
MÄRKTE UND CHANCEN. ÄRZTE.

EIN BRANCHENREPORT DER HYPOVEREINSBANK

INHALT

MAGAZIN	6
MÄRKTE	8
CHANCEN	12
FINANZPRAXIS	14



NEBEN DER MEDIZINISCHEN KOMPE- TENZ DES ARZTES IST IMMER STÄRKER **UNTERNEHMERISCHES DENKEN UND HANDELN** GEFRAGT.

Der Gesundheitsmarkt ist weiterhin großen strukturellen Veränderungen unterworfen. 2009 werden sich die Zusammensetzung der Arzthonorare und die Finanzierungsmodelle in den ambulanten Gesundheitsmärkten ändern. Die kollektive Abrechnungs- und Vertragshoheit der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) wird aufgeweicht durch selektive Lösungen, bei denen der Sicherstellungsauftrag ganz oder teilweise auf die Krankenkassen übergeht. Verhandlungsführer seitens der Ärzteschaft sind dann nicht mehr allein die KVen, sondern zunehmend auch Ärztenetze, ärztliche Genossenschaften und Managementgesellschaften. Wenn direkte Mittel für ganz bestimmte Leistungen bezahlt werden, erfahren Spezialwissen und hohe Qualität bessere Honorierung. Das sind gute Gründe, den Strukturwandel positiv zu sehen.

Selten zuvor gab es derartig viele Chancen. Die Honorarsituation zeigt gegenwärtig stetig nach oben und die Aussichten sind sogar im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) besser denn je. Hinzu kommen noch die Chancen des zweiten Gesundheitsmarktes, der vollständig patientenfinanziert ist und von einigen Haus- und Fachärzten bereits stark genutzt wird.

Die HypoVereinsbank als Heilberufebank beobachtet seit Jahren die Entwicklungen im Hinblick auf die niedergelassenen Ärzte. Daher sind unsere 150 Heilberufespezialisten an ca. 70 Standorten besonders für Ihre finanziellen Belange qualifiziert. Sie stehen Ihnen mit ihrem Know-how zur Verfügung, um Sie bei der erfolgreichen Planung Ihrer Zukunft zu unterstützen. Kommen Sie auf uns zu!

Wachstumsmarkt ambulante Operationen.

Bereits ein kleiner chirurgischer Eingriff bedeutet Stress für Körper und Seele, besonders bei Kindern. Bei ambulanten Operationen wird dieser Stress wesentlich verringert, weil die Patienten in der vertrauten Umgebung bleiben und in der Regel individuell von einem selbst ausgewählten Arzt betreut werden können. Eine deutliche Kostenersparnis von mehr als 50 % gegenüber dem klinikambulanten Operieren (das wiederum gegenüber der vollstationären Versorgung eine ähnlich große Kostenersparnis bedeutet) ist ein weiteres Argument für das ambulante Operieren in Praxen niedergelassener Ärzte.

Patienten bevorzugen zudem in der Regel ambulante Operationen. Unter ökonomischen Aspekten ist dem ambulanten Operieren ohnehin der Vorzug zu geben. Daraus resultiert auch die deutliche Steigerung der ambulanten Operationen vor allem in den Arztpraxen, aber auch in den klinikambulanten Bereichen. Zuletzt wuchs der Markt für ambulantes Operieren in Praxen innerhalb der Kliniken mit 14,6 % genau doppelt so stark wie außerhalb der Kliniken mit 7,3 %. Insgesamt gab die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) im Jahr 2007 rund 2 Milliarden Euro für ambulante Operationen aus, ein Viertel des Betrags entfiel dabei auf Kliniken. Der Markt für ambulantes Operieren ist damit innerhalb der GKV in den letzten fünf Jahren um 75 % gewachsen.

Ob die ambulante Operation in der Klinikambulanz oder in der niedergelassenen Arztpraxis durchgeführt wird – die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, die sich von den OP-Blockierungsstunden für einen Eingriff, den Anästhesie-, Operations-, Ein- und Ausleitzeiten sowie der Auslastung ableiten, müssen stimmen. Gegenwärtig geht der Berufsverband Niedergelassener Chirurgen (BNC) davon aus, dass mindestens ein Punktwert von 6,7 Cent notwendig ist, um einen OP-Saal angesichts steigender Personal-, Material- und vor allem Raumkosten noch lohnend zu nutzen. Trotz einer Aufwertung dieser Leistungen sowie einer extrabudgetären Bezahlung wurde schon der in der Vergangenheit angestrebte Punktwert von 5,11 Cent in den meisten KVen deutlich unterschritten.

Eine angemessene Honorierung der ambulanten Operationen vorausgesetzt, steht diesem speziellen Teilmarkt der medizinischen Versorgung

wohl noch einiges an Wachstum bevor. Im internationalen Vergleich zeigt sich jedenfalls, dass Deutschland im Hinblick auf die Quoten ambulanter Operationen allenfalls im hinteren Mittelfeld liegt. Angeführt wird die Tabelle von Kanada und den USA, also von Ländern, in denen das Managed-Care-Denken schon seit den 80er Jahren vorherrscht. In diesen Ländern sind die Quoten ambulanter OPs rund ein Viertel höher als in Deutschland. Benchmark in Europa sind die Niederlande und Belgien, in denen die Quoten ambulanter OPs rund zehn Prozentpunkte höher liegen als in Deutschland. Am Tabellenende steht Portugal mit einer Quote ambulanter OPs, die gerade einmal bei einem Drittel von der in Deutschland erreichten liegt.

Quoten ambulantes Operieren im internationalen Vergleich.

Kanada	83,8 %
USA	83,5 %
Dänemark	79,3 %
Australien	74,0 %
Niederlande	69,8 %
Belgien	69,0 %
Norwegen	68,0 %
Schweden	66,7 %
England	62,5 %
Finnland	62,4 %
Schottland	62,0 %
Deutschland	60,7 %
Spanien	54,0 %
Frankreich	44,9 %
Hongkong	42,5 %
Italien	41,0 %
Portugal	18,5 %

Quelle: Toftgard C, Parmentier G: International Terminology in Ambulatory Surgery and its Worldwide Practice. In: Day Surgery – Development and Practice. International Association for Ambulatory Surgery 2006

Der technische Fortschritt beschleunigt die Zunahme von ambulanten Operationen zusätzlich. Die minimalinvasive Chirurgie hat mittlerweile in den so genannten NOTES-Operationen (Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery) einen Höhepunkt gefunden. In Zukunft sollen auch komplizierte Operationen an den inneren Organen mithilfe von Videotechnik und Minirobotern durch den Mund oder andere Körperöffnungen durchgeführt werden. Bei einer NOTES-Operation kann zum Beispiel einer Patientin mit nur einem kleinen Schnitt in die Magenwand der Blinddarm durch den Mund entfernt

GKV-Ausgaben für ambulante Operationen in Gesamtdeutschland (in Tsd. €).

	2003 in €	2004 in €	2005 in €	2006 in €	2007* in €	Veränderung von 2006 zu 2007 in %
Ambulantes Operieren außerhalb des Krankenhauses	932.475	936.053	988.651	1.367.654	1.467.000	7,26
Ambulantes Operieren im Krankenhaus (§ 115b)	211.028	357.358	400.225	458.500	525.441	14,60
Ausgaben ambulantes Operieren insgesamt	1.143.503	1.293.411	1.388.876	1.826.154	1.992.441	9,11

*Vorläufige Zahlen, für den Krankenhausbereich geschätzt
Quelle: Rebmann Research auf der Basis von Daten des BMGS, Stand 12/2007

werden. Der Vorteil ist nicht nur, dass keine äußeren Narben entstehen, sondern auch, dass das Infektionsrisiko aufgrund der geringeren Menge an Keimen wesentlich niedriger ist. NOTES-Eingriffe erfordern außerdem deutlich weniger Narkosemittel.

Wachstumsmarkt Prävention.

„Wer nicht jeden Tag etwas Zeit für seine Gesundheit aufbringt, muss eines Tages sehr viel Zeit für die Krankheit opfern“, stellte bereits Pfarrer Kneipp fest. Nicht nur Zeit, sondern wohl auch Geld muss investiert werden, denn wer nicht gesund ist, verursacht Kosten. So werden die volkswirtschaftlichen Ausgaben infolge des Bewegungsmangels mit 60 Milliarden Euro, des Rauchens mit 40 Milliarden Euro und der Fehlernährung mit 80 Milliarden Euro angegeben. Damit sind auch einige der Krankheitsauslöser angesprochen, die durch die Förderung von gesundheitsbewusstem Verhalten gezielt bekämpft werden sollen. Die GKVen geben jedenfalls jährlich rund 3,6 Milliarden Euro für präventive Leistungen aus. Dies entspricht 40 % der in Deutschland verausgabten Mittel für Prävention. Der deutsche Präventionsmarkt erreichte im Jahr 2007 somit ein Volumen von rund 9 Milliarden Euro. Die gesundheitspolitische Aufwertung von Präventionsleistungen und Schutzimpfungen wird im Jahr 2007 mit Ausgabenzuwächsen von 55 % dokumentiert. Allein für Schutzimpfungen haben die GKVen im Jahr 2007 rund 660 Millionen Euro (+70 %) mehr ausgegeben als 2006. Diesen Mehrausgaben stehen erhebliche Verbesserungen im Impfschutz der Bevölkerung gegenüber. Seit Mitte 2007 ist es nicht mehr den einzelnen Krankenkassen überlassen, welche Impfleistungen sie ihren Mitgliedern zur Verfügung stellen.

Die zunehmende Bedeutung der Prävention wird auch durch den Präventionsbericht des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) hervorgehoben (siehe www.mds-ev.org). Demnach hat sich im Jahr 2007 die Zahl der Menschen, die Präventionsangebote der Kassen wahrnehmen, um ein Drittel auf rund 5,7 Millionen Euro erhöht. Insbesondere wurden gesundheitsfördernde Maßnahmen in Kindergärten und Schulen verstärkt, sodass Kinder und Jugendliche aller sozialen Schichten angesprochen werden können.

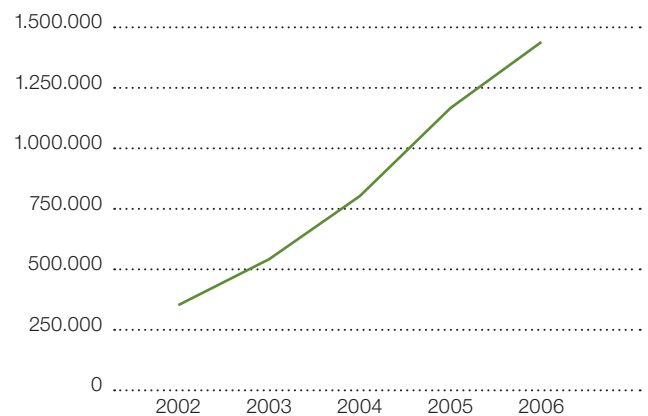
Präventionsleistungen der GKVen.

1. Individuelle Primärprävention sowie Gesundheitsförderung in Lebenswelten (Betrieb, Schule, Kindertagesstätte)
2. Umfangreiche Früherkennungsprogramme für Kinder und Erwachsene
3. Schutzimpfungen mit Ausnahme der Reiseschutzimpfung

4. Medizinische Vorsorgeleistungen für gesundheitlich gefährdete Versicherte
5. Zahnmedizinische Gruppen- und Individualprophylaxe einschließlich Fissurenversiegelung
6. Tertiärpräventive Leistungen wie Patientenschulungen
7. Selbsthilfeförderung ebenfalls mit tertiärpräventiver Zielsetzung

Über gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen, z. B. in Schulen und Betrieben, erreichen die GKVen nach dem oben genannten Präventionsbericht rund 4,3 Millionen Menschen in über 26.000 Einrichtungen und Betrieben. Hinzu kommen bundesweit 1,4 Millionen Teilnahmen an präventiven Kurs- und Seminarangeboten. Dies entspricht einem Anteil von 2 % aller GKV-Versicherten in Deutschland. Die Teilnahme an diesen individuellen Präventionsangeboten hat sich seit dem Jahr 2002 vervierfacht. Diese Entwicklung unterstreicht noch einmal die zunehmende Bedeutung der Präventionsleistungen in Deutschland.

Entwicklung Kursteilnehmer Präventionskurse.



Quelle: Präventionsbericht 2007, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS)

Die Themenschwerpunkte der Präventionskurse sind Bewegung (75 %), Vermeidung spezifischer Risiken/stressabhängiger Krankheiten (16 %), Er-

Vergleich: Gesundheitsdaten.

	Deutschland	Frankreich	Niederlande	Polen	Schweiz	Schweden	USA
Einwohner	82.424.700	60.424.300	16.318.200	38.626.400	7.450.900	8.968.400	293.027.600
Bevölkerung über 65 Jahre (%)	18,30	16,40	13,90	12,90	15,30	17,30	12,30
Lebenserwartung Männer (Jahre)	75,56	75,80	76,15	70,04	77,51	78,12	74,63
Lebenserwartung Frauen (Jahre)	81,68	83,27	81,34	78,52	83,27	82,62	80,36
Ärztzahl	306.000	175.400	27.300	91.200	23.800	24.900	810.000
Ärzte pro 1.000 Einwohner	3,712	2,903	1,673	2,361	3,194	2,776	2,764
Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP* (%)	10,6	11,1	9,3	6,2	11,3	9,2	15,3
Gesundheitsausgaben pro Kopf (€)	2.307	2.361	2.321	623	2.951	2.192	4.596
Gesundheitsausgaben gesamt (Mrd. €)	190,19	142,65	37,88	24,06	21,99	19,66	1.346,70

*BIP = Bruttoinlandsprodukt

Quelle: Rebmann Research teilweise auf der Basis von Daten der OECD, Stand 2006

nährung (9%) und Sucht (1%). Die überwiegende Mehrzahl der Kursteilnehmer sind Frauen (78%), meist im Alter zwischen 40 und 59 Jahren.

Die Zukunftsperspektiven des Präventionsmarktes sind aber trotzdem nicht ganz ungetrübt. Wenn zum 1. Januar 2009 mit dem Gesundheitsfonds auch der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) in Kraft tritt, könnte die bisherige Bewertung der Präventionsleistungen abgesenkt und durch einen niedrigeren, so genannten Orientierungspunktwert ersetzt werden. Das wiederum würde die Präventionsprogramme in vielen Fachgruppen gefährden. Die Gynäkologen befürchten z. B. Einschränkungen bei der Schwangerenvorsorge. Auch Programme wie das Hautkrebs-Screening, von dem vor allem Hausärzte und Hautärzte profitieren, das Mammographie-Screening, bei dem Radiologen, Gynäkologen, Pathologen, Chirurgen und nicht zuletzt der koordinierende Hausarzt interdisziplinär zusammenwirken, würden unter einer Rückstufung der Prävention leiden.

Vergleich der Gesundheitssysteme.

Weltweit ist es Ziel der Gesundheitssysteme, ein hohes Gesundheitsniveau zu erreichen und zu erhalten – bei möglichst freien und sozial gleich verteilten Zugängen zu den medizinischen Leistungserbringern. Ein weiteres Ziel ist eine möglichst faire Finanzierung der Gesundheitssysteme mit entsprechender Absicherung auch für sozial Schwache. Dabei wird im Wesentlichen auf drei Finanzierungsformen zurückgegriffen:

- Sozialversicherungssysteme, die, wie in vielen europäischen Ländern, aus Krankenkassenbeiträgen solidarisch finanziert werden, z.B. in Deutschland, Frankreich und den Niederlanden
- Steuerfinanzierte Systeme, wie z.B. in Großbritannien, Kanada und Australien
- Weitgehend privat finanzierte Gesundheitssysteme, wie z.B. in den USA oder in Griechenland

Das deutsche Gesundheitswesen befindet sich in Hinblick auf das Kosten-Leistungs-Verhältnis und die Volksgesundheit im Mittelfeld: Die Lebenserwartung reicht nicht ganz an die Spitzenreiter wie Schweden oder die Schweiz heran, die Gesundheitsausgaben bewegen sich aber auch unter dem Niveau dieser Länder. Auf Basis der OECD-Zahlen liegen die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben in Deutschland gerade einmal bei der Hälfte der US-Ausgaben. Auch in der Schweiz liegen die Ausgaben rund ein Drittel über dem deutschen Niveau. Dies ist eigentlich erstaunlich, denn Deutschland hat in diesem Ländervergleich die mit Abstand höchste Arztdichte und man müsste eigentlich vermuten, dass sich hieraus auch ein entsprechend hohes Ausgabenniveau ergibt. Die Arztdichte ist in Deutschland rund ein Drittel höher als in den USA und sogar 16% höher als in der Schweiz. In den Niederlanden z. B. ist die Arztdichte nur halb so hoch wie in Deutschland.

MÄRKTE

Die ambulanten Versorgungsmärkte in Deutschland sind eindeutig in Bewegung. Sie befinden sich aber noch nicht so stark im Umbruch, wie es die 2009 bevorstehenden Änderungen erfordern würden. Die Ärzte nutzen zwar die neuen Kooperationsformen, die sich seit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) und dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) bieten, der Anteil der Medizinischen Versorgungszentren (MVZs) liegt aber immer noch im niedrigen einstelligen Prozentbereich und konzentriert sich vorwiegend auf die Ballungsräume. Der Anteil der Gemeinschaftspraxen steigt hingegen stetig, aber auf keinen Fall explosionsartig an. Das Bewusstsein für einen Handlungsbedarf in Richtung Größenwachstum und strukturelle Anpassung ist noch relativ wenig ausgeprägt, obwohl der Paradigmenwechsel unmittelbar bevorsteht.

Die vielen Selektiv- bzw. Integrationsverträge, die außerhalb des gemeinschaftlichen Kollektivvertrages abgeschlossen werden, stehen dem gesamten Honorarvolumen in noch relativ kleiner Zahl gegenüber. Der Anteil am Honorarvolumen der Ärzteschaft steigt zwar, doch viele Arztgruppen rechnen auch im Jahr 2008 noch rund 85% ihres Honorars mit der KV ab. Neue Verträge und die dahinterstehenden Organisationen müssen zunächst zeigen, dass sie sich für alle Beteiligten – also für Ärzte, Krankenkassen und ebenso für Patienten – rechnen. Rechtliche Unsicherheiten hemmen das Anwachsen der neuen Versorgungsformen zusätzlich. Die Barmer Ersatzkasse z.B. hat ihren Hausarztvertrag per Ende 2008 gekündigt, weil das Bundessozialgericht der Auffassung war, dass der Vertrag die Voraussetzungen der integrierten Versorgung nicht erfüllt. Die Patienten müssen infolgedessen schon ab Mitte Juli 2008 wieder die Praxisgebühr bezahlen und die KV kann sich auf eine Rückzahlung der Barmer Ersatzkasse in Höhe von 40 bis 60 Millionen Euro freuen.

Ambulante Versorgung wächst schneller als das Bruttoinlandsprodukt.

Die Gesundheitsmärkte und darunter besonders die ambulante ärztliche Versorgung profitieren gegenwärtig von einem anhaltenden wirtschaftlichen Aufschwung. Die Beitragseinnahmen der GKVen steigen kontinuierlich an. Die Grundlohnsumme aller Beschäftigten, an der sich auch die Vergütungsvereinbarungen mit den ambulanten Ärzten bislang bemessen, verzeichnete noch im ersten Quartal 2008 mit einem Anstieg von 2,2% das stärkste Wachstum seit Mitte der neunziger Jahre. Der Grund ist die rückläufige Zahl der Arbeitslosen sowie die ausgehandelten Tariflohnerhöhungen, die zum 1. Januar 2008 zu erheblichen Lohnsteigerungen führten. Die GKVen haben im vergangenen Jahr erneut 1,8 Milliarden Euro mehr eingenommen als ausgegeben. Die Beitragseinnahmen sind allein im Jahr 2007, meist bedingt durch Beitragserhöhungen, um 4,9% gestiegen. Seit Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) im Jahr 2004 verbuchten die GKVen damit schon zum vierten Mal in Folge einen Überschuss. Insgesamt ergibt sich für diese vier Jahre ein Überschuss von 9,3 Milliarden Euro. Damit wurde die bis Ende 2003 auf rund 6 Milliarden Euro bezifferte Verschuldung der GKVen mehr als abgebaut.

Bereits Ende 2006 verfügten laut Angaben des Bundesgesundheitsministeriums 187 von insgesamt 242 Kassen wieder über Finanzreserven. Zum Jahresende 2007 verbesserte sich die Situation weiter, sodass Finanzreserven von 3,3 Milliarden Euro entstanden. Dem Start des Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009 steht folglich aus Sicht der Finanzlage der Krankenkassen nichts im Wege. Krankenkassen, die immer noch defizitär arbeiten, haben bereits weitere Beitragserhöhungen oder Strukturveränderungen wie Fusionen vorgenommen.

Da die gesetzlichen Ausgaben immer noch rund 60% aller Ausgaben im Gesundheitswesen ausmachen, führen die steigenden Kasseneinnahmen auch zu mehr Honorarspielraum für die Ärzteschaft. Dies spiegelt sich in einer Steigerung der GKV-Honorarumsätze von 3,5% wider. Das Gesamthonorar der niedergelassenen Ärzte (inklusive Privatumsätzen) ist damit nach rund 0,62 Milliarden Euro im Jahr 2006 erneut um rund 1,14 Milliarden Euro angestiegen. Insgesamt wurden Ende 2007 rund 33,5 Milliarden Euro in der ambulanten Versorgung umgesetzt.

Im Hinblick auf die Honorare der niedergelassenen Ärzte gibt es fachgruppenspezifisch wie auch regional große Unterschiede. Tendenziell profitieren, auch bedingt durch gesetzliche Vorgaben, die Ärzte in Ostdeutschland stärker von einer allgemeinen Aufwertung. Auch die Honorare der Fachärzte sind gegenwärtig mit einem gesamtdeutschen Wachstum von 4,3% höher als die der meisten Hausärzte (Allgemeinmediziner, praktische Ärzte, Hausarztinternisten), die zuletzt nur noch auf ein Wachstum von 2,5% kamen. Dabei ist allerdings zu beachten, dass die Hausärzte in den Vorjahren zum Teil erheblich stärker vom GMG profitierten als die Fachärzte. Auch im Hinblick auf die Facharzt Honorare gibt es deutliche Unterschiede: Orthopäden, Anästhesisten und Urologen profitieren von der gegenwärtigen Entwicklung besonders. Genau diese Fachrichtungen wurden allerdings in den vergangenen Jahren stark abgewertet, sodass hier lediglich verlorengegangenes Terrain zurückerobert wird. Andere Fachärzte wie Kinderärzte, Hautärzte und auch Nervenärzte leiden sogar unter Honorarverlusten. Bei den Nervenärzten hat sich die Honorarsituation inzwischen so zugespitzt, dass viele Praxen Leistungen kaum noch kostendeckend erbringen können. Deshalb wird in diesem Bereich der Grundsatz „ambulant vor stationär“ oft nicht eingehalten. Nervenärztliche Leistungen werden von Praxen in Nervenkliniken verlagert, was ökonomisch gesehen in vielen Fällen alles andere als sinnvoll ist.

Das Bundesgesundheitsministerium geht gegenwärtig davon aus, dass sich die wirtschaftliche Situation in den Arztpraxen ab 2009 noch einmal

deutlich verbessern wird. Die Ärzteschaft kann wohl allein im Bereich der gesetzlich fixierten Honorarumsätze mit einer weiteren Steigerung von rund 10% rechnen, auch wenn sich diese Steigerung nicht gleichmäßig auf alle Fachgruppen oder auch Regionen verteilen wird. Eine differenzierte Betrachtung der jeweiligen Praxissituation bietet sich deshalb gerade bei niedergelassenen Ärzten an.

Strukturen im Aufbruch, aber noch nicht im Umbruch.

Aus den Marktdaten zur ambulanten ärztlichen Versorgung lassen sich ferner einige Entwicklungen aufzeigen, die durch GMG und VÄndG bedingt sind (Stand: 31. Dezember 2007 im Vergleich zum Vorjahr):

1. Die Zahl der reinen Privatärzte sinkt kontinuierlich. 2007 ging sie noch einmal um 2,7% zurück
2. Die Zahl der Hausärzte sinkt (-0,9%), während die der Fachärzte etwa im gleichen Rahmen steigt (1,2%)
3. Das Wachstum der Anzahl angestellter Ärzte und Praxisassistenten hat deutlich zugenommen und betrug zuletzt 14,3%

Aus diesen Zahlen kann man zwar deutlich den Trend zu größeren Einheiten ablesen, von einem Umbruch oder kompletten Strukturwandel kann aber noch nicht die Rede sein. Die neuen Möglichkeiten aus dem VÄndG (Anstellung von Ärzten in Praxen) und dem GMG (MVZs) werden aber offensichtlich genutzt. Das VÄndG erlaubt es niedergelassenen Ärzten, auch Ärzte anderer Fachrichtungen anzustellen. Die MVZs befinden sich weiter auf dem Vormarsch: Zum Ende des ersten Quartals 2008 gab es 1.023 MVZs in Deutschland. Von 4.445 MVZ-Ärzten waren 3.247 angestellt. Gerade der MVZ-Versorgungsanteil zeigt dabei, dass von dominierenden größeren Strukturen allenfalls bei einer sehr engen regionalen Betrachtung die Rede sein kann. In Deutschland gibt es gegenwärtig rund 73.200 Einzel- und 19.000 Gemeinschaftspraxen bei rund 120.000 niedergelassenen Ärzten. Der MVZ-Anteil an den Niederlassungen beträgt damit gerade einmal 1%, an der Anzahl der Ärzte gemessen 3,7%.

Vertragslandschaft im Wandel.

Deutlich stärker als die Praxisstrukturen verändern sich gegenwärtig die Verträge und damit auch die Honorarsituation in der ambulanten Versorgung. Aufgrund neuer Versorgungsformen wie Disease-Management-Programme (DMPs) und Hausarztverträgen und angesichts einer Vielzahl von Einzelverträgen zur integrierten Versorgung steigen seit dem Jahr 2005 die extra-budgetären GKV-Leistungen stark an. Es handelt sich dabei um Leistungen, die die Praxen für GKV-Patienten erbringen und für die sie in der angeforderten Höhe einen festen Punktwert erhalten. Eine Mehrzahlung in diesem

Marktdaten ambulante ärztliche Versorgung.

Arztzahlen ambulante Versorgung	2005	2006	2007	Entwicklung von 2006 zu 2007 in %
Privatärzte	7.900	7.500	7.300	-2,67
Hausärzte	59.100	59.000	58.500	-0,85
Fachärzte	59.200	60.600	61.300	1,16
Angestellte Ärzte und Praxisassistenten	8.600	9.100	10.400	14,29
Honorardaten				
Gesundheitsausgaben in Mrd. €	239	245	252	2,9
Davon Honorarvolumen Hausärzte in Mrd. €	13,500	13,845	14,192	2,5
Davon Honorarvolumen Fachärzte in Mrd. €	18,212	18,485	19,277	4,3
Gesamthonorar niedergelassene Ärzte in Mrd. €	31,712	32,331	33,469	3,5
Davon Privathonorar in Mrd. €	8,562	8,862	9,133	3,1
Anteil an den gesamten Gesundheitsausgaben in %	13,27 %	13,20 %	13,28 %	

Quelle: Rebmann Research, auf der Basis von Daten von: Statistisches Bundesamt, Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Bundesministerium für Gesundheit und Soziales (BMGS)

Bereich führt nicht dazu, dass das Individualbudget belastet wird. Insgesamt liegen die extrabudgetären GKV-Leistungen nach Expertenschätzungen im Jahr 2007 bei 3,8 Milliarden Euro, was einem Anteil an den gesamten GKV-Ausgaben von 15,6% entspricht. Seit dem Jahr 2001, als die extrabudgetären Leistungen noch bei rund 2 Milliarden Euro lagen, haben sich die Ausgaben für derartige Leistungen damit fast verdoppelt. Viele dieser Leistungen werden mittlerweile auch in einem besonderen Abrechnungskreislauf außerhalb der GKV-Regelversorgung abgerechnet.

Durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG), das zum 1. April 2007 in Kraft getreten ist, sind die Möglichkeiten für Direktverträge der Krankenkassen mit einzelnen Praxen bzw. Ärzteguppen größer geworden. Diese müssen zwar nicht, werden aber dennoch oft außerhalb der Gesamtvergütung der KV honoriert. Das Grundprinzip dieser Verträge ist einerseits eine strikte Kostenkontrolle, andererseits aber auch eine Leistungsorientierung. Allerdings müssen die neuen Verträge und auch die dahinterliegenden Finanzierungsmodelle den Nachweis einer Praktikabilität erst noch erbringen.

Honoraranalyse bei den wichtigsten Arztgruppen.

Die Honoraranalyse (GKV + private Honorare) zeigt, dass es große Unterschiede zwischen den einzelnen Fachgruppen gibt. Die Analyse beschränkt sich dabei auf die Hauptfachgruppen ohne Berücksichtigung einiger spezieller ärztlicher Disziplinen. Die Auswertung begrenzt sich außerdem auf das Bundesgebiet sowie auf die Durchschnittspraxis. Bei der Betrachtung der absoluten Werte liegen die Radiologen mit einem Honorarumsatz von 631.000 Euro mit großem Abstand vor den Augenärzten mit 318.000 Euro, den Orthopäden mit 310.000 Euro sowie den Chirurgen mit 294.000 Euro. Am Ende der Honorarskala befinden sich die Allgemeinärzte mit 220.000 Euro und die Kinderärzte mit 222.000 Euro. Abgeschlagen sind die Nervenärzte mit einem Honorarumsatz von 187.000 Euro.

Eine ähnliche Reihenfolge ergibt sich auch bei der Betrachtung der absoluten Gewinne. Hier liegen die Radiologen mit 230.000 Euro vor den Augenärzten mit 153.000 Euro, den Orthopäden mit 134.000 Euro sowie den Urologen mit 127.000 Euro. Am Ende der Skala befinden sich auch hier die Allgemeinärzte mit 107.000 Euro. Nur Hautärzte mit 106.000 Euro und Nervenärzte mit 98.000 Euro haben noch einen niedrigeren absoluten Gewinn als die Allgemeinmediziner.

Es ist allerdings anzumerken, dass diese absolute Gewinnbetrachtung wenig mit dem tatsächlichen Einkommen der Ärzte zu tun hat. Vielmehr

handelt es sich hierbei um einen Betrag, der zunächst einmal dazu verwendet werden muss, um Krankenversicherung, Altersvorsorge und Steuern abzudecken.

Diese Situation spiegelt sich teilweise in der Umsatzrendite der Facharztgruppen wider. So weisen die – hochinvestiven – Radiologen die mit Abstand niedrigste Umsatzrendite aus. Sie liegt bei rund 36,5%. Nervenärzte hingegen, die mit vergleichsweise geringem Ausstattungs-, Geräte-, aber auch Personaleinsatz auskommen, weisen hingegen mit 52,4% die im Vergleich höchste Umsatzrendite aus. Das erklärt auch die Spitzenpositionen der übrigen Hausärzte wie Allgemeinmediziner und Kinderärzte, deren Umsatzrendite ebenfalls an die 50%-Marke heranreicht. Eher in Richtung der 40%-Marke tendieren die gleichfalls investiven Fachgruppen wie Orthopädie und Chirurgie. Zu beachten ist, dass bei der hier vorgenommenen Berechnung der Umsatzrendite keine kalkulatorischen Kosten in Ansatz gebracht wurden und somit vor allem der kalkulatorische Unternehmerlohn nicht in den Kosten enthalten ist.

Das wirtschaftliche Risiko ist von Fachgruppe zu Fachgruppe unterschiedlich zu beurteilen. Insbesondere Radiologen tragen mit sehr aufwändiger Praxis- und Geräteausstattung ein erhebliches wirtschaftliches Risiko, das sich in entsprechenden Tilgungsleistungen für die Praxisfinanzierung zeigt. Zwar stehen diesen meist auch entsprechende steuerliche Abschreibungen entgegen, die sich bei der oben gezeigten Berechnung bereits gewinnmindernd ausgewirkt haben. Allerdings können bei einer entsprechend schlechten Praxissituation diese Abschreibungen auch zu Verlusten führen, die dann die hohen Erträge der Vorjahre schnell wieder aufzehren. Relativ große Investitionen sind auch in Praxen von Orthopäden, Augenärzten und Chirurgen erforderlich, während sich die Praxen von Hausärzten oder auch Nervenärzten eher durch ein geringes Anfangsinvestment auszeichnen.

Mit großer Sicherheit werden die ärztlichen Honorare auch in den Jahren 2008 und 2009 einen Aufwärtstrend erfahren. Allerdings ist zu beachten, dass sich die Kostensituation vor allem in einigen geräte- und personalintensiven Praxen nachhaltig ändern wird. Durch Tarifabschlüsse für Helferinnen und weiter steigende Sozialversicherungskosten wachsen die Personaleinsatzkosten. Dies betrifft vor allem die neuen Bundesländer, in denen die Helferinnenlöhne jetzt an das Westniveau angepasst werden sollen. In Praxen mit hohem Energiebedarf, also etwa bei Radiologen oder Praxen mit Teilradiologie (wie viele Orthopäden), explodieren die Energiekosten. Dasselbe gilt für viele Hausärzte vor allem auf dem Land, die einen Patienten-

Honorare, Kosten und Gewinne in Arztpraxen*.

	Honorar in €	Kosten in €	Gewinn in €	Umsatzrendite in %
Allgemeinmediziner	220.478	113.276	107.202	48,62
Augenärzte	318.218	165.285	152.933	48,06
Chirurgen	293.932	169.132	124.800	42,46
Gynäkologen	241.462	122.775	118.687	49,15
Hautärzte	234.359	127.955	106.404	45,40
HNO-Ärzte	236.409	120.835	115.574	48,89
Internisten, fachärztl.	254.535	137.867	116.668	45,84
Kinderärzte	221.594	112.271	109.323	49,33
Nervenärzte	187.428	89.288	98.140	52,36
Orthopäden	309.797	175.551	134.246	43,33
Radiologen	630.750	400.361	230.389	36,53
Urologen	269.529	142.927	126.602	46,97

*Hochrechnung 2007 (Bundesdurchschnitt), kassen- und privatärztlicher Umsatz. Bereits veröffentlichte Vorjahreswerte der HypoVereinsbank sind methodisch bedingt nicht vergleichbar
Quelle: Rebmann Research

besuch kaum noch kostenwirtschaftlich unterbringen können. Andere Praxen mit hohem Materialverbrauch wie etwa ambulant tätige Chirurgen beklagen die Preissteigerung bei Ge- und Verbrauchsmaterialien. Insgesamt stellt sich somit die Frage, welcher Anteil der Honorarsteigerungen bei den Ärzten letztlich als „Verdienst“ ankommen wird.

Ob zusätzliche Auftriebskräfte durch das GKV-WSG entstehen und auch eine Anwendung der privatärztlichen Gebührenordnung GOÄ in der GKV erlaubt sein wird, ist noch unklar. Die Vorteile dürften ohnehin – zumindest teilweise – wieder durch die neuen Basistarifversicherten in der Privaten Krankenversicherung (PKV) kompensiert werden. Ab Januar 2009 haben Bundesbürger die Möglichkeit, sich über einen „Basistarif“ in der PKV zu versichern, wobei die Abrechnung zwar nach GOÄ erfolgt, aber die niedrigeren Steigerungssätze eher zu einem GKV- als zu einem PKV-Honorar führen werden.

Versorgungsanalyse bei den wichtigsten Arztgruppen.

Innerhalb der wichtigsten haus- und fachärztlichen Berufsgruppen lassen sich hinsichtlich der Versorgungssituation noch keine größeren Verschiebungen beobachten. Bei einigen Fachgruppen lässt sich aber eine deutlich rückläufige Tendenz bei den Ärztezahlen beobachten. So nahm die Anzahl der Allgemeinmediziner im Betrachtungszeitraum (31. Dezember 2007 im Vergleich zum 31. Dezember 2006) relativ deutlich um 0,85 % ab, was einem Nettoabgang von 347 Ärzten entspricht. Auch die Anzahl der Kinderärzte (-0,33%), Gynäkologen (-0,35%), HNO-Ärzte (-0,28%) und selbst der Augenärzte (-0,52%) ging zurück. Bei den Facharztinternisten (-1,96%) könnte die Entwicklung auch durch einen Übergang in Schwerpunktdisziplinen begründet sein, der in dieser Betrachtung nicht erfasst ist. Aus Versorgungssicht schwanken somit je nach Arztdisziplin die Einwohnerzahlen pro Arzt zwischen 2.040 bei den Allgemeinmedizinern und 31.526 bei den Urologen. Auf einen Radiologen kommen gegenwärtig 30.397 Einwohner. In der ambulanten Versorgung in Deutschland gibt es generell noch viele „weiße Flecken“, d.h. unterversorgte Gebiete. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) plant daher, die Bedarfsplanung zu verfeinern und gegebenenfalls auch die Zahl der Planungsbereiche wieder zu erhöhen. So weist die gegenwärtige Systematik der Bedarfsplanung laut KBV-Statistik für Anfang 2007 im Hinblick auf die Hausärzte sogar einen Rückgang der

offenen Planungsbezirke um 11,3% binnen 24 Monaten aus. Selbst in Regionen mit geringer Versorgungsdichte (Sachsen-Anhalt, Brandenburg, Niedersachsen, Thüringen) geht die Zahl der offenen Planungsbezirke zurück, was aber offensichtlich daran liegt, dass die Erfassung meist über Landkreise hinweg erfolgt. Innerhalb der Landkreise gibt es dann aber auch Orte oder Gebiete, die deutlich über- oder auch unterversorgt sind.

Ende 2007 gab es in Deutschland 92.113 Arztpraxen, davon 73.200 Einzelpraxen und 19.013 Gemeinschaftspraxen. Dies zeigt, dass mit einem Anteil von mehr als 60 % die überwiegende Anzahl der Ärzte noch immer in einer Einzelpraxis tätig ist. Von einem Aussterben dieses Praxistyps kann daher bei einer Betrachtung des Gesamtmarktes nicht die Rede sein. Anders stellt sich aber die Situation dar, wenn man die Konzentration der ambulanten Versorgung in Ballungsgebieten oder auch in einzelnen Fachgruppen betrachtet. So weist etwa Berlin als medizinischer Ballungsraum die höchste MVZ-Dichte in Deutschland auf. Innerhalb der Fachgruppen gibt es bei den sehr investiven Fachgruppen, wie vor allem der Radiologie mit einem Anteil von 26,4 %, nur noch wenige Einzelpraxen. Auch bei den fachärztlichen Internisten überwiegt mit 54,2% bereits der Anteil der in Gemeinschaftspraxen tätigen Ärzte. Die anzahlmäßig dominierende Daseinsform der Gemeinschaftspraxen ist immer noch die Zweierpraxis.

FAZIT

Die Honorarsituation der Ärzteschaft ist insgesamt betrachtet auch im Jahr 2007 erfreulich. Es gibt allerdings deutliche fachgruppenspezifische und regionale Unterschiede. Einige Fachgruppen bekommen von dem allgemeinen Aufschwung wenig mit, andere profitieren stärker. Fachgruppenspezifische Kostensteigerungen wirken sich unterschiedlich aus, da sich die Honorarsteigerungen nicht gleichmäßig auf die Gewinne verteilen. Die Zahl der niedergelassenen Ärzte stagniert bzw. ist leicht rückläufig, während die Zahl der in MVZs oder Praxen angestellten Ärzte zunimmt. Betrachtet man die Ärztedichte in Deutschland im europäischen Kontext (vgl. Tabelle im Magazinteil), dann lässt sich feststellen, dass der Versorgungsgrad in Deutschland relativ hoch ist.

Ambulante Versorgung in Deutschland.

	Anzahl Vertrags- ärzte* 2006	Anzahl Vertrags- ärzte* 2007	Veränderung zum Vorjahr in %	Einwohner je Arzt 2007	Anteil Ärzte in Gemein- schaftspraxen 2007 in %
Allgemeinmediziner	40.689	40.342	-0,85	2.040	37,9
Augenärzte	5.210	5.183	-0,52	15.882	37,0
Chirurgen	3.758	3.796	1,01	21.685	42,5
Gynäkologen	9.710	9.676	-0,35	8.507	28,4
Hautärzte	3.272	3.283	0,34	25.073	31,7
HNO-Ärzte	3.931	3.920	-0,28	20.999	34,0
Internisten, fachärztl.*	7.492	7.345	-1,96	11.207	54,2
Internisten, hausärztl.	11.131	11.378	2,22	7.235	38,7
Kinderärzte	5.692	5.673	-0,33	14.510	34,5
Nervenärzte	4.799	4.792	-0,15	17.178	27,0
Orthopäden	5.017	5.062	0,90	16.261	40,0
Radiologen	2.613	2.708	3,64	30.397	73,6
Urologen	2.597	2.611	0,54	31.526	39,6

*Ohne angestellte Ärzte

**Fachärztliche Internisten ohne Schwerpunkt. Schwerpunkinternisten (Kardiologie usw.) nicht berücksichtigt

Quelle: Rebmann Research, auf der Basis von Daten der Bundesärztekammer, Stand 31. Dezember 2007

CHANCEN

Gegenwärtig dreht sich bei der Vergütung der ambulanten Versorgung vieles um die Frage, wie die Systeme vereinfacht werden können, ohne eine Vereinheitlichung herbeizuführen.

Angesichts des finanziellen Drucks, der aus der Koinzidenz von demographischer Entwicklung und medizinischem Fortschritt resultiert, muss die Entwicklung hin zu einem qualitätsorientierten Leistungsprinzip gehen. Trotz der Vielzahl der neuen Modelle und Vertragspartner muss das eigentliche Ziel, nämlich die Premiumversorgung auch für GKV-Patienten, im Blick behalten werden. Für den einzelnen Arzt kann die gegenwärtige Strategie daher nur lauten, sich innerhalb der gegebenen Strukturen qualitativ und quantitativ so zu positionieren, dass Alleinstellungsmerkmale entstehen und sich deutlich ein Leistungsprofil abzeichnet. Spezialisierungen und der Ausbau von Praxisbesonderheiten – am besten in Kooperation mit anderen ärztlichen und nichtärztlichen Heilberufen – werden sich langfristig auszahlen.

Strukturelle Chancen zur Optimierung der Praxissituation nutzen.

Strukturell bieten sich infolge des VÄndG für den niedergelassenen Haus- und Facharzt viele Chancen, die es in dieser Form bislang nicht oder nur eingeschränkt gegeben hat. Diese Möglichkeiten werden im Praxisalltag intensiv genutzt, eine bundesweite statistische Strukturhebung fehlt aber noch. Bislang liegen nur vereinzelte Daten für KV-Bezirke wie etwa Nordrhein vor. Dort zeigt sich eine große Neigung der Ärzte zur Gründung von Zweig- oder Filialpraxen. Immerhin wurden allein in dieser Region bis zum Frühjahr 2008 82 Anträge auf Filialpraxen genehmigt.

Ein besonders interessantes regionales Beispiel für den Strukturwandel ist – aufgrund der Ballung medizinischer Leistungen – Berlin. Hier ist zu beobachten, dass der vor gut vier Jahren beschlossene Übergang von einer Vielzahl zu nur noch einem Zulassungsbezirk zumindest nach Meinung der KV Berlin nicht zu der befürchteten „Ärztewanderung“ geführt hat. Die KV Berlin räumt zwar ein, dass mehr Ärzte Problembezirke verlassen haben, als neue hinzugekommen sind, aber die Statistik für alle Bezirke insgesamt weist eine intakte Versorgung auf.

Der Gründungsboom bei den MVZs, von denen es Ende 2007 in Berlin bereits 85 gab, gefährdet die flächendeckende Versorgung weit stärker. Berlin hat die höchste MVZ-Dichte im Bundesgebiet. Die Berliner MVZs siedeln sich offensichtlich in den besseren Stadtbezirken an und verschieben so die Kassenarztsitze aus den ärmeren Bezirken in die wohlhabenderen. Bereits 40% der MVZ-Ärzte kommen aus einem eher problematischen Bezirk, in dem sie früher eine Einzelpraxis betrieben haben. Viele Ärzte geben in Berlin also ihre Freiberuflichkeit auf und lassen sich von MVZs oder anderen Arztpraxen anstellen. In den ersten beiden Monaten des Jahres 2008 wurden in Berlin bereits 60 Angestelltenanträge genehmigt.

Wie das Beispiel Berlin zeigt, nutzen viele Ärzte die neuen Versorgungsformen dazu, um sich Standortvorteile und Marktanteile zu erschließen. Der finanzielle Risikoaspekt spielt aber offensichtlich ebenfalls eine wichtige Rolle. Der Verkauf des Praxissitzes zum Beispiel an ein MVZ und der Über-

gang in ein Angestelltenverhältnis dürfte für einige Ärzte auch deshalb lukrativ sein, weil durch ein Festgehalt die Sicherheit in einem wettbewerbsintensiven Gesundheitsmarkt wächst. Hinzu kommen viele weitere berufliche Situationen, in denen das neue Vertragsarztrecht Handlungsoptionen für den Arzt bietet, der eine Veränderung herbeiführen will. Nachfolgend sind einige Praxisbeispiele für die Aufteilung eines Praxissitzes aufgelistet:

- Eine niedergelassene Ärztin, die aus familiären Gründen nur noch teilerwerbstätig sein will, gibt einen Teil des Kassenarztsitzes an einen Krankenhausarzt ab
- Ein niedergelassener Arzt möchte sich auf Privatpatienten konzentrieren und deshalb einen Teil des Kassenarztsitzes abgeben
- Ein Krankenhaus möchte sich verstärkt um Nachwuchs kümmern und kooperiert deshalb mit älteren Ärzten, die ihren Praxissitz in das Krankenhaus verlegen und in der Folge nur noch teilerwerbstätig sind
- Ein Vertragsarzt möchte Schulden abbauen und verkauft deshalb die Hälfte des Kassenarztsitzes an ein MVZ

Selektivverträge bieten Chancen, aber auch Risiken bei Praxisbesonderheiten.

Der Hausarztzentrierte Versorgungsvertrag (HZV), wie er zum 1. Juli 2008 in Baden-Württemberg in Kraft getreten ist, führt laut KBV zunächst einmal zu einer sehr starken Pauschalierung der Leistung. Leichtere Behandlungsfälle werden deutlich begünstigt, während schwere benachteiligt werden. Dadurch stellt sich laut KBV insbesondere für Ärzte mit hohen Qualifikationen und Praxisbesonderheiten (z. B. Heimbetreuung, Prävention) die Frage nach einer angemessenen Entlohnung. Die Honorare für derartige Spezialisierungen verschwinden laut KBV quasi in einer Pauschale. Im Hinblick auf den ab 2009 kommenden morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) wird die Praxistauglichkeit des HZV bezweifelt, weil die Hausärzte in einem System mit wenigen Pauschalen weiterhin das Morbiditätsrisiko tragen. Mit der Einführung des Morbi-RSA soll das Risiko hingegen dadurch von den Ärzten auf die Krankenkassen übergehen, indem den Patienten zunächst einmal von den Ärzten Krankheitsbilder zugeordnet bzw. diese codiert

Vertragsärztliche Leistungen bei Praxisbesonderheiten (Orthopädie).

Gemeinschaftspraxis, ambulante OP, Belegarzt

Honorarerwartung je Arzt in Relation zum Durchschnitt	In %	West 2007 in €	Ost 2007 in €
Bundesdurchschnitt alle Praxen	100	222.556	206.123
Einzelpraxis	87	193.624	179.327
Gemeinschaftspraxis	118	262.616	243.225
Ambulante OPs	121	269.293	249.408
Belegarztstätigkeit	133	296.000	274.143
Honorarerwartung bei Spezialisierung			
Schmerztherapie	101	224.782	208.184
Chirotherapie	108	240.361	222.612
Phlebologie	115	255.940	237.041
Kinderorthopädie	108	240.361	222.612
Rheumatologie	110	244.812	226.735

Quelle: Rebmann Research

werden – und entsprechend unterschiedlich abzurechnen sind. Damit bergen die Pauschalen die Chance einer deutlichen Entbürokratisierung der ärztlichen Leistungserbringung. Dies wird allerdings mit dem Risiko erkaufte, dass hochwertige, spezialisierte medizinische Leistungen nicht mehr hinreichend honoriert werden. Gerade diese werden aber im EBM und damit im vorherrschenden KV-System überdurchschnittlich honoriert, wie das Beispiel für die Fachgruppe Orthopädie zeigt (siehe Tabelle S. 12).

Der durchschnittliche vertragsärztliche Honorarumsatz in der Fachgruppe Orthopädie liegt bei 223.000 Euro in Westdeutschland und 206.000 Euro in Ostdeutschland. Darin enthalten sind allerdings auch die Umsätze von Praxen mit Besonderheiten wie ambulanten Operationen, belegärztlicher Tätigkeit und orthopädischen Spezialgebieten (z. B. Chirotherapie). Rechnet man diese heraus, so ergibt sich für die „einfache“ orthopädische Einzelpraxis ein vertragsärztliches Honorarvolumen, das nur bei etwa 87 % des Bundesdurchschnitts liegt. Der vertragsärztliche Umsatz reduziert sich in diesem Fall auf 194.000 Euro in Westdeutschland und 179.000 Euro in Ostdeutschland. Besser sieht die Situation hingegen im Hinblick auf Gemeinschaftspraxen aus, die auch beim Honorarumsatz von Synergieeffekten zum Beispiel im Patientenstamm profitieren. Der vertragsärztliche Umsatzanteil eines Arztes in der Gemeinschaftspraxis ist rund 18 % höher als im Vergleich zum Bundesdurchschnitt. Je Arzt werden in Westdeutschland 263.000 Euro und in Ostdeutschland 243.000 Euro erzielt. Ein Arzt mit vielen ambulanten Operationen kann den Umsatz im Vergleich zur Einzelpraxis um rund 21 % steigern. Noch besser sieht es bei der belegärztlichen Tätigkeit aus, dank derer der Umsatz der orthopädischen Praxen in der Regel rund ein Drittel (je Arzt) höher ist als im Vergleich zum Durchschnitt. Bei dieser Betrachtung ist natürlich auch zu beachten, dass aufgrund der Praxisbesonderheiten zum Teil erhebliche Mehrkosten verursacht werden, sodass ein Mehrumsatz auch zwingend erforderlich ist.

Derartige Betrachtungen kann man nunmehr auch für bestimmte Spezialgebiete des Orthopäden wie beispielsweise die Chirotherapie anstellen. Auf diese Fachrichtung spezialisierte Praxen erzielen in der Regel einen vertragsärztlichen Umsatz, der um 8 % über den Durchschnittswerten liegt. Auch rheumatologische Schwerpunkte bringen in der Orthopädie regelmäßig ein Honorarplus von 10 %.

Insgesamt wird damit deutlich, dass die im EBM erzielbaren Fallwerte bislang von vielen Besonderheiten abhängig waren. Diese drohen durch eine verstärkte Pauschalierung verloren zu gehen. Die ärztliche Selbstverwaltung möchte diesen Gefahren offensichtlich in der Zukunft durch eine differenziertere Betrachtung der ambulanten Versorgungssysteme begegnen:

1. Auf der Ebene der Primärversorgung mit Hausärzten, Kinderärzten, Frauenärzten und Augenärzten soll der Kollektivvertrag zwischen KVen und Kassen erhalten bleiben
2. Einen Facharzt der wohnortnahen Versorgung können die Versicherten nur mit einer Überweisung aufsuchen. Die Einzelpraxis wird hier zugunsten der Gruppenpraxis bzw. des MVZ in Ballungsgebieten in den Hintergrund treten. Die Kassen können entweder Kollektivverträge oder Einzelverträge nach § 73 c SGB V mit den Leistungserbringern abschließen
3. Auf der Ebene der spezialisierten fachärztlichen, krankenhausnahen Versorgung soll der Sicherstellungsauftrag auf die Krankenkassen übergehen und der Kollektivvertrag nicht mehr gelten. Die Kassen können hier sowohl mit niedergelassenen Ärzten als auch mit Krankenhäusern Verträge abschließen. Entsprechend können die niedergelassenen Fachärzte auch auf beiden Ebenen tätig sein. Hier herrscht freier Wettbewerb und die am wirtschaftlichsten arbeitende Arztgruppe wird sich am Markt durchsetzen
Die ärztliche Selbstverwaltung ist anscheinend auch gewillt, sich teil-

weise aus den Vertragsverhandlungen zurückzuziehen und das eigene Geschäftsmodell zu ändern: In Zukunft will sie sich offensichtlich nicht mehr alleine aus Verwaltungskostenpauschalen finanzieren, sondern auch besondere Serviceleistungen einzeln abrechnen. Damit ist ein Übergang von der Abrechnungs- zur Servicegesellschaft vorgezeichnet.

Auch die Krankenkassen müssen sich in Zukunft stärker durch Zusatz- und Serviceleistungen differenzieren. Die ärztliche Versorgung gesetzlich Krankenversicherter wird dadurch zu einer Dienstleistung mit hohem Qualitäts- und Serviceanteil, z. B. erkennbar an den folgenden Merkmalen:

1. Kurzfristige Terminvergabe, kurze Wartezeiten in der Praxis und Sprechstunden auch an den Wochenenden werden in Zukunft von einigen Krankenkassen besonders honoriert werden
2. Verbessertes Service sollte sich nicht nur in der Praxisarchitektur, sondern auch in der Regelung des Krankentransports vor allem im Hinblick auf ältere Patienten widerspiegeln
3. Durch die sinkenden Verweildauern und den Kostendruck im Krankenhaus bieten sich im prä- und postoperativen Versorgungsbereich viele Chancen für kooperationsbereite niedergelassene Ärzte
4. Fernüberwachungssysteme werden einige Fachbereiche in den nächsten Jahren revolutionieren
5. Serviceleistungen sind immer mehr auch an das Praxispersonal zu delegieren, das wiederum auch besondere Qualifikationen aufweisen sollte

Eine der bundesweit größten Qualitätsoffensiven mit über 40 Programmen in der Endstufe hat die KV Bayern zum 1. Juli 2008 gemeinsam mit den Betriebskrankenkassen gestartet. Ziel ist eine medizinische Premiumversorgung für gesetzlich Versicherte. Ärzte, die die hohe Qualität ihrer Versorgung nachweisen können, sollen einen Bonus, Ärzte, die Qualitätsstandards nicht einhalten, einen Malus erhalten. Die Qualitätsoffensive betrifft rund 40 % der Fachärzte in Bayern und hat ein Honorarvolumen von 100 Millionen Euro.

Honorar ist nicht gleich Honorar.

Im Hinblick auf die niedergelassenen Ärzte sind viele Praxisbesonderheiten, Spezialisierungen und auch regionale Unterschiede zu berücksichtigen. Ärzte in Gemeinschaftspraxen erzielen in der Regel je Arzt höhere Honorarumsätze als der Einzelkämpfer in seiner Praxis. Das gilt auch für Ärzte mit Spezialausbildung oder Ärzte, die zusätzlich im Krankenhaus Betten belegen. Diese überdurchschnittlichen Honorare sind in der Regel auch durch eine längere Ausbildungszeit und größeren Ressourceneinsatz (Arztzeit, Kapital, Personal) bedingt.

FAZIT

Die Begriffe Markt und Wettbewerb haben in das Denken der Ärzte Einzug gehalten. In der bisherigen Veränderung der Marktstruktur bildet sich das aber nur ein Stück weit ab. 2009 wird die Dynamik der Strukturveränderung an Fahrt gewinnen. Weiterhin gilt es vor allem, qualitativ und quantitativ nach der richtigen Positionierung zu streben, die mittel- und langfristigen verdienten Erfolg bringen wird. Größere Einheiten – in welcher Ausprägung auch immer – sind im Hinblick auf Service und Qualitätsmanagement leistungsfähiger, können von Synergien profitieren und sind damit zukunftsfähiger. Marktanteile zu gewinnen oder sich in einer erfolgversprechenden Marktnische zu positionieren sind weiterhin vorrangige Aufgaben für die Zukunft – ebenso wie die Schärfung des eigenen Leistungsprofils. Nur auf der Basis eines erfolgreichen Wirtschaftens ist das Erbringen hochwertiger Leistungen für anspruchsvolle Patienten möglich.



WIR SIND VOM FACH. NUTZEN SIE UNSER **KNOW-HOW.**

FINANZPRAXIS

Kundenbedürfnisse kennen und ernst nehmen.

Die Veränderungsprozesse im Gesundheitswesen dauern an. Um auch auf einem Gesundheitsmarkt der Zukunft bestehen zu können, ist es wichtig, sich zu informieren und dem Wandel aufgeschlossen gegenüberzustehen. Ebenso müssen die eigenen Aktivitäten zielgerichtet ausgelegt werden, damit sich ergebende Chancen bestmöglich erkannt und genutzt werden können. In diesem dynamischen Prozess möchten wir Sie auch künftig unterstützen. So richten wir unsere Beratungstätigkeit konsequent an Ihren Bedürfnissen aus. Mit aktuellen Informationen, speziellen Ansätzen, Seminaren, hilfreichen Tools, passenden Produkten und einem umfangreichen Informationspaket halten wir für Sie ein umfassendes Angebot bereit.

Finanzpraxis – wir sind vom Fach.

Die HypoVereinsbank hat ihr komplettes Angebot für Heilberufekunden direkt auf deren spezielle Bedürfnisse ausgerichtet. Unsere rund 150 Heilberufespezialisten verfügen über langjährige Erfahrung und profunde Marktkenntnisse. Unser Angebot richtet sich an freiberuflich tätige Ärzte, Zahnärzte und Apotheker sowie an diejenigen, die eine Niederlassung planen. Für eine individuelle Beratung stehen die Heilberufeteams auch außerhalb der Banköffnungszeiten zur Verfügung. Dank eines ganzheitlichen Betreuungsansatzes für Finanzierung, Vermögen und Vorsorge im privaten wie auch im freiberuflichen Bereich fühlen sich unsere Kunden gut aufgehoben. Sie haben das sichere Gefühl, dass ihre finanziellen Angelegenheiten in guten Händen sind. Und deshalb haben sie den Kopf frei für ihre eigentliche Aufgabe – die Arbeit mit den Patienten. Unsere

Expertise im Gesundheitssektor erlaubt es uns, Finanzierungen auf die Besonderheiten des Berufsstandes auszurichten. Wichtige Brancheninformationen werden den Kunden regelmäßig zur Verfügung gestellt. Auf Veranstaltungen und Seminaren zu aktuellen Themen der Branche können unsere Kunden Kenntnisse, beispielsweise im Bereich Praxismanagement, erwerben und vertiefen. Sie erfahren frühzeitig, welche Veränderungen gesundheitspolitische Gesetze bewirken werden und wie Sie als Arzt sich darauf einstellen können. Um Ihnen die Abrechnung mit den KVen zu erleichtern, stellen wir Ihnen unseren quartalsweise erscheinenden Online-Newsletter, die HVB MedNews zur Verfügung.

Ganzheitlichkeit steht im Mittelpunkt.

Die ganzheitliche Beratung unserer Kunden ist uns wichtig. Wir decken alle Belange rund um Ihre privaten wie auch geschäftlichen Bedarfswelder ab.

Zusammen mit Ihnen erarbeiten wir eine maßgeschneiderte Finanzplanung, die darauf ausgerichtet ist, Ihre Wünsche zu erfüllen und Ihre Ziele zu erreichen. Ein systematischer und strukturierter Ansatz ist dafür Voraussetzung. Der HVB BusinessDialog ermöglicht den umfassenden Beratungsansatz im Kontext Ihrer privaten und geschäftlichen Belange, perfekt zugeschnitten auf Ihre Wünsche und die jeweilige Lebensphase.

Nach der Zusammenführung aller Komponenten erstellen wir für Sie eine individuelle Strategie. Als Ergebnis erhalten Sie eine komplette Darstellung Ihres finanziellen Status, d. h. eine Übersicht über Ihre geschäftlichen und privaten Konten, Finanzanlagen etc., inklusive aller Ihnen angebotenen Lösungsvorschläge.

Professionelle Vermögensverwaltung – spart Zeit und schafft Freiraum.

Bei uns stehen Ihnen – abhängig von Ihren Anlagezielen, Ihrer Risikoneigung und der Größe Ihres privaten Vermögens – unterschiedliche Typen der Vermögensverwaltung zur Verfügung. Mit der HVB KombiAnlage plus beispielsweise können Sie die Vorteile einer modernen Fonds-Vermögensverwaltung nutzen. Und das bereits ab einer Summe von 10.000 Euro. Bestimmen Sie die strategische Ausrichtung Ihrer Vermögensanlage selbst, indem Sie je nach Anlagementalität aus verschiedenen Depottypen auswählen. Zusätzlich können Sie Ihr Vermögen jederzeit entnehmen oder aufstocken. Zum Beispiel durch regelmäßige Sparbeträge (ab 200 Euro pro Monat). Die professionelle Verwaltung, Beobachtung der Kapitalmarktentwicklungen und notwendige Anpassung Ihres Vermögens erledigen unsere Experten für Sie. Dabei investieren sie weltweit in Anlageklassen wie Aktien und Renten oder auch in Trendmärkte, aktuelle Themen und neue Anlageformen. Das unabhängige Institut für Vermögensaufbau (IVA) hat die HVB KombiAnlage plus unter die Lupe genommen und ihr ein ausgezeichnetes Risiko-Rendite-Verhältnis bescheinigt.



Eine Auszeichnung, die die HVB KombiAnlage plus erhalten hat.

Konto und Zahlungsverkehr.

Basis einer jeden Beziehung zwischen Bank und Kunde ist das Girokonto. Wichtig ist hier, dass es sich an Ihre Erfordernisse anpasst und genau die richtigen Bestandteile bereithält – und zwar sowohl für Ihre private als auch die geschäftliche Seite. Egal ob Bankgeschäfte schnell und flexibel erledigt werden müssen oder ob nach Wegen für eine kostengünstige Abwicklung von Auslandszahlungen gesucht wird.

Ein vielfältiges Lösungspaket bietet hier die umfangreiche HVB Kontofamilie. So bildet beispielsweise das HVB WillkommensKonto Business die ideale Basis für Ihren geschäftlichen Erfolg. Denn hier können Sie Ihren individuellen Kontoführungspreis selbst beeinflussen. Eine attraktive Guthabenverzinsung von bis zu 3% p.a., eine Kreditkarte und die Online-Banking-Software zum Nulltarif runden das Angebot ab.

HVB KontoMed.

Speziell für Ihren Bedarf als Arzt bieten wir alles rund ums Konto für ein Jahr kostenfrei, wenn Sie als neuer Kunde zu uns kommen: Geschäftskonto mit 2% Guthabenverzinsung p.a., Privatkonto mit Depot (jeweils mit HVB ecKarte), Privatkonto mit Kreditkarte.

HVB ecKarte mit Motiv speziell für Heilberufe.

Dass man mit seinem guten Namen bezahlen kann, ist bereits allseits bekannt. Dass Sie als Heilberufekunde der HypoVereinsbank jetzt auch mit Ihrer eigenen ecKarte speziell für Ärzte, Zahnärzte und Apotheker zahlen können, ist neu. Ab sofort haben Sie als Kunde der HypoVereinsbank für nur einmalig 7 Euro die Möglichkeit, die Besorgungen des täglichen Lebens quasi mit dem Äskulapstab vorzunehmen. Unsere Heilberufespezialisten beraten Sie gern.



Praxisvergleichsrechner.

Die Medizinbranche insgesamt ist ein Wachstumsmarkt. Ebenfalls gewachsen sind jedoch die ökonomischen Risiken. Vielfach sinken die Praxisumsätze. Umso wichtiger ist es deshalb, zu wissen, wo die eigene Praxis steht und ob es unter den gegebenen Bedingungen Optimierungspotenzial gibt. Im persönlichen Gespräch zeigen wir Ihnen, wie sich Umsätze und Kosten der eigenen Praxis im Vergleich zum Durchschnitt der Fachrichtung darstellen. Als Arzt, Zahnarzt oder Apotheker erhalten Sie eine detaillierte Übersicht über alle Posten, aus denen sich Einnahmen und Ausgaben zusammensetzen.

Existenzgründerberatung.

Ärzte, die sich selbstständig machen wollen, finden bei der HypoVereinsbank fachlich fundierte Unterstützung, die weit mehr umfasst als die Bereitstellung eines Kredits. Unsere Heilberufespezialisten stehen Ihnen mit ihrem Know-how und ihrem Netzwerk zur Verfügung. Auf Wunsch helfen sie weiter, wenn Sie Partner suchen, die Sie in speziellen Fragen beraten. Wir können Ihnen eine passgenaue Finanzierung vorschlagen, die neben dem klassischen Kredit auch andere Finanzierungsinstrumente wie etwa das Geräte-Leasing oder die Zinssicherung beinhalten kann. Bevor Sie sich zur Übernahme oder Neugründung einer Praxis entschließen, sollten Sie einige Fragen klären:

- Welcher Standort ist der passende?
- Wie ist die Wettbewerbssituation?
- Wie hoch sind die durchschnittlichen Investitionskosten?
- Wie sollte die Finanzierung auch unter steuerlichen und persönlichen Gesichtspunkten aussehen?
- Welche Anlaufkosten fallen an?
- Bei Neugründungen: Ist das Gebiet für Neuzulassungen offen oder gesperrt?



SICHERN SIE SICH IHRE NEUEN VISITENKARTEN MIT ZAHLUNGSFUNKTION.

Die richtige Finanzierungsform wählen.

Die Wahl des richtigen Finanzierungsinstrumentes ist oft nicht einfach, denn der Erfolg einer Investition fängt bei der Finanzierung an.

Die klassische Finanzierungsvariante für mittel- bis langfristige Investitionen ins Sachanlagevermögen ist nach wie vor das HVB Bankdarlehen. Die Vertragsmodalitäten und Konditionen können auf Ihre persönlichen Bedürfnisse zugeschnitten werden. Eine dieser Gestaltungsmöglichkeiten sind variabel verzinsten Kredite, kombiniert mit einer Zinssicherung. Ein Beispiel hierfür ist der HVB ZinsCap, mit dem die Zinsentwicklung nach oben hin gedeckelt werden kann. Oder der HVB ZinsSwap, der es Ihnen ermöglicht, Ihre variablen Zinsen ins Feste zu tauschen.

In vielen Fällen ist Leasing eine sinnvolle Finanzierungsvariante. Die Vorzüge überzeugen: Eigenkapital wird nicht gebunden und vorhandene Kreditrahmen werden nicht angetastet. Zudem können Laufzeiten und andere Vertragsbestandteile an den individuellen Bedarf und die technologische Entwicklung des Wirtschaftsgutes angepasst werden. Mit der HVB Leasing haben wir ein Partnerunternehmen, das zu den erfahrensten und verlässlichsten Spezialisten auf diesem Gebiet zählt.

Was die Patienten denken.

Die Mediziner einiger Fachrichtungen sind durchaus in der Lage, dem Patienten in den Kopf zu schauen. Ob die Patienten jedoch zufrieden sind, ob sie die Praxis weiterempfehlen oder ob Misstrauen herrscht und als nebensächlich betrachtete Dinge den Gesamteindruck stören – darüber gibt die Computertomografie noch keine Auskunft. Die vielfältigen Dimensionen der Kundenbindung verdienen Aufmerksamkeit. Ziel ist es, über eine hohe Patientenzufriedenheit eine Weiterempfehlung zu erreichen – damit negative Mundpropaganda und Patientenabwanderung gar nicht erst stattfinden. Um Patienten binden zu können, muss man die eigenen Stärken und Schwächen im Vergleich zu den Wettbewerbern kennen. Regelmäßige Patientenbefragungen liefern dafür Daten aus erster Hand. Wie Sie entsprechende Daten erheben und sinnvoll auswerten, erfahren Sie von den Heilberufespezialisten der HypoVereinsbank.

Seminare.

Heute reicht es nicht mehr, einfach nur ein guter Arzt zu sein. Die wirtschaftliche Praxisführung ist unabdingbar für den Erfolg. Deshalb ist der Arzt auch als Unternehmer gefragt. Betriebswirtschaftliches Know-how und Praxismarketing sind notwendig, um sich auf ein geändertes Umfeld einzustellen. Auch Veränderungen infolge der Gesundheitspolitik machen eine permanente Neujustierung erforderlich. In unseren Seminaren sprechen Sie mit ausgewählten Insidern der Branche, die Ihnen mit gezielter Beratung und praktischen Ratschlägen zur Seite stehen. Das komplette Seminarangebot und das Anmeldeformular finden Sie im Internet unter www.hvb.de/seminare. Die Themenfelder reichen von betriebswirtschaftlichem Know-how und Praxisführung über Kooperationsmodelle bis hin zu optimaler Gestaltung der Praxisabgabe und Praxisnachfolge.

HVB MedNews.

Seit Einführung des EBM 2008 gestaltet sich die ärztliche Abrechnung zunehmend komplizierter. Um unseren Ärztekunden den Weg durch den Abrechnungsdschungel zu erleichtern, haben wir mit den HVB MedNews einen kostenlosen Online-Newsletter ins Leben gerufen, der Ihnen jeweils kurz vor Quartalsende durch aktuelle Ableitungen wertvolle Tipps und informative Hilfestellungen rund um die bevorstehende Abrechnung liefert. Die HVB MedNews können Sie kostenlos abonnieren unter www.hvb.de/heilberufe

IMPRESSUM

Herausgeber:

Bayerische Hypo- und Vereinsbank AG
Privat- und Geschäftskunden
Sederanger 5
80538 München

Autor:

Dr. Helga Frank, Branchenexpertin der HypoVereinsbank,
mit freundlicher Unterstützung von Dr. oec. Bernd Rebmann

Redaktionelle Verantwortung:

HVB Marketing Privat- und Geschäftskunden

Gestaltungskonzept:

Baader Hermes Werbeagentur GmbH

Satz:

Lettern Service M. Geraths e. K.

Litho:

Albert Bauer KG

Druck:

Druck & Medien Schreiber GmbH, Oberhaching
Printed in Germany

Wo die nächste HypoVereinsbank Filiale ist, erfahren Sie
im Internet unter www.hvb.de/filialfinder

Oder Sie vereinbaren gleich einen Beratungstermin über die
Hotline 01802 877877*, montags bis freitags von 8 bis 22 Uhr,
samstags und sonntags von 8 bis 18 Uhr.

*Nur 6 Cent/Anruf aus dem deutschen Festnetz (Stand 9/2008).

Bei Anrufen aus Mobilfunknetzen oder anderen Netzen können
abweichende Preise gelten

Wichtiger Hinweis:

Alle Inhalte dienen ausschließlich Ihrer Information und stellen
keine individuelle Empfehlung dar. Getroffene historische Aus-
sagen bieten keine Garantie für die zukünftige Entwicklung.

Alle Angaben wurden nach sorgfältig ausgewählten Unter-
lagen erstellt und erfolgen ohne Verbindlichkeit. Die Haftung wird,
soweit gesetzlich zulässig, ausgeschlossen. Nachdruck – auch
auszugsweise – ist nur mit ausdrücklicher Genehmigung der
HypoVereinsbank gestattet.

Alles über die HypoVereinsbank:

Internet www.hvb.de

E-Mail info@hvb.de