde, mit der die Forderung auf Bezahlung der Leistung geltend gemacht wird. Umgekehrt werden nicht erst die Auszahlungen für erhaltene Lieferungen berücksichtigt, sondern schon die Verpflichtungen aufgrund erhaltener Lieferungen und Leistungen, was wiederum durch eine Eingangsrechnung dokumentiert wird.

In einer Bilanz wird das wirtschaftliche Ergebnis eines Abrechnungszeitraums (in der Regel, aber nicht zwingend, 12 Monate, meist das Kalenderjahr) durch Vermögensvergleich festgestellt. Der Vermögensvergleich erfolgt durch Gegenüberstellung von Vermögen (*Aktiva*) und Schulden (*Passiva*) zu Beginn und zum Ende einer Betrachtungsperiode. Die Veränderung des Eigenkapitals (ermittelt als Bruttovermögen minus Schulden) wird als Gewinn oder besser neutral ausgedrückt, um auch den Verlustfall zu berücksichtigen, als wirtschaftliches Ergebnis interpretiert.

Auf der (linken) Aktivseite einer Bilanz werden alle Sachgüter und Rechte, also das Vermögen der Praxis, mit ihrem Wert zum Stichtag ausgewiesen. Die (rechte) Passivseite weist das für das Unternehmen genutzte Gesamtkapital aus und zeigt, wer die zur Anschaffung der positiven Wirtschaftsgüter erforderlichen finanziellen Mittel zur Verfügung gestellt hat. Soweit dem Vermögen keine Verpflichtungen gegenüber Dritten gegenüberstehen, ist es aus Eigenkapital finanziert.

Die Reihenfolge, in der die Vermögenswerte auf der Aktivseite ausgewiesen sind, richtet sich nach der Liquidierbarkeit („Geldnähe“). Am schwersten wieder zu Geld zu machen sind die ganz oben gezeigten Werte der Anlagegüter (Immobilien oder langfristige Investitionen, z.B. in Bauten). Ganz unten werden die liquiden Mittel (Bankguthaben und Kasse) gezeigt. Auf der Passivseite steht das Eigenkapital, das dem Unternehmen am sichersten zur Verfügung steht, weil es vom Unternehmer selbst kommt, ganz oben. Dann kommen langfristige Schulden und am Schluss stehen kurzfristig fällige Verbindlichkeiten.

Für Kaufleute ist die Gliederung der Bilanz im § 266 HGB vorgegeben. Danach muss die Aktivseite in Anlage- und Umlaufvermögen, die Passivseite in Eigen- und Fremdkapital aufgeteilt werden.

Zum *Anlagevermögen* zählen Gegenstände, die langfristig zum Betrieb gehören. Es gibt drei Arten von Anlagevermögen:

- materielles Anlagevermögen (Grundstücke, Gebäude, Maschinen usw.)
- immaterielles Anlagevermögen (Patente, Konzessionen oder Lizenzen)
- Finanzanlagen (Beteiligungen, Wertpapiere und langfristige Forderungen)

Das *Umlaufvermögen* erfasst Güter, die in kurzer Zeit umgesetzt werden können und sollen. Dazu gehören folgende Gruppen:

- Vorräte (z.B. Waren oder Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe)
- Forderungen (soweit sie nicht unter anderen Positionen auszuweisen sind)
- Wertpapiere, die nur kurzfristig gehalten werden
- Zahlungsmittel, wie der Kassenbestand, Schecks und Guthaben bei Kreditinstituten

Dem Vermögen stehen auf der Passivseite Eigen- und Fremdkapital gegenüber. Das Eigenkapital besteht aus:

- gezeichnetem Kapital (bei Kapitalgesellschaften)
- Kapitalrücklagen
- Gewinnrücklagen
- Gewinn-/Verlustvortrag
- Bilanzgewinn/-verlust

Zum Fremdkapital gehören

- Rückstellungen und
- Verbindlichkeiten,

wobei die Verbindlichkeiten weiter untergliedert werden nach Fristigkeit, Empfänger und Art der Verbindlichkeit.

Für die Arzt- und Zahnarztpraxis ergeben sich die wichtigsten Unterschiede zwischen der Überschussrechnung und der Bilanzrechnung durch folgende Positionen: Unbezahlte Forderungen gegenüber Patienten und der Abrechnungsstellen erhöhen das Praxisergebnis (sie werden „aktiviert“: als schon realisierter Vermögenswert berücksichtigt), ausstehende Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen vermindern das Ergebnis (sie werden „passiviert“: als Verlust von Eigenkapital berücksichtigt). Noch nicht verbrauchte Vorräte sind zu aktivieren, sie erhöhen also das Ergebnis, absehbare zukünftige Ausgaben, die der betrachteten Periode zuzurechnen, aber erst in späteren Abrechnungszeiträumen zu leisten sind (z.B. die Gebührenrechnung des Steuerberaters), werden als Rückstellungen passiviert. Sie vermindern also schon das Ergebnis der betrachteten Abrechnungsperiode.

Zur Bilanzrechnung gehört im Rahmen der doppelten kaufmännischen Buchhaltung auch die Gewinn- und Verlustrechnung (GuV). Hier werden Erträge und Aufwendungen einer Periode gegenübergestellt. Die Erstellung einer GuV als Bestandteil des Jahresabschlusses ist für Kaufleute Pflicht. § 275 HGB bestimmt, welche Positionen sie enthalten muss. Die GuV wird in Staffelform aufgestellt: es werden Erträge und Aufwendungen untereinander gestellt. Dabei wird nach Aufwandsarten gegliedert.

Das Ergebnis der GuV korrespondiert mit dem Bilanzgewinn oder Bilanzverlust im Vermögensvergleich. Dies ergibt sich logisch zwingend aus der Buchungssystematik, weil in der GuV alle Vorgänge erfasst werden, die das Eigenkapital erhöhen (Erträge) oder vermindern (Aufwendungen). Insoweit ist die eine Art Extrakonto für die Bilanzposition „Eigenkapital“. An der GuV gehen nur solche erfolgsneutralen Geschäftsvorfälle vorbei, die nur die Bilanz berühren, die jeweils Vermögen und Schulden gleichermaßen verändern wie eine Tilgungsleistung: hier mindert sich der Bestand des Geldes, aber gleichzeitig auch der Kreditsaldo.

Zur Berücksichtigung von Veränderungen der Bestände auf dem Lager (in der Arztpraxis allenfalls Materialvorräte) in der GuV stehen zwei Verfahren zur Wahl. Beim *Gesamtkostenverfahren* werden die Umsatzerlöse um die Bestandsminderungen verringert

bzw. um Bestandsmehrungen erhöht, die jeweils zu Herstellungskosten bewertet werden. Beim *Umsatzkostenverfahren* werden den Umsatzerlösen nur die Herstellungskosten für die abgesetzten Produkte gegenübergestellt. Bei dem Gesamtkostenverfahren werden also die Erlöse den zugrunde gelegten Aufwendungen (gesamte Kosten) und beim Umsatzkostenverfahren die Aufwendungen (Kosten des Umsatzes) dem Umsatz (verkaufte Leistung) angepasst.

Besondere Gestaltungsfragen

Praxisgründung

Leitbild der Berufsausübung: Die eigene Praxis

Die Zahl der Vertragsärzte steigt trotz Zulassungssperren, wenn auch langsam, weiter an. 1999 haben in Deutschland über 125.000 Ärztinnen und Ärzte an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen. Seit den 70er Jahren hat sich die Zahl etwa verdoppelt. Nur rund 6.000 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte betreiben eine reine Privatpraxis. Die Zahl der niedergelassenen Zahnärzte in den alten Bundesländern hat sich von 27.600 im Jahre 1980 auf rund 45.000 im Jahre 2003 erhöht.

Offenbar hat aber der freie Arztberuf an Attraktivität verloren. Die Ärztekammern verzeichnen seit einigen Jahren rückläufige Erstmeldungen von Ärzten im Praktikum und sprechen bereits von einem sich abzeichnenden Ärztemangel. Auch der Anteil der unter 35-jährigen Ärzte an allen berufstätigen Ärzten sei von 27,4 % im Jahre 1991 auf 17 % im Jahre 2002 gesunken.

Gleichwohl ist die Tätigkeit in eigener Praxis nach wie vor das klassische Leitbild für die Ausübung des Arztberufs. Immer mehr erfolgt dabei die ärztliche Existenzgründung im Wege der Praxisübernahme. Zwei Drittel der Praxen werden mittlerweile nicht mehr neu gegründet, sondern von Kollegen übernommen und fortgeführt. Diese Alternative wird in jedem Falle zu prüfen sein, bevor eine definitive Entscheidung zugunsten einer Neugründung erfolgt. Die Existenzgründung durch Etablierung einer neuen Praxis wirft ganz andere Fragen auf als die Übernahme einer bestehenden Praxis.

Das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) analysiert seit 1984 gemeinsam mit der Deutschen Apotheker- und Ärztebank in Düsseldorf das zahnärztliche Investitionsverhalten bei der Niederlassung. Die Datenbasis bilden die von der Deutschen Apotheker- und Ärztebank durchgeführten Finanzierungen zahnärztlicher Existenzgründungen. Diese werden seit 1984 nach einer einheitlichen Systematik erfasst und ausgewertet. Für das Jahr 2002 wurden aus diesen Untersuchungen die folgenden zentralen Ergebnisse hervorgehoben:

- Die Übernahme einer Einzelpraxis war im Jahr 2002 die häufigste Form der zahnärztlichen Existenzgründung. In den alten Bundesländern entschieden sich

46 % und in den neuen Bundesländern 75 % der Zahnärzte für diesen Weg in die Selbstständigkeit.

- In Westdeutschland wählte fast jeder dritte zahnärztliche Existenzgründer (30 %) die Gemeinschaftspraxis. In der Altersgruppe der bis 30-jährigen Zahnärzte hat sich der Anteil der Gemeinschaftspraxen in den letzten fünf Jahren mehr als verdoppelt.

Interessant ist die Analyse der Alterstruktur zahnärztlicher Existenzgründer. Den IDZ-Untersuchungen auf der Grundlage der Daten der Apotheker- und Ärztebank zufolge liegt der Anteil der Hauptgruppe, der 31- bis 40-jährigen Zahnärzte, zwischen 60 % und 70 %. Aufgrund relativ später Existenzgründung verbleibt für die Realisierung des Lebensinkommens eine vergleichsweise verkürzte Frist.

Niederlassungsvoraussetzungen

Neben der Approbation ist angesichts des hohen Anteils gesetzlich versicherter Patienten die Zulassung zur vertragszahnärztlichen Tätigkeit die wichtigste materielle Voraussetzung für die zahnärztliche Existenzgründung. Erst die K(Z)V-Zulassung eröffnet die Teilnahme an der Versorgung von Patienten, die in der Gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind.

Nach der erforderlichen Vorbereitungszeit kann die Eintragung in das Arztregister bzw. Zahnarztregister beantragt werden. Der Antrag ist an die für den Wohnort zuständige Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung zu richten. Über die mit dem Antrag vorzulegenden Nachweise (Geburtsurkunde, Approbationsurkunde, Tätigkeitsbescheinigungen) informieren die Merkblätter und Broschüren, die bei der K(Z)V angefordert werden können. Es empfiehlt sich auch ein Blick in die umfangreichen Informationsangebote der Körperschaften im Internet.

Der Antrag auf Zulassung zur vertrags(zahn)ärztlichen Tätigkeit richtet sich an den Zulassungsausschuss bei zuständigen der K(Z)V. Da die Ausschüsse nur zu bestimmten Terminen zusammentreten, sollte ein solcher Antrag frühzeitig vor der geplanten Praxiseröffnung gestellt werden. Die dem Zulassungsausschuss vorzulegenden Unterlagen sind in der Regel mindestens einen Monat vor der jeweiligen Sitzung einzureichen. Da mit der Zulassung über einen freien Kassen(zahn)arztsitz disponiert wird, der im Bedarfsplan dann als zugeteilt gilt, wird der Zulassungsausschuss als Nachweis der realen Möglichkeit, die Tätigkeit auch tatsächlich auszuüben, einen Mietvertrag, den Sozietätsvertrag oder den Praxisübernahmevertrag einsehen wollen. Anhand dieser Unterlagen wird auch geprüft, ob eine eigenverantwortliche selbstständige Berufsausübung möglicherweise durch vertragliche Klauseln oder wirtschaftliche Zwänge unzulässig beeinträchtigt ist.

Eine Zulassung kann für den gewünschten Praxissitz nur erfolgen, wenn dadurch der bedarfsgerechte Versorgungsgrad nicht um mehr als 10 % überschritten wird. Eine solche Überversorgung wird ggf. von den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen festgestellt, wenn die Relation zwischen zugelassenen Ärzten und der zu versorgenden Bevölkerung einen vorgegebenen Grenzwert unterschreitet.

Unabhängig von der Zulassung sind das zuständige Gesundheitsamt, die zuständige Berufskammer sowie das Betriebsstätten-Finanzamt über die Aufnahme der selbstständigen Tätigkeit zu informieren. Die Beschäftigten müssen außerdem innerhalb von acht Tagen nach Praxiseröffnung bei der Berufsgenossenschaft angemeldet werden.

Neugründung oder Praxisübernahme?

In einer vom IDZ in Kooperation mit der Universität Augsburg durchgeführten Befragung (AVE-Z-1) im Zeitraum von Oktober 2002 bis Februar 2003 wurden zahnärztliche Existenzgründungen im Zeitraum von 1998 bis 2001 untersucht. Diese Untersuchung bestätigt offenbar den betriebswirtschaftlichen Vorteil der Praxisübernahme gegenüber der Neugründung.

Praxisneugründungen erforderten im Jahr 2001 ein durchschnittliches Finanzierungsvolumen von 275.000 Euro. Der Vergleichswert für Praxisübernahmen wurde demgegenüber mit 226.000 Euro angegeben. Den jährlichen Erhebungen der Apotheker- und Ärztebank zufolge erreichte das Investitionsvolumen für die Neugründung einer westdeutschen Einzelpraxis im Jahr 2002 mit einem Wert von 327.000 Euro einen neuen Höchstwert. Der Betrag für die Übernahme einer Einzelpraxis lag um 67.000 Euro niedriger. Dabei habe sich in den vergangenen sechs Jahren der ideelle Wert ("Goodwill") bei einer westdeutschen Praxisübernahme als recht stabil erwiesen; im Jahr 2002 betrug er 82.000 Euro. Für den Substanzwert zzgl. Neuanschaffungen wurden im gleichen Jahr rund 110.000 Euro gezahlt.

Zahnärztliche Existenzgründer erzielten der AVE-Z-1-Studie zufolge Gesamteinnahmen in Höhe von durchschnittlich 296.000 Euro. Im Hinblick auf die gewählte Praxisform habe sich die in der Literatur mehrheitlich vertretene Auffassung bestätigte, dass Praxisübernahmen schneller stabile Umsätze erbringen als Praxisneugründungen.

Die zahnärztlichen Existenzgründer erwirtschafteten im Jahr 2001 einen durchschnittlichen Einnahmenüberschuss in Höhe von 60.000 Euro. Die Hälfte der neu gegründeten Einzelpraxen ohne Arbeitsschwerpunkte arbeitete in der Anfangsphase defizitär.

Auch den Untersuchungen der Deutschen Apotheker- und Ärztebank zufolge sind Praxisübernahmen günstiger als eine Praxisneugründung. Bei Neugründungen können in der Anlaufphase erhebliche Anlaufverluste entstehen, denn obwohl der Patientenstamm erst allmählich aufgebaut werden kann, müssen die fixen Betriebskosten von Anfang an getragen werden. Durch die Übernahme einer vorhandenen Klientel lässt sich diese Phase meist überspringen.

		Neugründung	Übernahme
	Substanzwert	-	64
+	Goodwill	-	82
+	Neuanschaffungen	209	46
+	Bau- und Umbaukosten	43	13
=	Praxisinvestitionen	252	205
+	Betriebsmittelkredit	75	55
=	Finanzierungsvolumen	327	260

IDZ: Neugründung und Übernahme einer Einzelpraxis (ABL) 2002

Allein oder in Kooperation mit anderen?

Eine weitere strategische Frage ist, ob man allein in einer Einzelpraxis arbeiten möchte und sollte oder ob die Kooperation mit Kollegen in einer Gemeinschaftspraxis anzustreben ist. Der steigende Anteil von Ärzten und Zahnärzten, die in Kooperationsformen tätig sind, spricht eine deutliche Sprache. Die Vorteile und Risiken der Praxiskooperation werden weiter unten noch ausführlicher behandelt.

Praxiskooperationen

Kooperationsformen

Die wichtigsten Kooperationsformen sind die Praxisgemeinschaft und die Gemeinschaftspraxis. Die Praxisgemeinschaft erstreckt sich auf die gemeinsame Nutzung von Praxisräumen, Einrichtungen und/oder Geräten. Die jeweilige Berufsausübung erfolgt aber weiterhin unabhängig voneinander. Eine vertragliche Beziehung des Patienten besteht hier jeweils mit dem einzelnen Arzt, der auch in eigenem Namen und auf eigene Rechnung liquidiert. In einer Gemeinschaftspraxis üben demgegenüber mehrere Ärzte ihre ärztliche Tätigkeit selbst gemeinsam aus. Sie behandeln eine gemeinsame Klientel auf gemeinsame Rechnung und unter gemeinsamem Namen. Der Behandlungsvertrag kommt zwischen dem Patienten und sämtlichen Ärzten der Gemeinschaftspraxis zustande. Wirtschaftlich ist die Praxisgemeinschaft in erster Linie eine Kosten(tragungs)gemeinschaft, während die Gemeinschaftspraxis in erster Linie als Gewinn(erzielungs)gemeinschaft anzusehen ist.

Praxiskooperationen können durchaus auch in anderen Rechtsformen stattfinden. Das in diesem Punkte bislang in Selbstbeschränkung der Standesorganisationen kodifizierte sehr restriktive ärztliche Berufsrecht befindet sich in einem umfassenden Reformprozess. Letztlich ist wohl davon auszugehen, dass über kurz oder lang die gesamte Palette der Gesellschaftsformen bis hin zur Kapitalgesellschaft (GmbH und Aktiengesellschaft) auch für ärztliche Kooperationen genutzt werden kann, so wie es in anderen wirklich freien Berufen (Wirtschaftsprüfer, Steuerberater, Ingenieure, Rechtsanwälte) längst selbstverständlich geworden ist.

Motive und Argumente für Praxiskooperationen

Wie schon dem Grunde nach dargestellt, bevorzugen immer mehr Ärzte und Zahnärzte anstelle des Einzelkämpferdaseins die freie Berufsausübung in Kooperation mit anderen Kollegen. Die Betriebs- und Vertragsformen dazu sind zahlreich und haben durch die Rechtsänderungen im Rahmen des GMG (GKV-Modernisierungsgesetz) eine neue Bandbreite erhalten: künftig sollen auch fachübergreifend tätige Medizinische Versorgungszentren in der Rechtsform der Kapitalgesellschaft zulässig sein.

Die Motive sind in erster Linie wirtschaftlicher Natur, aber es gibt durchaus auch wichtige fachliche und persönliche Motive, die für die gemeinsame Berufsausübung sprechen. Das wirtschaftliche Hauptargument ist naheliegend: die bessere Auslastung gemeinsamer Ressourcen wird umso wichtiger, je mehr die ärztliche Tätigkeit auf räumliche, personelle und technische Voraussetzungen abstellt. Mit zunehmender

Technisierung der Medizin steigen auch die notwendigen Investitionen in bauliche Maßnahmen und apparative Ausstattungen der Praxen. Aber auch die Anforderungen an die Qualifikation der Mitarbeiter steigen, was wiederum steigende Lohn- und Gehaltskosten bedeutet.

Ganz generell lässt sich in der Wirtschaft beobachten, dass mit steigender Betriebsgröße viele Kosten bezogen auf die Ausbringung sinken. Solche auslastungsbedingten Rationalisierungseffekte können auch in Praxiskooperationen realisiert werden: die gemeinsame Nutzung von Räumen (Rezeption, Wartezimmer usw.), Ausstattungen (Diagnostik, Praxis-EDV usw.) und Personal in größeren Gruppenpraxen kann die klassischen kostenwirtschaftlichen Betriebsgrößenvorteile bewirken.

So zeigt etwa die Kostenstrukturanalyse der KZBV für das Jahr 2000 mit steigender Umsatzgrößenklasse einen sinkenden Anteil der Kosten für Räume, Zinsen und Abschreibungen. Machen beispielsweise die Raumkosten bei Praxen der untersten Größenklasse noch 11,8 % des Umsatzes aus, sind es bei den größten Praxen gerade noch 5,4 % vom Umsatz, also weniger als die Hälfte.

Diese Vorteile können den beteiligten Partnern auf unterschiedliche Weise zugute kommen. Entweder bleibt ihnen bei gleicher Arbeit ein höheres Einkommen oder aber sie können ihr Einkommen mit geringerem Arbeits- und Zeiteinsatz realisieren als in der Einzelpraxis. Außerdem dürfte die Verschuldung aus der Praxisfinanzierung je Praxisinhaber deutlich geringer ausfallen als in der Einzelpraxis.

Als ein wesentlicher Vorteil von Praxiskooperationen wird von vielen Ärzten die Entlastung von administrativen Aufgaben empfunden. Auch dies ist letztlich wieder ein ökonomischer Vorteil, denn Ärzte können in der eingesparten Zeit abrechenbare medizinische Leistungen erbringen, während die Verwaltungsarbeit an Spezialisten delegiert wird, die letztlich auch effizienter arbeiten. Solche Lösungen kommen aber nur in Betriebsgrößen in Betracht, die genügend Arbeit für entsprechende Fachleute haben. Unabhängig davon, dass kleine Praxen sich keine hochkarätigen Verwaltungsfachleute leisten können, werden solche auch in der Einzelpraxis kaum ein angemessenes Berufsfeld erwarten und finden können.

Vorteile hat die Gruppenpraxis natürlich auch bei der Arbeitszeitgestaltung. Schichtdienst, Teilzeitarbeit, Sonderurlaub, fortbildungsbedingte Abwesenheiten lassen sich in Gruppenpraxen viel leichter ohne Nachteile für den Praxisablauf realisieren als in der Einzelpraxis. Die Vertretung im Falle von Urlaub oder Krankheit ist wesentlich einfacher zu regeln.

Zu den wichtigsten emotionalen Motiven für die Praxiskooperation gehört aber die Befreiung aus der Isolation der Einzelpraxis. Die Möglichkeit zur wechselseitigen Konsultation bedeutet für viele Ärzte eine wertvolle Absicherung ihrer verantwortungsvollen Tätigkeit insbesondere bei Komplikationen und Entscheidungsunsicherheiten. In größeren Gruppenpraxen können die beteiligten Mediziner betriebsintern persönlich und fachlich voneinander profitieren. Der einzelne Partner einer Praxiskooperation hat zudem bessere Möglichkeiten sich zu spezialisieren und sich damit gleichzeitig weiter zu qualifizieren. Von diesem Vorteil profitieren im Rahmen des fachlichen Austausches und der fachlichen Kooperation jeweils auch die anderen Kollegen.

Letztlich bieten Gruppenpraxen ein erhebliches Potenzial zur Steigerung der Arbeitszufriedenheit bei den beteiligten Medizinern. Eine ganze Reihe von berufstypischen Stressfaktoren lassen sich in Praxiskooperationen reduzieren: hohe Verantwortungslast, finanzielle Sorgen, Angst vor Kunstfehlern, hohe Patientenfrequenz, hohe Arbeitsdichte, lange Arbeitszeiten, Wahrnehmung von Verwaltungs- und Managementfunktionen.

Allerdings ist nicht jeder Arzt für die Praxiskooperation persönlich geeignet. Eine gewisse Fähigkeit sich einzuordnen und die persönliche Kommunikations- und Teamfähigkeit sind unabdingbar. Wer es nicht ertragen kann, in Abstimmungen auch einmal unterlegen zu sein, sollte besser in der Einzelpraxis tätig sein.

Probleme und Risiken der Praxiskooperation

Überall wo Menschen interdependent zusammenarbeiten, kann es aus den verschiedensten Gründen auch zu Konflikten kommen. Dies gilt natürlich auch für Gruppenpraxen. Das besondere Problem liegt hier darin, dass an der Kooperation die gesamte berufliche Existenz der Praxispartner hängt. Umso wichtiger ist für den Bestand solcher Berufsausübungsgemeinschaften eine entwickelte Kommunikations- und Streitkultur. Das schließt ein professionelles Handling auch auf juristischer Ebene ein. Besonderes Augenmerk verdienen dabei die Konfliktlösungsregeln im Gesellschaftsvertrag bis hin zu den Auseinandersetzungsklauseln für den Fall der Vertragsbeendigung, denen bei Abschluss des Vertrages oftmals so wenig Aufmerksamkeit gewidmet wird wie der güterrechtlichen Verbindung zwischen Ehegatten, die unreflektiert in Zugewinnngemeinschaft leben.

Unvermeidlich ist, dass mit wachsender Zahl der Beteiligten auch der Kommunikations- und Koordinationsaufwand steigt. Dies wiederum ist mit wachsender Administration verbunden. Wenn ein einziger Arzt die Behandlung wahrnimmt, dann muss er darüber innerhalb der Praxis mit keinem Kollegen kommunizieren. Informationsverfüg-

barkeit und Entscheidungskompetenz fallen in einer Person zusammen. Der Inhaber einer Einzelpraxis kann immer sofort entscheiden, ohne sich mit irgendjemandem abzustimmen, geschweige denn Meetings abwarten zu müssen.

Eine gefährliche Quelle für Konflikte ist die *Gewinnverteilung*. Das für viele Anfänger nahe liegende Prinzip der Verteilung nach Köpfen wird im Laufe der Zeit schnell als ungerecht empfunden, wenn sich Arbeitsleistung und Gewinnbeitrag der Gesellschafter erkennbar deutlich unterscheiden. Andererseits wäre es auch ungerecht, und hätte negative Steuerungswirkungen, wenn einzelne Gesellschafter nur deshalb begünstigt würden, weil sie im Rahmen der für alle vorteilhaften vereinbarten Arbeitsteilung besonders lukrative Leistungen erbringen, während andere Kollegen die – für die Gesamtpraxis genauso notwendige - schlecht vergütete Routine abarbeiten. Offensive und explizite Klärung dieser Fragen, Transparenz und Leistungsbezug der Gewinnregelung sind für dauerhaften Vertragsfrieden unabdingbar. Schon viele Praxiskooperationen sind gerade in diesem Punkte gescheitert.

Die bislang nur als Chance betrachtete Möglichkeit zur Spezialisierung in größeren Gruppenpraxen kann durchaus auch negative Wirkung haben, wenn sich alle Beteiligten auf ihre Spezialgebiete konzentrieren und niemand mehr das Ganze sieht, was sowohl auf die Praxis insgesamt als auch den einzelnen Patienten bezogen gelten kann. Auch kann der in jedem Zusammenschluss herrschende faktische Gruppenzwang dazu führen, dass das Kollektiv die Entwicklungsmöglichkeit und Individualität des Einzelnen einschränkt. Dies betrifft auch die Bindung des Einzelnen an erforderliche Mehrheiten für Anschaffungen oder Einstellungen.

Praxiskooperationen aus der Sicht des Patienten

Die moderne Betriebswirtschaftslehre erhebt bei betrieblichen Gestaltungsfragen immer wieder die Kundenperspektive zum Maßstab. Letztlich kann sich auf Dauer kein Konzept im Wettbewerb durchsetzen, das die Interessenlagen und Wahrnehmungen des Kunden ignoriert. Eine solche Haltung erscheint auch für den Medizinbetrieb analog anwendbar. Bezogen auf die Leistungsmerkmale der Gruppenpraxis lassen sich schnell eine Reihe von Chancen wie auch mögliche Risiken ausmachen.

Je nach fachlicher Ausrichtung der Partner kann eine Gruppenpraxis ein breites Spektrum anbieten. Der Patient muss nicht so schnell an Kollegen in andere Praxen verwiesen werden, was für ihn vordergründig erneute Wege, Wartezeit bedeutet. Die bereits vorhandenen Erkenntnisse aus der Diagnostik können innerhalb der Praxis genutzt wer-

den, der Stand der Vorbehandlung kann umfassend und unaufwendig kommuniziert werden.

Anders als in der Einzelpraxis lassen sich in der Kooperation mehrerer Praxisinhaber die Fehlzeiten des Einzelnen unschwer so einrichten, dass auch bei Abwesenheit eines Arztes der Praxisbetrieb reibungslos fortgeführt werden kann. Im Extremfall kann eine Gruppenpraxis einen 24-Stunden-Service bieten wie ein Krankenhaus, was in Großstädten schon bald sehr verbreitet sein wird. Bessere Vertretungsmöglichkeiten ergeben sich auch im nichtärztlichen Team. Hier ist aufgrund der größeren Belegschaft ein besseres Reagieren auf Ausfälle möglich. Bei vier Helferinnen einer Einzelpraxis fallen 50 % der Mitarbeiter aus, wenn Grippe der einen mit Schwangerschaft der anderen zusammentreffen sollte.

Außerdem kann man wohl davon ausgehen, dass die laufende Kooperation mehrerer Ärzte in einem Praxisbetrieb über die organisierte oder faktisch stattfindende laufende fachliche Kommunikation und Koordination an Qualität gewinnt. Was Einzelpraxen in Qualitätszirkeln organisieren müssen, kann in Gruppenpraxen Tagesroutine sein. Auch ist davon auszugehen, dass qualitätssichernde organisatorische Regelungen und regelmäßige Mitarbeiterschulungen in größeren Betriebseinheiten leichter durchgeführt werden können als in kleineren Einzelpraxen.

Insoweit dürften Gruppenpraxen langfristig am Markt besondere Chancen haben. Die Erfahrungen aus anderen freien Berufen zeigen dementsprechend mit zunehmenden fachlichen Anforderungen einen deutlichen Trend zur Gruppenpraxis. Besonders gut lässt sich das bei Steuerberatern und Rechtsanwälten beobachten. Hier stimmen die Mandanten mit den Füßen ab: ihre Präferenz scheint besonders bei schwierigen Fällen größere Kanzleien zu bevorzugen, in denen eher die für erforderlich gehaltenen Spezialisten vermutet werden.

Gruppenpraxen können aber aus der Patientenperspektive auch Risiken bergen. Oftmals entspricht der Umgang mit den Patientendaten nicht den Anforderungen an das Patientengeheimnis und den Datenschutz. Dies gilt insbesondere in Praxisgemeinschaften, die nicht selten eine gemeinsame Kartei führen, auch ohne dass der Patient eingewilligt hat. Auch kann mit wachsender Größe der Gruppenpraxis die Individualität der Arzt-Patienten-Beziehung leiden. Dies gilt insbesondere dann, wenn der Patient immer wieder unterschiedlichen und ihm zunächst unbekanntem Behandlern begegnet. Insoweit kommt es drauf an, dass auch in größeren Praxiseinheiten jeder Patient „seinen“ Doktor behält, der das Schicksal seiner Patienten auch dann im Auge behält, wenn mehrere Ärzte an der Versorgung beteiligt sind.

Ausgestaltung der Kooperationsform

Die Ausgestaltung einer Praxiskooperation sollte erst in einer letzten Phase unter juristischen oder gar steuerlichen Gesichtspunkten betrachtet werden. Keine der juristischen Formen ist an sich den anderen überlegen. Es kommt entscheidend darauf an, was man in der Sache erreichen will, fachlich wie wirtschaftlich. Dafür dann das richtige Rechtskleid zu schneiden ist eine Aufgabe für spezialisierte Fachleute.

Die Praxis- oder Apparategemeinschaft ist eine *Organisationsgemeinschaft*. Die Behandlung und Karteiführung sind nicht Gegenstand der Gesellschaft. Bei der Praxisgemeinschaft beschränkt sich Gemeinsamkeit und Haftungsverbund auf die gemeinsam genutzten Ressourcen wie Räume, Personal und medizinische Geräte. Jeder Gesellschafter haftet aus der eigentlichen Berufsausübung am Patienten nur für seine eigenen Behandlungsfehler. Die Gemeinschaftspraxis ist demgegenüber eine *Berufsausübungsgemeinschaft*. Der Behandlungsvertrag kommt hier jeweils zwischen dem Patienten und sämtlichen Ärzten der Gemeinschaftspraxis zustande. Deshalb haftet auch jeder einzelne Gesellschafter für die Behandlungstätigkeit der Gesellschaft insgesamt. Darin könnte man einen Nachteil sehen. Allerdings ist das Haftungsrisiko aus der Behandlungstätigkeit durch die Berufshaftpflichtversicherung gedeckt. Es kann zudem im Innenverhältnis der Gesellschafter auch auf das jeweils eigene Verhalten begrenzt werden.

Hinsichtlich der Gewinnverteilung kann man mit beiden Formen fast dieselben wirtschaftlichen Effekte erreichen. Man kann nämlich mit der Zurechnung der Kosten letztlich mittelbar exakt auch die Gewinnverteilung steuern.

Bei der Ausgestaltung von *Kooperationsverträgen* ist auch die Perspektive der K(Z)V zu beachten. Gemeinschaftspraxen genießen im Rahmen der Abrechnung mit den Krankenkassen bzw. bei der Honorarverteilung durch die K(Z)V gegenüber der Einzelpraxis mit angestelltem Kollegen erhebliche Vorteile (höhere Budgetzuweisung, geringere Nachteile bei der *Punktwertdegression*). Insoweit wird Wert darauf gelegt, dass dort, wo Gemeinschaftspraxis drauf steht, auch Gemeinschaftspraxis drin ist.

Das Oberlandesgericht Koblenz hat sich in seinem Beschluss vom 02.03.2000 hinsichtlich der Abgrenzung der freiberuflichen ärztlichen Tätigkeit von einem Angestelltenverhältnis auf verschiedene Kriterien bezogen, die in Rechtsprechung und Literatur entwickelt worden seien. Für eine freiberufliche Tätigkeit spricht insoweit die Übernahme des vollen wirtschaftlichen Risikos, die wirtschaftliche Selbstständigkeit, die betriebliche Dispositionsfreiheit, die Beteiligung an Gewinn und Verlust sowie die Teilhabe am materiellen und immateriellen Vermögen (*Goodwill*) der Praxis. Als Indizien für ein Arbeitnehmerverhältnis werden demgegenüber Weisungsgebundenheit,

festes Gehalt, Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, Urlaubsvereinbarungen wie bei Arbeitnehmern angesehen.

Ärzte und Zahnärzte genießen diesbezüglich schon das Interesse staatsanwaltlicher Ermittlungen. Es sind schon vermeintliche Gemeinschaftspraxen aufgrund unüblicher Benachteiligungen eines Partners als verdeckte Anstellungsverhältnisse umgedeutet worden mit der Folge, dass die Vorteilserschleichung als Betrug gewertet und geahndet wurde. Im Bereich Koblenz-Trier wurde ein Mediziner sogar zu einer mehrjährigen Haftstrafe verurteilt. In jedem Falle drohen Honorarrückzahlungen und Disziplinarmaßnahmen.

Besonderes Augenmerk verdienen auch die steuerlichen Aspekte der Praxiskooperation. Das hier einschlägige *Gesellschaftssteuerrecht* ist so kompliziert und immer neuen Veränderungen durch die Rechtsprechung unterworfen, dass auf eine Abhandlung verzichtet wird. Bei der Erörterung zahnärztlicher Laborgemeinschaften im letzten Kapitel dieses Buches wird jedoch exemplarisch auf einige wichtige steuerliche Aspekte von Kooperationsgemeinschaften eingegangen, die auch für andere Gesellschaftszwecke analog Gültigkeit haben.