

2 Liquiditätssicherung des Gesundheitsbetriebs

2.1 Liquiditätsformen

Der Gesundheitsbetrieb muss, wie jeder andere Betrieb auch, seinen fälligen kurzfristigen (weniger als einem Jahr), mittelfristigen (ein Jahr bis fünf Jahre) oder langfristigen (mehr als fünf Jahre) Verbindlichkeiten möglichst jederzeit, uneingeschränkt und fristgerecht nachkommen können, damit ein Liquiditätsmangel nicht zur Zahlungsunfähigkeit führt bzw. die Ursache für eine Insolvenz darstellt. Unter **Liquidität** ist somit die Zahlungsfähigkeit und damit die Fähigkeit eines Gesundheitsbetriebs zu verstehen, allen Zahlungsverpflichtungen fristgerecht nachkommen zu können.

Aufgabe der Liquiditätssicherung ist es, zukünftige Zu- und Abnahmen liquider Mittel systematisch zu erfassen, gegenüberzustellen und auszugleichen. Sie hat dabei das Ziel, eine optimale Liquidität zu ermitteln, zu erreichen und zu erhalten und den dazu nötigen Bestand an Zahlungsmitteln vor auszuplanen, denn zu hohe Liquidität kann auch Rentabilitätseinbußen bewirken, da häufig auf die übliche Verzinsung verzichtet wird und dadurch bzw. durch die Inflationswirkung ein Teil des Vermögens verloren geht.

Die in einer Arztpraxis zu steuernden liquiden Mittel sind beispielsweise die Bestände in der Handkasse, die Bestände auf unterschiedlichen Praxis- und Privatkonten, Tagesgelder, offene Forderungen an Patienten und anderes mehr.

Während die Fähigkeit, den Zahlungsverpflichtungen zu jedem Zeitpunkt und uneingeschränkt nachkommen zu können, als *absolute* Liquidität bezeichnet wird, stellt die Eigenschaft eines Wirtschaftsgutes, zur Begleichung von Verbindlichkeiten verwendet werden zu können, die *relative* Liquidität dar.

Beispiele für absolute Liquidität sind:

- im Vermögen des Gesundheitsbetriebs befindliche Zahlungsmittel (Bargeld, Kontoguthaben etc.)
- im Vermögen des Gesundheitsbetriebs befindliche Zahlungsmittel (Schecks, Fremdwährungen etc.), soweit sie direkt in gesetzliche Zahlungsmittel umgewandelt werden können
- freie, disponible Kreditlinien, die der Gesundheitsbetrieb jederzeit in Anspruch nehmen kann

Je rascher ein Vermögensgegenstand in ein Zahlungsmittel umgewandelt werden kann, desto höher ist seine absolute Liquidität. So haben beispielsweise Bargeldbestände in der Kasse eine höchste absolute Liquidität.

Bezogen auf die Eigenschaft von *Vermögensgegenständen* lässt sich zwischen der Wiedergeldwerdung durch Abschreibungen bei Sachanlagen oder der Kreditlaufzeit sowie der Liquidierbarkeit, die sich auf die Möglichkeit bezieht, Vermögensgegenstände auch vorzeitig durch Verkauf oder Abtretung in Zahlungsmittel umzuwandeln, unterscheiden. Der Liquiditätsgrad der Aktiva ist dabei umso höher, je schneller die Umwandlung möglich ist und je geringer damit verbundene Monetisierungsverluste sind. Man unterscheidet somit folgende **Liquiditätsformen** (siehe **Tabelle 2.1**):

Tabelle 2.1 Liquiditätsformen.

Form	Ordnungszahl	Beispiele
Barliquidität	liquide Mittel erster Ordnung	Vermögensteile, die unmittelbar zur Zahlung verwendet werden können, wie Bargeldbestände des Gesundheitsbetriebs, Kassenbestände, täglich fällige Bankguthaben, Schecks.

Form	Ordnungszahl	Beispiele
Einzugsbedingte Liquidität	liquide Mittel zweiter Ordnung	Vermögensteile, die nicht direkt zur Zahlung verwendet werden können, die aber bereits einen Anspruch auf kurzfristige Umwandlung in Barmittel darstellen, wie nicht diskontierbare Wechsel, Forderungen aus Leistungen an Patienten, sonstige kurzfristige Forderungen.
Umsatzbedingte Liquidität	liquide Mittel dritter Ordnung	Vermögensteile des Gesundheitsbetriebs, die erst veräußert werden müssen.
Illiquide Mittel		Wirtschaftsgüter, die nur bei Aufgabe des Gesundheitsbetriebs bzw. durch Verpfändung verflüssigt werden können.

Auf dem Konzept der Liquidierbarkeit beruht die klassische Gruppierung der Aktiva nach **Liquiditätsgraden** und damit die Zuordnung aller Vermögensgegenstände zu den Primär-, Sekundär- oder Tertiärliquiditätsreserven als liquide Mittel erster, zweiter und dritter Ordnung oder zu den illiquiden Aktiva.

Da die *relative* Liquidität das Verhältnis zwischen Zahlungsmitteln und Verbindlichkeiten bezeichnet, macht man dabei folgende graduelle Unterschiede (siehe Tabelle 2.2):

Tabelle 2.2 Liquiditätsgrade.

Liquiditätsgrad	Berechnung
1. Liquiditätsgrad	$(\text{Geldvermögen} - \text{Forderungen}) \div \text{kurzfristige Verbindlichkeiten}$

Liquiditätsgrad	Berechnung
2. Liquiditätsgrad	$(\text{Umlaufvermögen} - \text{Forderungen}) \div \text{kurzfristige Verbindlichkeiten}$
3. Liquiditätsgrad	$(\text{Geldvermögen} + \text{Vorräte}) \div \text{kurzfristige Verbindlichkeiten}$

Aus der Übersicht in **Tabelle 2.2** ergibt sich, dass der dritte Liquiditätsgrad einen Wert von mindestens 2 aufweisen sollte und dass bezüglich des zweiten Liquiditätsgrades der Wert 1 eine kritische Zahl darstellt.

Unter **Verbindlichkeiten** sind dabei Schulden des Gesundheitsbetriebs zu verstehen, die prinzipiell dem Grunde und der Höhe nach gewiss sind und kurzfristig (beispielsweise in wenigen Monaten) fällig werden. Zum **Umlaufvermögen** zählen alle Vermögensgegenstände (Wirtschaftsgüter) des Gesundheitsbetriebs, die dazu bestimmt sind, kurzfristig in die Behandlungs- oder Pflegetätigkeit einzugehen (zum Beispiel medizinisches Verbrauchsmaterial) oder möglichst schnell wieder veräußert zu werden. Das Umlaufvermögen eines Gesundheitsbetriebs sollte sich daher mehrmals innerhalb einer Periode umschlagen.

Die Erhaltung der Zahlungsfähigkeit ist für den Gesundheitsbetrieb von existenzieller Bedeutung. **Zahlungsunfähigkeit** ist ein Insolvenzgrund und berechtigt bzw. verpflichtet zum Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens.

2.2 Liquiditätsmangel

Die Liquidität ist auch für den Gesundheitsbetrieb ein sensibles Thema, denn durch tatsächliche oder auch vermeintliche Zahlungsschwierigkeiten verschlechtert sich dessen Bonität und erhöhen sich die Finanzierungskosten, was erst recht zu einer Abwärtsspirale führen kann. Die Gefahr resultiert insbesondere aus Anzeichen, die die Partner des Gesundheitsbetriebs als Liquiditätsprobleme deuten könnten (siehe **Tabelle 2.3**):

- Lieferanten: Zahlungsverzögerungen, Teilzahlungen,
- Mitarbeiter: Aussetzen von Lohnerhöhungen, verspätete Gehaltsüberweisungen,
- Patienten: Vorschusszahlungen, Behandlungsverschiebungen wg. fehlendem medizinischem Verbrauchsmaterial,
- Banken: Überziehung von Kreditlinien, kurzfristige Kreditaufnahmen.

Tabelle 2.3 Stadien der Liquiditätskrise einer Arztpraxis.

Phase	Bezeichnung	Beschreibung
1	Normalphase	Es ist ausreichende Liquidität vorhanden; Umsätze und Aufwände stehen in einem betriebswirtschaftlich gesunden Verhältnis zueinander; Privatentnahmen erfolgen auf einem angemessenen Niveau. Die Schein- und Punktzahl pro Quartal wächst oder ist auf hohem Niveau stabil.
2	Rückgangsphase	Die Liquidität ist nach wie vor ausreichend; die Umsätze übersteigen die Aufwände weiterhin; Privatentnahmen erfolgen unverändert; die Schein- und Punktzahl je Quartal ist rückläufig.
3	frühe Krisenphase	Die Liquidität ist gering, die Existenz aber nicht bedroht; gleich bleibenden oder gestiegenen Kosten stehen sinkende Umsätze gegenüber; der Arzt hofft auf Besserung, nimmt aber keine Korrekturen vor.

Phase	Bezeichnung	Beschreibung
4	mittlere Krisenphase	Es gibt einen deutlichen Liquiditätsengpass; die Entwicklung der Umsätze ist weiter rückläufig; statt gegenzusteuern wird defensiv gedacht und der Kreditrahmen erhöht.
5	späte Krisenphase	Der Handlungsspielraum wird immer geringer; die Liquidität kann nur durch Notmaßnahmen aufrechterhalten werden; das Ertragsverhältnis ist negativ, Kredite können immer weniger bedient werden; die Zinslast wird übermächtig und lässt den Liquiditätsengpass offensichtlich werden.
6	Zusammenbruch, Insolvenz	Die Hausbank droht mit der Kündigung des Kontokorrents, der Praxisinhaber verliert jeglichen Entscheidungsspielraum, unter Umständen Totalverlust des Vermögens; ist die Praxis in der Rechtsform einer juristischen Person organisiert, tritt zum Eröffnungsgrund der Zahlungsunfähigkeit auch die Überschuldung hinzu.

Quelle: in Anlehnung an *Fissenewert* (2006).

Können Zahlungsverpflichtungen nicht mehr uneingeschränkt und fälligkeitsgerecht aus Bargeldbeständen, Kontoguthaben oder nicht ausgeschöpften Kreditlinien erfüllt werden, gefährdet die mangelnde Liquidität die Existenz des Gesundheitsbetriebs. In diesem Fall droht nach geltendem Wirtschaftsrecht die **Insolvenz**. Dabei handelt es sich um ein gerichtliches Verfahren, das auf Antrag des Gesundheitsbetriebs oder eines Gläubigers durch Eröffnungsbeschluss des zuständigen Amtsgerichts (Insolvenzgericht) eröffnet wird und durch Zwangsvollstreckung die gleiche und gleichmäßige Verteilung des Vermögens eines zahlungsunfähigen Gesundheitsbetriebs unter die Gläubiger bezweckt, soweit nicht in einem Insolvenzplan eine abweichende Regelung, insbesondere zum Erhalt des Gesundheitsbetriebs mit dem Ziel einer Sanierung, getroffen wird.

Nach der *Insolvenzordnung (InsO)* gibt es neben dem normalen Zwangsliquidationsverfahren anstelle des früheren Konkurses auch die Schuldner-eigenverwaltung. Als Eröffnungsgrund für die Einleitung eines Insolvenzverfahrens gilt die Zahlungsunfähigkeit bzw. Überschuldung. Die Abweisung des Eröffnungsantrages erfolgt, wenn die verwertbare Insolvenzmasse nicht ausreicht, um die Verfahrenskosten zu decken. Zu den Sicherungsmaßnahmen, die während der Prüfung der Eröffnungsvoraussetzungen durch das zuständige Amtsgericht (Insolvenzgericht) möglich sind, zählen die Einsetzung eines vorläufigen Insolvenzverwalters, die Anordnung eines allgemeinen Verfügungsverbotes gegen den Gesundheitsbetrieb sowie die Anordnung eines Vollstreckungsverbotes gegen den Gesundheitsbetrieb. Die Eröffnung des Insolvenzverfahrens führt zur Beschlagnahme der *Insolvenzmasse*, die aus dem gesamten Vermögen des Gesundheitsbetriebs besteht. Verwaltungs-, Prozessführungs- und Verfügungsbefugnis gehen auf den im Eröffnungsbeschluss zu ernennenden Insolvenzverwalter über. Er hat das Vermögen des Gesundheitsbetriebs in Besitz und Verwaltung zu nehmen, es zu verwerten, zu befriedigende Forderungen festzustellen sowie die erzielbaren Erlöse zu verteilen. Es ist aber auch eine Sanierung möglich, bei der das Vermögen des Gesundheitsbetriebs wieder ertragsfähig gemacht oder auf einen anderen Rechtsträger übertragen wird. Das Insolvenzverfahren endet im Regelfall nach Schlussverteilung des Erlöses mit der durch Beschluss anzuordnenden Aufhebung des Verfahrens.

Beispiel einer *Insolvenzbekanntmachung* eines Amtsgerichts über die Insolvenz eines *Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)*: „Über das Vermögen der im Handelsregister des Amtsgerichts ... eingetragenen ... Poliklinik GmbH, ..., gesetzlich vertreten durch den Geschäftsführer Dr. ..., Geschäftszweig: Die Errichtung und der Betrieb einer Poliklinik im Sinne eines Medizinischen Versorgungszentrums u. a. wird wegen Zahlungsunfähigkeit und Überschuldung heute, am..., um ... Uhr das Insolvenzverfahren eröffnet. Die Eröffnung erfolgt aufgrund des am ... bei Gericht eingegangenen Antrags der Schuldnerin sowie eines am ... eingegangenen Antrags eines Gläubigers. Zum Insolvenzverwalter wird ernannt Rechtsanwalt Dr. Zum Sonderverwalter wird Herr Rechtsanwalt Dr. Forderungen der Insolvenzgläubiger sind bis zum ... unter Beachtung des § 174 InsO beim Insolvenzverwalter anzumelden. Die

Gläubiger werden aufgefordert, dem Insolvenzverwalter unverzüglich mitzuteilen, welche Sicherungsrechte sie an beweglichen Sachen oder an Rechten der Schuldnerin in Anspruch nehmen. Der Gegenstand, an dem das Sicherungsrecht beansprucht wird, die Art und der Entstehungsgrund des Sicherungsrechts sowie die gesicherte Forderung sind zu bezeichnen. Wer diese Mitteilungen schuldhaft unterlässt oder verzögert, haftet für den daraus entstehenden Schaden (§ 28 Abs. 2 InsO). Wer Verpflichtungen gegenüber der Schuldnerin hat, wird aufgefordert, nicht mehr an diese zu leisten, sondern nur noch an den Insolvenzverwalter. Termin zur Gläubigerversammlung, in der auf der Grundlage eines Berichts des Insolvenzverwalters über den Fortgang des Verfahrens beschlossen wird (Berichtstermin) und Termin zur Prüfung der angemeldeten Forderungen (Prüfungstermin) ist am ..., ... Uhr, im Gebäude des Amtsgerichts Der Termin dient zugleich zur Beschlussfassung der Gläubiger über die Person des Insolvenzverwalters, die Einsetzung und Besetzung des Gläubigerausschuss (§ 68 InsO), gegebenenfalls die nachfolgend bezeichneten Gegenstände: Entscheidung über die Wirksamkeit der Verwaltererklärung zu Vermögen aus selbstständiger Tätigkeit (§ 35 Abs. 2 InsO), Zwischenrechnungslegung gegenüber der Gläubigerversammlung (§ 66 Abs. 3 InsO), Hinterlegungsstelle und Bedingungen zur Anlage und Hinterlegung von Geld, Wertpapieren und Kostbarkeiten (§ 149 InsO), Entscheidung über den Fortgang des Verfahrens (§ 157 InsO), besonders bedeutsame Rechtshandlungen des Insolvenzverwalters (§ 160 InsO); insbesondere: Veräußerung des Unternehmens oder des Betriebs der Schuldnerin, des Warenlagers im ganzen, eines unbeweglichen Gegenstandes aus freier Hand, einer Beteiligung der Schuldnerin an einem anderen Unternehmen, die der Herstellung einer dauernden Verbindung zu diesem Unternehmen dienen soll, die Aufnahme eines Darlehens, das die Masse erheblich belasten würde, Anhängigmachung, Aufnahme, Beilegung oder Vermeidung eines Rechtsstreits mit erheblichem Streitwert, Betriebsveräußerung an besonders Interessierte oder Betriebsveräußerung unter Wert (§§ 162, 163 InsO), Beantragung der Anordnung oder der Aufhebung der Anordnung einer Eigenverwaltung (§§ 271 und 272 InsO), die Zahlung von Unterhalt aus der Insolvenzmasse (§§ 100, 101 InsO) und unter Umständen zur Anhörung über eine Verfahrenseinstellung mangels Masse (§ 207 InsO). Nimmt an der Gläubigerversammlung kein stimmberechtigter

Gläubiger teil (Beschlussunfähigkeit), so gilt die Zustimmung zu besonders bedeutsamen Rechtshandlungen des Insolvenzverwalters als erteilt (§ 160 Abs. 1 Satz 3 InsO). Die Tabelle mit den Forderungen und die Anmeldungsunterlagen werden spätestens ab dem ... zur Einsicht der Beteiligten auf der Geschäftsstelle des Amtsgerichts ..., Zimmer Nr. ... niedergelegt. Der Insolvenzverwalter wird beauftragt, die nach § 30 Abs. 2 InsO zu bewirkenden Zustellungen an die Schuldner der Schuldnerin (Drittschuldner) sowie an die Gläubiger durchzuführen (§ 8 Abs. 3 InsO).“

2.3 Liquiditätsmanagement

Aufgabe des **Liquiditätsmanagements** ist es, mittels des Finanzplans und der Instrumente der strukturellen Liquiditätsplanung den Bedarf an finanziellen Mitteln festzulegen und deren Bereitstellung zu sichern. Dazu dienen beispielsweise Kreditlinien bei Geschäftsbanken.

Einerseits ist Liquidität eine notwendige Voraussetzung für *Rentabilität*, andererseits führen hohe Liquiditätsreserven zu einer Senkung derselben. Eine übermäßige Versorgung mit flüssigen Mitteln (*Überliquidität*) wirkt sich negativ auf die Rentabilität aus; Unterversorgung (*Unterliquidität*) ist nicht identisch mit Zahlungsunfähigkeit (*Illiquidität*), da fällige Auszahlungsverpflichtungen noch beglichen werden, allerdings verbunden mit relativ hohen Kosten.

Grundlage der Liquiditätsplanung ist die Einschätzung, ob der Gesundheitsbetrieb in der Lage ist, seine Zahlungsverpflichtungen fristgerecht zu erfüllen. Wichtige Kennzahlen hierzu lassen sich auf der Basis der bereits vorgestellten Liquiditätsgrade und deren Zuordnung zu einer *statischen*, der *dynamischen* und der *periodischen* Liquiditätsbetrachtung entnehmen (siehe Tabelle 2.4).

Tabelle 2.4 Statische, dynamische und periodische Liquiditätsbe-
trachtung des Gesundheitsbetriebs.

Analyseart	Kennzahl	Ermittlung
statisch	Liquiditätsgrad 1: Die Liquidität ersten Grades ($L1_G$) ergibt sich aus dem Geldvermögen des Gesundheitsbetriebs (GV_G), abzüglich der Forderungen und dividiert durch seine kurzfristigen Verbindlichkeiten (KV_G).	$L1_G = (GV_G - F_G) \div KV_G$
	Liquiditätsgrad 2: Die Liquidität zweiten Grades ($L2_G$) ergibt sich aus dem Umlaufvermögen des Gesundheitsbetriebs (UV_G), abzüglich der Forderungen (FG) und dividiert durch seine kurzfristigen Verbindlichkeiten (KV_G).	$L2_G = (UV_G - F_G) \div KV_G$
	Liquiditätsgrad 3: Die Liquidität dritten Grades ($L3_G$) ergibt sich aus der Summe des Geldvermögens des Gesundheitsbetriebs (GV_G) und der Vorräte (V_G), dividiert durch seine kurzfristigen Verbindlichkeiten (KV_G).	$L3_G = (GV_G + V_G) \div KV_G$

Analyseart	Kennzahl	Ermittlung
dynamisch	Die dynamische Liquidität (DL_G) des Gesundheitsbetriebs ergibt sich aus der Summe aus Zahlungsmitteln (Z_G), Forderungen (F_G) und geschätzten Umsätzen (U_G) des Gesundheitsbetriebs, dividiert durch seine kurzfristigen Verbindlichkeiten (KV_G).	$DL_G = (Z_G + F_G + U_G) \div KV_G$
periodisch	Die periodische Liquidität (PL_G) des Gesundheitsbetriebs ergibt sich aus den Zahlungsausgängen (ZA_G) der betreffenden Periode dividiert durch die zu erwartenden Zahlungseingänge (ZE_G).	$PL_G = ZA_G \div ZE_G$

Die *statische* Liquiditätsbetrachtung versucht mit Hilfe der Liquiditätsgrade die Möglichkeit zu beurteilen, wie rasch sich Vermögensobjekte des Gesundheitsbetriebs in Geldvermögen umwandeln lassen. Während die Liquidität ersten Grades das Verhältnis der liquiden Mittel zu den kurzfristigen Verbindlichkeiten des Gesundheitsbetriebs und damit die Möglichkeit, den derzeitigen kurzfristigen Zahlungsverpflichtungen allein durch liquide Mittel nachkommen zu können, angibt, lässt die Liquidität zweiten Grades durch Angabe des Verhältnisses des Geldvermögens zu den kurzfristigen Verbindlichkeiten weitergehende Aussagen über die Begleichbarkeit kurzfristiger Verbindlichkeiten des Gesundheitsbetriebs zu: Ist der Liquiditätsgrad < 1 , wird zumindest ein Teil der kurzfristigen Verbindlichkeiten nicht durch kurzfristig zur Verfügung stehendes Vermögen gedeckt, wodurch ein Liquiditätsengpass entstehen kann. Die Liquidität dritten Grades gibt schließlich das Verhältnis des Umlaufvermögens zu den kurzfristigen Verbindlichkeiten an, wobei ein Wert < 1 ebenfalls darauf hinweist, dass ein Teil der kurzfristigen Verbindlichkeiten nicht durch das Umlaufvermögen gedeckt ist und unter Umständen Anlagevermögen des

Gesundheitsbetriebs zur Deckung der Verbindlichkeiten verkauft werden muss. Im Rahmen der *dynamischen* Liquiditätsbetrachtung lässt sich abschätzen, ob über einen bestimmten Zeitraum mit den vorhandenen Geldmitteln und den geschätzten Umsätzen des Gesundheitsbetriebs den fälligen Zahlungsverpflichtungen nachgekommen werden kann. Die *periodische* Liquiditätsbetrachtung konzentriert sich auf das Verhältnis von fälligen Zahlungsausgängen und voraussichtlichen Zahlungseingängen einer bestimmten Periode.

Eine einmalige, statische Betrachtung der Liquidität reicht nicht aus, da sich der Zahlungsmittelbestand, die Forderungen und Verbindlichkeiten sowie das Umlaufvermögen des Gesundheitsbetriebs ständig ändern. Zur finanzwirtschaftlichen Steuerung des Gesundheitsbetriebs ist daher eine *dynamische* **Liquiditätsplanung** erforderlich, die es zumindest ermöglicht, die jeweilige Periodenliquidität planerisch zu ermitteln.

Hierzu ist es erforderlich einen **Liquiditäts- und Finanzplan** zu erstellen, der pro Periode Folgendes enthält:

- Anfangsbestand der Zahlungsmittel,
- geplante Einnahmen (Einnahmen aus Privat- und Kassenliquidation, Zinseinnahmen, Restwerterlöse, Einnahmen aus sonstigen Tätigkeiten, aufgenommenes und ausgezahltes Fremdkapital, Anzahlungen von Patienten etc.),
- geplante Ausgaben (Steuern, Zinsleistungen, Tilgungen, Privatentnahmen, Ausgaben für Material, Personal, Weiterbildung, Beiträge, Versicherungen, Miete etc.),
- Endbestand der Zahlungsmittel.

Aufgrund der von der Leitung des Gesundheitsbetriebs prognostizierten Vorgaben (Umsätze, Zahlungsziele der Patienten und bei Lieferanten, Einkäufe, nicht ausgenutzte Kreditlinien von Bankkrediten, anstehende Investitionen, Darlehenstilgungen etc.) wird er zunächst in der Form eines mittelfristigen, sich auf ein bis vier Jahre erstreckenden Rahmenplans erstellt, der alle erwarteten Zahlungsflüsse in der Prognoseperiode aufnimmt. Dabei nimmt die Planungsunsicherheit proportional zur Entfernung der Planperiode vom Planungszeitpunkt zu. Die kurzfristigen Liqui-

ditätspläne fügen sich in einen Rahmenplan ein; sie werden wochen-, monats-, oder quartalsweise bis zu einem Jahr aufgestellt.

Um ein möglichst realistisches Bild der Finanzlage zu erhalten, sind die Einnahmen und Ausgaben grundsätzlich für die Perioden einzuplanen, in denen sie auch tatsächlich anfallen. Den Planwerten im Liquiditäts- und Finanzplan sind im Verlauf der Periode die Ist-Werte gegenüberzustellen, um Abweichungen zu erkennen und gegebenenfalls bei Liquiditätsengpässen frühzeitig entgegensteuern zu können. Andererseits gibt der Plan auch bei mehr als ausreichender Liquidität Hinweise darauf, in welchem Umfang finanzielle Mittel längerfristig angelegt werden können.

Liquiditätskennzahlen informieren über die Liquidität und somit beispielsweise darüber, ob zur kurzfristigen Begleichung fälliger Verbindlichkeiten ausreichend eigene Zahlungsmittel zur Verfügung stehen. Die **Liquiditätskontrolle** hat dabei die Aufgabe, einen Abgleich zwischen den Liquiditätsplanwerten des Gesundheitsbetriebs und den Ist-Werten durchzuführen, bei Abweichungen Maßnahmen auszulösen, die eine finanzielle Schieflage vermeiden und die Ursachen der Abweichungen zu ergründen. Daneben muss sie vorliegende strukturelle Liquiditätsdefizite des Gesundheitsbetriebs aufzeigen, damit diese bei zukünftigen Planungen berücksichtigt werden können. Die Kontrolle lässt sich ebenfalls durch wichtige Kennzahlen unterstützen (siehe **Tabelle 2.5**).

Tabelle 2.5 Kennzahlen zur Liquiditätskontrolle des Gesundheitsbetriebs.

Kontrollart	Kennzahl	Ermittlung
statisch	Gesamtkapitalrentabilität ($GKap_R_G$): Sie ergibt sich aus dem Verhältnis zwischen Jahresüberschuss ($JÜ_G$) und Gesamtkapital ($GKap_G$) des Gesundheitsbetriebs.	$GKap_R_G = JÜ_G \div GKap_G$

Kontrollart	Kennzahl	Ermittlung
	Eigenkapitalrentabilität (EKapR _G): Sie ergibt sich aus dem Verhältnis zwischen Jahresüberschuss (JÜ _G) und Eigenkapital (EKap _G) des Gesundheitsbetriebs.	$\text{EKapR}_G = \text{JÜ}_G \div \text{EKap}_G$
	Umsatzrentabilität (UR _G): Sie ergibt sich aus dem Verhältnis zwischen Jahresüberschuss (JÜ _G) und Umsatzerlösen (U _G) des Gesundheitsbetriebs.	$\text{UR}_G = \text{JÜ}_G \div \text{U}_G$
	Anlagendeckungsgrad (AnIDG _G): Er ergibt sich aus der Summe aus Eigenkapital (EKap _G) und langfristigem Fremdkapital (FKap _G) des Gesundheitsbetriebs, dividiert durch sein Anlagevermögen (AVerm _G).	$\text{AnIDG}_G = (\text{EKap}_G + \text{FKap}_G) \div \text{AVerm}_G$
	Anlagenintensität (AnlInt _G): Sie ergibt sich aus dem Verhältnis zwischen Anlagevermögen (AVerm _G) und Gesamtvermögen (GVerm _G) des Gesundheitsbetriebs.	$\text{AnlInt}_G = \text{AVerm}_G \div \text{GVerm}_G$
	Vorratsintensität (VInt _G): Sie ergibt sich aus dem Verhältnis zwischen Vorratsvermögen (VVer _G) und Gesamtvermögen (GVerm _G) des Gesundheitsbetriebs.	$\text{VInt}_G = \text{VVer}_G \div \text{GVerm}_G$

Kontrollart	Kennzahl	Ermittlung
	Investitionsverhältnis (InvVerh _G): Es ergibt sich aus dem Verhältnis zwischen Umlaufvermögen (UVer _G) und Anlagevermögen (AVer _G) des Gesundheitsbetriebs.	$\text{InvVerh}_G = \frac{\text{UVer}_G}{\text{AVer}_G}$
	Eigenfinanzierungsgrad (EFinG _G): Er ergibt sich aus dem Verhältnis zwischen Eigenkapital (EKap _G) und Bilanzsumme (BS _G).	$\text{EFinG}_G = \frac{\text{EKap}_G}{\text{BS}_G}$
	Verschuldungsquote (VSQ _G): Sie ergibt sich aus dem Verhältnis zwischen Fremdkapital (FKap _G) und Eigenkapital (EKap _G) des Gesundheitsbetriebs.	$\text{VSQ}_G = \frac{\text{FKap}_G}{\text{EKap}_G}$
dynamisch	Cashflow (CF _G): Er ergibt sich aus der Summe aus Jahresüberschuss (JÜ _G) und nicht liquiditätswirksamen Aufwendungen (nlwA _G , z. B. Abschreibungen, Wertberichtigungen etc.), abzüglich nicht liquiditätswirksamer Erträge (nlwE _G , z. B. Rückstellungsaufösungen).	$\text{CF}_G = \text{JÜ}_G + \text{nlwA}_G - \text{nlwE}_G$

Die *statische* Liquiditätskontrolle bezieht sich in der Regel auf einen bestimmten Zeitpunkt, beispielsweise den Bilanzstichtag des Gesundheitsbetriebs. So geben beispielsweise Rentabilitätskennzahlen Auskunft darüber, wie sich die Ertragskraft des Gesundheitsbetriebs insgesamt darstellt. Bei der Gesamtkapitalrentabilität bezieht sich der Jahresüberschuss auf das gesamte eingesetzte Kapital des Gesundheitsbetriebs. Sie verdeutlicht, wie rentabel das Kapital im Gesundheitsbetrieb eingesetzt wurde. Die Eigenkapitalrentabilität zeigt auf, wie sich das im Gesundheitsbetrieb eingesetzte

Eigenkapital im Gesundheitsbetrieb in einer Periode verzinst, wobei der Wert bei einem rentablen Betrieb über dem marktüblichen Zinssatz liegen sollte. Die Umsatzrentabilität gibt an, wie viel Gewinn der Gesundheitsbetrieb bezogen auf seinen Umsatz erzielt.

Kennzahlen der Ergebnis- oder Bilanzstruktur lassen ebenfalls Aussagen zum finanziellen Gleichgewicht und damit auch zur Liquiditätssituation des Gesundheitsbetriebs zu. So gibt der Anlagendeckungsgrad an, in welchem Umfang das Anlagevermögen des Gesundheitsbetriebs (Behandlungseinrichtungen, Bettenhäuser, Praxisgebäude, Grundstücke etc.) durch Kapital langfristig finanziert ist, wobei die Höhe der Überschreitung der 100-Prozent-Grenze die finanzielle Stabilität des Gesundheitsbetriebes widerspiegelt.

Kennzahlen zur Vermögensstruktur setzen beispielsweise die Behandlungseinrichtungen und sonstigen Anlagen, die Vorräte an medizinischem Verbrauchsmaterial oder die Investitionen in ein Verhältnis zum gesamten Vermögen bzw. zum Anlagevermögen des Gesundheitsbetriebs.

Die Kennzahlen zur Kapitalstruktur geben Hinweise auf die Finanzierungs- oder Verschuldungssituation eines Gesundheitsbetriebes. So zeigt der Eigenfinanzierungsgrad (Eigenkapitalquote) die finanzielle Abhängigkeit des Gesundheitsbetriebes auf, wobei mit steigendem Wert auch von einer zunehmenden finanziellen Krisenfestigkeit und Stabilität ausgegangen werden kann. Die Verschuldungsquote zeigt auf, in welchem Verhältnis Eigen- und Fremdkapital zueinander stehen, wobei ein einigermaßen ausgewogenes Verhältnis durch eine Quote zwischen 1 und 2 weitgehend gegeben ist.

Die *dynamische* Liquiditätskontrolle erfolgt anhand eines Zeitraums, wobei Liquiditäts- und Finanzpläne den voraussichtlichen Kapitalbedarf eines Gesundheitsbetriebes periodenbezogen dokumentieren, Kapitalflussrechnungen den Zu- und Abfluss von finanziellen Mitteln, deren Herkunft und Verwendung aufzeigen, die Liquiditäts- und Finanzrechnung die Veränderungen des Geldvermögens durch Gegenüberstellung von Einnahmen und Ausgaben wiedergeben und die Cashflow-Analyse darauf hinweist, welche finanziellen Mittel der Gesundheitsbetrieb erwirtschaftet hat, die langfristig für Investitionen oder Schuldentilgung zur Verfügung stehen.

Für die Liquiditätskontrolle von Gesundheitsbetrieben liegen ferner **Liquiditätsregeln** vor, die auf allgemeinen betriebswirtschaftlichen Erfahrungswerten beruhen. Bei diesen Regeln handelt es sich um normative Aussagen, deren Einhaltung dazu beiträgt, die Liquidität des Gesundheitsbetriebes zu sichern. So besagt die „goldene Liquiditäts- oder Finanzierungsregel“, dass die Fristigkeiten des finanzierten Vermögens stets mit der des dazu verwendeten Kapitals übereinstimmen und damit die Investitionsdauer nicht länger als die Finanzierungsdauer sein sollte (Fristenkongruenz).

Eine medizin-technische Behandlungseinrichtung, die für einen Einsatz von zwölf Jahren vorgesehen ist, sollte auch beispielsweise nur durch Fremdkapital finanziert werden, das dem Gesundheitsbetrieb auch mindestens zwölf Jahre zur Verfügung steht.

Als weitere Regel („Eins-zu-Eins-Regel“) kann auch angesehen werden, dass Eigen- und Fremdkapital möglichst gleich groß sein sollten, das Eigenkapital besser noch überwiegt oder die Verschuldungsquote zumindest zwischen 1 und 2 und keinesfalls darüber hinaus liegen sollte. Die „allgemeine Liquiditätsregel“ besagt schließlich, dass Liquidität stets der Vorzug vor Rentabilität gegeben wird.

2.4 Liquiditätsprognosen

Ein besonderes Problem des Liquiditätsmanagements ist die möglichst genaue Vorhersage zukünftiger Einnahmen- und Ausgabensituationen. Mit Hilfe von **Prognoseverfahren** lassen sich nun aus Vergangenheitswerten die zukünftigen Einnahmen und Ausgaben ableiten. Hierbei bieten sich zunächst folgende einfache Verfahren an:

- arithmetisches Mittel
- gewichtetes arithmetisches Mittel
- exponentielle Glättung

Zur Bildung des *arithmetischen Mittels* (auch: gleitender Mittelwert) werden die Einnahmen und Ausgabenwerte aus den vergangenen Perioden addiert und durch die Anzahl der berücksichtigten Perioden dividiert. Als

Ergebnis erhält man eine Durchschnittsgröße, die als Prognosewert für die zu planende Periode herangezogen werden kann (siehe **Tabelle 2.6**). Folgende Größen gehen in die Berechnung ein:

- V = Vorhersagewert für die nächste Periode
- T_i = Wert der Periode i
- n = Anzahl der berücksichtigten Perioden

Tabelle 2.6 **Arithmetisches Mittel.**

Perioden n	Einnahmenc T_i	Ausgabenc T_i
März	38.000	20.000
April	38.500	21.000
Mai	39.000	21.500
Juni	40.000	22.000
Juli	41.500	23.000
August	41.000	22.500
Berechnung:		
$V = (T_1 + T_2 + \dots + T_n) \div n$	$238.000 \div 6$	$130.000 \div 6$
Prognosewerte September	39.667	21.667

Dieses Verfahren stützt sich zwar auf die Erfahrungswerte eines beliebig langen Zeitraums, nämlich der n Perioden (im Beispiel sechs Monate). Jede Periode geht jedoch mit demselben Gewicht ($1/6$) in die Berechnung ein. Dadurch nimmt die Bedeutung jüngerer Erfahrungswerte bei wachsendem n ab, und die Einnahmen-/Ausgabenentwicklung über einzelne Perioden hinweg wird nicht berücksichtigt.

Das Problem kann durch die Einführung von geeigneten Gewichten für die einzelnen Perioden gemildert werden. Das *gewichtete arithmetische Mittel* (auch: gewogener gleitender Mittelwert) versucht durch die Gewichtung die besondere Bedeutung und Aktualität einzelner Einnahmen- und -ausgabenwerte zum Ausdruck zu bringen (siehe **Tabelle 2.7**). Neuere Werte können dadurch in der Prognose stärker zum Ausdruck gebracht werden als ältere. Zusätzlich geht somit in die Berechnung ein:

■ G_i = Gewicht der Periode i

Tabelle 2.7 Gewichtetes Arithmetisches Mittel.

Perioden n	Gewicht G_i	Einnahm _G T_i	Gewichtete Einnahm _G	Ausgab _G T_i	Gewichtete Ausgab _G
März	1	38.000	38.000	20.000	20.000
April	2	38.500	77.000	21.000	42.000
Mai	4	39.000	156.000	21.500	86.000
Juni	6	40.000	240.000	22.000	132.000
Juli	8	41.500	332.000	23.000	184.000
August	10	41.000	410.000	22.500	225.000

Perioden n	Gewicht Gi	Einnahmen _G Ti	Gewichtete Einnahmen _G	Ausgaben _G Ti	Gewichtete Ausgaben _G
Berechnung:					
$V = (T_1G_1 + T_2G_2 + \dots + T_nG_n) \div (G_1 + G_2 + \dots + G_n)$		1.253.000 ÷ 31		689.000 ÷ 31	
Prognosewerte Sep- tember		40.419		22.226	

Bei dem gewichteten arithmetischen Mittel bleibt die Festlegung der Anzahl der Perioden und ihrer Gewichtung jedoch subjektiv. Es bleibt also Jedem überlassen, welchen Einnahme-/Ausgabenzeitraum und dessen Werte er mit welchem Gewicht in seine Prognose einfließen lässt. Diese Nachteile können zumindest teilweise durch den Einsatz der exponentiellen Glättung gemildert werden.

Bei der *exponentiellen Glättung* geht die Anzahl der Perioden nicht direkt in die Ermittlung des Prognosewertes ein, sondern nur indirekt über einen Glättungsfaktor. Er gewichtet die Differenz zwischen dem letzten Prognosewert und dem tatsächlich in der letzten Periode erzielten Wert. Dieser gewichtete „Prognosefehler“ wird zu dem letzten Vorhersagewert addiert, um auf diese Weise zu einem genaueren neuen Prognosewert zu gelangen (siehe Tabelle 2.8). In die Berechnung gehen somit ein:

- V_n = Vorhersagewert neu
- V_a = Vorhersagewert alt
- T_i = Tatsächlicher Wert der letzten Periode
- α = Glättungsfaktor

Tabelle 2.8 Exponentielle Glättung.

	Einnahm_g T_i	Ausgab_g T_i
Vorhersagewert (V _a) August	39.000	21.000
Tatsächlicher Wert August	41.000	22.500
Berechnung:		
$V_n = V_a + \alpha \times (T_i - V_a)$ $\alpha = 0,3$	$39.000 + 0,3 \times (41.000 - 39.000)$	$21.000 + 0,3 \times (22.500 - 21.000)$
Prognosewerte Sep- tember	40.200	21.450

Bei $\alpha = 0$ wird der Prognosefehler und der tatsächliche Wert der letzten Periode überhaupt nicht berücksichtigt. Der neue Vorhersagewert entspricht dann dem alten. Bei $\alpha = 1$ entspricht der gesuchte Prognosewert dem tatsächlichen Wert der letzten Periode und der Prognosefehler wird voll in die neue Vorhersage übernommen. In der praktischen Anwendung wird daher mit einem α zwischen 0,1 und 0,5 gearbeitet.

Die aufgezeigten Prognoseverfahren eignen sich selbstverständlich auch für die Prognostizierung von Werten in der Investitionsrechnung, Kostenrechnung und anderen Einsatzgebieten im Gesundheitsbetrieb. Im Rahmen der Liquiditäts- und Finanzplanung gewinnen sie aufgrund ihres Beitrags zu möglichst genauen Vorhersagewerten jedoch an Bedeutung.

Um zusätzliche Planungssicherheit zu erzielen, lassen sich *Vergleichspläne* entwickeln, die einerseits von einer zuversichtlichen Einschätzung der

Planwerte ausgehen und andererseits eher pessimistische Annahmen zugrunde legen. Auch lassen sich *Sicherheitszuschläge* als prozentuale Aufschläge auf die prognostizierten Werte einbeziehen. Die Bildung von echten *Liquiditätsreserven* richtet sich nach der Höhe eines möglichen Fehlbeitrages und nach der Höhe des Risikos unvorhergesehener Ausgaben. Dabei ist allerdings zu vermeiden, dass es zu einer überaus hohen Liquidität kommt. Ziel ist vielmehr eine ausreichende Zahlungsfähigkeit des Gesundheitsbetriebs, die Rentabilität und Sicherheit in Einklang bringt und zu möglichst minimalen Kosten erreicht wird.

2.5 Liquiditätsverbesserung

Zu einer wirksamen **Liquiditätsverbesserung** von Gesundheitsbetrieben trägt beispielsweise die Einschaltung von Abrechnungsfirmen bei, an die die Forderungen abgetreten werden. Bei dem auch *Factoring* genannten Verfahren handelt es sich um den laufenden Ankauf von Geldforderungen gegen einen Drittschuldner aus Leistungen des Gesundheitsbetriebs durch ein Finanzierungsinstitut (Factor). Das Factoringinstitut stellt dem verkaufenden Betrieb sofort Liquidität zur Verfügung und übernimmt das Ausfallrisiko. Allerdings liegen die Kosten für Sollzinsen und Factoringgebühren weit über denen eines vergleichbaren Kredits.

Das Zahlungsverhalten der Patienten bietet einen weiteren Ansatzpunkt, die Liquidität des Gesundheitsbetriebs zu erhöhen. Hierzu sind die Außenstände zu überwachen, eindeutige Zahlungsfristen zu definieren und Mahnungen bei Fristenüberschreitung auszustellen. Weitere Möglichkeiten sind die ausschließliche Behandlung säumiger Patienten gegen Barzahlung und die sofortige Begleichung von Kleinbeträgen. Auch lassen sich bei umfangreicheren, langwierigen Behandlungsmaßnahmen Zwischenrechnungen stellen.

In den Lagerbeständen für medizinisches Verbrauchsmaterial und sonstige Materialien ist Kapital gebunden. Durch eine Reduzierung der Lagerhaltung lassen sich die Lagerkosten senken und Kapital in Form von liquiden Mitteln freisetzen. Hierzu ist der tatsächliche Materialbedarf möglichst genau zu bestimmen und das Anlegen von „Hamstervorräten“ zu vermeiden.

Das private Entnahmeverhalten des Arztes als Inhaber einer Praxis ist ein weiterer Ansatzpunkt, die gesamte Liquidität zu verbessern. Zu hohe Privatentnahmen aus der Praxis, zu geringes Eigenkapital bei Investitionen und langfristige, hohe monatliche Belastungen wirken sich aufgrund der engen Bindung des Inhabers an seine Praxis auch indirekt auf ihre Liquidität aus. Die Versuchung, private Liquiditätsprobleme auf die Praxis abzuwälzen, stellt dauerhaft eine latente Gefahr dar.

A. Hanneken vom Deutschen Krankenhausinstitut (DKI) schlägt ein aktives **Working Capital Management (WCM)** vor, das im Wesentlichen aus einer intelligenten Optimierung der Kapitalbindung in Beständen, Forderungen, Verbindlichkeiten und liquiden Mitteln besteht, systematisch Liquidität freisetzt und die Bilanzstruktur verbessert. Es wird geschätzt, dass in Krankenhäusern durchschnittlich zwischen 15 und 20 Prozent des gesamten Umsatzes im Working Capital (Netto-Umlaufvermögen) gebunden sind. Das ist jener Teil des Umlaufvermögens, der durch verzinsliches Kapital finanziert wird und somit durch WCM beeinflussbar ist. Das Working Capital berechnet sich aus der Differenz zwischen Umlaufvermögen und kurzfristigen Verbindlichkeiten. Ziel ist es, eine Beschleunigung des Kapitalzuflusses und eine Verlangsamung des Kapitalabflusses sowie die Optimierung des Cashflows zu erreichen, indem die Prozesse so gestaltet werden, dass wenig Kapital im Umlaufvermögen gebunden ist und dieses vorhandene Kapital möglichst effizient eingesetzt werden kann. Mit der freigesetzten Liquidität kann eine Rückführung der Verschuldung erfolgen und dadurch eine Erhöhung der Eigenkapitalquote und Optimierung der Bilanzstruktur erzielt werden. Geeignete Instrumente zur Umsetzung eines WCM für den Gesundheitsbetrieb sind ein aktives Management von Forderungen, Verbindlichkeiten und Beständen (siehe *Tabelle 2.9*).

Tabelle 2.9 Instrumente des *Working Capital Management (WCM)* für den Gesundheitsbetrieb.

Instrumente	Erläuterung
Forderungsmanagement	Zügiger Ausgleich der Rechnungen durch die Kostenträger oder Privatpatienten; zu berücksichtigen sind alle Forderungen und sonstigen Vermögensgegenstände mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr sowie die Wertpapiere des Umlaufvermögens; Vermeidung von Mängeln bei den Zahlungszielen sowie dem Inkasso; Verringerung des Zeitraums zwischen Fakturierung und Geldeingang; Prüfung der Berechnung von Verzugszinsen gegenüber den Kostenträgern oder Privatpatienten.
Verbindlichkeitenmanagement	Zielgerichteter Ausgleich von Verbindlichkeiten gegenüber Lieferanten von medizinischem Verbrauchsmaterial oder medizintechnischen Geräten; Verhandlungen mit Lieferanten hinsichtlich der Verlängerung von Zahlungszielen, Vereinbarung oder Erhöhung von Skonti.
Bestandsmanagement	Zu hohe Materialbestände im Gesundheitsbetrieb binden Kapital, das für mögliche Investitionen fehlt; dem Gesundheitsbetrieb wird dadurch Liquidität entzogen; bei der Finanzierung der Bestände durch Fremdkapital muss eine zusätzliche Kapitalverzinsung geleistet werden; Einsparungen und Hebung von Liquiditätsreserven durch Abbau von Überbeständen, Aufdeckung möglicher Versorgungsengpässe sowie nachhaltige Planung, Steuerung und Kontrolle der Bestände; Optimierung des Bestandsniveaus, Reduktion der Lagerhaltungskosten, Verbesserung der Lieferzeiten z. B. von Verbrauchsmaterialien für Behandlung und Pflege.

Finanzierung und Investitionen im Gesundheitsbetrieb
Betriebswirtschaft für das Gesundheitswesen

Frodl, A.

2012, X, 173 S., Softcover

ISBN: 978-3-8349-3078-1