



Branchen-Steckbrief Fachärzte (mit Anhang Tierärzte)

Stärken

- Zentrale Kompetenzträger für spezialisierte Gesundheitsleistungen – Schnittstelle zur stationären Versorgung
- Vertragsarztzulassung durch Planstellen begrenzt

Schwächen

- Knappe Budgets der Kassenärztlichen Vereinigungen begrenzen nachhaltig die Einnahmen der Fachärzte, auch die PKV spricht sich für eine Öffnung der Honorarordnung aus
- Zunehmende Konkurrenz für kleine Praxen durch Medizinische Versorgungszentren sowie Krankenhäuser

Chancen

- Teilnahme an der politisch geförderten Integrierten Versorgung (IV, Vernetzung unterschiedlicher Fachgebiete und Leistungsträger des Gesundheitssystems), denn Gemeinschaftspraxen ermöglichen Kostendegression
- Angebot ärztlicher Leistungen im Selbstzahlermarkt (IGeL-Leistungen), wie Impfungen und ergänzende Krebsfrüherkennung, Gesundheitsberatung; aggressiver Verkauf kann aber das Vertrauensverhältnis zum Patienten beeinträchtigen
- Versorgungsstrukturgesetz sieht Anreize für junge Ärzte vor, die sich in strukturschwachen Gegenden niederlassen wollen

Risiken

- Tendenziell sinkender Praxiswert: abnehmender Goodwill durch nachlassende Niederlassungsbereitschaft
- Steigender Preiswettbewerb durch Selektivverträge zwischen Krankenhäusern, Praxen und Krankenkassen
- Latente Risiken aus Arzneimittelregressen: Ärzte unterliegen dem Gebot der wirtschaftlichen Arzneimittelversorgung und haften diesbezüglich; das Versorgungsstrukturgesetz sieht bei erstmaliger Überschreitung des Budgets eine Beratung durch die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung vor

Lage

- Die Versorgung mit Ärzten ist regional sehr unterschiedlich: Bedarf in ländlichen Gebieten steht weitestgehende Sättigung bei niedergelassenen Fachärzten in Ballungsräumen gegenüber; künftig ist mit freien Planungsbereichen aufgrund altersbedingter Praxisaufgaben zu rechnen
- Reform der Honorarordnung der GKV 2009 hat die Transparenz und Kalkulierbarkeit der Vergütungen leicht erhöht. Morbiditätsaspekte werden nun im Regelleistungsvolumen (RLV) berücksichtigt; seit 2012 erfolgen die Honorarzuweisungen wieder durch die regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen
- Zunehmender Kostendruck bei nur noch moderatem Wachstum – wirtschaftliche Situation besonders für Einzelpraxen wird schwieriger

Ausblick

- Der Verdrängungswettbewerb nimmt zu; der Druck zur Arbeit in einer Gemeinschaftspraxis oder MVZ steigt an
- Eine Gründung von Medizinischen Versorgungszentren über Investorenmodelle ist künftig nicht mehr möglich
- Trotz steigenden Bedarfs an Gesundheitsleistungen sind mittelfristig nur geringfügige Erhöhungen der preisbereinigten Umsätze zu erwarten
- Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung wurde im Januar 2011 beschlossen. Sie ermöglicht Kassenpatienten die Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen im EU-Ausland – im Regelfall ohne vorherige Genehmigung ihrer Krankenkasse

03 Marktanalyse

- 03 Basisfakten
- 04 Lage und Ausblick
- 04 Abrechnung
- 06 Wettbewerb
- 07 Auflagen und Gesetze
- 07 Organisationen

08 Praxisführung

- 08 Kosten
- 09 Ertragslage
- 10 Anhang: Tierärzte

Glossar

ÄK	Ärztekammer
BÄK	Bundesärztekammer
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-WSG	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
HB	Hartmannbund
IGeL	Individuelle Gesundheits-Leistungen
IV	Integrierte Versorgung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
MVZ	Medizinische Versorgungszentren
PKV	Private Krankenversicherung
QZV	Qualifikationsgebundene Zusatzvolumina
Residenzpflicht	sieht vor, dass niedergelassene Mediziner am Ort ihrer Praxis wohnen
RLV	Regelleistungsvolumen
SGB	Sozialgesetzbuch
VÄndG	Vertragsrechtsänderungsgesetz

(→)	Veränderung gegenüber dem letzten veröffentlichten Wert kleiner als ein Prozent
(↑)	Erhöhung gegenüber dem letzten veröffentlichten Wert mindestens ein Prozent
(↓)	Reduktion gegenüber dem letzten veröffentlichten Wert mindestens ein Prozent

Die **Daten des Statistischen Bundesamts** (Destatis) beziehen sich auf Unternehmen oder Einrichtungen mit einem Jahresumsatz von mehr als 17.500 €.

Marktanalyse

Basisfakten

- Für die selbständige Tätigkeit als Facharzt ist nach der Approbation eine 3- bis 6-jährige Fachausbildung zu absolvieren, deren Modalitäten in der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer geregelt ist. Nach Abschluss der Ausbildungszeit wird eine Prüfung vor der Ärztekammer abgelegt. Die Novellierung der Weiterbildungsordnung sieht vor, dass größere Teile der Ausbildung im ambulanten Bereich erfolgen sollen. Allerdings erlaubt die Beschäftigung von Assistenzärzten nur eine geringfügige Ausweitung der erbrachten Leistungen (mehr dazu s. *Abrechnung*) und demzufolge nur eine geringere Vergütung als bei Assistenzärzten im stationären Bereich.
- Niedergelassenen Ärzten** obliegt traditionell die ambulante Versorgung in Deutschland. Ärzte sind Pflichtmitglieder in den Landesärztekammern, die sich zur Bundesärztekammer zusammenschließen, sowie in den Versorgungswerken ihrer Kammern.
- Es wird zwischen **Vertrags- und Privatärzten** unterschieden. Um eine (**Kassen**)Zulassung als **Vertragsarzt** kann sich jeder Arzt bewerben, der in dem jeweiligen Zulassungsbereich in das Arztreister der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) aufgenommen wurde. Die jeweilige KV hat gemäß § 105 SGB V einen Sicherstellungsauftrag hinsichtlich der medizinischen Versorgung.
- Seit 2004 nehmen an der Versorgung auch Medizinische Versorgungszentren (MVZ) (s. Wettbewerb) teil.
- Die vertragsärztliche Versorgung gliedert sich in drei **Versorgungsbereiche**:
 - ärztliche Primärversorgung (Allgemeinmediziner)
 - allgemeine fachärztliche Versorgung (niedergelassene Fachärzte), quantitativ bedeutsamste Gruppen unter den Fachärzten sind Internisten, Frauen- und Kinderärzte
 - spezialärztliche Versorgung (Fachärzte mit tiefergehender Spezialisierung): Die spezialärztliche Versorgung stellt das Bindeglied zwischen ambulanter und stationärer Versorgung dar. Eine gesetzlich festgelegte Abgrenzung zwischen allgemeiner und spezialärztlicher Facharztversorgung existiert nicht.
- Die **Vertragsarztzulassung** unterliegt seit 1993 der **Bedarfsplanung**.

Das zum 1.1.2012 in Kraft getretene **Versorgungsstrukturgesetz**, das die Niederlassung von Vertragsärzten in ländlichen Räumen fördern soll, sieht folgendes vor:

- eine Differenzierung der Bedarfsplanung zwischen Haus- und Fachärzten; die Bedarfsplanungsregionen für Hausärzte sind nunmehr engmaschiger

Profil der Fachärzte¹

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Fachärzte (ohne Kinderärzte) 2013	75.891 (↓)
Durchschnittliches vertragsärztliches Jahreshonorar – 2010 je Vertragsfacharzt (in €) ¹⁾	195.800
Anteil der Ärzte in Berufsausübungsgemeinschaften 2013 ¹⁾	41%
Durchschnittliche Praxiskosten: Alte Bundesländer (in % Honorar)	48,1 (↓)
Durchschnittliche Praxiskosten: Neue Bundesländer (in % Honorar)	43,8 (↓)

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung KBV 2013

¹⁾ ein Vorjahresvergleich wegen einer Umstellung der Berichterstattung der KBV nicht möglich

- die Schaffung einer spezialfachärztlichen Versorgung, an der sich niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser beteiligen können
- die Unterstützung der Niederlassung in ländlichen Gebieten durch die Möglichkeit der Eröffnung von Zweigpraxen und der Verlängerung des Zeitraumes der Einstellung eines Entlastungsassistenten von 6 auf 12 Monate (z.B. nach der Geburt eines Kindes)
- die Aufhebung der Residenzpflicht
- die Förderung von Praxisenetzen (diese können innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ein eigenes Vergütungsvolumen erhalten), ggf. ergänzt um mobile Versorgungskonzepte (s. *Abrechnung*)
- die Einrichtung eines Strukturfonds: KVen und Krankenkassen können bis zu 0,1% der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung einbringen, um förderungswürdigen Landärzten Investitions- bzw. Vergütungszuschüsse zahlen zu können
- nicht besetzte Praxisplätze können durch Eigeneinrichtungen der Kommunen bzw. KVen betrieben werden
- KBV und Krankenkassen erstellen einen Katalog von Leistungen, bei denen sich Ärzte durch nichtärztliche Fachkräfte unterstützen lassen können
- zahlreiche Kompetenzen gehen auf die jeweiligen KVen über (s. *Abrechnung*).

Das Versorgungsstrukturgesetz wollte eine ausgewogene Verteilung von Arztpfaxen herbeiführen, dies würde allerdings Praxischließungen in überdurchschnittlich gut versorgten Regionen erfordern, da Kassenzulassungen unbefristet vergeben werden. Aktuelle Pläne der KVen sehen die Möglichkeit eines Aufkaufs und der Stilllegung von Kassenarztsitzen vor. In Gebieten mit Zulassungsbeschränkungen entscheiden seit Januar 2013 die Zulassungsausschüsse auf Antrag des Vertragsarztes oder seiner Erben, ob die KV den Sitz ausschreibt oder nicht. Lehnt der Zulassungsausschuss ein Verfahren ab, hat die KV dem Arzt oder seinen Erben eine Entschädigung zu zahlen.

Lage und Ausblick

- Die Ausgaben für ambulante ärztliche Versorgung nahmen in den letzten 7 Jahren nur noch schwach zu. 2012 lag der Anstieg gegenüber dem Vorjahr insgesamt bei 1,4%, davon 1,8% durch die GKV und knapp 1% durch die PKV.
- Trotz ihres seit Jahren sinkenden Anteils ist die GKV mit knapp 70% der bedeutendste Ausgabenträger. Der Finanzierungsanteil der PKV verharrt seit vier Jahren bei knapp 13%.
- Die Honorarsumme der ambulant tätigen Ärzte steigt 2014 um bis zu 800 Millionen Euro, was einem durchschnittlichen Einkommenszuwachs von rund 3% entspricht. Der Punktwert (s. Abrechnung) steigt von 3,54 Euro Cent auf 10 Euro Cent an. Bei einer gleichzeitigen Absenkung der Punktzahl pro erbrachter Leistung ist dies jedoch kostenneutral und dient lediglich einer verbesserten Übersicht.
- Auch die PKV leidet zunehmend unter der steigenden Morbidität und der steigenden Behandlungskosten ihrer Versicherten. Dies schlug sich bei der Mehrzahl der Anbieter in teilweise massiven Beitragserhöhungen nieder.
- Der zweite Gesundheitsmarkt (Selbstzahlermarkt) gewinnt zunehmend an Bedeutung. 2012 wurden gesetzlich Versicherten dreimal so viele IgeL-Leistungen (d.h. alle nicht durch die gesetzliche Krankenversicherung abgedeckten Leistungen) angeboten wie 2001. Das auf alle gesetzlich Versicherten hochgerechnete potentielle Marktvolumen beträgt rund 18 Mrd. Euro, was rund 40% der Ausgaben für die ambulante medizinische Versorgung entspricht. Der durchschnittliche Preis pro Leistung beträgt rund 70 Euro.
- Rechtliche Voraussetzung ist eine schriftliche Honorarvereinbarung mit dem Patienten

Abrechnung

Die Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung liegt in der Hand der KVen, die dafür von den Krankenkassen die erforderlichen Mittel erhalten. Die Verteilung dieser Mittel obliegt ebenfalls den KVen.

Durch das Inkrafttreten des **Versorgungsstrukturgesetzes** 2012 ist der Gesetzgeber wie bereits vor 2009 zur dezentralen **Honorarverteilung** zurückgekehrt, d.h. die KVen haben die Möglichkeit, die Honorarverteilung regional eigenständig durchzuführen, wobei einer Mengenausweitung im Rahmen des Versorgungsauftrages entgegenwirkt werden soll. Sie haben die Möglichkeit, die vor drei Jahren bundesweit eingeführte Systematik aus Regelleistungsvolumen (RLV) und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) beizubehalten oder durch eine neue Regelung zu ersetzen. Die KBV gibt lediglich den Rahmen vor, z.B. Trennung zwischen haus- und fachärztlicher Vergütung. KBV und GKV-Spitzenverband werden künftig nur noch Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Gesamtvergütung erarbeiten, im Sinne der Erarbeitung einer Empfehlung der morbiditätsspezifischen Veränderungsraten für einzelne KV-Bereiche und Festlegung der Leistungen, die außerhalb der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu festen Preisen abgerechnet werden dürfen.

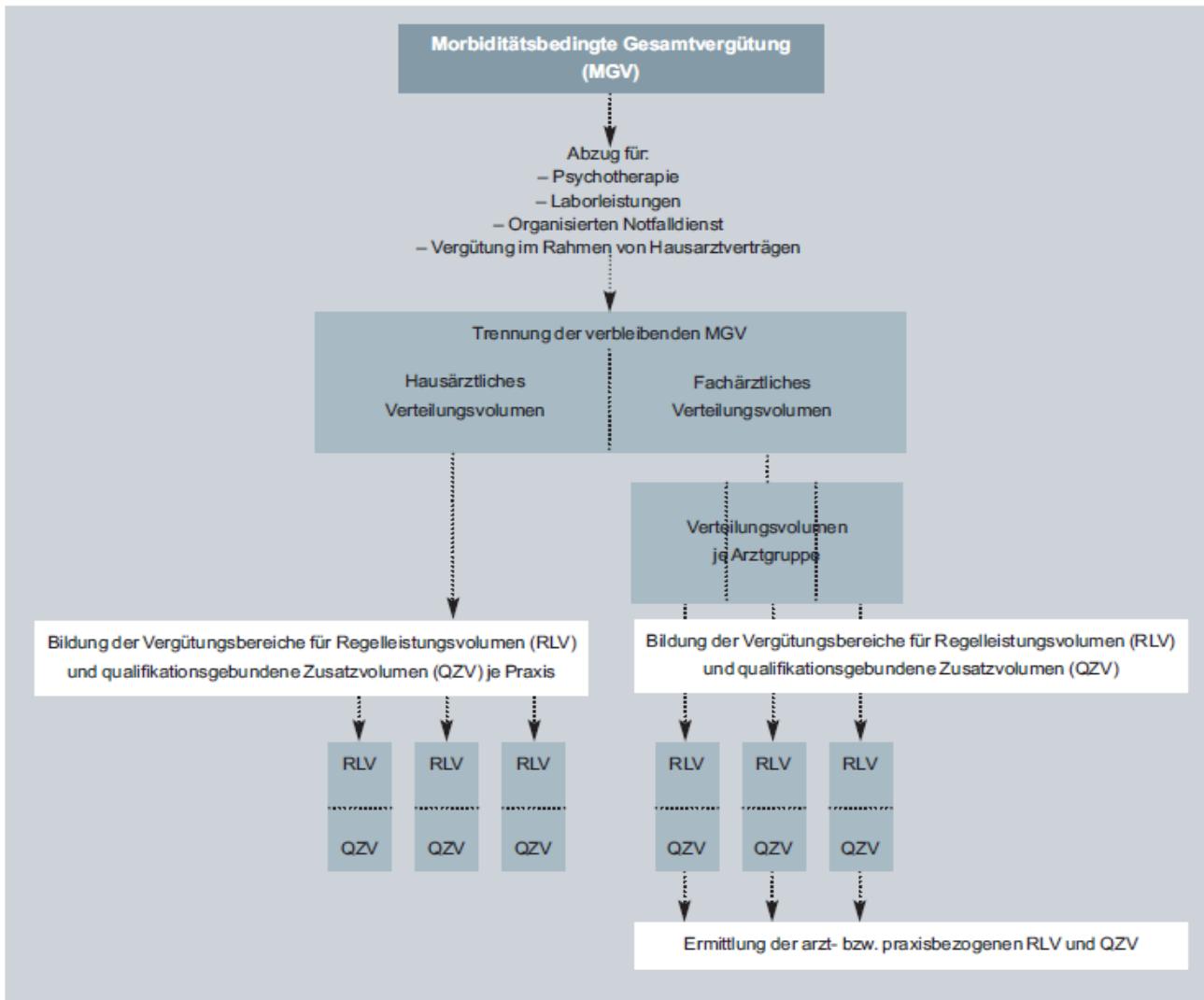
Extrabudgetäre Leistungen werden bereits ab 2012 wieder zu festen Preisen vergütet, so sind ambulante Operationen ab 2012 wieder zu festen Preisen und ohne Mengenbegrenzung möglich. Für Psychologen bleibt es weiterhin bei einem Zeitkontingent.

Zwei von zwölf KVen haben bereits in 2012 wieder auf Individualbudgets umgestellt. Die Mengenbegrenzung wird auf der Basis der tatsächlich erbrachten Leistung des Vorquartals vorgenommen. Dies ermöglicht auch die Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten. Die Mehrzahl der KVen rechnet weiterhin nach der Systematik von RLV und QZV ab, die nachfolgend dargestellt wird:

Basis der **Abrechnung mit der GKV** war vor der Möglichkeit der Einführung der Individualbudgets die Euro-Gebührenordnung, bestehend aus einem Punktwert mit festen Preisen, kombiniert mit einer Mengensteuerung.

Die Basis bildet ein jährlich festzulegendes Gesamtbudget, das sich an der Morbidität der Bevölkerung orientiert. Dieses wird getrennt nach Haus- und Fachärzten ermittelt und auch künftig getrennt fortgeführt (s. *Schaubild*).

Der Weg des Geldes: So wird die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung verteilt



Quelle: KBV

- Der Praxisinhaber hat seine Kassenleistungen nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot zu erbringen (§12 SGB V). In der Kassenabrechnung werden die Leistungen nach der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) und der Einzelleistungsvergütung (ELV) unterteilt. Innerhalb der MGV gibt es freie Leistungen ohne Mengensteuerung (z.B. ärztlicher Notdienst, Dialyse-sachkosten, Gefäßkatheder) und budgetierte Leistungen. Das Budget (Regelleistungsvolumen, RLV) ergibt sich aus historischen Fallzahlen der Praxis und durchschnittlichem Fallwert der jeweiligen Facharztgruppe. Qualitätsgebundene Zusatzvolumina (d.h. Zusatzbudgets) werden aufgrund der individuellen Qualifikation des Arztes zugewiesen (z.B. Ultraschalluntersuchungen von Hausärzten). ELV sind besonders förderungswürdige Leistungen (z.B. Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen, in einigen KVen auch Hausbesuche), die außerhalb der MGV vergütet werden. Diese Leistungen unterliegen keiner Mengenbegrenzung und Wirtschaftlichkeitsprüfung durch die Kassen.

- Auf der Basis einer Morbiditätsorientierten Gesamtvergütung, RLV und QZV wird das ärztliche Honorar somit wie folgt vergütet:

Honorarart	Vergütung
Honorare aus RLV und QZV, die innerhalb der praxisbezogenen Mengengrenze liegen	zu Preisen der Euro-Gebührenordnung (EBM)
Honorare für RLV und QZV-Leistungen, die die praxisbezogene Mengengrenze überschreiten	zu niedrigeren Preisen gemäß Abstaffelungsregelung
Honorar für ELV-Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (z.B. Früherkennungsuntersuchungen)	zu Preisen der Euro-Gebührenordnung

- Für Leistungen, die das RLV und QZV übersteigen, erfolgt nur eine anteilige Vergütung (Mengenbegrenzung):

durchschnittliche Fallzahl der Fachgruppe (~100%)	Vergütung zu
< 150 %	100%
≥ 150 %	75%
≥ 170%	50%
≥ 200 %	25%

- Praxisbesonderheiten (z.B. Alter der Patienten, Anteil von Chronikern) können zusätzlich berücksichtigt werden. Für Existenzgründer gilt bei allen KVen eine Jungarztregelung.
- Rechnungen für **Privatpatienten/gesetzlich Versicherte mit privater Zusatzversicherung** unterliegen keinem Wirtschaftlichkeitsgebot und keiner Mengenbegrenzung. Sie werden direkt mit dem Patienten nach der **Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet**, die noch in dieser Legislaturperiode reformiert werden soll. Honorarabschläge und Öffnungsklauseln werden zwar abgelehnt, jedoch sollen die Multiplikatoren von den behandelnden Ärzten künftig detaillierter begründet werden. Der Arzt darf die Abrechnung der Leistungen auf das 2,3-fache des in der GOÄ festgelegten Satzes steigern, ohne dass dies einer vorherigen Zustimmung des Patienten bedarf. Ärzte haben aufgrund des Behandlungsvertrages einen Vergütungsanspruch, unabhängig vom Versicherungsstatus des Patienten. Trotzdem gehen die meisten Ärzte dazu über, die mögliche Kostenertstattung in der Abrechnung zu berücksichtigen, um Erstattungsprobleme zu vermeiden. Für neue medizinische Verfahren werden derzeit Abrechnungsempfehlungen von einem Bewertungsausschuss aus Vertretern der Krankenkassen und der Bundesärztekammer im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht. Diese sind jedoch für die privaten Krankenversicherungen nicht bindend, sodass häufig Erstattungsprobleme auftreten. Seit 2009 müssen die privaten Krankenversicherungen einen Basis tarif anbieten, dessen Vertragsleistungen in Art und Umfang denen der Gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen. Es besteht, wie in der GKV ein Annahmezwang.

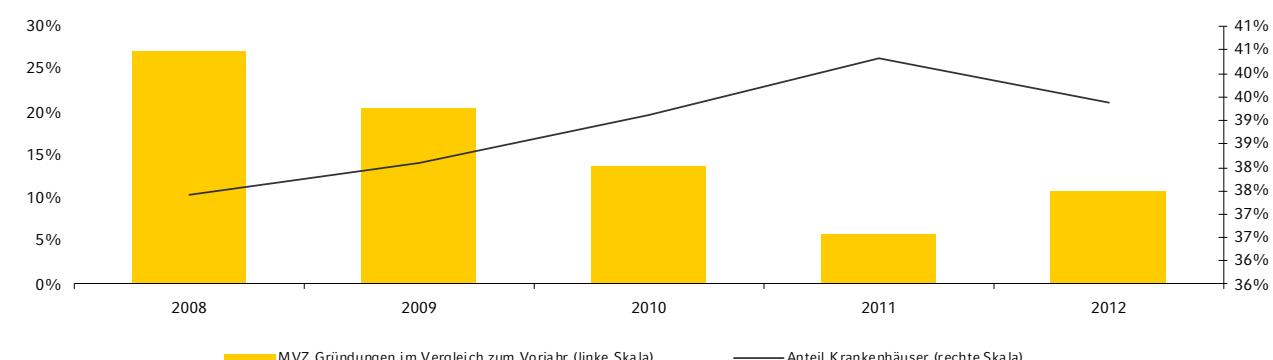
Wettbewerb

Seit Inkrafttreten des **GKV-Modernisierungsgesetzes** (2004) und des **Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes** (2007) kann die ambulante vertragsärztliche Versorgung auch durch **Medizinische Versorgungszentren (MVZ)** vorgenommen werden.

Der Trend zur Gründung von MVZ ist ungebrochen. Die Wachstumsdynamik hatte sich nach 2009 stark abgeschwächt, nahm aber 2012 wieder etwas Fahrt auf. Knapp 40% der MVZ werden von Krankenhäusern gegründet, die sich dadurch Einweisungen sichern wollen.

- Durchschnittlich sind je MVZ sechs Ärzte beschäftigt. Die Beschäftigung im Angestelltenverhältnis überwiegt. Die Anzahl der Vertragsärzte in MVZ ist 2012 wieder angestiegen. Am häufigsten vertretene Fachgruppen sind Hausärzte, fachärztlich tätige Internisten und Chirurgen.
- Eine MVZ-Gründung im Rahmen eines Investorenmodells ist künftig nicht mehr möglich, die Geschäftsanteile dürfen nur noch von zugelassenen Ärzten oder Krankenhäusern gehalten werden.
- Wesentliche Zulassungsvoraussetzungen sind:
 - freie Arztsitze für die im MVZ vorgesehenen Fachrichtungen (auch MVZ unterliegen der Bedarfsplanung – freie Arztsitze in MVZ müssen aus diesem Grund innerhalb von sechs Monaten nachbesetzt werden)
 - mindestens zwei Fachrichtungen müssen vorhanden sein
 - alle beteiligten Ärzte arbeiten an einem Standort
 - die Leitung erfolgt durch einen im MVZ arbeitenden angestellten- oder Vertragsarzt
- Zulässige Rechtsformen sind: Personengesellschaft (GbR oder Partnerschaftsgesellschaft), eingetragene Genossenschaft und GmbH

Gründer von Medizinischen Versorgungszentren: Krankenhäuser nach wie vor stark vertreten



- Vor allem in Regionen mit hoher Einwohnerdichte (Groß- und Mittelstädten) entsteht bei niedergelassenen Fach- und Hausärzten eine starke Konkurrenz durch MVZen. Auch Krankenhäuser dürfen ambulante Dienste anbieten, besonders in strukturschwachen Gebieten wird dies praktiziert.
- In einzelnen Gebieten gibt es bereits ausgeprägte Konsolidierungstendenzen. Als Beispiel sei die Labormedizin angeführt. Hier sind bereits große Einheiten entstanden, die sich gegenüber den Sparzwängen im Gesundheitswesen durch die Erzielung von Skaleneffekten behaupten.
- Weitere Konkurrenz für Facharztpraxen besteht in der zunehmenden **Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen im Ausland**. In der EU besteht ohne vorherige Genehmigung der Krankenkasse das Recht auf freie Arztwahl.

Auflagen und Gesetze

- Die **Musterberufsordnung** der Bundesärztekammer stellt eine umfassende Empfehlung an die Landesärztekammern dar und regelt die Berufsausübung und Patientenrechte (z.B. Aufklärungspflicht, Schweigepflicht, Dokumentation von Diagnose und Therapie, Fortbildung und Qualitätsmanagement). Einige der genannten Aspekte sind parallel auch im **Sozialgesetzbuch (SGB)** geregelt.
- Die Einführung der **elektronischen Gesundheitskarte (eGK)** ist nach § 291a SGB V gesetzlich vorgeschrieben. Ziel ist die Vernetzung von Ärzten, Apotheken und Krankenhäusern. Verpflichtend vorgesehen ist die Erfassung der Stammdaten (mit Bild des Versicherten) sowie Rezepte in elektronischer Form. Die Speicherung einer elektronischen Patientenakte ist nach derzeitiger Gesetzeslage eine freiwillige Zusatzfunktion. Im November 2009 wurde aufgrund der ablehnenden Haltung der Ärzte im Wesentlichen im Hinblick auf die Datensicherheit ein vorläufiger Stopp verhängt. Im Sommer 2013 verfügten die meisten Versicherten zwar über eine eGK. Eine Online-Kommunikation hierüber findet aber immer noch nicht statt.
- Das **Vertragsrechtsänderungsgesetz (VÄndG, Januar 2007)** führte zu folgenden Neuerungen für Vertragsärzte:
 - ärztliche Tätigkeit auch im Krankenhaus und im Rahmen von maximal zwei Zweigpraxen erlaubt
 - Einstellung von drei bis vier Ärzten möglich (zuvor eine Ganztagskraft oder zwei Halbtagskräfte)
 - Einführung einer Teilzulassung, die sich auf die Hälfte einer hauptberuflichen Tätigkeit beschränkt
 - Aufhebung der Altersgrenze für die vertragsärztliche Erstzulassung
 - keine Altersbegrenzung für vertragsärztliche Tätigkeit in unversorgten Gebieten
 - Berufsausübungsgemeinschaften zwischen allen Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung, auch über KV-Grenzen hinweg, erlaubt

- Gründung von Medizinischen Versorgungszentren wurde erleichtert
- Das **Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG, April 2007)** hatte durch die folgenden Neuregelungen Auswirkungen auf die Fachärzte:
 - ambulante Behandlung für Krankenhäuser erleichtert: Krankenhäuser dürfen bei hochspezialisierten Leistungen, bei seltenen Erkrankungen und bei besonderen Krankheitsverläufen Verträge mit Krankenkassen abschließen, ohne dass ein Vertragsarzt an der Integrierten Versorgung teilnimmt
 - die gesetzlichen Krankenkassen müssen Wahltarife für verschiedene Versorgungsformen anbieten (Integrierte Versorgung, Disease-Management-Programme und hausärztliche Versorgung).
 - zusätzlich zum Kollektivvertrag zwischen GKV und Kassenärztlicher Vereinigung (KV) besteht für Ärzteverbände die Möglichkeit, für ihre Mitglieder Selektivverträge abzuschließen.
 - seit Januar 2009 müssen die Privaten Krankenversicherungen einen Basistarif für alle Neukunden und freiwilligen Versicherten anbieten. Eine Gesundheitsprüfung darf nicht verlangt werden. Die Erhebung von Risikozuschlägen ist nicht gestattet. Die Vergütung fachärztlicher Leistungen erfolgt zum 1-1,2 fachen Satz der GOÄ.
- Die **Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung** ermöglicht Kassenpatienten die Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen im EU-Ausland ohne vorherige Genehmigung ihrer Krankenkasse. In Sonderfällen soll eine Genehmigungspflicht jedoch bestehen bleiben, wenn das nationale Krankenhausystem oder die Sozialversicherungen andernfalls schädliche Patientenverluste erleiden würden. Den Krankenkassen entstehen durch die neue Richtlinie keine Mehrkosten. Sie sind nur verpflichtet, die gleichen Gesundheitskosten wie im Inland zu erstatten.
- Das **Versorgungsstrukturgesetz (VStG)** wurde bereits unter den Punkten „Basisfakten“ und „Abrechnung“ vorgestellt.

Organisationen

ÄK – Ärztekammern sind die Träger der berufsständischen Selbstverwaltung der deutschen Ärzte und fungieren als Körperschaften des öffentlichen Rechts. Jeder Arzt ist Pflichtmitglied der Ärztekammer des Bundeslandes, in dem er seine ärztliche Tätigkeit ausübt bzw., falls er keine ärztliche Tätigkeit ausübt, seinen Wohnsitz hat.

BÄK – Bundesärztekammer: die Arbeitsgemeinschaft der 17 Landesärztekammern vertritt die berufspolitischen Interessen der Ärzte. Unmittelbare gesetzliche Aufgaben gibt es im Rahmen der Qualitätsicherung sowie der Transplantationsgesetzgebung. Es besteht Pflichtmitgliedschaft für alle Ärzte.

<http://www.bundesaerztekammer.de>

Berufsverbände/Fachgesellschaften: Fachärzte sind in fachgruppenpezifischen Berufsverbänden organisiert, wie dem Bund Deutscher Internisten (größter europäischer Fachärzteverband) oder in wissenschaftlichen Fachgesellschaften, wie der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V.). Die Fachgesellschaften sind für die wissenschaftliche Forschung zuständig.

HB – Hartmannbund: Ältester ärztlicher Verband, konzentriert sich primär auf die Interessenvertretung der niedergelassenen Ärzte gegenüber staatlichen Stellen und ärztlichen Körperschaften.

G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss: Oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland, das in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der GKV festlegt und Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung bestimmt.

KBV/KV – Kassenärztliche Bundesvereinigung: Mitglieder der KBV sind die 17 Kassenärztlichen Vereinigungen, in denen jeder zugelassene Kassenarzt pflichtgemäß ordentliches Mitglied ist. Die KBV stellt die ambulante medizinische Versorgung der sozialversicherten Patienten sicher und haftet gegenüber der GKV, dass die ärztlichen Leistungen ordentlich erbracht werden.

<http://www.kbv.de>

Praxisführung

Kosten

- Die Betriebsausgaben einer Praxis spreizen im gesamten Bundesgebiet zwischen 46 bis 60% (2013) der Praxiseinnahmen. Hierbei handelt es sich nahezu vollständig um Fixkosten, hauptsächlich Personal- und Mietaufwendungen. Praxen in den Neuen Bundesländern, die in der Vergangenheit eine günstigere Kostenstruktur hatten als ihre niedergelassenen Kollegen holen zunehmend auf. Besonders gilt dies für den Bereich der Perso-

nalkosten. Diese bewegten sich 2013 in den Alten Bundesländern im Durchschnitt bei rund 23 % des Praxishonorars und lagen in Ostdeutschland nur knapp darunter. Arztpraxen in den Alten Bundesländern hatten 2013 Personalkostensteigerungen von durchschnittlich 2,9% hinzunehmen, denen bei Einzelpraxen keine entsprechenden Skaleneffekte gegenüberstehen. Dies konnte auch durch leichte Rückgänge bei der Mehrzahl der Aufwandspositionen nicht überkompensiert werden. Daneben werden Innovationsdruck und Aufwendungen für Qualitätssicherung sowie steigende Versicherungsprämien – vor allem für belegärztlich tätige Gynäkologen - den Kostenanstieg weiter vorantreiben.

- Je behandeltem Patienten und Quartal erhält der Arzt ein Budget für Medikamente, Verbandmaterial und Heilmittel. Daraus errechnet sich die jährliche Richtgrößensumme der Praxis. Die Einhaltung der Richtgrößensumme wird jährlich durch eine Prüfstelle, die von der KV Berlin und den Verbänden der Krankenkassen gegründet wurde, kontrolliert. Bei einer Überschreitung um 15% wird das Verordnungsverhalten des Arztes überprüft. Bei einer Überschreitung um mehr als 25% droht ein Regress, sofern die Überschreitung nicht durch Praxisbesonderheiten gerechtfertigt ist. Dieser konnte in der Vergangenheit leicht 5- bis 6-stellige Größenordnungen annehmen. Das Versorgungsstrukturgesetz entlastet die Ärzte durch eine Beratung bei einer erstmaligen Überschreitung der Richtgrößenwerte um 25%.
- Die Anzahl der Regressverfahren im Arzneimittelbereich war in der jüngsten Vergangenheit deutlich rückläufig. Der Grund hierfür ist, dass durch die Rabattverträge, von denen bis zu 70% der Aufwendungen für verordnete Arzneimittel erfasst sind und deren Höhe nur der Hersteller und die jeweilige Krankenkasse kennen, die tatsächlichen Verordnungskosten und somit der der GKV entstandene „Schaden“ nicht korrekt ermittelt werden kann.

Kostenstruktur nach Facharztgruppen: Kostenstrukturen in den Alten und Neuen Bundesländer gleichen sich an:

Anteil an Praxiseinnahmen aus vertrags- und privatärztlicher Tätigkeit 2013, in Prozent

	Personalkosten		Raumkosten		Praxisbedarf		Fin.kosten/Abschreibungen		sonstige Kosten		Summe	Kosten
	West	Ost	West	Ost	West	Ost	West	Ost	West	Ost	West	Ost
Augenheilkunde	21,4	22,2	8,5	5,6	6,0	4,9	5,9	3,0	11,0	10,9	52,8	46,6
Chirurgie	21,4	26,8	9,9	8,4	5,6	4,0	7,7	6,0	15,3	14,9	59,9	60,1
Dermatologie	20,9	21,1	6,0	7,7	2,9	3,0	7,0	5,0	12,3	11,3	49,1	48,1
Gynäkologie	22,5	20,2	5,9	7,4	3,6	3,1	4,1	4,9	12,2	12,2	48,3	47,8
HNO	23,4	22,1	8,4	5,7	1,0	1,4	6,3	4,1	14,8	12,6	53,9	45,9
Innere Medizin	24,9	21,6	7,0	6,5	1,9	1,9	5,1	4,0	14,0	11,3	52,9	45,3
Orthopädie	24,5	24,3	8,2	9,2	6,2	4,3	5,7	5,0	12,6	14,2	57,2	57
Urologie	24,5	21,7	9,9	5,8	5,9	3,3	6,9	4,6	12,9	12,4	60,1	47,8

Quelle: Nilaplan 2014

Ertragslage

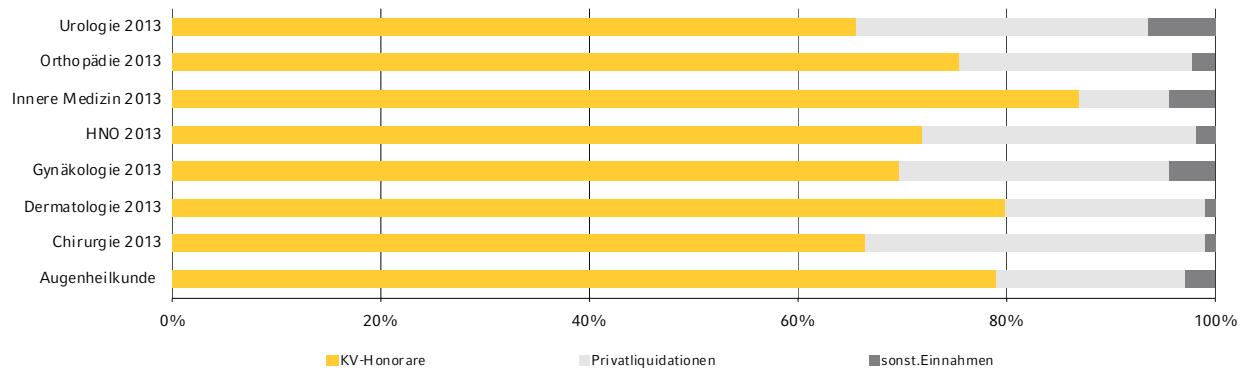
- Der Anteil der GKV-Honorare ist bei den einzelnen Facharztgruppen 2013 weiter zurückgegangen, wobei die Rückgänge in den Alten Bundesländern teilweise zweistellige Größenordnungen aufwiesen. Sie dominieren aber nach wie vor das fachärztliche Einkommen.
- Die Bedeutung der Privatliquidationen für das fachärztliche Einkommen hat somit weiter zugenommen und ist für Fach-

arztpraxen teilweise ertragsbestimmend obwohl nur knapp 10 Prozent der Bevölkerung privat krankenversichert sind. Allerdings häufen sich die Meldungen über eine sich verschlechternde Zahlungsmoral von Privatpatienten bzw. Forderungsausfällen.

- Seitens der PKV und sind bereits seit längerer Zeit Bestrebungen zu konstatieren, Öffnungsklauseln in den Gebührenordnungen durchzusetzen.

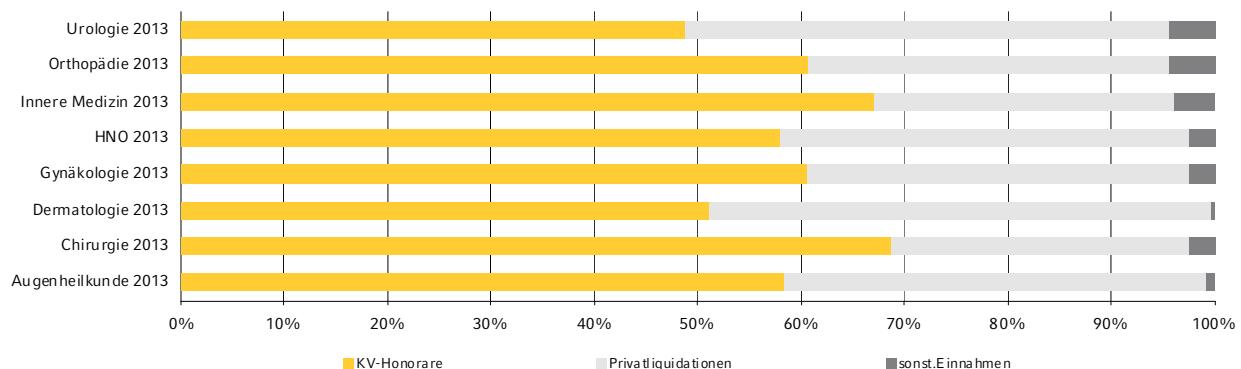
Privatliquidationen.....

Honorarstruktur ausgewählter Facharztgruppen in den NBL



.....zunehmende Bedeutung für den Praxiserfolg

Honorarstruktur ausgewählter Facharztgruppen in den ABL



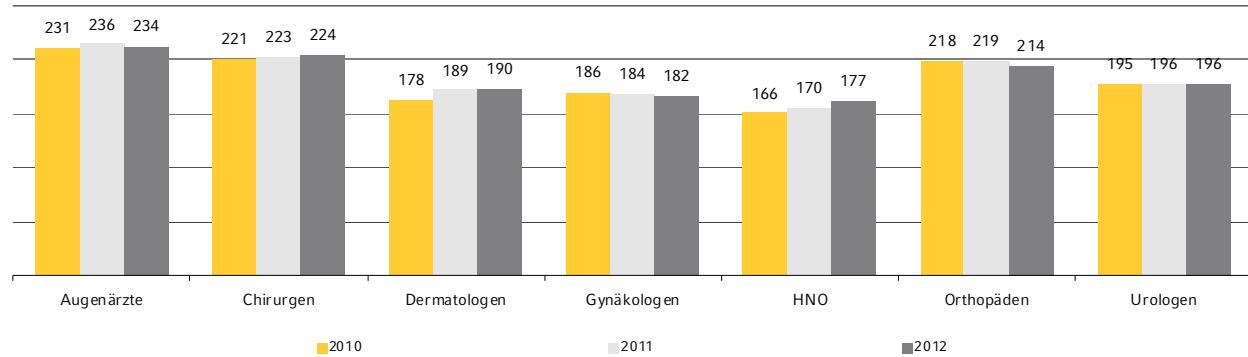
Quelle: Nilaplan 2014

- Die Mehrheit der betrachteten Facharztgruppen verzeichnete 2012 stagnierende Einkommen aus vertragsärztlicher Tätigkeit,

nach einem moderaten Anstieg im Vorjahr, in Teilbereichen waren die Einkommen allerdings auch rückläufig.

Facharzthonorare aus vertragsärztlicher Tätigkeit: nur moderate Steigerung

Durchschnittliche Jahreshonorare ausgewählter Facharztgruppen in T Euro



Quelle: KBV Honorarbericht 2013

- Die Spreizung fachärztlicher Einkommen ist sehr hoch. Der Anteil unterdurchschnittlich verdienender Fachärzte hat in den letzten fünf Jahren um rund 10 % zugenommen.
- Insgesamt lastet auf den Fachärzten ein hoher Wettbewerbsdruck, ausgelöst durch die hausarztzentrierte Versorgung (gem.

§ 73 b SGB), der weiter zunehmenden Anzahl von MVZ und dem stationären Sektor, der, unabhängig vom aktuellen Bedarf, die fachärztliche Versorgung übernehmen kann.

Reinertrag und verfügbare Einkommen aus vertragsärztlicher Tätigkeit nach Facharztgruppen 2012 (gesamtes Bundesgebiet):

Große Spreizung fachärztlicher Einkommen

	Augenärzte	Chirurgen	Gynäkologen	HNO	Dermatologen	Orthopäden	Urologen
Durchschn. Honorar je Arzt ¹ (T€)	234,0	223,0	182,2	176,8	190,0	214,0	195,6
Anteil Praxiskosten am Honorar (%)	52,8	59,9	48,3	53,9	49,1	57,2	60,1
Anteil Praxiskosten am Honorar (T€)	123,6	133,6	88,0	95,3	93,3	122,4	117,6
Durchschn. Reinertrag (T€)	110,4	89,4	94,2	81,5	96,7	91,6	78,0
./. 30% Einkommensteuer	33,1	26,8	28,3	24,5	29,0	27,5	23,4
./. 20% Ausg.f. Altersvorsorge, Krankenversicherung	22,1	17,9	18,8	16,3	19,3	18,3	15,6
Verfügbares Einkommen (T€)	55,2	44,7	47,1	40,8	48,4	45,8	39,0

Quellen:¹ KBV 2013, Nilaplan 2014, es wird angenommen, dass Kredittiligungen und Re-Investitionen aus der Afa erbracht werden

- Einzelpraxen, die sich nicht durch eine Spezialisierung oder Zusatzangebote hervorheben, werden vor allem in Ballungsräumen Probleme haben, gegen die sich zunehmend etablierenden MVZ konkurrieren zu können. Zunehmende Bedeutung erhält daher das Angebot von IGel-Leistungen, die allerdings derzeit sehr stark in die Kritik geraten sind. Die meisten fachärztlichen IGel-Leistungen werden derzeit von Gynäkologen und Augenärzten angeboten.
- Der Druck zur effizienten Praxisführung wird weiter ansteigen und die Konsolidierung unter Facharztpraxen weiter vorantreiben.
- Im Rahmen der Sicherstellung der medizinischen Versorgung wird derzeit diskutiert, je nach Versorgungslage Zulassungen nur noch befristet oder als Teilzulassungen zu erteilen, bzw. Zulassungen durch die KVen aufzukaufen. Unabhängig davon bleibt die Besetzung von Arztpraxen im ländlichen Bereich häufig aufgrund einer Überalterung der Bevölkerung und anhaltender Wohnsitzverlagerung in Ballungsgebiete schwierig und aus der Sicht des Gründers oder Käufers einer Arztpraxis risikoreich.

Anhang: Tierärzte

Basisfakten

Profil Tierärzte 2013	
Anzahl tierärztlich tätige Personen	27.881 ↑
davon in:	
Einzelpraxen	9.036↑
Gemeinschafts-/Gruppenpraxen	2.902 →
Anzahl Nutztierpraxen	1.182 ↓
Anzahl Kleintierpraxen	5.949 ↑
Anzahl Klein-/Nutztierpraxen	4.807 →
Umsatz je Praxis 2012 (T€)	272 ↑

Quellen: Destatis 2014, Bundestierärztekammer

- Das Berufsbild des Tierarztes umfasst das Heilen und die Verhütung von Krankheiten sowie die Erhaltung eines leistungsfähigen Tierbestandes. Die Arbeitsmöglichkeiten im Veterinärwesen reichen von einer freiberuflichen Tätigkeit als niedergelassener Tierarzt, Arbeit in Verwaltung, Wirtschaft und Lehre bis hin zum Einsatz bei der Bundeswehr.
- Der Betrieb einer Tierarztpraxis ist mit der jeweiligen Landestierärztekammer abzustimmen, unterliegt jedoch keiner Genehmigungspflicht. Die Niederlassung als Tierarzt verpflichtet zur Mitgliedschaft bei der jeweiligen Landestierärztekammer sowie zur Mitgliedschaft in einem der berufsständischen Versorgungswerke des jeweiligen Bundeslandes. Letztere ist auch für angestellte Tierärzte als Alternative zur gesetzlichen Rentenversicherung möglich.
- Rund 45% der tierärztlich Tätigen praktizieren als niedergelassene Ärzte, die überwiegende Mehrheit (80%) im Rahmen einer Einzelpraxis. Rund ein Viertel der niedergelassenen Veterinäre geht einer Nebentätigkeit nach (Schlachttier- und Fleischbeschau/instrumentelle Besamung). Überwiegend betrifft dies die Nutztierpraxen deren Anteil an den niedergelassenen Tierärzten in der letzten Dekade um rund 6 Prozentpunkte auf 10 Prozent zurückgefallen ist.
- Die Anzahl der Tierarztpraxen hat demgegenüber im gleichen Zeitraum um 13 Prozent zugenommen, getrieben von Neugründungen von Kleintierpraxen, die mittlerweile rund die Hälfte aller Tierarztpraxen darstellen. Dies stellt auch einen Reflex auf die schlechte Arbeitsmarktlage für Tierärzte dar.
- Mehr als die Hälfte aller Tierärzte verfügt über mindestens eine von 43 möglichen fachärztlichen Spezialisierungen. Am bedeutsamsten sind Fachärzte für Pferde, Schweine, Rinder und öffentliches Veterinärwesen.

Lage und Ausblick

- Rund 68 Prozent der Tierarztpraxen sind Klein- oder Kleinstpraxen mit Umsätzen von maximal 25.000 Euro p.a.
- Der Bestand der für Kleintierpraxen relevanten Hunde, Katzen und Kleintiere hat in den letzten Jahren nur schwach zuge-

nommen und war 2013 sogar rückläufig. Dies lässt keine signifikante Steigerung der Nachfrage nach tierärztlichen Leistungen in Kleintierpraxen erwarten.

- Vor allem in Großstädten ist bereits eine weitgehende Marktsättigung zu verzeichnen.
- In den nächsten 5 bis 6 Jahren werden rund 10 Prozent der Tierärzte (4.000 Tierärzte) ins Rentenalter kommen. Aufgrund des ungebrochenen Interesses an diesem Studiengang werden jedoch in diesem Zeitraum rund 6.000 Studenten die Hochschule verlassen. Dies lässt erwarten, dass die Überkapazitäten gerade im Bereich der medizinischen Versorgung von Kleintieren weiter ansteigen.
- Die Produktivität in der Landwirtschaft ist durch Zuchtfortschritte und verbessertes Stallmanagement/technischen Fortschritt in der Landwirtschaft stark gestiegen und hat zu einem Strukturwandel in der Landwirtschaft (Rückgang der Betriebe bei steigender Betriebsgröße und integrierter Produktion über die gesamte Wertschöpfungskette) geführt.
- Steigende Pachtpreise für Weideland wegen zunehmender Nutzung der Flächen für Bioenergie bzw. Flächenversiegelung werden den Strukturwandel weiter vorantreiben. Vor dem Hintergrund der häufig lokalen Konzentration der Nutztierhaltung wird die Spezialisierung von Tierärzten ebenfalls zunehmen.
- Etwa zwei Dutzend Großtierpraxen versorgen derzeit die deutschen Massentierhalter mit rund 30.000- 50.000 Milchkühen. Für die tierärztliche Betreuung der Landwirte mit 100 bis 200 Kühen sind 200 bis 500 Veterinärpraxen ausreichend. Rund 80% der in Deutschland gehaltenen Schweine werden aktuell von 200 bis 300 Tierarztpraxen betreut. Die Erfahrungen im benachbarten Ausland lassen eine weitere Zunahme der Konzentration erwarten.
- Die Entwicklung der Anzahl der Nutztiere (Stagnation bei Rindern, nur moderater Anstieg bei Schweinen) sowie die Konzentration unter den Tierhaltern lässt die Überkapazitäten unter den Nutztierpraxen ansteigen. Rund 20% der Nutztierpraxen sollen in den nächsten Jahren geschlossen oder verkauft werden.
- Auch die Konzentrationsprozesse in der Fleischverarbeitung werden letztlich einen deutlich geringeren Bedarf an Tierärzten in der Nutztierbetreuung nach sich ziehen.
- Es wird erwartet, dass sich der Fleischkonsum in den nächsten Jahren negativ entwickelt und die Verschiebung der Nachfrage von Rotfleisch (Rind, Schwein, Schaf) zu Weißfleisch (Geflügel) zunehmen wird. Dadurch werden Arbeitsplätze in der Nutztierpraxis entfallen, während im Geflügelbereich durch die bereits jetzt hohe Spezialisierung der Tierärzte kaum neue entstehen werden.

Auflagen, Gesetze

Berufsordnungen der jeweiligen Bundesländer, Bundestierärztekodex, Arzneimittelgesetz, Verordnung über tierärztliche Hausapo-

theken, Arzneimittelverschreibungsverordnung, diverse Tierseuchenverordnungen

Organisationen

Bundes- und Landestierärztekammern (letztere erlassen Weiterbildungsverordnungen), Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit, Paul-Ehrlich-Institut

Praxisführung

Kosten

Den größten Kostenblock bilden die Ausgaben für Medikamente und Labor. In Höhe von rund 10% sind hierin allerdings Handelswarenbestände zur Abgabe an die Tierhalter enthalten.

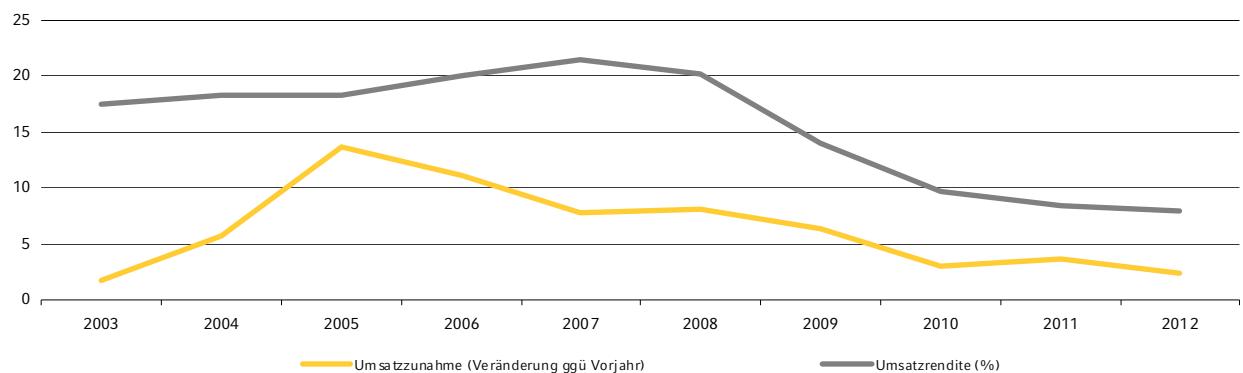
Ertragslage

Die Einnahmen setzen sich aus selbständiger tierärztlicher Tätigkeit und Erträgen aus Medikamentenabgabe zusammen. Die Abrechnung erfolgt nach der Gebührenordnung für Tierärzte (vom 30.6.2008). Die Gebührenordnung stellt eine Mindestvergütung dar, die Sätze dürfen nicht unterschritten werden. Die Höhe der jeweiligen Gebühr bemisst sich nach den Umständen des Einzelfalles auf das 1- bis 3-fache des jeweiligen Gebührensatzes. Allgemeine Praxiskosten sowie die Anwendung von Instrumenten und Apparaten sind mit der Gebührenordnung abgegolten.

Die mengenmäßige Nachfrage nach tierärztlichen Leistungen hat seit fünf Jahren nur noch schwach zugenommen. Seit drei Jahren wird dies auch nicht mehr durch stärker steigende Preise überkompensiert. Dies zeugt von einem gestiegenen Kostenbewusstsein der Tierhalter.

Vor allem das Gros reinen (Einzel-)Kleintierpraxen erwirtschaftet unzureichende Praxiseinkommen.

Ertragslage im Veterinärwesen: flacherer Wachstumspfad



Quelle: Destatis: 2014

Industries Research

Diese Ausarbeitung wurde von der Commerzbank AG, Frankfurt am Main, bzw. den in der Ausarbeitung genannten Konzerngesellschaften ("Commerzbank") erstellt und herausgegeben. Diese Ausarbeitung richtet sich an den professionellen und institutionellen Kunden. Der Ausarbeitung liegen Daten bzw. Informationen zu Grunde, die die Commerzbank für verlässlich hält. Für die Richtigkeit bzw. Genauigkeit der Daten übernimmt die Commerzbank jedoch keine Gewähr. Die Ausarbeitung ist weder ein Angebot, noch eine Aufforderung, noch eine Empfehlung zum Kauf oder Verkauf von Wertpapieren, Derivaten etc. und sollte weder in ihrer Gesamtheit noch in Auszügen als Informationsgrundlage in Verbindung mit einem Vertragsabschluss oder einer wie auch immer gearteten Verpflichtung verwendet werden. Sie dient ausschließlich der Information. Die hierin enthaltenen Einschätzungen entsprechen unserer bestmöglichen Beurteilung zum jeweiligen Zeitpunkt, können sich jedoch – ohne Mitteilung hierüber – ändern.

Die Commerzbank behält sich vor, diese Ausarbeitung bereits vor deren Veröffentlichung bzw. Kenntnisnahme durch den Kunden geschäftlich zu nutzen, d. h. u. a. Eigengeschäfte auf deren Grundlage zu tätigen. Die Commerzbank ist bei Geschäftsaktivitäten nicht an die durch die Ausarbeitung mitgeteilte Einschätzung gebunden. Gegenstand der Ausarbeitung können auch Wertpapiere, Derivate etc. von Emittenten sein, mit denen die Commerzbank in Kundenbeziehungen steht.

Die Commerzbank übernimmt keinerlei Verantwortung oder Haftung für Kosten, Verluste oder Schäden, die aus oder in Verbindung mit der Verwendung dieser Ausarbeitung oder eines Teiles davon entstehen.

Außerhalb Deutschlands ist Folgendes zu beachten:

Großbritannien: Dieses Dokument wurde von der Commerzbank AG, Filiale London, herausgegeben oder für eine Herausgabe in Großbritannien genehmigt. Die Commerzbank AG, Filiale London, ist von der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) amtlich zugelassen und unterliegt nur in beschränktem Umfang der Regulierung durch die Financial Conduct Authority and Prudential Regulation Authority. Einzelheiten über den Umfang der Genehmigung und der Regulierung durch die Financial Conduct Authority and Prudential Regulation Authority erhalten Sie auf Anfrage. Diese Ausarbeitung richtet sich ausschließlich an „Eligible Counterparties“ und „Professional Clients“. Sie richtet sich nicht an „Retail Clients“. Ausschließlich „Eligible Counterparties“ und „Professional Clients“ ist es gestattet, die Informationen in dieser Ausarbeitung zu lesen oder sich auf diese zu beziehen. Commerzbank AG, Filiale London bietet nicht Handel, Beratung oder andere Anlagedienstleistungen für „Retail Clients“ an.

Vereinigte Staaten: Die Commerz Markets LLC („Commerz Markets“), eine hundertprozentige Tochtergesellschaft der Commerzbank AG und in den USA registrierter Broker-Dealer, hat die Verantwortung für die Verteilung dieses Dokuments in den USA unter Einhaltung der gültigen Bestimmungen übernommen. Commerz Markets ist Mitglied der FINRA und SIPC.

©2014

Diese Ausarbeitung oder Teile von ihr dürfen ohne Erlaubnis der Commerzbank weder reproduziert noch weitergegeben werden.

Commerzbank AG
Group Risk Control & Resources Management – Industries Research
60261 Frankfurt am Main

Leitung Industries Research: Dr. Carola Hunger-Siegler
Petra Wilde

(069) 136-22447
(069) 136-22738

E-Mail: branchenanalyse@commerzbank.com
www.commerzbank.de/branchen

Dieser Bericht wurde im November 2014 abgeschlossen.