



Die Quartals-Zeitung für niedergelassene Hausärzte, Fachärzte und Zahnärzte.

Die eGK-fähige Praxis

Nachfolgend einige Fakten zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) in der täglichen Praxis:

- Multifunktionale Kartenterminals (MKT) mit eGK-Zulassung können bis zur späteren Einführung des „elektronischen Rezepts“ weiter verwendet werden.
- Das „eHealth-BCS-Terminal“ kann für die neue eGK, die alte Krankenversicherungskarte und das elektronische Rezept verwendet werden.

Praxisverwaltungssoftware und Kartenterminal müssen kompatibel sein, da Handabrechnung künftig nicht mehr möglich ist. Zudem muss das Kartenterminal zugelassen sein (Infos bei der KV). Bei einem weiteren Ausbau der eGK sind ein schneller Internetzugang und elektronischer Heilbefragsausweis (HBA) erforderlich.

Lesen Sie in dieser Ausgabe

Gesundheitsmärkte

Zahnärzte spüren Konjunkturreinbruch

Aus den Regionen

Praxisnetze: Sein oder Nichtsein

Aus aller Welt

Obama stopft Löcher

Honorar

Viele Töpfe für Hausärzte

Praxis

Patientenkontakte – weniger ist mehr

Steuern und Recht

Immobilien-Investments

Finanzen

Baufinanzierung – Zinssicherheit

Weitere Informationen im Internet oder per E-Mail:

www.deutsche-bank.de/heilberufe
info.heilberufe@db.com

Auf der Kippe

Viele niedergelassene Ärzte sind mit der Honorarreform unzufrieden. Verlierer sind jene KV-Regionen, deren Ärzte zwischen 2007 und 2008 vor allem extrabudgetäre Zuwächse erzielten. Darunter sind viele Fachärzte.

Die KBV hat Korrekturen angekündigt und darauf verwiesen, dass sich das Gesamthonorar aus RLV und Zusatzbudgets zusammensetzt, letztere aber erst bis Mitte 2009 feststehen. Auch die vom Erweiterten Bewertungsausschuss Mitte Januar 2009 beschlossene Konvergenzregelung wird auf regionaler Ebene die arztgruppen- bzw. praxisbezogenen Verluste auf ein Minimum begrenzen. Trotzdem droht die von der KBV mühsam verhandelte Honorarreform zu kippen, was dazu führt, dass jetzt auch die Fachärzte ihr Wohl in Selektivverträgen suchen. Erneut kommt dem MEDI-Verband in Baden-Württemberg eine Vorreiterrolle zu. Angefangen mit den Kardiologen, Orthopäden und Gastroenterologen sollen bis Ende 2010 alle Facharztverbände unter das Dach eines Direktvertrages nach § 73c mit einer komplett eigenen Honorarstruktur bedacht werden. EBM, RLV – und auch die KV – bleiben dabei außen vor. Die AOK Baden-Württemberg strebt darüber hinaus segmentübergreifende regionale Direktverträge mit Krankenhäusern, Heilmittelerbringern und Apothekern an. Gesteuert wird dies meist von einer Managementgesellschaft.

Die teilnehmenden Ärzte verpflichten sich zur Mitwirkung an Konsilen, an Qualitätszirkeln, zu längeren Öffnungszeiten, zur Einhaltung von Rabattverträgen, Leitlinien usw. Dafür erhalten sie eine im Vergleich zum Kollektivvertrag höhere Vergütung, die sich aus Pauschalen, qualitäts- und ergebnisorientierten Zuschlägen sowie Einzelleistungen für speziell definierte Fälle zusammensetzt. Zentrales Element der finanziellen Steuerung ist das sogenannte Einsparcontracting. Statt einer Maximierung der Versorgungszahlen lautet das erklärte Ziel, durch Prävention die Zahl der Interventionen zu minimieren.



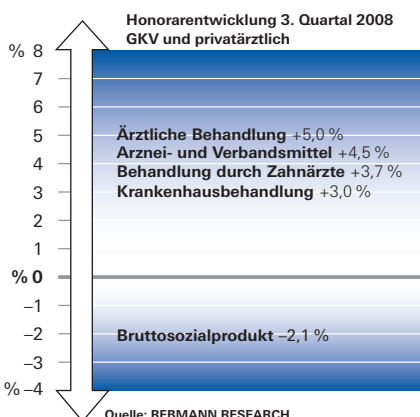
ten sie eine im Vergleich zum Kollektivvertrag höhere Vergütung, die sich aus Pauschalen, qualitäts- und ergebnisorientierten Zuschlägen sowie Einzelleistungen für speziell definierte Fälle zusammensetzt. Zentrales Element der finanziellen Steuerung ist das sogenannte Einsparcontracting. Statt einer Maximierung der Versorgungszahlen lautet das erklärte Ziel, durch Prävention die Zahl der Interventionen zu minimieren.

Top-100-Player in der Gesundheitswirtschaft

Mit einer Studie zu den „Top-100-Playern in der Gesundheitswirtschaft“ leistete das RWI (www.rwi-essen.de) Pionierarbeit und unterstreicht die Bedeutung dieser Branche mit rund 4,4 Mio. Beschäftigten, davon 3,4 Mio. in Vollzeit. Da deren Leistungen nur begrenzt ins Ausland verlagert werden können, bleibt ein Großteil der Wertschöpfung und auch der Arbeitsplätze im Inland. Da kein einziger ambulanter Leistungserbringer in diesem Ranking vertreten ist, stellt sich die Frage, wie es um die Verhandlungsmacht dieses Bereichs und möglicherweise auch um dessen Effizienz bestellt ist. Der Gesundheitsmischkonzern Fresenius SE, zu dem auch 57 Kliniken (Helios) und das Dialysegeschäft (Renal Care) gehören, führt mit 31.500 Beschäftigten das Ranking an, gefolgt von der Rhön-

Klinikum AG (27.560 Beschäftigte, 47 Häuser) und den Asklepios Kliniken (25.127 Beschäftigte, 110 Häuser). An 5. Stelle liegt mit der Barmer Ersatzkasse (13.776 Beschäftigte) die erste GKV, gefolgt von der Debeka (13.479 Beschäftigte) als führende PKV. Die Charité (12.801 Beschäftigte) an 7. Stelle ist das größte Universitätsklinikum, Bayer Health Care AG (12.280 Beschäftigte) an 8. Stelle führt den Pharmabereich an. Die Siemens AG Healthcare ist als 13. das größte Medizintechnikunternehmen, die Fielmann AG (8.780 Beschäftigte) liegt als führender Hilfsmittel-Konzern an 16. Stelle. Der größte Altenheimbetreiber ist die Kursana Residenzen GmbH (5.040 Beschäftigte, 44. Stelle) und die MediClin AG als größter Reha-Anbieter komplettiert die Gesundheitswirtschaft.

MARKT



Plus oder Minus?

Gegenwärtig fällt es schwer, Gewinne und Verluste durch die Honorarreform nach Facharztgruppe und Region genau zu beziffern. Fest steht jedoch die kollektive Ernüchterung bei den Vertragsärzten nach Bekanntgabe der RLV. So wurde vielerorts verkannt, dass sich die angekündigte Honorarsteigerung nicht auf das Vorjahr, sondern auf das Jahr 2007 bezieht.

Auch der Berechnungsmodus der RLV hat für einzelne Praxen je nach Region und Fachgruppenzugehörigkeit zum Teil – zumindest nach jetzigem Erkenntnisstand – verheerende Auswirkungen. Fest steht, dass die Reform zu einer politisch gewollten Umverteilung von West nach Ost und von Süd nach Nord führt. Innerhalb der KVen zeichnet sich wiederum je nach Fachgruppe ein unterschiedliches Bild. So sind beispielsweise im Saarland insbesondere Augenärzte, Orthopäden und Urologen betroffen, während in Schleswig-Holstein auch die fachärztlichen Internisten ohne Schwerpunkt und in Rheinland-Pfalz überwiegend die Kinderärzte unzufrieden sind. Laut des Erweiterten Bewertungsausschusses bilden auch die Praxisgröße und Leistungsstruktur entscheidende Kriterien für den wirtschaftlichen Fortbestand. Schlechte Chancen haben kleinere spezialisierte Praxen, die ein eher geringes, dafür umso behandlungsintensiveres Patientenaufkommen haben. Auch Praxen mit einem großen Anteil an ambulanten Operationen zählen tendenziell zu den Verlierern, weil die für die Zusatzleistungen vereinbarten Punktwerte immer noch nicht kostendeckend sind. Eine Abhilfe für inakzeptable Verteilungswir-

kungen des neuen Honorarsystems wird in der jetzt beschlossenen Konvergenzphase gesehen, die den KVen eine schrittweise Einführung der neuen Honorarverteilung bis Ende 2010 ermöglicht. Gleichzeitig soll das RLV auf Bundesebene weiterentwickelt werden. Mit Blick auf die aktuelle Honorarentwicklung im Jahr 2008 (siehe Abbildung „Markt“) haben die Arzthonorare um 5 % zugenommen und zwar unter Berücksichtigung privat- sowie vertragsärztlicher Umsätze. Bei den Apotheken hat sich das Wachstum zum Jahresende hin dagegen abgeschwächt, beträgt aber immer noch 4,5 %. Bei den Zahnärzten ist vor allem aufgrund höherer privat-zahnärztlicher Einkünfte gegenwärtig mit einem Gesamtwachstum von 3,7 % zu rechnen. Der zahnärztliche GKV-Bereich wächst um nur 2 %. In den Krankenhäusern steigen die Umsätze nach aktuellen Daten um rund 3 %. Alle Leistungsbereiche des Gesundheitswesens wachsen damit relativ stark, während die Wirtschaft in Deutschland insgesamt schrumpft (-2,1 %). Inwiefern die aktuelle Honorarreform diese gute Entwicklung des Jahres 2008 beschleunigen oder eher abschwächen wird, lässt sich erst Mitte dieses Jahres sagen.

Macht der Großen

Durch Strukturverträge (z.B. nach § 73a–c SGB V) und Dank der medizinischen Versorgungszentren drängen auch medizinische Großunternehmen in den ambulanten Versorgungsmarkt vor. Besonders Klinikkonzerne und Management-Gesellschaften sind beim Erwerb von Praxissitzen aktiv. Hauptmotiv der großen Klinikkonzerne ist eine verbesserte Auslastung des stationären Bereichs. Branchenriesen wie Rhön, Helios, Asklepios und Sana halten gegenwärtig insgesamt rund 70 MVZ. Bezogen auf die Gesamtzahl der MVZ bedeutet dies einen Marktanteil von 6 %. Krankenkassen schließen gerne mit MVZ Direktverträge, um ihre Marktposition auszubauen und sich im Wettbewerb zu differenzieren. In Leipzig eröffnete jetzt das dritte MVZ in enger Kooperation mit der Techniker Krankenkasse. Auch die BKK plant mit dem Start des Hamburger MVZ „Gesundheit im Zentrum“ ähnliche Modelle im ganzen Bundesgebiet. goMedus, eine Tochtergesellschaft der DKV, möchte neben den bestehenden Zentren in Köln, Düsseldorf und Berlin mit weiteren Standorten in Ballungsgebieten expandieren. Deshalb müssen sich die Vertragsärzte dort auf eine zunehmende Konkurrenz einstellen. Da nur 3 % aller niedergelassenen Ärzte in einem MVZ tätig sind, wird die Wettbewerbskraft der MVZ für die ambulante Versorgung oft überschätzt.

Zahnärzte spüren Konjunkturunbruch am ehesten

Während die deutsche Wirtschaft mit den Folgen der Finanzkrise kämpft, profitieren die Beteiligten der Gesundheitsbranche von der systemeigenen, relativ großen Unabhängigkeit gegenüber Konjunkturschwankungen. Letztere betreffen jene Leistungsbeiriche, bei denen Patienten eine finanzielle Eigenbeteiligung zu tragen haben. Patienten können ihre Gesundheitsausgaben über die Wahl von alternativen Behandlungsformen bzw. über den Zeitpunkt der Umsetzung der Behandlungsempfehlung steuern. Nach diesen Kriterien sind Allgemeinmediziner am geringsten betroffen, bei Fachärzten kommt es auf den Anteil privat liquidierbarer IGeL-Leistungen am Gesamtumsatz an. Bei den Zahnärzten sind vor allem diejenigen betroffen, die einen hohen Anteil an Zahnersatz-Umsatz haben. Aufgrund der befundorientierten Festzuschüsse steigt der Eigenanteil des

Patienten mit der Versorgungsqualität. Wie die Fallwert-Zusammensetzung bei diesen Versorgungsformen zeigt, wird bei einem durchschnittlichen Fallwert von 2.000 Euro nur noch ein Drittel der Leistung von der Kasse bezuschusst. Hochwertige Versorgungsformen wie etwa Implantate werden vielleicht eher verschoben. Gegebenenfalls weicht der Patient auch auf die prozentual höher bezuschusste Regelversorgung aus. Die Ergebnisse der aktuellen Studie der Gesellschaft für Konsumforschung sprechen für diesen Zusammenhang:

- 72 % der Befragten haben die Absicht, beim Zahnersatz zu sparen.
- 75 % der 30- bis 49-Jährigen erwarten eine umfassende zahnärztliche Beratung zu Einsparmöglichkeiten beim Zahnersatz.
- Nur rund ein Viertel der Patienten akzeptiert den ausgewiesenen Selbstkostenanteil ohne Vorbehalt.

- Mehr als die Hälfte der Befragten möchte den Zahnersatzanbieter selbst auswählen.
- Mehr als 40 % aus der Gruppe der 14- bis 39-Jährigen würden sich bei entsprechenden Einsparmöglichkeiten auch für ausländischen Zahnersatz entscheiden.
- Lediglich die ältere Generation steht mit rund 50 % den Produkten aus dem Ausland eher ablehnend gegenüber.

Immer mehr Zahnärzte versuchen deshalb, ihre Wertschöpfungskette zu optimieren und etwa beim Zukauf von Zahnersatzleistungen oder durch effiziente Eigenanfertigung Geld einzusparen. Um dem Patienten z.B. auch klar zu machen, dass sich Zahnersatz zeitlich nur bedingt verschieben lässt, kommt dem Patientengespräch eine noch höhere Bedeutung zu.

EVA folgt AGnES

Nachdem die „Gemeindeschwester AGnES“-Projekte insbesondere in ostdeutschen Regionen auf große Akzeptanz stießen, setzt nun Nordrhein-Westfalen ein eigenes professionelles Delegationskonzept für die Basisversorgung auf. Voraussetzung für die Fortbildung zur entlastenden Versorgungsassistentin, kurz „EVA“, ist eine zweijährige Berufserfahrung als medizinische Fachangestellte. Es kann eine berufsbegleitende modulare Fortbildung über die gemeinsame Fortbildungsakademie bzw. die Nordrheinische Akademie erworben werden. Ähnlich wie „Schwester AGnES“ übernehmen die „EVAs“ u. a. Hausbesuche, Impfungen, Wundversorgung und Präventionsleistungen. Die therapeutische Gesamtverantwortung für die Behandlung obliegt weiterhin dem Arzt. Das AGnES-Projekt wurde aus EU- und Landesmitteln, von der Kassenärztlichen Vereinigung sowie von den Krankenkassen gemeinsam finanziert. Für die bundesweite Einführung dieses Modells besteht aber noch Honorarunsicherheit, da sich die für den 1. Januar 2009 vorgesehene Definition eigener EBM-Nummern für die Versorgungsassistentin durch den Bewertungsausschuss verzögert. Rechtlich ungeklärt ist die Frage, ob die Versorgungsassistentin auch private Umsätze erzielen kann.

Zusammen geht's auch

Bei den Ärzten in der Region Flensburg besteht bereits seit mehr als 10 Jahren ein Praxisnetz niedergelassener Haus- und Fachärzte, das sich auch auf zwei stationäre Kooperationspartner erstreckt. Von der gelungenen sektorübergreifenden Zusammenarbeit des „Gesundheitsnetzwerks Flensburg“ profitieren nicht nur die Patienten. Durch einen speziellen Patientenbegleitbrief, gemeinsame Qualitätszirkel, elektronische Vernetzung, die Teilung von Geräten und Einrichtungen sowie die Zusammenarbeit beim ärztlichen Bereitschaftsdienst kommen für alle Partner auch wirtschaftliche Vorteile zum Tragen. Vorbildlich ist die Kooperation auch in kritischen Bereichen, wie etwa bei den ambulanten Angebotsmöglichkeiten der Kliniken nach § 116b oder den MVZ-Gründungen. Diese Angebote dürfen nur nach Absprache mit den Praxen geschaffen werden. Gegenwärtig arbeitet das Netzwerk an einem integrativen Versorgungskonzept für die Region. Unter Einbeziehung von Apothekern sollen gemeinsame Diagnose- sowie Behandlungsleitlinien entwickelt und so die Patientenversorgung optimiert werden.

Praxisnetze: Sein oder Nichtsein

Praxisnetze erlebten bereits Ende der Neunzigerjahre einen Gründungsboom. Mittlerweile sind viele der auf acht Jahre befristeten Verträge über Praxisnetzmodellvorhaben ausgelaufen. Auch die Krankenkassen haben sich nach Ausbleiben der erhofften Einsparungen aus vielen Netzen zurückgezogen. Dennoch gibt es gegenwärtig zukunftsweisende Praxisnetze, die bereits wichtige Versorgungsfunktionen in den betroffenen Regionen übernehmen und als Vorläufer künftiger Strukturen, etwa in Form von überregional agierenden Kapitalgesellschaften, gelten. Immer wieder zeigen sich dabei dieselben Erfolgsfaktoren eines Arztnetzes:

- zentrale Organisations- und Steuerungsstrukturen
- Führung durch professionelle Netzmanager
- Teilnahme an IV-Verträgen oder DMP und somit Zugriff auf extrabudgetäre Einkünfte
- professionelle Aus- und Fortbildung des Praxispersonals

- einheitliche Abrechnungs-, Dokumentations- und Qualitätssicherungssysteme
- Patienten profitieren von sektorübergreifenden, individuell abgestimmten Behandlungsprogrammen aus einer Hand (Vermeidung von Parallelbehandlungen und Doppeluntersuchungen)
- kurze OP-Wartezeiten
- besondere Serviceangebote wie garantierte Zweitmeinung, zentrales Patiententelefon, krankheitsspezifische Informationen zum Beispiel durch spezielle Patientenzeitungen und auf das Krankheitsbild abgestimmte Sportgruppen
- lange Gewährleistungsfrist z. B. auf orthopädische Operationen

Beispiele für gut funktionierende und umfassende Netzwerke sind das Norddeutsche Herznetz und das Norddeutsche Orthopädiennetz, die sich in Schleswig-Holstein über die gesamte Versorgungskette des Krankheitsbildes formiert haben (siehe Abbildung).

	Norddeutsches Herznetz	Norddeutsches Orthopädiennetz
Teilnehmende Ärzte (z. T. in kleineren Netzen organisiert)	510	58 (davon 17 Ärzte für Zweitmeinungen)
Teilnehmende Krankenhäuser und Reha-Kliniken	7	6
Sonstige Kooperationspartner	Krankenkassen, Partner-Apotheken, Medtronic, Berlin-Chemie u. a.	Krankenkassen, Partner-Apotheken u. a.

Quelle: Rebmann Research

UKE-Reform in Hamburg birgt Chancen

Das sektorübergreifende Konzept des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) zeigt, dass Visionen in der Gesundheitswirtschaft durchaus Aussicht auf Erfolg haben. Die UKE tätigte in den letzten 9 Jahren Investitionen in Höhe von 340 Mio. Euro. Der einst marode Altbaukomplex ist nach eigenen Aussagen auf dem Weg zur „modernsten Klinik Europas“. Es ist die Idee eines „Gesundheitsparks“, die viele Vertragsärzte in Hamburg bereits eng an das Klinikum heranrücken lässt. In diesem Gesundheitspark werden unterschiedliche medizinische Dienstleister wie Reha-Kliniken, Belegarzt-klinik, Ärztehaus, MVZ und auch Heilhilfsberufe miteinander vernetzt. Aus Effizienz- und auch Marketinggesichtspunkten ist wichtig, dass dies auf dem gleichen Gelände und damit in enger Anbindung an das UKE erfolgt. Außerdem können die angegliederten Vertragsärzte vom Ruf der Klinik profi-

tieren, die auch auf innovative und internationale Belange ausgerichtet ist. So sorgt etwa die UKE Consult und Management GmbH für eine internationale Vermarktung. Ein anderes Tochterunternehmen des UKE, die Medigate GmbH, unterstützt die Ärzteschaft bei der Verwertung von Forschungsergebnissen, Produktideen und Verbesserungsvorschlägen, ein Bereich, der gerade in Vertragsarztpraxen noch viele Möglichkeiten bietet.

UKE in Zahlen	
Umsatz (2007)	550 Mio. Euro
Beschäftigte	6.400
darunter Ärzte	1.100
Betten	1.369
stationäre Patienten/Jahr	52.000
ambulante Fälle	70.000
Notfälle	50.000

Quelle: Die GesundheitsWirtschaft, 2. Jahrgang, 6/08, S. 42ff

Obama stopft Löcher

Im Gegensatz zum deutschen Krankenversicherungssystem, für das seit Januar 2009 eine allgemeine Versicherungspflicht gilt, kommen viele amerikanische Bürger gegenwärtig nicht in den Genuss einer Krankenversicherung.

Hintergrund ist, dass es in den USA weder eine solidarisch organisierte Krankenversicherung noch eine Krankenversicherungspflicht für Arbeitnehmer gibt. Einige Arbeitgeber, insbesondere große Unternehmen, aber auch Universitäten, Schulen und der öffentliche Dienst, bieten ihren Angestellten eine bis zu 100 % vom Arbeitgeber getragene Basiskrankenversicherung an. Mit Medicaid, Medicare und dem State Children's Health Insurance Program (SCHIP) bietet der amerikanische Staat Gesundheitsprogramme für Bedürftige und Ältere sowie für Kinder. Dennoch fallen viele durch die Maschen dieser sozialen Netze. Der Krisenzustand des amerikanischen Gesundheitssystems, das rund 45 bis 47 Mio. Amerikaner ohne Krankenversicherungsschutz lässt und laut Prognosen in 10 Jahren rund ein Fünftel des amerikanischen Brutto-sozialprodukts verschlingen wird, hat der Gesundheitsreform einen zentralen Platz im Präsidentenwahlkampf beschert. Obama hat einen verbesserten

Zugang zu einer erschwinglichen Krankenversicherung für alle US-Bürger versprochen. Kurz nach seinem Amtsantritt hat er den ersten Schritt seiner Reformpläne, den Krankenversicherungsschutz für Kinder auszudehnen, eingelöst. Ganze 7 Mio. Kinder profitieren nun von einer Ausweitung des SCHIP-Programms. Die Folgekosten in Höhe von 32,8 Mrd. Dollar sollen über eine Erhöhung der Tabaksteuer gegenfinanziert werden. Die Pläne des Präsidenten sehen weiter vor, eine staatliche Krankenversicherung für jene Amerikaner zu schaffen, die aufgrund der Beitragsbemessungsgrenze oder ihres Alters die Voraussetzungen für das Medicaid- oder Medicareprogramm nicht erfüllen und nicht über ihren Arbeitgeber versichert sind. Daneben sollen die Arbeitgeber zu einer Beteiligung an den privaten Krankenversicherungsprämien oder dem neuen staatlichen Versicherungsprogramm verpflichtet werden. Für den privaten Versicherungsmarkt sind kontrollierte

Alternativen geplant („National Health Insurance Exchange“). Ferner soll eine Versicherungsgarantie künftig dafür Sorge tragen, dass versicherungswillige Bürger nicht aufgrund ihres Gesundheitszustandes abgelehnt werden können. Mit der verpflichtenden Beteiligung der Arbeitgeber wird Obama künftig eines der Kernelemente des deutschen Gesundheitswesens auf das amerikanische System übertragen. Eine allgemeine Pflichtversicherung nach deutschem Vorbild lehnt der neue Präsident hingegen ab. Dabei steigt der Druck auf das System. Da viele US-Krankenversicherte freiwillig über ihren Arbeitgeber versichert sind und bei Verlust bzw. Wechsel des Arbeitsplatzes ihren Versicherungsschutz einbüßen, ist mit einem weiteren Anstieg der Zahl der nicht versicherten Bürger zu rechnen. Die unter Druck geratenen Unternehmen werden einer zwingenden finanziellen Beteiligung an den Krankenversicherungsbeiträgen eher ablehnend gegenüberstehen.

EU-Gesundheitsmärkte: Grenzen fallen

Die tschechische EU-Ratspräsidentschaft drängt nun auf die Umsetzung des Vorschlags der EU-Kommission vom August 2008 zu den Patientenrechten in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung. Bislang lässt sich nur ein geringer Anteil von Europäern im Ausland behandeln. Der Anteil der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung an den einzelstaatlichen Gesundheitsetats beträgt nur ein Prozent. Ferner sind rund 30 % der EU-Bürger bislang nicht darüber aufgeklärt, dass ihre Krankenversicherung die ärztliche Versorgung in der gesamten EU abdeckt. Der Zugang der EU-Bürger zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung soll nach dem Willen der EU insbesondere durch folgende Maßnahmen verbessert werden:

- Verlässliche Regelung der Behandlungskostenerstattung: Patienten haben das Recht, ambulante Behandlungen im EU-Ausland ohne vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse in Anspruch zu nehmen. Die Kostenerstattung richtet sich hierbei nach den im Heimatland geltenden Erstattungsätzen. Eventuelle Mehrkosten hat der Patient selbst zu tragen.

- Verbesserte Informationen über die medizinischen Leistungen innerhalb der gesamten EU
- Recht auf Schadensersatzklagen bei Kunstfehlern im Ausland
- Gewährleistung EU-weiter Behandlungsstandards
- Grenzüberschreitende Anerkennung von Verschreibungen
- Bestimmung und Weiterentwicklung Europäischer Referenznetzwerke (ERN) zur Bekämpfung seltener Krankheiten
- Unterstützung von Maßnahmen auf dem Gebiet der Gesundheitstelematik („e-Health“) zur schnelleren Übertragung lebenswichtiger patientenbezogener Informationen (wie Blutgruppe, Allergien etc.).

Die neuen EU-Regelungen werden unterschiedlich bewertet. Die KBV sieht eine Gefährdung der hohen Qualitäts- und Sicherheitsstandards in Deutschland. Die niedergelassenen Ärzte sehen aber auch die Chancen einer besseren Auslastung durch die Behandlung von grenznahen EU-Privatpatienten. Der hervorragende Ruf der ambulanten Gesundheitsversorgung in Deutschland kommt den deutschen Ärzten im europäischen Wettbewerb zugute.

Studie zeigt Defizite

Nach einer Acht-Länder-Studie (siehe www.iqwig.de) liegt Deutschland bei den ärztlichen Sprechzeiten um 30 % unter dem europäischen Durchschnitt und damit auf dem letzten Platz. Dennoch arbeiten deutsche Ärzte länger als ihre europäischen Kollegen. Dieser Widerspruch liegt im Honorierungssystem begründet, das viele Patientenkontakte erzwingt. Da Beratungs- und Gesprächszeiten sehr schlecht honoriert werden, entwickeln Ärzte oft Ausweichstrategien. Dies kann zu höheren Rezeptzahlen oder Folgeterminen im Quartal führen. Gefordert wird ein System, das es dem Arzt erlaubt, mit den Patienten eine angemessene Zeit lang zu reden, ohne ökonomische Nachteile zu erleiden. Die Studie zeigte weitere Defizite im deutschen System, wie etwa ein hoher Konsum an frei verkäuflichen Arzneimitteln. Ferner haben deutsche Patienten zwar einen guten Zugang zu Arzneimittelinnovationen, doch sind die Investitionen in die praxisrelevante klinische Forschung unzureichend. Bei alternativen Therapien bestehen Informationsdefizite. Gut schneidet Deutschland mit Platz 3 beim „Schutz der Patienten vor privaten Zuzahlungen“ und insbesondere beim „Zugang zur medizinischen Notfallversorgung“ (Platz 2) ab.

Der aktuelle Honorartipp

Analysten bescheinigen dem (Medical-) Wellnessmarkt ein hohes Wachstumspotenzial.

Roland Berger**Strategy Consultants, 2008:**

- 93 % der Bürger wünschen individuelle Leistungen (Prävention, Beratung, Sportprogramme, Ernährungsberatung) und sind bereit, dafür zu bezahlen.
- Geschätztes Volumen des 2. Gesundheitsmarktes 2008: ca. 64 Mrd. Euro
- Jährliches Marktwachstum für Fitness und Wellness: ca. 5,8 %

TNS Infratest,**Semiometriestudie, 2008:**

- 14 % der Deutschen gehen regelmäßigen Wellnessaktivitäten nach
- Umsatz Wellnessmarkt: 2008: 73 Mrd. Euro
Prognose 2010: 100 Mrd. Euro

Medical Wellness auf der Suche nach Qualität

Während einerseits der Kostendruck im Gesundheitswesen weiter zunimmt, steigt andererseits die Bereitschaft der Bevölkerung, für Leistungen außerhalb des GKV-Katalogs selbst aufzukommen, weil so aktive Gesundheitsvorsorge möglich ist. Hiervon profitiert auch der Medical Wellness-Trend mit Präventionsangeboten, komplementärmedizinischen und ernährungsmedizinischen Leistungen sowie Fitness-, Entspannungs- und Wohlfühlangeboten. Reiseveranstalter, Hotels und Rehabilitationskliniken haben die Potenziale dieser Nische des „zweiten Gesundheitsmarktes“ seit geraumer Zeit für sich entdeckt. Ärzte können sich hier ihren Anteil am Markt verschaffen, indem sie die Begleitung von Medical Wellness-Angeboten übernehmen. Besondere Chancen zur Profilierung in diesem Markt stellt aus ärztlicher Sicht die Bereitstellung einheitlicher medizinischer Qualitätsstandards dar. Vor dem Angebot von neuen Selbstzahlerleistungen ist jedoch zu beachten, dass dieser Geschäftsbe- reich organisatorisch eindeutig von der sonstigen Praxistätigkeit zu trennen ist. Sonst droht eine Umsatzsteuerpflicht sowie die Gewerbesteuerinfranzierung der gesamten Praxiseinkünfte. Daneben sollten transparente Abrechnungsmodalitäten für Seriosität gegenüber den Patienten sorgen.

Zahlungsströme zwischen Klinik und Praxis umstritten

Die DRGs in Krankenhäusern haben zu steigenden Fallzahlen bei einer gleichzeitigen Reduzierung der Verweildauer geführt. Beides wiederum führt zu einer höheren Belastung der vor- und nachversorgenden niedergelassenen Vertragsärzte, die daher ebenfalls eine steigende Fallzahl zu bewältigen haben. Infolge der Mehrarbeit an der Schnittstelle zur stationären Versorgung rückt zunehmend auch die Frage der Honorierung in den Fokus. Die Vertragsärzte bemängeln, dass die Leistung zwar in den ambulanten Bereich verlagert wird, das Geld aus dem GKV-Bereich aber nicht nachfolgt. Die vielerorts übliche Praxis, Vertragsärzten auf Basis einer gemeinsamen Vereinbarung mit dem Krankenhaus GOÄ-Honorare für die vor- und nachstatio-

näre Behandlung von Patienten zu gewähren, ist umstritten. In der Vergangenheit haben die Oberlandesgerichte ähnliche Vereinbarungen mit Verweis auf den § 31 der ärztlichen Berufsordnung stets für unzulässig erklärt. Demzufolge ist es nicht gestattet, für die Zuweisung von Patienten monetäre oder andere Vorteile zu versprechen oder zu gewähren oder sich versprechen oder gewähren zu lassen. Sollten die Gerichte die Vereinbarungen für rechtswidrig befinden, haben die betroffenen Vertragsärzte jedoch kaum mit Konsequenzen zu rechnen, da die Vereinbarungen in den meisten Fällen von den KVen und Ärztekammern mitgetragen wurden. Die Wahrscheinlichkeit disziplinarischer Maßnahmen ist gering (Ärzte Zeitung, 2.2.2009).

Viele Töpfe für Hausärzte

Die gesamten Kasseneinnahmen einer Hausarztpraxis haben sich früher auf die KV-Regelversorgung beschränkt. Heute setzt sich das Gesamthonorar aus einem Honorarmix zusammen, der in der konkreten individuellen

Ausprägung über den wirtschaftlichen Fortbestand der Praxis Ausschlag geben kann. Die Zusatztöpfe, die das RLV aufstocken, heißen jetzt auch Fallwertzuschläge (Ärzte Zeitung, 11.12.2008; 23.12.2008):

Regelleistungsvolumen (RLV)

Leistungen, die innerhalb des fachgruppenspezifischen Gesamtbudgets mit entsprechenden Mengenbeschränkungen erbracht werden:

Vorgegebene Grundleistungen nach EBM honoriert zu einem festen Punktwert, praxisspezifisch

+

Zusatzleistungen

die außerhalb der Gesamtvergütung ohne Mengenbegrenzung bezahlt werden:

- | | |
|--|---|
| + Substitutionsbehandlung | + regional vereinbarte Leistungen (Schutzimpfungen) |
| + Prävention | + prä- und postoperative Leistungen |
| + Hautkrebsscreening | + Vakuumstanzbiopsien |
| + Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b SGB V), Verträge zur integrierten Versorgung (§ 140a-h SGB V), Verträge gemäß § 73c SGB V, DMP-Vereinbarungen, Modellvorhaben | + Strahlentherapie |
| | + fototherapeutische Keratektomie |
| | + Leistungen der künstlichen Befruchtung |
| | + belegärztliche Leistungen, Geburtshilfe |

+

Zusatzleistungen

die das RLV nicht belasten, die aber von der Gesamtvergütung begrenzt werden, sofern es zu Mengenüberschreitungen kommt:

- | | |
|--|--|
| + organisierter Notfalldienst | + Laboruntersuchungen |
| + besondere Inanspruchnahme | + Kostenpauschalen (EBM-Kapitel 40) |
| + dringende Besuche | + Psychotherapie |
| + Akupunktur | + Zusatzpauschalen Transplantation |
| + ambulante praxisklinische Betreuung/ Nachsorge | + Langzeit-EKG |
| + Schmerztherapie | + qualitätsgebundene Leistungen (Sonografie, Psychosomatik, Spirometrie) |

Praxis-Kalender

07.05.–08.05.2009 Rostock
5. Nationaler Branchenkongress Gesundheitswirtschaft 2009

19.05.–22.05.2009 Mainz
112. Deutscher Ärztetag

20.05.–23.05.2009 Berlin
90. Röntgenkongress

27.05.–29.05.2009 Berlin
Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit 2009 mit „Tag des niedergelassenen Arztes“

20.06.2009 Dortmund
7. Dortmunder Diabetes-Forum

Patientenkontakte – weniger ist mehr

Aus Gründen der Praxiseffizienz lohnt es sich, die Patientenkontakte im Auge zu behalten. Die vor fünf Jahren eingeführte Praxisgebühr sollte Anreize für einen Rückgang der Arztbesuche setzen. Eine aktuell veröffentlichte Auswertung der Gmünder Ersatzkasse bescheinigt jedoch nun den deutschen Bundesbürgern eine im internationalen Vergleich nach wie vor auffallend hohe Zahl an Arztkontakten mit weiter steigender Tendenz. Laut GEK besuchte jeder Deutsche im Jahr 2007 achtzehnmal einen niedergelassenen Arzt. Die Unterschiede zwischen den einzelnen Regionen sind hierbei gering. Als auffällig identifiziert die Studie die Wochentagsstruktur der Besuche, nach welcher der Montag als beliebtester Tag für einen Arztbesuch hervorsticht. Zwischen 2004 und 2007 stieg die Anzahl der Arztbesuche pro Jahr (altersbereinigt) um 8,4% auf 17,7%. Aus statistischer Sicht hat so der einzelne Arzt durchschnittlich 38 Patienten pro Wochentag zu behandeln. Laut GEK-Vorstand Rolf-Ulrich Schlenker handelt es sich hierbei um ein Indiz für knappe Beratungszeiten und steigende Arzneiverordnungszahlen. Für bedenklich hält die GEK ferner, dass die Hälfte der Bevölkerung im Jahr 2007 vier oder mehr Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen konsultierte. Aus der Praxis-EDV sollte sich die „Häufigkeit der Kontakte je Patient je Quartal“ ermitteln und eine entsprechende Analyse durchführen lassen. Nicht selten ist eine Reduzierung der Besuchshäufigkeit ausschlaggebend für den Praxiserfolg, zumal es in vielen Praxen bei einigen Patienten zu mehr als 20 Kontakten je Quartal kommt. Eine professionelle Abrechnungsberatung kann hier konkrete Optimierungsansätze vermitteln.

Leitfaden zur kooperativen Berufsausübung

Während die Zahl der Einzelpraxen weiter rückläufig ist, befinden sich alle Formen der Kooperation und hier vor allem auch das Medizinische Versorgungszentrum auf dem Vormarsch. Allein zwischen 2007 und 2008 (jeweils drittes Quartal) stieg die Zahl um rund 31% auf insgesamt 1.152 Einrichtungen. Durch die Änderungen des Vertragsarztrechts wurden die Unterschiede zwischen MVZ und Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) weitgehend nivelliert. Unter anderem besteht für beide Kooperationsformen wie auch für die Einzelpraxis die Möglichkeit der Anstellung von Ärzten mit entsprechenden Arbeitszeitmodellen und der Gründung von (überörtlichen) Praxisfilialen. Vorteile bietet das MVZ noch insofern, als die Zahl der Angestellten nicht begrenzt ist und dass auch nichtärztliche Partner (z.B. Pflegedienste, Apotheken etc.) mitwirken können. Dies fördert beim MVZ grund-

sätzlich neben fach- auch sektorübergreifende Strukturen. Das macht sie auch zu interessanten Vertragspartnern für Krankenkassen. Professionelle Managementstrukturen erleichtern die Vertragsverhandlungen und entlasten die beteiligten Ärzte oft administrativ. Bei MVZ mit Krankenhausbeteiligung kommen zudem die klassischen Kooperationsvorteile einer verbesserten Auslastung von personellen, räumlichen und apparativen Kapazitäten in besonderem Maße zum Tragen. Bei einem Entscheid zwischen BAG und MVZ empfiehlt es sich, alle betriebswirtschaftlichen, rechtlichen und vor allem auch steuerlichen Aspekte genau abzuwägen. Neben Managementkosten ist beim MVZ eine mögliche Polarisierung gegenüber anderen Leistungserbringern zu beachten. So gibt es Beispiele eines sehr zurückhaltenden Zuweiserverhaltens seitens der Kollegen.

Tipp

Die Rheinische Fachhochschule Köln bietet mit ihrem kostenlosen „Leitfaden für die Abrechnungen medizinischer Leistungen in Medizinischen Versorgungszentren und anderen Formen kooperativer Berufsausübung“ eine umfassende und detaillierte Orientierungshilfe für kooperationswillige Ärzte. Es werden insbesondere Auswirkungen auf die Leistungsabrechnung und Honorarsituation einschließlich der neuen RLV beleuchtet.

Bezugsquelle: Kostenloser Download auf der Homepage der Rheinischen Fachhochschule Köln unter www.rfh-koeln.de.

Analyse der Patienten- und Abrechnungsstruktur birgt Potenziale

Eine aktuelle Studie der Gmünder Ersatzkasse zur ambulanten Behandlung zeigt, dass ein geringer Anteil an Patienten unverhältnismäßig hohe Kosten verursacht. So hatten nur 1% der Versicherten einen Anteil von 12,5% an den Gesamtausgaben. 10% der Versicherten waren bereits für mehr als 41% der Kosten verantwortlich. Die Behandlungskosten in dieser Versi-

chertengruppe liegen damit um das 4,1-fache höher als der Durchschnitt aller Personen. Diese Daten machen deutlich, wie wichtig es für den Praxisinhaber ist, die Patientenstruktur im Vergleich zu anderen Praxen genau zu kennen und gegebenenfalls rechtzeitig auch die KV auf Praxisbesonderheiten hinzuweisen.

	1 % der Versicherten	10 % der Versicherten	20 % der Versicherten	30 % der Versicherten	50 % der Versicherten
Anteil der Behandlungsfälle	4,1 %	26,8 %	44,5 %	58,5 %	79,4 %
Anteil der Arztkontakte	6,7 %	34,8 %	53,9 %	67,6 %	85,7 %
Anteil der Behandlungskosten	12,5 %	41,3 %	59,0 %	71,4 %	87,4 %

Quelle: GEK Report ambulant-ärztliche Versorgung 2008

Immobilien-Investments feiern Renaissance

Aufgrund ihres Charakters einer sicheren Anlageform werden eigen- und fremdgenutzte Immobilien im Volksmund gerne als „Betongold“ bezeichnet.

Je schwieriger die wirtschaftliche Situation, desto eher tendieren die Anleger zu stabilen Anlageformen. Im Vergleich zu anderen Kapitalanlagen ist bei Immobilien allerdings zu beachten, dass sich diese nur für ein langfristiges Engagement eignen. Dies gilt sowohl für die Finanzierungs- als auch für die Steuerseite. Ein häufiger Wechsel oder Notverkäufe sind für den Vermögensaufbau in der Regel schädlich. Der Immobilienverband Deutschland (IVD, siehe www.ivd.net) sieht die selbstgenutzte Wohnimmobilie, aber auch die vermietete Wohnung weiterhin als

ein lohnendes Investment an. Eine Immobilieninvestition ist in jedem Fall sorgfältig vorzubereiten. Wichtig ist es vor allem, den richtigen Standort zu finden. Außerdem entscheidet der Zustand der Immobilie, die bestehenden Vertragsverhältnisse, also vor allem die Mietverträge, sowie die sonstigen Rechte und Pflichten, die mit dem Erwerb verbunden sind, über den Erfolg der Anlage. Nicht zuletzt sind hier steuerliche Aspekte zu berücksichtigen, zu deren Abwägung im konkreten Fall der Rat eines Fachmanns herangezogen werden sollte:

Eigennutzer	Kapitalanleger	Eigennutzer und Kapitalanleger
<ul style="list-style-type: none"> Handwerkerrechnungen sind jetzt in Höhe von 1.200 Euro (bisher 600 Euro) absetzbar, maximal aber 20 % der Arbeitskosten. Wichtig: Die Arbeitskosten müssen für die steuerliche Wirksamkeit separat auf der Rechnung ausgewiesen werden. Erbschaftsteuer entfällt für Wohnimmobilien, sofern die Erben mindestens 10 Jahre in der Immobilie wohnen bleiben. 	<ul style="list-style-type: none"> Anschaffungs- bzw. Herstellungskosten sind im Rahmen der Abschreibung als Werbungskosten steuerlich absetzbar. Liegen zwischen Kauf und Verkauf nicht mehr als 10 Jahre, werden auf eventuelle Veräußerungsgewinne fällig. 	<ul style="list-style-type: none"> Sonderabschreibungen bei denkmalgeschützten Gebäuden für sämtliche Sanierungskosten, die der Erhaltung des Gebäudes dienen. Im Rahmen von Schenkungen sind die neuen Bewertungsregelungen zu beachten.

Mitmachen bei der Konjunkturbelebung

Auch niedergelassene Ärzte können jetzt vom Maßnahmenpaket der Bundesregierung „Beschäftigungssicherung zur Wachstumsstärkung“ profitieren und zwar dann, wenn sie innerhalb der nächsten beiden Jahre in medizinisch-technisches Gerät investieren. Nachdem die Abschreibung in fallenden Jahresbeträgen (degressive AfA) zunächst zum 1. Januar 2008 ganz abgeschafft wurde, ist es für „bewegliche Wirtschaftsgüter des Anlagevermögens“, die nach dem 31. Dezember 2008 und vor dem 1. Januar 2011 angeschafft oder hergestellt worden sind, jetzt wieder möglich, die Abschreibung vorzuerlagern. Dies empfiehlt sich bei einer guten Ertragssituation der Praxis, um in den ersten

Abschreibungsjahren einen steuerlichen Vorteil zu erzielen. Die Grundregel sieht die Absetzung in konstant hohen Jahresbeträgen (lineare Abschreibung) vor, d.h. die Anschaffungskosten des abzuschreibenden Wirtschaftsgutes (WG) werden gleichmäßig auf die Jahre der Nutzungsdauer aufgeteilt. Der maximale degressive Abschreibungssatz beträgt das 2,5-fache der linearen Abschreibung, jedoch maximal 25 %. Schreibt man also etwa ein für 40.000 Euro neu angeschafftes Sonografie-Gerät linear auf 8 Jahre ab, so ergibt sich bei linearer AfA eine steuerliche Abschreibung von 5.000 Euro im ersten Jahr, während sich bei der degressiven AfA 10.000 Euro abschreiben lassen.

Kooperationen bergen Steuerchancen und -risiken

Sofern sich ein Arzt nach Abwägung aller medizinischer, ökonomischer und rechtlicher Kriterien für einen Zusammenschluss entschieden hat, empfiehlt es sich, die meist komplizierten steuerlichen Gesichtspunkte von einem Steuerberater abprüfen zu lassen. Grundsätzlich sind bei der Gründung eines MVZ oder anderer Kooperationsformen alle Rechtsformen erlaubt, also Personengesellschaften (GbR, OHG, KG, GmbH & Co. KG, Partnerschaftsgesellschaft), Kapitalgesellschaften (GmbH, AG) oder auch sonstige Vereinigungen (e.V., e.G., Stiftung). Hat sich der Arzt für eine Rechtsform entschieden, so stellt sich meist die Frage der Art der Einbringung der eigenen Praxis in die neue Gesellschaft und damit, ob ein möglicher Veräußerungsgewinn zum vollen oder einem ermäßigten Steuersatz zu versteuern ist. Gerade ältere Ärzte tendieren dazu, nicht sofort aus der ärztlichen Tätigkeit auszusteigen, sondern möglicherweise weiterhin für die Kooperation tätig zu sein. Im Fall einer Tätigkeit als angestellter Vertragsarzt wird der bestehende Kassensitz zwar aufgegeben, allerdings kann zum Beispiel der im MVZ angestellte Arzt seine privatärztliche Praxis weiter betreiben. Auch kann ein angestellter Arzt Gesellschafter des MVZ sein, wobei dies wiederum für den oben erwähnten Einbringungsvorgang den Vorteil der steuerneutralen Einbringung ermöglichen kann. Die Wahl der Rechtsform wiederum entscheidet über die steuerliche Behandlung des laufenden Betriebes der ärztlichen Kooperation. Wird beispielsweise ein MVZ in der Rechtsform einer GmbH betrieben, erzielt es in vollem Umfang Einkünfte aus Gewerbebetrieb. Die GmbH als eigenes Steuersubjekt unterliegt mit ihrem Gewinn dabei der Körperschaftsteuer. Zu berücksichtigen ist ferner, dass die Gehälter der angestellten Ärzte als Betriebsausgaben abzugsfähig sind und den steuerpflichtigen Gewinn mindern. Ausgeschüttete Gewinne werden beim Gesellschafter in der Regel seiner persönlichen Einkommensteuer unterworfen. Wird eine ärztliche Kooperation als Personengesellschaft betrieben, erzielt die Gesellschaft der zusammengeschlossenen Ärzte grundsätzlich Einkünfte aus freiberuflicher Tätigkeit, die einheitlich und gesondert festgestellt und nach dem vertraglich festgelegten Gewinnverteilungsschlüssel auf die Gesellschafter aufgeteilt werden.

Warum lohnt sich gerade jetzt eine Investition in Immobilien?

In wirtschaftlich turbulenten Zeiten bekommt Sicherheit einen neuen Stellenwert und es gilt, bisherige Strategien der Vermögensanlage zu überdenken und ggf. zu optimieren. Gerade jetzt gewinnen Immobilien als wertbeständiger und sicherer Vermögensbaustein an Bedeutung. Zudem sind sie ein wichtiger Bestandteil der Zukunftsvorsorge.

Immobilien – Wertanlage mit Substanz und Perspektive

Ob als selbst genutztes Eigenheim oder als Kapitalanlage, viele Gründe sprechen dafür, jetzt in eine Immobilie zu investieren: So entwickelt sich der Wert von Wohn- oder Gewerbeimmobilien in der Regel unabhängig von den Kapitalmärkten, was gerade in der aktuellen Wirtschaftslage besonders

wichtig ist. Zurzeit sind die Marktpreise attraktiv und das Zinsniveau für Baufinanzierungen liegt im Vergleich deutlich unter dem Durchschnittssatz der vergangenen 30 Jahre. Durch ein langfristig ausgerichtetes Finanzierungskonzept mit einer Zinsfestschreibung kann dieses günstige Zinsniveau genutzt und somit eine sichere Kalkulationsbasis erzielt werden.

Solide und passende Finanzierungskonzepte haben Konjunktur

Attraktive Konditionen, eine klare Kalkulationsbasis, Flexibilität bei der Rückzahlung und die Absicherung der Familie, das erwarten potenzielle Immobilienbesitzer von einem Finanzierungskonzept. Oft bringt hier ein persönlicher Finanzierungsmix die gewünschten Vorteile:

Möglichkeiten der Immobilienfinanzierung

Klassische Baufinanzierung

- Langfristig kalkulierbare Raten
- Zinssicherung über mehrere Jahre/Jahrzehnte möglich
- Sondertilgungsoption

Baufinanzierung mit Zinscap

- Variabler Kredit
- Chance auf fallende Zinsen
- Zinsobergrenze sichert feste Kalkulationsbasis
- Sondertilgungen unkompliziert möglich

Bausparfinanzierung

- Besonders zinsgünstig
- Zinssicherung über gesamte Darlehenslaufzeit
- Hohe Flexibilität in der Tilgung

Der Traum von den eigenen vier Wänden steht noch immer ganz oben auf der Wunschliste. Verspricht er doch mehr Lebensqualität und Freiräume. Wer die Miete lieber an sich selbst zahlt, bildet eigenes Vermögen von bleibendem Wert und schafft einen wichtigen Baustein für die persönliche Altersvorsorge.

Immobilien als Kapitalanlage sind neben der Wertstabilität und den Renditechancen durch Mieteinnahmen auch aus steuerlichen Aspekten interessant: So lassen sich beispielsweise Zinsen für ein Hypothekendarlehen und sonstige Kreditkosten den Mieteinnahmen gegenüberstellen. Auch bei Modernisierungs- und Renovierungsmaßnahmen unterstützt der Staat. Darüber hinaus sind Immobilienbesitzer von der seit Anfang 2009 geltenden Abgeltungsteuer nicht betroffen. Wertzuwächse bleiben nach der zehnjährigen Haltefrist steuerfrei.

- Die Reduzierung der Finanzierungskosten kann durch den Einsatz von zinssubventionierten Darlehen über die KfW erreicht werden – z. B. für Modernisierung oder ökologisches Bauen.
- Für Flexibilität in Form von Sondertilgungsoptionen eignen sich variable Darlehen mit einer Zinsobergrenze, aber auch klassische Baufinanzierungen, wenn keine volle Sondertilgungsoption benötigt wird.
- Kalkulationssicherheit und Flexibilität bieten Bauspardarlehen. Diese ermöglichen eine Zinssicherung über die gesamte Finanzierungslaufzeit mit flexiblen Sondertilgungsoptionen.

Bauen Sie auf Erfahrung und Kompetenz. Ihr Heilberufe Berater der Deutschen Bank entwickelt gemeinsam mit Ihnen eine auf Ihre Wünsche und Ziele abgestimmte Kombination verschiedener Finanzierungsbausteine.

Impressum

Herausgeber:
Deutsche Bank Privat- und Geschäftskunden AG,
Theodor-Heuss-Allee 72, 60486 Frankfurt am Main
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Hermann-Josef Lamberti
Vorstand: Rainer Neske (Sprecher), Andreas Arndt,
Guido Heuvelodop, Christian Ricken, Hanns-Peter Storr,
Frank Strauß

Redaktion:
REBMANN RESEARCH, Weilerstraße 30, 78739 Hardt
(V.i.S.d.P. für S. 1 bis 7)
Caroline Roos, Zielgruppenmanagement Heilberufe,
Deutsche Bank AG (V.i.S.d.P. für S. 8)
info.heilberufe@db.com, www.deutsche-bank.de/heilberufe

Konzeption und Gestaltung:
REBMANN RESEARCH, Weilerstraße 30, 78739 Hardt


Lithografie:
Dimedia GmbH, Medientechnik
Hanauer Landstraße 114-116, 60314 Frankfurt am Main

Druck:
Franz Kuthal GmbH & Co. KG,
Johann-Dahlem-Straße 54, 63814 Mainaschaff

Trotz sorgfältiger Prüfung der veröffentlichten Inhalte kann keine Garantie für die Richtigkeit der Angaben gegeben werden. Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck und Vervielfältigung, auch auszugsweise, sind nur mit Genehmigung der Deutsche Bank Privat- und Geschäftskunden AG erlaubt.

Sind Immobilien – als Eigenheim oder als Kapitalanlage – ein Thema für Sie? Dann machen Sie den Immobilien Kurz-Check.

	Ich besitze bereits	Ich interessiere mich für	
		aktuell	längerfristig
Eigenheim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermietete Immobilie/Kapitalanlage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewerbliche (Praxis-)Immobilie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Renovierung/Modernisierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Langfristige Zinssicherung aus bestehender Baufinanzierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rücklagenbildung für Immobilien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absicherung der Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 **Sprechen Sie jetzt mit Ihrem Heilberufe Berater. Er berät Sie kompetent und persönlich. Nutzen Sie einfach die beiliegende Fax-Antwort und vereinbaren Sie einen Gesprächstermin.**