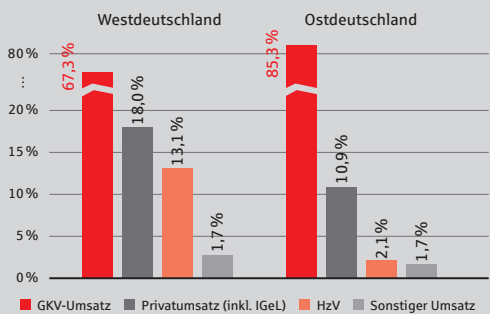


Ambulant vor stationär auch in der PKV bindend

Versicherte in der privaten Krankenversicherung (PKV) haben keinen Anspruch auf eine stationäre Behandlung, wenn der Heilungserfolg auch durch niedergelassene Ärzte sichergestellt werden kann. Dies geht aus einem Urteil des Landgerichts Mannheim vom 10.9.2020 hervor (Az.: 9 O 383/19). Im konkreten Fall hatte sich ein PKV-Versicherter, der nach einem Ohnmachtsanfall unter Tinnitus, Spannungskopfschmerz und Erschöpfung litt, zur Erholung in eine Klinik begeben, obwohl die PKV den Antrag auf Kostenübernahme abgelehnt hatte. Die Richter begründeten ihr Urteil mit der fehlenden medizinischen Notwendigkeit der stationären Behandlung. Anders als bei der GKV sei der Vorrang der ambulanten Therapie in der PKV zwar nicht ausdrücklich geregelt, ergebe sich aber auch ohne gesetzliche Normierung. Ausgenommen sind Notfälle oder nachweislich medizinisch erforderliche Klinikaufenthalte.

Honorarzusammensetzung Allgemeinmediziner in West- und Ostdeutschland 2019



HZV-Einnahmen: Großer Unterschied zwischen Ost und West

Die hausarztzentrierte Versorgung (HzV) liegt weiter im Trend. Bereits mehr als 17.000 Hausärzte und rund 10–11% aller gesetzlich Krankenversicherten nehmen an der Versorgungsform teil. Über 5,8 Mio. sind in einen Vollversorgungsvertrag nach § 37b SGB V und weitere knapp 2 Mio. in einen sogenannten Add-on-Hausarztvertrag eingeschrieben. Vor allem chronisch Kranke profitieren von der verbesserten Betreuung und Überwachung bei geringeren Hospitalisierungsraten. Darüber hinaus bietet die HzV den teilnehmenden Ärzten regelmäßig bessere Rahmenbedingungen als die kollektivvertragliche Versorgung. Diese Faktoren schlagen sich in jährlich steigenden Fallzahlen und Honorarvolumina nieder. Den Zahlen der Heilberufe-Datenbank ATLAS MEDICUS® zufolge erhöhten sich beide Kennzahlen im Jahr 2019 um rund 8% auf knapp 16 Mio. Fälle und auf ein Honorarvolumen von fast 1,52 Mrd. €.

Die detaillierte Betrachtung der Honorarzusammensetzung zeigt, dass der HzV in Ost- und Westdeutschland eine sehr unterschiedliche Bedeutung zukommt (vgl. Abb.). In westdeutschen Hausarztpraxen machen die Einkünfte aus der hausarztzentrierten Versorgung mittlerweile einen Anteil von 13,1% am Gesamthonorar aus – Tendenz steigend. Die höchsten durchschnittlichen Umsätze je Arzt entfallen erwartungsgemäß auf die klassischen HzV-Hochburgen Baden-Württemberg und Bayern, wo die Anteile bereits bei knapp 29% bzw. 13,5% liegen. In Ostdeutschland hingegen ist das spezielle Versorgungsangebot mit 2,1% fast zu vernachlässigen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass ostdeutsche Hausarztpraxen wirtschaftliche Nachteile

haben. Laut ATLAS MEDICUS® lagen sie 2019 mit einem durchschnittlichen Gewinn (vor Steuern und Abzug von Aufwendungen für die Krankenversorgung, Altersvorsorge etc. und gegebenenfalls Tilgungsleistungen für Praxiskredite) von rund 175.600 € je Allgemeinmediziner vor ihren westdeutschen Kollegen (knapp 172.200 €).

Rezepte nur noch mit Dosierungsangaben gültig

Seit dem 1. November ist bei der Verschreibung von Humanarzneimitteln eine Dosierungsangabe auf dem Rezept erforderlich. Dies ist eine Folge der neuen Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV). Zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit empfiehlt die KBV die Dosierungsangabe auch bei nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten. Der Aufdruck erfolgt softwaregestützt am Ende der Ordnungszeile (z.B. für täglich 1 Tablette abends: „0-0-1“). Ausnahmen gelten für Verordnungen, die unmittelbar an Ärzte gehen (z. B. für Sprechstundenbedarf), oder wenn der Patient einen Medikationsplan oder eine schriftliche Dosierungsangabe erhält. In diesen beiden Fällen ist anstelle der Dosierungsangabe das Kürzel „Dj“ einzutragen. Die neuen Vorgaben gelten auch für Zahnärzte.

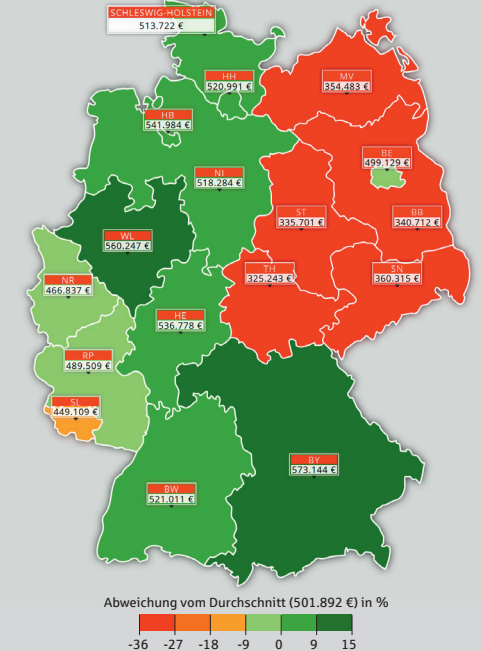
Bei der Betäubungsmittelverordnung ist laut Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) nach wie vor die Angabe einer Gebrauchsanweisung mit Einzel- und Tagesgabe zwingend erforderlich. Erhält der Patient eine schriftliche Gebrauchsanweisung, ist (anstelle des Kürzels „Dj“) der Hinweis „gemäß schriftlicher Anweisung“ erforderlich.

Umsatzpotenziale in der Orthopädie: Deutliches West-Ost-Gefälle

Für Nachwuchsorthopäden kann die Wahl des künftigen Praxisstandorts erhebliche Auswirkungen auf die spätere Einkommenssituation haben. Dies geht aus einer aktuellen Auswertung der ATLAS MEDICUS®-Regionalanalyse hervor, die das durchschnittliche Potenzial der jährlichen Gesamteinnahmen (GKV und PKV inkl. Selbstzahlerleistungen) für die Fachgruppe untersuchte (vgl. Abb.). Das höchste durchschnittliche Umsatzpotenzial lässt sich den jüngst aktualisierten Zahlen zufolge in Bayern erzielen (gut 573.000 € pro Jahr), gefolgt von

Westfalen-Lippe, Bremen und Hessen. Aussicht auf mehr als eine halbe Million Euro Umsatz bieten auch die KV-Regionen Baden-Württemberg, Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein. In den ostdeutschen Regionen stehen die Einkommenschancen für Orthopäden deutlich schlechter. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass die Kosten für Immobilien, Personal etc. regelmäßig niedriger liegen als in Westdeutschland.

Umsatzpotenzial gesamt in der Orthopädie nach KV-Regionen



Quelle: ATLAS MEDICUS® Regionalanalyse 2020 Grafik: REBMANN RESEARCH

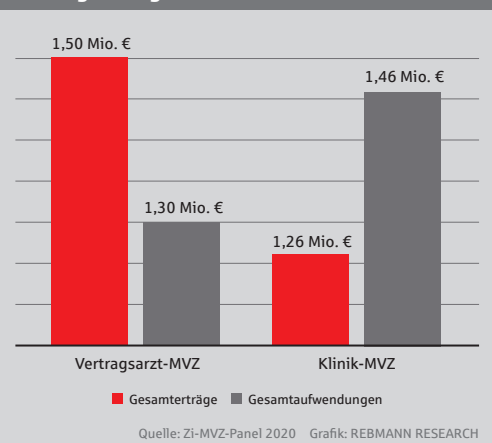
Die Wahl des Praxisstandorts zählt zu den wichtigsten strategischen Entscheidungen, die ein Arzt bei der Niederlassung oder bei Expansionen zu treffen hat. Der Standort hat Einfluss auf die Anzahl der potenziellen Patienten, die erreichbaren Patientengruppen (Privatpatienten, Selbstzahler, Rentner, Arbeitnehmer etc.), auf das ideale Leistungsspektrum und letztendlich auch auf die spätere wirtschaftliche Situation einer Praxis. Dies wird auch durch die regionale Wettbewerbssituation beeinflusst. Je höher die Konkurrenz im Planungsbereich, desto wichtiger ist es für die einzelne Praxis, ihre Zielgruppen genau zu definieren und sich hinsichtlich Leistungsangebot (Spezialisierung,

Selbstzahlerleistungen etc.) und Service von den Wettbewerbern abzuheben. Selbstverständlich spielen bei der individuellen Bewertung eines Standortes viele weitere – auch persönliche – Faktoren eine Rolle (wie z. B. Immobilienpreise, Infrastruktur, Verkehrsanbindung).

Vertragsarzt-MVZ sind profitabler

Die Zahl der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) hat im vergangenen Jahr weiter zugenommen. Dies geht aus der Statistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) für das Jahr 2019 hervor. Ende 2019 waren 3.539 MVZ zugelassen und damit 11,5 % mehr als 2018. Krankenhäuser lagen als Träger mit einem Anteil von 43,1 % leicht über den Vertragsärzten (41,2 %). Während die durchschnittliche MVZ-Größe mit 6,2 Ärzten gegenüber dem Vorjahr konstant blieb, nahm die absolute Zahl der MVZ-Ärzte um fast 11 % auf insgesamt 21.887 zu. Bereits seit Jahren machen in den MVZ die angestellten Ärzte den weitaus größten Anteil aus – Tendenz steigend. Die Zahl der MVZ-Vertragsärzte hingegen erhöht sich nur geringfügig. Laut Statistik arbeiteten Ende 2019 bereits 92,3 % der MVZ-Ärzte (20.212) in einem Angestelltenverhältnis. Rund 80 % aller MVZ – und knapp 99 % aller Krankenhaus-MVZ – waren reine Angestellten-MVZ. Die Zahl der reinen Vertragsarzt-MVZ lag bei nur 3,1 % (122).

MVZ: Erträge und Aufwendungen im Trägervergleich (Median, 2017)



Die Zahlen belegen, dass auch Vertragsarzt-MVZ zunehmend auf angestellte Ärzte zurückgreifen. Anders als Klinik-MVZ arbeiten sie jedoch deutlich profitabler. Zu diesem Schluss kommt das aktuelle Zi-MVZ-Panel des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi), das sich auf das Berichtsjahr 2017 bezieht. Insgesamt verbuchten 84 % der Vertragsarzt-MVZ einen Gewinn. Bei den Einrichtungen in der Trägerschaft einer Klinik oder Kommune lag dieser Anteil bei nur 47 %. Der Umfrage zufolge charakterisierten sich Vertragsarzt-MVZ in der Median-Betrachtung sowohl durch höhere Erträge als auch durch niedrigere Gesamtaufwendungen (vgl. Abb.). Auffällig ist, dass Klinik-MVZ im Median mit 72,6 % etwas niedrigere Personalanteile hatten als Vertragsarzt-MVZ (75,1 %), während bei Letzteren der mediane Anteil der GKV-Erträge an den Gesamterträgen mit 80,8 % geringer war als in den Klinik-MVZ (85,7 %).

MFA: Kliniken mit Wettbewerbsvorteilen

Die Gewinnung und Bindung qualifizierter Medizinischer Fachangestellter (MFA) ist für viele Praxen ein Problem. Einer Befragung des Zi zufolge suchten Ende 2018 bereits knapp 28 % der Praxen mindestens eine neue Mitarbeiterin. 85 % der Studienteilnehmer empfanden zudem den regionalen Arbeitsmarkt für MFA als (sehr) schlecht. Eine weitere Studie des Zi über die Einstiegsgehälter der MFA in Kliniken und Vertragsarztpraxen zwischen 2018 und 2020 (nach den geltenden Tarifverträgen) kommt nun zu dem Ergebnis, dass die zunehmende Verknappung des MFA-Angebots auf dem ambulanten Markt darauf zurückzuführen ist, dass die Krankenhäuser deutlich bessere Tarifgehälter gewähren. So liegt dort das Einstiegsgehalt (ohne Sonderzahlungen) mit rund 2.500 € brutto um rund 500 € pro Monat höher als in den Praxen. Der Gehaltsunterschied setzt sich auch mit zunehmender Berufserfahrung fort. Im fünften Berufsjahr verdienen Klinik-MFA monatlich rund 600 € mehr als ihre Kolleginnen im niedergelassenen Bereich.

Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass zwischen Kliniken und Vertragsärzten hinsichtlich des Spielraums bei den Gehältern unglei-

che Wettbewerbsbedingungen gegeben sind. Die Untersuchung der Entwicklung des jeweiligen Orientierungswerts (Preiskomponente des Vergütungssystems) zwischen 2016 und 2021 zeigt, dass Krankenhäuser mit einem Anstieg um 18,63 % einen klaren Zahlungsvorteil gegenüber den Vertragsärzten (+8,3 %) verbuchen können. Um Engpässe in der ambulanten Versorgung zu vermeiden, fordert das Zi die politischen Akteure auf, Lösungen für das Personalproblem der Niedergelassenen zu schaffen. In der Tat ist der Spielraum der Praxen bei der Personalgewinnung begrenzt. Möglichkeiten ergeben sich über die Ausbildung von MFA oder über eine flexible Anpassung an die Präferenzen der Arbeitnehmerinnen hinsichtlich Arbeitsumfang und -zeiten.

DiGA mit Startschwierigkeiten

Seit Oktober 2020 können Ärzte und Psychotherapeuten sogenannte Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) verschreiben. Anders als gewöhnliche Gesundheits- und Fitness-Apps werden die Medizinprodukte durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) geprüft. Erst nach erfolgreicher Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis dürfen sie gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen geltend gemacht werden. Die Verordnung erfolgt auf dem Arzneimittelrezept (Formular 16). Für die Erstattung durch die GKV muss auf dem Rezeptvordruck die eindeutige Pharmazentralnummer (PZN) sowie die Verordnungsdauer der DiGA angegeben sein. Anschließend reichen die Versicherten das Rezept bei ihrer Krankenkasse ein. Nach erfolgreicher Prüfung erhalten sie einen Freischalt-Code, der nach dem Herunterladen der Anwendung aus dem jeweiligen App-Store die Nutzung der DiGA ermöglicht.

Noch ist die Verordnung von Apps nicht im Versorgungsalltag angekommen. Laut einer aktuellen Befragung der Stiftung Gesundheit haben bislang weniger als ein Drittel (31,8 %) der befragten Ärzte und Psychotherapeuten überhaupt Empfehlungen für DiGA ausgesprochen. Grundsätzlich aber stehen die Leistungserbringer den medizinischen Apps offen gegenüber. Über 70 % halten den gezielten

Einsatz von DiGA für hilfreich und nur etwa 15 % lehnen diese ab. Derzeit gibt es sechs zugelassene DiGA, weitere 23 befinden sich im Bewertungsverfahren beim BfArM. Das aktuelle DiGA-Verzeichnis findet sich unter <https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis>.

In der Praxis zeigt sich, dass der vom Gesetzgeber formulierte Versicherungsanspruch auf Apps per Rezept bislang nicht immer von den Krankenkassen umgesetzt wird. Laut DiGA-Herstellern kommt es neben der Ablehnung der Leistung (insbesondere durch kleinere Krankenkassen) auch zu Verzögerungen im Genehmigungsprozess. Das mag zum einen daran liegen, dass die DiGA noch keine etablierten Leistungen sind, zum anderen könnten die vergleichsweise hohen DiGA-Kosten für Zurückhaltung sorgen.

ATLAS MEDICUS®
UNTER DER LUPE

81.700 € Umsatz (GKV & PKV) erzielte eine westdeutsche Gynäkologiepraxis im Jahr 2019 im Durchschnitt je Mitarbeiter (inkl. Arzt) – und damit knapp 2.300 € mehr als im Jahr zuvor. In Ostdeutschland lag der Wert bei rund 80.300 € (+930 €). Dem ATLAS MEDICUS®-Kennziffern-Rating zufolge liegt die durchschnittliche Personalproduktivität in West und Ost im Normbereich (92.000–64.000 €). Werte von 92.000 € und mehr gelten als „sehr gut“, während eine Personalproduktivität zwischen 64.000 und 45.000 € Anlass zu einer Überprüfung geben sollte. Werte unter 45.000 € fallen in den kritischen Bereich.

Impressum
Herausgeber und Verlag: Deutscher Sparkassen Verlag GmbH, 70547 Stuttgart, Tel: +49 711 782-0

Redaktion, Konzeption & Gestaltung: REBMAN RESEARCH GmbH & Co. KG, Mommsenstraße 36, 10629 Berlin | Grafiken: REBMAN RESEARCH GmbH & Co. KG | Objektleitung: Dr. rer. pol. Elisabeth Leonhard, Dr. oec. Bernd Rebmann

Diese Publikation beruht auf allgemein zugänglichen Quellen, die wir für zuverlässig halten. Eine Garantie für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben wird nicht übernommen. Alle Meinungsäußerungen geben die aktuelle und unverbindliche Einschätzung der jeweiligen Verfasser zum Redaktionsschluss wieder und stellen nicht notwendigerweise die Meinung der Deutschen Sparkassen Verlag GmbH dar. Die Deutsche Sparkassen Verlag GmbH übernimmt keine Haftung für die Verwendung dieser Publikation oder deren Inhalte. Mit der männlichen/weiblichen Personenbezeichnung sind grundsätzlich alle Geschlechter gemeint.

Redaktionsschluss: 11. Dezember 2020
© REBMAN RESEARCH GmbH & Co. KG. Alle Rechte vorbehalten.
Bei Zitaten wird um die Quellenangabe „Praxis-Dossier“ gebeten.