

Branchen-Steckbrief Hausärzte¹

Stärken

- Bedingt durch demographische Veränderung der Bevölkerungsstruktur zunehmender Bedarf
- Vertragsarztzulassung durch Planstellen begrenzt, Planstellensituation für Hausärzte besser als für Fachärzte

Schwächen

- Hohe Abhängigkeit von vertragsärztlichen Honoraren
- Steigende Fallzahlen führen nur zu unterproportionalen Honorarzuwächsen
- Hoher Sockel unterdurchschnittlich verdienender Hausärzte

Chancen

- Hausärzten kommt zunehmend eine Steuerungsfunktion im Rahmen der ambulanten Versorgung zu
- Spezialisierung und ergänzende Serviceleistungen in Ballungsräumen erforderlich, um die eigene Wettbewerbsfähigkeit zu verbessern
- Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL-Leistungen) bieten zusätzliche Einkommenschancen
- Gemeinschaftspraxen, Praxisgemeinschaften oder Beteiligung an Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) ermöglichen Spezialisierung und Kostensynergien
- Versorgungsgesetz sieht Anreize für junge Ärzte vor, sich in strukturschwachen Gegenden niederzulassen

Risiken

- Haftungsrisiken bei fehlender schriftlicher Vereinbarung zwischen Patient und Arzt bei Erbringung von IGeL-Leistungen; Einkommenschance steht bei offensiver Vermarktung das Risiko der Verschlechterung des Arzt/Patienten Verhältnisses gegenüber
- Arzneimittelregresse im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsüberprüfungen
- Landarztpaxen sind aufgrund von Bevölkerungsabwanderungen, geringem Anteil von Privatpatienten sowie strukturschwachem Umfeld häufig nicht attraktiv

Lage

- Grundsätzlich gute Niederlassungsmöglichkeiten für Hausärzte aufgrund zahlreicher offener Planstellen besonders in den neuen Bundesländern und in ländlichen Gebieten; in besonders strukturschwachen Gebieten bestehen häufig Förderungsmöglichkeiten
- Übernahmepreise für Praxen sinken aufgrund mangelnder Nachfrage in den Neuen Bundesländern und den ländlichen Gebieten; die Übergabe einer Praxis muss intensiv vorbereitet werden
- Die Honorarverteilung erfolgt seit dem 1.1.2012 durch die regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen, die hierfür eigene Verteilungsmaßstäbe erarbeiten
- Ärzte dürfen mittlerweile ihre Zulassung teilen und die freigewordene Teilzulassung ausschreiben

Ausblick

- Gedeckelte Gesamtbudgets lassen langfristig nur eine mäßige Zunahme des Einkommens zu
- Seit Juli 2011 erhalten Ärzte in Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ nur noch dann einen Zuschlag auf ihr Regelleistungsvolumen, wenn sie einen größeren Teil der Patienten gemeinsam behandeln
- PKV strebt Öffnungsklauseln in den Gebührenordnungen der Ärzte an
- Die Einnahmen aus privatärztlicher Tätigkeit und aus selektiven Verträgen (Abrechnung mit Privatpatienten, IGeL) sowie integrierter Versorgung (IV) gewinnen daher weiter an Bedeutung
- Gemessen am Bedarf bzw. der Planstellensituation sind kurz- bis mittelfristig die Aussichten für Hausärzte besser einzuschätzen als für Fachärzte
- Langfristig dürfte das System gedeckelter Budgets bei steigenden Kosten in Ballungsräumen die Konzentration fördern
- In dünn besiedelten Gebieten der neuen Bundesländer werden neue Versorgungsformen erforderlich, z.B. Einbindung des stationären Sektors sowie ausgebildeten Pflegepersonals in die ambulante Versorgung.
- Ärzte müssen daher zunehmend unternehmerisch denken

¹ Allgemeinmediziner, hausärztlich tätige Internisten und Kinderärzte

03 Marktanalyse

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

08 Praxisführung

- 08 Kosten
- 09 Ertragslage

Glossar

ÄK	Ärztekammer
ABL	Alte Bundesländer
BÄK	Bundesärztekammer
CME	Continuing Medical Education; Verpflichtung zur regelmäßigen Fortbildung für Ärzte
DMP	Disease-Management-Programm: strukturierte Behandlungsprogramme der Krankenkassen für bestimmte chronische Erkrankungen wie Diabetes mellitus Typ 1 und 2
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab: Gebührenordnung für Abrechnungen mit der Gesetzlichen Krankenversicherung, s. Abrechnung
eGK	Elektronische Gesundheitskarte, s. Gesetze
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-WSG	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV, s. Auflagen, Gesetze
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte, s. Abrechnung
HB	Hartmannbund, ältester ärztlicher Verband der Ärzte in freier Praxis
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistungen: Diagnose- und Behandlungsmethoden, die nicht im Leistungskatalog der GKV enthalten sind und bei Behandlungswunsch vom Patienten privat bezahlt werden.
IV	Integrierte Versorgung: sektorübergreifende Versorgungsformen, die zwischen Krankenkassen, niedergelassenen Haus- und Fachärzten, Krankenhäusern und Reha-Kliniken vereinbart werden, um die Versorgungsqualität zu verbessern und die Kosten im Gesundheitswesen zu senken.
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung, s. Basisfakten und Organisationen
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NBL	Neue Bundesländer
PKV	Private Krankenversicherung
QZV	Qualifikationsgebundene Zusatzvolumina
RLV	Regelleistungsvolumina: arztspezifisches Zielvolumen an ärztlichen Leistungen für die Behandlung von gesetzlich versicherten Patienten, s. Abrechnung
SGB	Sozialgesetzbuch
VÄndG	Vertragsrechtsänderungsgesetz, s. Auflagen, Gesetze
(→)	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

- Niedergelassene Ärzte werden in **Haus- und Fachärzte** unterteilt: Zur ersten Gruppe zählen grundsätzlich Allgemeinmediziner, hausärztlich tätige Internisten und Kinderärzte. Die Ausbildung zum Hausarzt beginnt mit dem abgeschlossenen Medizinstudium, an das sich eine fünfjährige Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin anschließt. Hieron sind drei Jahre im Bereich der inneren Medizin und 1,5 Jahre in der unmittelbaren Patientenversorgung zu absolvieren. Bis zum Ende des Jahres 2019 ist es für Studenten obligatorisch, einen Teil des Praktischen Jahres in einer (Lehr-)Praxis zu absolvieren. Details sind in den Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern geregelt. Nach Ablegen der Facharztprüfung vor der Landesärztekammer und Eintrag in das Arztregister kann die Niederlassung als Hausarzt beim zuständigen Zulassungsausschuss beantragt werden.
- Der **Anteil der Hausärzte** an den gesamten Vertragsärzten ist seit 1996 kontinuierlich von 49 auf 37% gesunken. Der Anteil am vertragsärztlichen Honorarvolumen lag 2012 bei 32 bis 35%.
- Hinsichtlich der Abrechnung mit Krankenkassen ist zwischen **Vertrags- und Privatarzten** zu unterscheiden: Vertragsärzte verfügen über eine Kassenzulassung bei der für ihre Region zuständigen **Kassenärztlichen Vereinigung (KV)**, nur über diese rechnen sie die Behandlung eines gesetzlich versicherten Patienten ab.
- Die **Vertragsarztzulassung** ist durch Planstellen **begrenzt**. Im Gegensatz zu Fachärzten sind die Niederlassungsmöglichkeiten für Hausärzte grundsätzlich gut, vor allem in ländlichen Regionen. Derzeit stehen nach Schätzung der KBV zwischen 2.000 und 3.000 Hausarztpraxen zur (Nach-)Besetzung an. Die Planungsbereiche für Hausärzte wurden bereits im Versorgungsstrukturgesetz (s.u.) erweitert. In Gebieten mit ausgeprägtem Ärztemangel werden niederlassungswillige Hausärzte mit einmaligen Zuschüssen bis zu 50.000 Euro unterstützt. Nach einem Vorschlag des Gesundheitsministeriums sollen Hausärzte in unversorgten Gebieten Honorarzuschläge bekommen. Auch eine Erleichterung bei Regressen (s. *Kosten*) ist im Gespräch.
- Ärzte sind **Pflichtmitglieder in den Landesärztekammern**, die sich zur Bundesärztekammer zusammenschließen, sowie in den Versorgungswerken ihrer Kammern (ärztliches Versorgungswerk), aus denen Renten-, Rehabilitations- und Berufsfähigkeitsleistungen bezogen werden.

Das zum 01.01.2012 in Kraft getretene **Versorgungsstrukturgesetz**, das die Niederlassung von Vertragsärzten, besonders Hausärzten in ländlichen Räumen fördern soll, sieht folgendes vor:

Profil der Hausärzte 2013

Zahl der vertragsärztlichen Hausärzte 2013 (in 1.000)	56,3 (↓)
Ohne Kinderärzte (in 1.000)	50,6 (↓)
Durchschnittliches Honorar aus vertragsärztlicher Tätigkeit (T€) ¹	192,5 (↑)
Einnahmeüberschuss Einzelpraxis ² 2013, Anteil an Praxiseinnahmen	50,5% (↑)
Einnahmeüberschuss Gemeinschaftspraxis ³ 2013, Anteil an Praxiseinnahmen	64,7% (↑)
Durchschnittliche Finanzierungskosten: Einzelpraxisübernahme 2013, in T€ ²	160
(davon Goodwill)	(40)

¹ Hausärzte ohne Kinderärzte – gesamtes Bundesgebiet;

² Allgemeinmediziner in den Alten Bundesländern, ³ gesamtes Bundesgebiet

Quellen: KBV Honorarbericht 2013, Nilaplan 2014, eigene Schätzungen

- 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, 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 Praxisnetzen (diese können innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ein eigenes Vergütungsvolumen erhalten), gegebenenfalls ergänzt um mobile Versorgungskonzepte
- 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 Praxissitze 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

Gründung einer hausärztlichen Praxis: Unter den ausgebildeten Ärzten nimmt die Bereitschaft ab, sich im Rahmen einer hausärztlichen Praxis niederzulassen, obwohl die finanziellen Risiken einer Existenzgründung gemessen an den Investitionsvolumina überschaubar sind. Dies trifft besonders auf Ostdeutschland zu. Die Einzelpraxisübernahme ist nach wie vor die häufigste Niederlassungsform. Kooperationen erfreuen sich aber zunehmender Beliebtheit. In Ballungsräumen kaufen zunehmend Krankenhäuser Arztpraxen zur Gründung von Krankenhaus-MVZs auf.

Lage und Ausblick

- Der Anteil der GKV an der Finanzierung der ambulanten ärztlichen Versorgung ist in den letzten 20 Jahren um rund 10% gesunken. Gleichwohl ist sie 2012 mit knapp 70% der bedeutendste Ausgabenträger gewesen.
- Die Ausgaben der PKV sind 2012 mit 0,9% nur halb so stark angestiegen wie diejenigen der GKV. Der PKV-Anteil an den Ausgaben für ambulante ärztliche Versorgung verharrt seit 2005 bei rund 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 10,13 Euro Cent an, was jedoch nur eine Anpassung der Rechengröße darstellt. In ähnlicher Größenordnung werden sich die Honorare der niedergelassenen Ärzte 2015 entwickeln. Die gesamte Honorarsumme steigt um 800 Mio. Euro an, hiervon erhalten Haus- und Fachärzte jeweils vorab 132 Mio. Euro. Der größere Teil des Honorarvolumens entfällt über einen um 1,4 Prozent auf 10,27 Euro Cent gestiegenen Punktwert auf alle Ärzte.
- Auch die PKV leidet zunehmend unter der steigenden Morbidität und der vergleichsweise höheren 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 geschätzte potenzielle Marktvolumen beträgt langfristig 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. Ein aggressives Verkaufen derartiger Gesundheitsdienstleistungen kann möglicherweise den Arzt-Patientenkontakt gefährden.
- Gemäß **§ 73b SGB V** sind Krankenkassen seit Juni 2009 verpflichtet, eine **hausarztzentrierte Versorgung (HZV)** anzubieten. Die Hausarztverträge werden zwischen den jeweiligen Krankenkassen und der Ärztevertretung (z.B. Hausärzteverband – s. *Organisationen*) abgeschlossen. Zu unterscheiden ist hierbei zwischen Add-on Verträgen und Vollversorgungsverträgen. Erstere regeln als Zusatzvertrag nur einen sehr kleinen Teil der hausärztlichen Tätigkeit. Im Gegensatz dazu decken Vollversorgungsverträge nahezu das gesamte hausärztliche Leistungsspektrum ab. Die Teilnahme an dieser Versorgungsform ist für die Versicherten freiwillig. Der Hausarzt übernimmt hierbei die Rolle des Lotsen. Die Vorteile dieses Systems werden in der Vermeidung von Mehrfachuntersuchungen und einer Qualitätsverbesserung, z.B. durch detaillierte Fortbildungsverpflichtungen und gegebenenfalls bevorzugte Patientenbehandlung gese-

hen. Im Gegenzug erhalten die Ärzte für derartige Hausarztverträge eine 30 bis 50 Prozent höhere Vergütung als im Rahmen der Regelversorgung, die sich meist aus Betreuungspauschalen, kontaktunabhängigen Pauschalen und individuellen Zuschlägen zusammensetzt. Hinsichtlich der Vergütung befinden sich Hausarztverträge in einem Spannungsfeld aus finanziellen Anreizen und dem in § 12 SGB V verankerten Wirtschaftlichkeitsgebot.

- Im Rahmen dieser Versorgungsform, an der auch Medizinische Versorgungszentren teilnehmen können, unterliegen Ärzte zunächst keiner Mengenbegrenzung. Das für die übrige vertragsärztliche Versorgung zur Verfügung stehende Budget wurde um die Volumina der Hausarztverträge gekürzt. Zahlreiche Krankenkassen kündigten daraufhin 2010 die Hausarztverträge. 2011/2012 wurde eine Vielzahl von Verträgen über ein Schiedsverfahren neu formuliert und abgeschlossen. In Verträgen, die seit dem 31.3.2014 zustande kommen, sind gem. § 73b Abs.5 SGB V Wirtschaftlichkeitskriterien und Maßnahmen bei deren Nichteinhaltung sowie Regelungen zur Qualitätssicherung zwischen Hausarzt und Krankenkasse zu vereinbaren. Für Altverträge gilt ein Bestandsschutz.
- Das Gesundheitsministerium möchte auf das Gebot der Wirtschaftlichkeit bei Hausarztverträgen künftig verzichten, die Krankenkassen möchten an einem begrenzten Vergütungsniveau bei Hausarztverträgen festhalten.

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** (s. *Basisfakten, Auflagen/Gesetze*) 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 im Rahmen des Versorgungsauftrages einer Mengenausweitung entgegenwirkt werden soll. Sie haben die Möglichkeit, die vor drei Jahren bundesweit eingeführte Systematik aus Regelleistungsvolumen (RLV) und qualifikationsbundenen 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 seit 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.

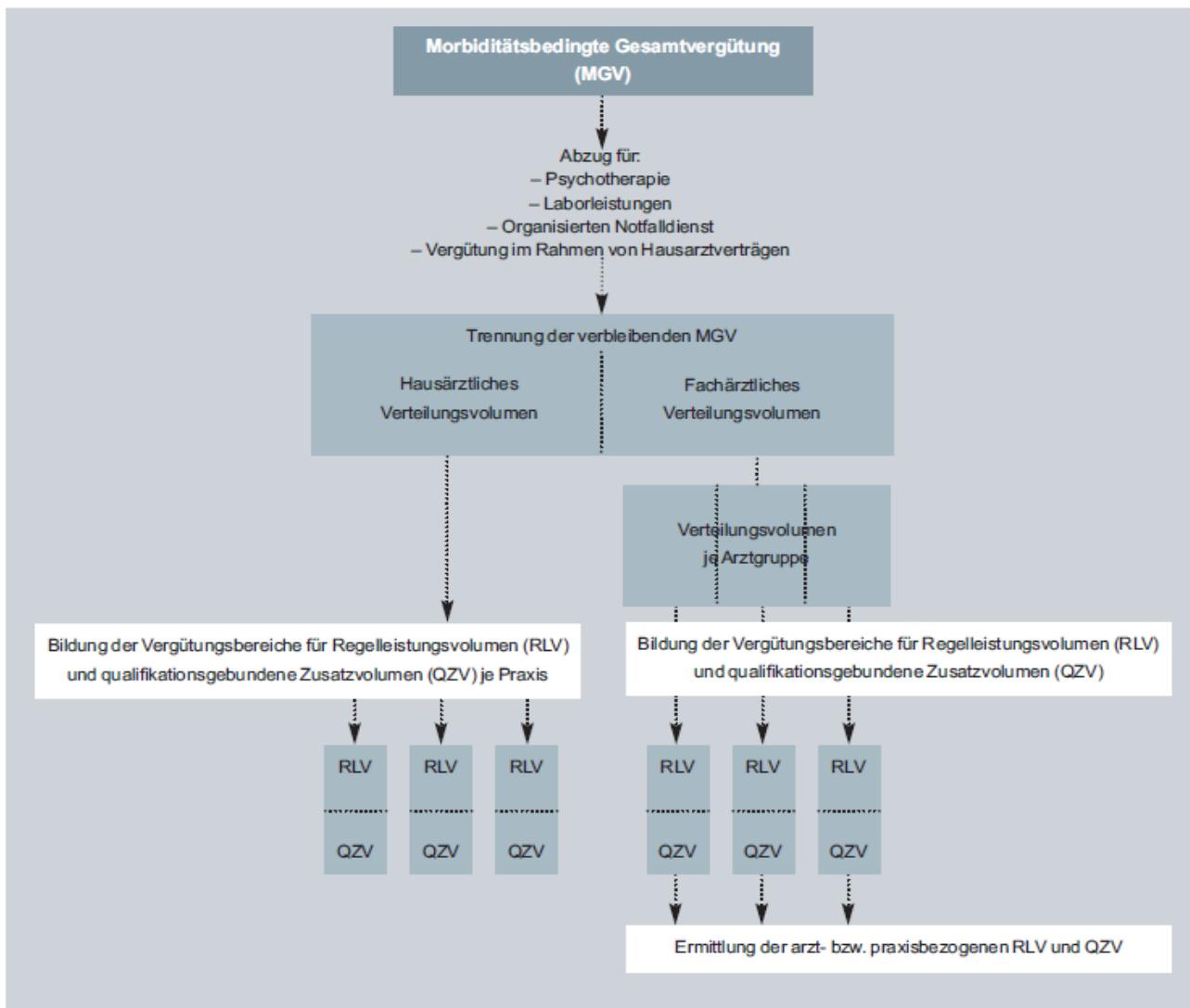
Zwei von zwölf KVen haben bereits 2012 wieder auf Individualbudgets umgestellt. Die Mengenbegrenzung wird auf der Basis der tatsächlich erbrachten Leistung des Vorquartals vorgenommen. Dies ermöglicht auch die Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten.

Die Mehrzahl der KVen rechnet weiterhin nach der Systematik von RLV und QZV ab, die nachfolgend dargestellt wird:

Basis dieser Art der **Abrechnung mit der GKV** ist 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, Dialyseachosten, Gefäßkatheder) und budgetierte Leistungen. Das Budget (Regelleistungsvolumen, RLV) ergibt sich aus historischen Fallzahlen der

Praxis und durchschnittlichem Fallwert der jew. (Fach)arztgruppe. 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). Diese Leistungen unterliegen keiner Mengenbegrenzung und Wirtschaftlichkeitsprüfung durch die Kassen. Derzeit ist knapp ein Drittel des

Honorarvolumens von rund 33 Mio. Euro für freie Leistungen vorgesehen.

Auf der Basis einer Morbiditätsorientierten Gesamtvergütung, RLV, QZV und ELV 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
Honorar für RLV- und QZV-Leistungen, die die praxisbezogene Mengengrenze überschreiten	zu niedrigeren Preisen gemäß Abstaffelungsregelung
Honorar für Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (z.B. Früherkennungsuntersuchungen)	zu Preisen der Euro-Gebührenordnung

- Für Leistungen, die das RLV und QZV übersteigen, erfolgt eine anteilige Vergütung:

durchschnittliche Fallzahl der (Fach-)Arztgruppe (<100%)	Vergütung zu
< 150 %	100%
≥ 150 %	75%
≥ 170%	50%
≥ 200 %	25%

Praxisbesonderheiten (z.B. Alter der Patienten, Anteil von Chronikern) können nach wie vor berücksichtigt werden. Für Existenzgründer gilt bei allen KVen eine Jungarztregelung.

- Grundlage der vertragsärztlichen Abrechnung ist der **Einheitliche Bewertungsmaßstab** gemäß § 87 Abs. 2 SGB V, der den Inhalt abrechnungsfähiger Leistungen bestimmt und ihr zueinander wertmäßiges Verhältnis in Punkten ausdrückt. Zum 01.10.2013 wurde der EBM geändert, mit dem Ziel eine Besserstellung von Grundversorgern herbeizuführen. Neben einer stärkeren altersspezifischen Spreizung der Versicherten(grund)-pauschale von 12,50 bis 23 Euro ist nunmehr das ärztliche Ge-

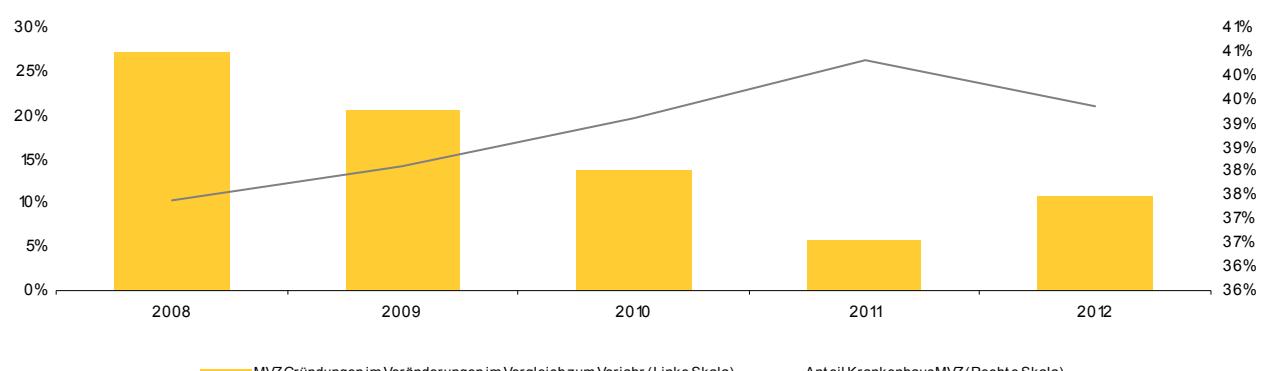
spräch einzeln berechnungsfähig. Neben Chronikerzuschlägen sind Zusatzpauschalen (z.B. für Schmerztherapie und fachärztliche Leistungen) und freie Leistungen (z.B. Palliativmedizin) eingeführt worden. Hinsichtlich der Auswirkungen auf das (haus)ärztliche Einkommen sind die Erwartungen unterschiedlich. Die KBV schätzt, dass hieraus ein zusätzliches Honorarvolumen in der Größenordnung von 1,4 Mrd. Euro erwächst.

- Rechnungen für **Privatpatienten/gesetzlich Versicherte mit privater Zusatzversicherung** werden direkt mit dem Patienten nach der **Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)** abgerechnet, die zuletzt umfassend 1982 reformiert wurde. Für neue medizinische Verfahren werden 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 Basisarif 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 seit 2009 stark abgeschwächt, hat aber 2012 wieder etwas Fahrt aufgenommen. 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.

Gründer von Medizinischen Versorgungszentren: Krankenhäuser nach wie vor stark vertreten
Veränderungen gegenüber Vorjahr, Anteil an den MVZ-Gründungen



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 für MVZ 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
- GmbH

Vor allem in Regionen mit hoher Einwohnerdichte (Groß- und Mittelstädten) entsteht niedergelassenen Hausärzten eine starke Konkurrenz. Auch Krankenhäuser dürfen ambulante Dienste anbieten, besonders in strukturschwachen Gebieten wird dies praktiziert.

Auflagen und Gesetze

Die Einführung der **elektronischen Gesundheitskarte (eGK)** ist nach § 291a SGB V gesetzlich vorgeschrieben und soll nunmehr zum 1.1.2015 eingeführt werden. Der Hauptunterschied zur Vorgängerin wird zunächst im aufgedruckten Foto bestehen, das die missbräuchliche Nutzung der Karte verhindern soll. Wird. Mittelfristiges Ziel ist die Vernetzung von Ärzten, Apotheken und Krankenhäusern.

Das **Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG)** regelt seit Januar 2009 die Insolvenzfähigkeit der Krankenkassen. Zudem bringt das Gesetz auch Neuerungen für niedergelassene Ärzte:

- Ärzte, die ihre Zulassung teilen, dürfen zukünftig die freigewordene Teilzulassung ausschreiben
- vollständige Aufhebung der Altersgrenze von 68 Jahren

Das **Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG, April 2007)** hatte durch die folgenden Neuregelungen Auswirkungen auf Ärzte:

- Die gesetzlichen Krankenkassen müssen ihren Versicherten Wahltarife für verschiedene Versorgungsformen anbieten. Hierzu zählen IV, DMP und HZV (s. *Glossar*).
- Aufnahme des Leistungssystems der Pflegeversicherung in die IV
- Ambulante Behandlung wird für Krankenhäuser erleichtert. Krankenhäuser können in Ausnahmefällen Verträge mit Kran-

kenkassen abschließen, ohne dass ein Vertragsarzt an der integrierten Versorgung (IV) teilnimmt.

- Zusätzlich zum Kollektivvertrag zwischen GKV und KV besteht für Ärzteverbände nun die Möglichkeit, für ihre Mitglieder Selektivverträge abzuschließen.
- Ab Januar 2009 muss die PKV einen Basistarif für alle Neukunden und freiwillig Versicherten anbieten. Eine Gesundheitsprüfung darf nicht verlangt werden. Die Erhebung von Risikozuschlägen ist nicht gestattet.

Das **Vertragsrechtsänderungsgesetz (VÄndG, Januar 2007)** brachte den Vertragsärzten folgende Neuerungen:

- Ärztliche Tätigkeit auch im Krankenhaus und an zwei weiteren Orten (Zweigpraxen)
- Einstellung von drei bis vier Ärzten (zuvor eine Ganztagskraft oder zwei Halbtagskräfte) möglich
- Einführung einer Teilzulassung zur vertragsärztlichen Versorgung, die sich auf die Hälfte einer hauptberuflichen Tätigkeit beschränkt
- Aufhebung der Altersgrenze für die vertragsärztliche Erstzulassung
- Berufsausübungsgemeinschaften zwischen allen Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung, auch über KV-Grenzen hinweg
- Gründung von MVZs wurde erleichtert

Fortbildungspflicht:

Der Beschluss des Deutschen Ärztetages über die bundesweite Einführung eines einheitlichen Fortbildungssystems für Ärzte erfolgte 1999. Die Verpflichtung zur regelmäßigen Fortbildung für Ärzte wurde 2004 gesetzlich im Sozialgesetzbuch (§ 95d SGB V) verankert.

Parallel hierzu wurden seitens des Deutschen Ärztetages die Grundlagen für die CME-Systematik (CME = Continuing Medical Education) definiert und verabschiedet.

Status Quo:

- Aktuell müssen Ärzte in einem Zeitraum von fünf Jahren mindestens 250 CME-Punkte nachweisen, um das notwendige Fortbildungszertifikat der zuständigen Ärztekammer zu erwerben.
- Für jede Fortbildung erhält der Arzt – je nach Dauer, Thema und Anspruchsniveau – bis zu maximal 8 CME-Punkte.
- Jede Fortbildung wird von der Ärztekammer für die zu erreichende Punktezahl definiert und zertifiziert.

Als geeignet für Fortbildungen sind: Teilnahme an Kongressen, Workshops etc., klinische Fortbildungen (z.B. Hospitationen) und mediengestütztes Eigenstudium (z.B. audiovisuelle Lernmedien, strukturierte interaktive Fortbildung).

Das **Versorgungsstrukturgesetz (VStG)**, das primär eine bessere ärztliche Versorgung auf dem Land erreichen wollte, wurde bereits unter den Punkten „Basisfakten“ und „Abrechnung“ vorgestellt

Das **Patientenrechtegesetz (PRG)** trat am 26.2.2013 in Kraft und bündelt die bislang schon zum Thema Arzthaftung und Behandlungsvertrag existierenden Regelungen im § 630e BGB. Es soll die Position von Patienten gegenüber Leistungserbringern stärken. Durch die Einführung gesetzlich entwickelter Beweislastregeln soll mehr Rechtssicherheit erreicht werden. Das Patientenrechtegesetz schreibt die Dokumentation von Behandlungsmaßnahmen in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung fest. Patienten müssen darüber hinaus über Risiken und Kosten/bzw. Kostenübernahme durch die jeweilige Versicherung aufgeklärt werden und haben das Recht, Einblick in ihre Krankenakte zu nehmen.

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 Qualitätssicherung sowie der Berufsgebung. Es besteht Pflichtmitgliedschaft für alle Ärzte.

Deutscher Hausärzteverband – 1960 gegründeter Berufsverband deutscher Vertragsärzte mit über 32 000 Mitgliedern, der die Interessen der Hausärzte regional gegenüber Ärztekammern, KV, GKV und Landesministerien vertritt und sich um eine hochwertige Fortbildung kümmert.

G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss: Oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahn-

ärzte, 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.

HÄVG – Hausärztliche Vertragsgemeinschaft eG: 2004 gegründetes genossenschaftliches Unternehmen, das für den deutschen Hausärzteserverband und dessen angeschlossene Landesverbände u.a. die Abwicklung der selektiven Verträge mit den Krankenkassen übernimmt. Zurzeit wickelt die HÄVG mehr als 10 Verträge zur IV ab und zahlt an über 56.000 Ärzte Honorare aus.

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

KBV/KV – Kassenärztliche Bundesvereinigung: Mitglieder der KBV sind die 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), 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.

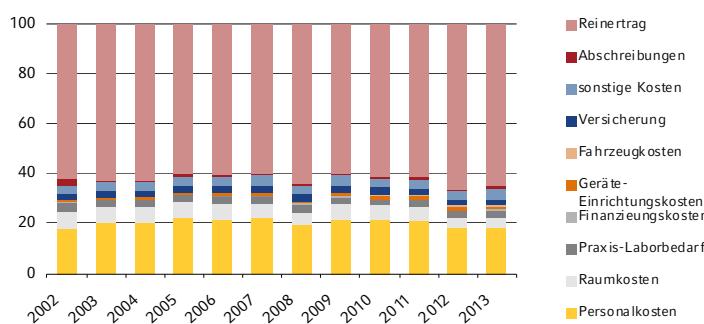
Praxisführung

Kosten

Nahezu sämtliche Kosten einer Arztpraxis sind feste Kosten. Der Anteil der Kosten an den Praxiserlösen bewegt sich in den Alten Bundesländern bei ca. 35% (Gemeinschaftspraxis) und ca. 50% (Einzelpraxis). In den Neuen Bundesländern profitieren Hausärzte noch von niedrigeren Personalkosten, die den wichtigsten Kostenblock einer Hausarztpraxis repräsentieren.

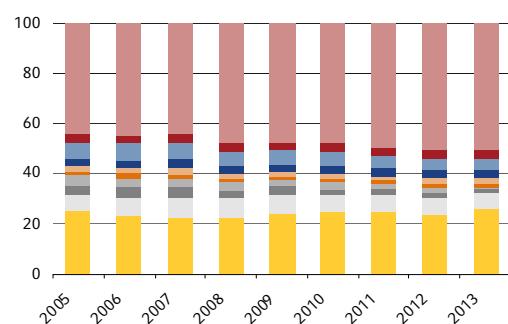
Kostenstruktur Allgemeinmediziner ...

Kostenstruktur Gemeinschaftspraxis Bundesgebiet zwei Allgemeinmediziner



... nahezu stabile Kostenanteile am Praxisumsatz (in %)

Kostenstruktur Einzelpraxis alte Bundesländer



- Arztprazes in den Alten Bundesländern hatten 2013 Personalkostensteigerungen von durchschnittlich 2,9% hinzunehmen, denen bei Einzelpraxen keine entsprechenden Skaleneffekte gegenüberstanden. Dies konnte auch durch sinkende Aufwendungen bei der Mehrzahl der Aufwandspositionen nicht kompensiert werden. Der Reinertrag der Praxen ist seit 2005 gleichwohl um rund sechs Prozentpunkte gestiegen.
- Gemeinschaftspraxen haben hier vergleichsweise schlankere Kostenstrukturen.
- Langfristig werden Kostensteigerungen nicht durch eine Erhöhung der Einnahmen ausgeglichen werden. Daneben werden Innovationsdruck, Aufwendungen für Qualitätssicherung (ein Qualitätsmanagement muss spätestens vier Jahre nach Gründung der Praxis eingeführt sein) und erhöhte Dokumentationsaufwendungen (z.B. im Zusammenhang mit dem Patientenrechtegesetz) den Kostenanstieg vorantreiben bzw. den Produktivitätsdruck, der auf den Praxen lastet, erhöhen. Dies wird aus betriebswirtschaftlicher Sicht den Druck zur Kooperation erhöhen.
- Ärzte unterliegen bei ihren Verordnungen dem Gebot der Wirtschaftlichkeit gem. SGB V. Je behandeltem Patienten und Quartal erhält der Arzt ein Budget für Medikamente, Verband 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 Verordnungsver-

halten 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.

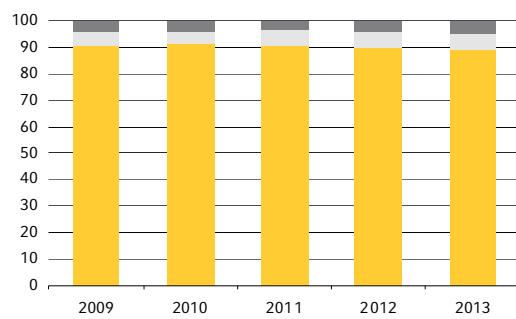
- Das Versorgungsstrukturgesetz entlastet die Ärzte durch eine Beratung bei einer erstmaligen Überschreitung der Richtgrößenwerte um 25%. Die Anzahl der Regressverfahren im Arzneimittelbereich war in der jüngsten Vergangenheit deutlich rückläufig. Ein Grund hierfür ist, dass durch die Rabattverträge, 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.

Ertragslage

Im Gegensatz zu Fachärzten dominieren bei Hausärzten die kassenärztlichen Honorare. Deren Bedeutung hat in den Alten Bundesländern in den letzten zwei Jahren noch zugenommen, während der Anteil der PKV 2010 seinen Höhepunkt erreichte und seither rund sechs Prozentpunkte verloren hat. Der Anteil der Privatliquidationen bei Hausärzten liegt auf deutlich niedrigerem Niveau (durchschnittlich 26% in den ABL - durchschnittlich 6% in den NBL) als bei Fachärzten (durchschnittlich 37% in den ABL und 20 % in den NBL).

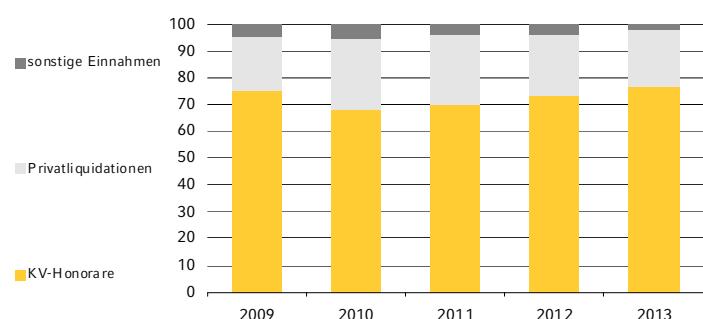
Praxiseinnahmen:....

Anteil an den Praxiseinnahmen Neue Bundesländer (in Prozent)



..... Anteil der Privatliquidationen ist leicht rückläufig

Anteil an den Praxiseinnahmen Alte Bundesländer (in Prozent)

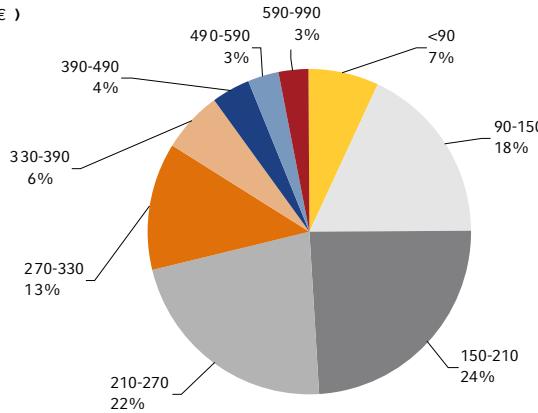


Quelle: Nilaplan 2014

Hausärztliche Einkommen spreizen sehr stark – vor allem regional.

Viele Praxen verdienen unterdurchschnittlich

KV Honorare nach Einkommensklassen (in T€)



Quelle: ZIPP 2012

- Ausgehend von einem durchschnittlichen Jahresumsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit eines Allgemeinmediziners in den Alten Bundesländern von 192.500 Euro für das Jahr 2013 und

von einem Oberarztgehalt von 81.600 Euro p.a., ergäbe sich die folgende Vergleichsrechnung:

(Angaben in Euro)	Niederlassung als Hausarzt	Tätigkeit als Oberarzt
Durchschnittliches Einkommen¹	192.500	Bruttoeinkommen
	0	zzgl. Arbeitgeberanteile KV/RV
	192.500	93.100
abzgl. Praxiskosten (52%)	96.250	0
	96.250	93.100
abzgl. 30% ESt	28.875	24.480
Einkommen nach ESt	67.375	57.120
abzgl. 20% RV, KV	19.250	11.500
Einkommen nach ESt, KV und RV	48.125	Einkommen nach ESt, KV und RV
		45.620

Quellen: KBV, Nilaplan, eigene Recherchen; 1) vor Investitionen, ESt = Einkommensteuer, KV = Krankenversicherung, RV = Rentenversicherung

- Die Vergleichsrechnung hat sich gegenüber der letzten Berichterstattung zu Lasten niedergelassener Hausärzte leicht verschlechtert. Der geringfügige Einkommensvorsprung niedergelassener Allgemeinmediziner muss vor dem Hintergrund vorzunehmender Investitionen in die Praxis und unternehmerischer Risiken aus der Freiberuflichkeit gesehen werden. Zudem muss ein hoher Sockel von unterdurchschnittlich verdienenden Ärzten berücksichtigt werden, der seit Jahren bei ungefähr 50 Prozent liegt. Daher sind Privatpatienten entscheidend für den wirtschaftlichen Erfolg einer Praxis. Die durchschnittlichen Ausgaben der GKV für die ambulante Versorgung je Patient lagen 2012 bei 405 Euro, die Ausgaben der PKV je Patient bei durchschnittlich 630 Euro. Allerdings häufen sich die Meldungen über Forderungsausfälle im Bereich der Privatpatienten.
- In diesem Fall ist das Arbeiten im Rahmen einer Niederlassung wirtschaftlich nicht mehr vorteilhafter und zudem mit höheren Risiken behaftet als die Tätigkeit als angestellter Arzt. Daneben können potenzielle Erlöse aus dem Verkauf der Praxis nur noch bedingt als zusätzliche Altersvorsorge herangezogen werden,

z.B. sehr häufig bei Landarztpraxen. Eine Praxisübergabe muss daher heute intensiv vorbereitet werden. Dies kann in einem Nachholen von Investition in IT und Praxisausstattung oder in der frühzeitigen Hereinnahme eines Juniorpartners bestehen. Eine Alternative kann die Einbringung der Praxis in eine Kooperation sein.

- Mit Blick auf die Finanzierungsprobleme im deutschen Gesundheitswesen, die künftig demographiebedingt zunehmen werden, wird der Honorartopf auch in den kommenden Jahren nur moderat ansteigen.
- Gemessen am Bedarf bzw. an der Planstellensituation sind kurz- bis mittelfristig die Aussichten für Hausärzte besser einzuschätzen als für Fachärzte. Langfristig dürfte das System gedeckelter Budgets bei steigenden Kosten in Ballungsräumen die Konzentration fördern. In dünn besiedelten Gebieten der neuen Bundesländer werden neue Versorgungsformen erforderlich, z.B. Einbindung des stationären Sektors sowie ausgebildeten Pflegepersonals in die ambulante Versorgung.

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 von Amerika: 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.