

Ärzte können den Praxisverkauf fördern

Ärzte, die in absehbarer Zeit in überversorgten Gebieten ihre Praxis verkaufen wollen, treibt weiter die Sorge um, die KV könnte den Sitz einziehen. Doch es zeigt sich, dass viele KVen dieses Instrument nicht nutzen wollen. Zahnärzte sind gar nicht betroffen.

Für den Abbau von Überversorgung hat der Gesetzgeber den Zulassungsausschüssen die Möglichkeit gegeben, Arztsitze nicht neu auszuschreiben, sondern stattdessen Inhabern eine Entschädigung in Höhe des Verkehrswertes zu zahlen. Da das genaue Prozedere noch nicht bekannt ist, haben Ärzte die Sorge, sich im Vergleich zum Verkauf an einen Nachfolger schlechter zu stellen. In den Vertreterversammlungen mehrerer KVen ist jedoch deutlich geworden, dass viele Körperschaften nicht den Weg des Einzugs des Arztsitzes gehen wollen. Ihre Begründung ist, dass das für den Praxisaufkauf nötige Budget der Versorgung verloren gehen würde. Wenn Vertragsärzte mehr Sicherheit haben wollen, dass der Arztsitz für ihre Praxis nicht eingezogen wird, ist es sinnvoll, die Praxisabgabe von langer Hand vorzubereiten.

- **Überführung der Praxis in eine Kooperation:** Dieses Vorgehen schließt den Zugriff des Zulassungsausschusses weitgehend aus. Auch eine Expansion der Praxis durch den Erwerb weiterer Standorte hilft, die Existenz der Praxis für einen Nachfolger zu sichern.



Schlüsselübergabe: Nicht immer kommt der richtige Bewerber zum Zuge. ©peshkova/fotolia.com

- **Jobsharing:** Bewerber für eine Nachfolge können zunächst als Jobsharer in Anstellung einsteigen. Wird der Arztsitz später frei, weil der Inhaber in den Ruhestand geht, ist der Vorgang gut abgesichert. Das gilt in Einzelpraxen wie in Kooperationen – wenn die anderen Partner die Zulassungsübernahme des Jobsharers befürworten.
- **Verwandtschaft:** Bei der Übergabe der Praxis an nahe Verwandte (Kind, Lebenspartner etc.) ist ein Eingriff der Körperschaft ohnehin nicht möglich.

EBM-Pläne verzögern sich

Die Pläne der KBV, den Hausarzt-EBM zum 1. Juli umzugestalten, verschieben sich voraussichtlich bis Oktober. Wie die med-Nachrichten im ersten Quartal berichtet haben, ist vorgesehen, die Praxisfixkosten durch verschiedene Pauschalen wie eine unbudgetierte Grundpauschale oder einen Chroniker- und Technikzuschlag abzusichern und durch neue Einzelleistungen Hausärzten die Möglichkeit zu geben, die zuletzt erhöhten Budgets auszuschöpfen. Zusätzliche Mittel werden für die geriatrische und palliativmedizinische Versorgung zur Verfügung gestellt. Die geplante Grund- oder Strukturpauschale für Facharztgruppen könnte bereits zum 1. Juli kommen.

In dieser Ausgabe

Seite

Gesundheitsmärkte	
Keine Sparbeschlüsse in Sicht	2
Aus den Regionen	
Überraschung bei der Bedarfsplanung	3
Aus aller Welt	
Vorbilder bei Zuzahlungsmodellen?	4
Honorar	
Labor fordert genaue Planung	5
Praxis	
Kreative Mitarbeiter steigern Gewinn	6
Steuern und Recht	
Mehr Spielraum für Praxisverkäufe	7
Finanzen	
Immobilien als Kapitalanlage	8

Weitere Informationen:

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

Mehrheit der Ärzte ist mit wirtschaftlicher Lage zufrieden

Die wirtschaftliche Situation der meisten Vertragsärzte ist besser, als in politischen Diskussionen häufig vermittelt wird. Das zeigen zwei aktuelle Umfragen. So hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) alle Vertragsärzte und -psychotherapeuten gefragt, wie sie zum Sicherstellungsauftrag stehen.

80.000 Mitglieder haben sich beteiligt und letztlich für die Beibehaltung des Sicher-

stellungsauftrags gestimmt. Dieses Ergebnis der Umfrage dürfte auch damit zu tun haben, dass ein großer Teil der Vertragsärzte ihre wirtschaftliche Situation als gut oder sehr gut bezeichnen, wie das KBV-Referendum gezeigt hat. Bei Hausärzten sind das 54 Prozent, bei Fachärzten 45 Prozent.

Dass die ökonomische Lage der Ärzte überwiegend gut ist, zeigt sich noch stärker in einer anderen repräsentativen Um-

frage, die das Allensbach Institut durchgeführt hat. Demnach bewerteten 2012 sogar 82 Prozent der Hausärzte ihre wirtschaftliche Situation als gut oder sehr gut, 24 Prozentpunkte mehr als noch 2009. Bei Fachärzten ist die Entwicklung ähnlich, wenn auch nicht ganz so ausgeprägt: 72 Prozent von ihnen bewerten ihre wirtschaftliche Situation als gut oder sehr gut, zehn Punkte mehr als drei Jahre zuvor, aber neun Prozentpunkte weniger als im Vorjahr.

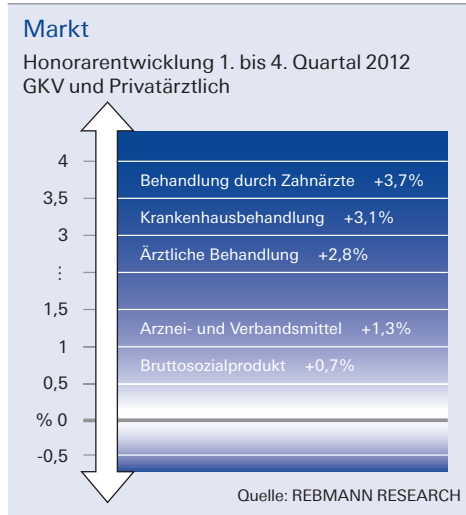


Kommt der Aufschwung bald?

Die Konjunktorentwicklung im 2. Halbjahr 2012 hat das Gesamtwachstum in Deutschland unter die 1%-Marke gedrückt. Damit liegt das (zahn-)ärztliche Honorarwachstum 2012 über dem BIP-Wachstum. Vor der Bundestagswahl dürften Ärzte und Zahnärzte von Sparbeschlüssen verschont bleiben.

Schon in den vergangenen Jahren hat sich das Gesundheitswesen mit einem durchschnittlichen Wachstum von 3 Prozent per annum weitgehend konjunkturunabhängig gezeigt. Auch 2012 verzeichnen die Leistungserbringer im Gesundheitswesen trotz abgeschwächter Konjunktorentwicklung ein vergleichsweise gutes Wachstum. Auch die Finanzlage der Krankenkassen ist aufgrund der Rücklagen im System von mehr als 28 Milliarden Euro weiterhin sehr stabil. Trotz Wegfalls der Praxisgebühr und Reduzierung der staatlichen Zuschüsse zum Gesundheitsfonds wird sich das in diesem Jahr wohl auch nicht wesentlich ändern.

Die Zahnärzte haben 2012 mit einem Plus von 3,7 Prozent beim Honorar unter den Leistungserbringern am besten abgeschnitten. Inwieweit sich in diesen Zahlen schon die neue Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) niederschlägt, ist schwer zu sagen,



men auf ein Plus von 2,8 Prozent, immerhin etwas mehr als 2011. Die Honorare der Leistungserbringer werden angesichts der Finanzlage im Wahljahr kaum größeren Sparbemühungen ausgesetzt sein. Für Kliniken z. B. hat die Bundesregierung im März sogar Beschlüsse auf den Weg gebracht, die ihnen insgesamt 880 Millionen Euro bringen sollen.

Auch bei Ärzten und Zahnärzten sieht es nicht schlecht aus: Nach den Honorarbeschlüssen aus dem vergangenen Jahr werden ab Sommer 2013 zusätzliche Mittel z. B. für die Versorgung unter anderem geriatrischer und palliativmedizinischer Patienten bereitgestellt. Die Gesamthonorarentwicklung wird aufgrund der in 2013 wieder regionalen Abschlüsse zwischen KVen und Kassen für die Fachgruppen unterschiedlich ausfallen. Wichtig ist, sich diese Beschlüsse genau anzusehen und Chancen für die eigene Praxis wahrzunehmen.

da noch keine belastbaren Zahlen zur neuen GOZ vorliegen. Nicht weit hinter den Zahnärzten liegen mit 3,1 Prozent die Krankenhäuser. Die niedergelassenen Ärzte kom-

Akademisierung liegt im Trend

Wenn Ärzte mit Angehörigen anderer Gesundheitsberufe zusammenarbeiten, haben sie es zunehmend mit Absolventen von Hochschulen zu tun. Akademische Abschlüsse in Gesundheitsberufen liegen stark im Trend. So sollen zum Beispiel Pflegeberufe durch eine Akademisierung aufgewertet werden. Der medizinische Fortschritt, der demografische Wandel und die sich damit veränderten Anforderungen führen dazu, dass sich das Berufsbild wandelt. Ziel ist dabei auch, Fachkräfte auszubilden, die bei der Versorgung mit Ärzten auf Augenhöhe sind.

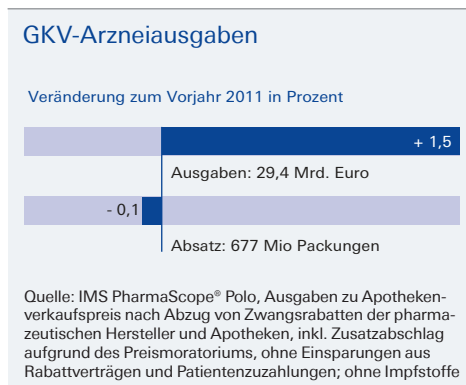
Nachfrage und Angebot von akademischen Ausbildungen steigen, nicht nur in der Pflege. So meldet zurzeit allein Baden-Württemberg 532 Studierende in Gesundheitsfachberufen, in Studiengängen wie „Pflegermanagement“ in Esslingen oder „Pflegerwissenschaft“ an der Universität Freiburg. Weitere Angebote sind der Studiengang „Physiotherapie“ an der Hochschule Reutlingen oder „Arztassistent“ an der Dualen Hochschule Karlsruhe. Angehörige von Gesundheitsfachberufen mit höherer Qualifikation werden langfristig auch neue Optionen bei der Delegation ärztlicher Leistungen bringen.

GKV-Arzneiausgaben 1,2 Prozent unter Plan

Im ersten Jahr unter dem Grundsatz „Beratung vor Regress“ sind die Arzneimittelkosten der gesetzlichen Krankenkassen um 1,5 Prozent gestiegen. Der Zuwachs liegt damit um 1,2 Prozentpunkte unter der Quote, die GKV-Spitzenverband und Kassenärztliche Bundesvereinigung für 2012 vereinbart hatten. Die entschärften Anforderungen an wirtschaftliches Verordnen haben also keineswegs dazu geführt, dass die Ärzte nun offensiver verordnet haben. Insgesamt gab die GKV nach Angaben des Beratungsunternehmens IMS Health vergangenes Jahr 29,4 Milliarden Euro (zu Apothekenverkaufspreisen) für Arzneimittel

und Testdiagnostika aus. Von diesem Betrag sind die gesetzlichen Herstellerrabatte bereits abgezogen, ebenso der Apothekenabschlag, nicht jedoch die Nachlässe aus Rabattverträgen und die Patientenzahlung. Nach abgesetzter Packungsmenge habe der Arzneimittelmarkt der GKV 2012 stagniert, heißt es. Diese Entwicklung spiegle den anhaltenden Trend zur Verordnung größerer Packungen wider.

Das Ausgabenwachstum erkläre sich dadurch, „dass in der Klinik begonnene Therapien zunehmend ambulant fortgesetzt werden“. Dadurch etablierten sich neuere, patentgeschützte Präparate wie insbesondere innovative Krebsmittel in der ambulanten Versorgung. Als ausgesprochen zwachsstärke Produktgruppen erwiesen sich 2012 einmal mehr auch TNF-Inhibitoren und andere Immunsuppressiva, die jeweils um 14 Prozent beziehungsweise 17 Prozent zulegten. Den deutlichsten Rückgang unter den zehn umsatzstärksten Produktkategorien verzeichneten dagegen die Antipsychotika mit fast -17 Prozent. Insgesamt seien die GKV-Ausgaben aber in den Top-Ten-Teilmärkten nur um 2,7 Prozent gewachsen, was genau den vereinbarten Zuwachsraten entspricht.



Honorierte Delegation

Wegen des wachsenden Ärztemangels wird immer wieder eine neue Aufgabenteilung zwischen Ärzten und anderen Gesundheitsberufen diskutiert. Einige Modelle zeigen, wie das in der Praxis bereits heute funktioniert. Zum Beispiel „agnes zwei“.

Ambulant tätige Ärzte in Brandenburg schicken seit einem Jahr sogenannte „agnes 2“-Arzthelferinnen zu Wiederholungshausbesuchen. In der Praxis entlastet die Schwester oder Medizinische Fachangestellte (MFA) den Arzt zusätzlich als Fallmanagerin. Für die Tätigkeit benötigen MFA eine spezielle Qualifikation. Der zweite Fortbildungsdurchgang ist vor kurzem abgeschlossen worden. Nun haben rund 60 Schwestern und MFA im Land die Qualifikation. Ärzte erhalten in dem Projekt 40 Euro pro Fall und Monat, wenn die MFA den Patienten zu Hause besucht.

Das Projekt wird getragen von der AOK Nordost, der Barmer GEK und der KV Brandenburg. Die AOK hat das Modellprojekt jetzt evaluiert und eine positive Zwischenbilanz gezogen. Bei den Patienten komme „agnes 2“ gut an, heißt es. Das zeige nicht



Arzthelferin auf Hausbesuch: Ärzte bekommen dafür zusätzliches Honorar. © Miriam Dörr/fotolia.com

allein die große Zahl der Patienten, die bereits an dem Versorgungsmodell teilnehmen. Die Kasse hat zusätzlich eine Umfrage gemacht. 120 von 184 befragten Versicherten beteiligten sich daran.

Der Nutzen der Betreuung durch die Fachkraft wird von Patienten demnach positiv eingeschätzt – mit 3,41 von 4 möglichen Punkten. Ebenfalls positiv bewerteten Patienten Teilaspekte wie Hilfe bei organisatorischen Tätigkeiten und Informationen über gesunde Lebensweise. Sie fühlten sich von der Schwester gut beraten und medizinisch gut versorgt. 95 Prozent der Patienten wurden zum Zeitpunkt der Umfrage länger als ein halbes Jahr von einer „agnes 2“ betreut. 63 Prozent gaben an, dass die MFA monatlich oder häufiger zum Hausbesuch kommt. Ärzte sind zu dem Projekt noch nicht systematisch befragt worden.

Thüringen: weniger freie Arztsitze als gedacht?

Wie wird sich die neue Bedarfsplanung konkret auf die Versorgung vor Ort auswirken? Erwartet wird allgemein, dass vor allem die Zahl der ausgewiesenen Hausarztsitze, besonders auf dem Land, zunehmen wird. Die vorläufigen Berechnungen aus den beiden KVen in Nordrhein-Westfalen deuten tatsächlich genau in diese Richtung – viele zusätzliche Arztsitze.

In einigen Ländern deuten sich aber Überraschungen an, so etwa in Thüringen. Dort hat der Verband der Ersatzkassen (vdek) für das Land nur noch 77 freie Sitze für Hausärzte errechnet. Aktuell stehen noch 217 Niederlassungsmöglichkeiten zur Verfügung. Werden etwa in Erfurt bislang 21 Hausärzte gesucht, sind es nach der neuen Bedarfsplanung voraussichtlich nur noch drei. Auch erste Zahlen der KV lassen erwarten, dass es in einigen Kreisen Thüringens zu einer Reduzierung bei den Hausarztsitzen

kommen könnte. Deutlichen Mehrbedarf gibt es im Land offenbar bei einigen Facharztgruppen, vor allem Psychotherapeuten, für die gut 100 zusätzliche Niederlassungen möglich sein werden. In Bayern deutet sich eine ähnliche Entwicklung an. Vorläufige Zahlen der KV Bayerns zeigen, dass die Zulassungsmöglichkeiten für Hausärzte in den 137 Planungsbezirken (bisher 79) insgesamt von 209,5 auf 122 zurückgehen. Bei Psychotherapeuten hingegen wird es 273 neue Zulassungsmöglichkeiten geben.

Die endgültigen Berechnungen der KVen werden voraussichtlich im Sommer vorliegen. Für Ärzte in allen Ländern empfiehlt es sich, auf Veröffentlichungen zu den örtlichen Gegebenheiten der Bedarfsplanung zu achten. Denn sie sind letztlich entscheidend für die Handlungsmöglichkeiten einer Praxis vor Ort.

Netzärzte fördern Nachwuchs in der Allgemeinmedizin

Über Aktivitäten in der Weiterbildung versuchen niedergelassene Ärzte, den drohenden regionalen Ärztemangel zu bekämpfen. Im Zuge des Paktes zur Sicherstellung der Versorgung im ländlichen Raum sind in Hessen seit 2012 Verbünde aus niedergelassenen Ärzten und Kliniken zur Zusammenarbeit gegründet worden, um junge Ärzte für eine Tätigkeit in der hausärztlichen Versorgung zu motivieren.

Ärzte des Gesundheitsnetzes Nordhessen (GNN) wollen diese Aktivitäten für den Nachwuchs in der Allgemeinmedizin nun auch in ihrer Region mit Unterstützung des Netzes voranbringen. Darüber soll auch die Zusammenarbeit zwischen Kliniken und Praxen verbessert werden. Das GNN arbeitet dabei eng mit der Koordinierungsstelle der KV und den Instituten für Allgemeinmedizin in Marburg und Frankfurt zusammen. Ziel ist, die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin attraktiver zu machen und eine „Ausbildung aus einem Guss“ anzubieten. Bislang haben mehr als 40 weiterbildungsberechtigte Fachärzte in Kassel und im Landkreis ihr Interesse an einer Mitarbeit signalisiert. Das GNN steht zugleich in Verhandlungen mit mehreren Kliniken.

Videotelefonie statt Hausbesuch?

Können Ärzte in Zukunft bei Patienten mit Mobilitätseinschränkungen den Kontakt verbessern, ohne mehr Hausbesuche zu machen? AOK Rheinland/Hamburg und Deutsche Telekom wollen in Zusammenarbeit mit Ärzten älteren Patienten im niederrheinischen Goch möglichst lange ein selbstständiges Leben ermöglichen und ihnen damit die Teilhabe am Leben erleichtern. Kern des Projekts „Versorgtes, interaktives, technikgestütztes, altersgerechtes Leben in Goch im eigenen Zuhause“ (VITALIG Zuhause) ist die Videotelefonie. Über einen All-in-one-PC, der sehr einfach zu bedienen ist, können die Nutzer einen direkten Sicht- und Telefonkontakt zu Angehörigen, dem Hausarzt, dem Apotheker oder dem Pflegedienst herstellen. Zwischen Arzt und Patient werden Daten über eine sichere getunnelte Verbindung ausgetauscht. Der Schwerpunkt liegt auf der Kommunikation, ein Telemonitoring ist nicht geplant. Das Projekt ist Anfang 2013 angelaufen und zunächst auf zwei Jahre befristet. Es soll auch getestet werden, wie ein solches System in den Praxisalltag integriert werden kann.



Kooperation über Grenzen hinweg

Die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in Europa klappt nicht reibungslos. Doch gerade spezialisierte Kliniken und Fachärzte in Deutschland können profitieren, weil das Versorgungsnetz nicht überall dicht geknüpft ist. Modellprojekte zeigen, wie Hürden überwunden werden können.



Eine enge deutsch-französische Zusammenarbeit hat sich beim Rettungsdienst schon seit den 1980er-Jahren in den deutsch-französischen Grenzregionen entwickelt. Bei speziellen Leistungen im stationären Sektor sieht es ähnlich aus. Bei schweren Unfällen zum Beispiel werden Rettungsdienste in dem einen Land von ihren Kollegen jenseits der Grenze unterstützt. Patienten, die spezielle Behandlungen benötigen, werden grenzüberschreitend versorgt. Nordostfranzösische Patienten mit schweren Verbrennungen werden zum Beispiel in der Spezialklinik in Ludwigshafen-Oggersheim behandelt.

Frankreich hat auch immer noch zu wenig Computertomografen, und viele Patienten aus der Grenzregion werden in Deutschland untersucht. Dafür gibt es spezielle Vereinbarungen zwischen deutschen Röntgenabteilungen und französischen Kassen und Krankenhäusern.

Im ambulanten Bereich scheitert die Kooperation dagegen noch häufig an bürokratischen Hürden. Ärzte in Baden und



Die eGK erleichtert die Zusammenarbeit über Grenzen hinweg. © RioPatuca Images/fotolia.com

im Elsass empfangen zwar auch Patienten von beiden Seiten der Grenzen, bei der Kostenerstattung gibt es aber regelmäßig Probleme: Verbraucherschützer registrieren immer wieder, dass Patienten nach der Behandlung im Nachbarland Schikanen ausgesetzt sind, bevor sie ihr Geld zurückbekommen. Zudem sind die Zuzahlungen teilweise sehr hoch. Das hält Patienten davon ab, zu Ärzten jenseits der Grenze zu gehen. Vor allem hoch spezialisierten deutschen Fachärzten, die nahe der Grenze praktizieren und aufgrund einer guten Geräteausstattung mehr Leistungen anbieten können als die Kollegen im Nach-

barland, geht dadurch auch Umsatzpotenzial verloren.

Eine Lösung für eine grenzüberschreitende Behandlung ohne viel Bürokratie ist jetzt von AOK Rheinland/Hamburg sowie Partnerkassen in Belgien und den Niederlanden entwickelt worden. Dort können Patienten eine internationale elektronische Gesundheitskarte (eGK) beantragen, die es ihnen erlaubt, auf Überweisung ihres Hausarztes Leistungen von deutschen Fachärzten nach dem Sachleistungsprinzip in Anspruch zu nehmen. Deutsche wiederum können zu Ärzten in den Nachbarländern gehen.

Die eGK kann in den Kartenlesegeräten der Praxen eingelesen werden. Die Vergütung erfolgt über die KV Nordrhein, allerdings außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung. Gleich beim Start haben 8.200 Niederländer und 6.000 Belgier eine internationale eGK beantragt. Das Interesse bei deutschen Versicherten ist dagegen im Vergleich dazu gering. Hier dürften sich vor allem die geringeren Wartezeiten und die hervorragende Ausstattung vieler Praxen in Deutschland niederschlagen.

Rezepte werden europäisch



Chronisch Kranke, die sich im EU-Ausland befinden, sollen es künftig leichter haben, dort an Medikamenten zu kommen. Die EU-Kommission will mit einer neuen Richtlinie die gegenseitige Anerkennung von Rezepten verbessern. In der EU werden etwa 2,3 Millionen Rezepte pro Jahr im europäischen Ausland vorgelegt. Bisher wurden diese Rezepte häufig nicht anerkannt, was zu Problemen in der Versorgung führte. Ziel der Richtlinie ist es daher, für Patienten, die im Ausland Rezepte einlösen wollen, etwa auf Dienstreise, eine Verbesserung der Versorgungsqualität zu erreichen. Dadurch sollen Wartezeiten reduziert und die Behandlungskontinuität verbessert werden. Außerdem soll sichergestellt werden, dass die Patienten tatsächlich die Produkte erhalten, die verschrieben wurden. Die Auslandsverschreibungen werden einheitlich auszufüllen sein, was die Feststellung der Echtheit erleichtert.

Finnen sind beim Thema Zuzahlungen entspannt



Der Umgang mit der Selbstbeteiligung von Patienten wird in Europa unterschiedlich gehandhabt. In Deutschland war die Praxisgebühr als eine Form der Selbstbeteiligung immer umstritten – nicht nur, aber auch, weil sie zur Steuerung der Patientenströme letztlich nicht geeignet war.

In Finnland sieht die Sache anders aus. Dort müssen Patienten beim Eintritt in das Gesundheitssystem generell zahlen. Und nahezu alle Selbstbeteiligungen werden Jahr für Jahr der Inflationsentwicklung angepasst. So ist Anfang des Jahres die Selbstbeteiligung der finnischen Patienten an den Arzneimittelkosten von 51 auf 65 Prozent pro Rezept gestiegen. Anders, als in Deutschland zu erwarten wäre, gab es in Finnland keinen Aufschrei. Denn die Finnen sind Zuzahlungen gewohnt und gehen damit sehr entspannt um: Beim Besuch in der Arztpraxis oder im Gesundheitszentrum

beim Allgemeinarzt sind 13,80 Euro und für den Besuch beim Spezialisten nochmals 27,50 Euro fällig. Übersteigen die Selbstbeteiligungen die finanziellen Möglichkeiten des Einzelnen, muss er beim Sozialamt Beihilfen beantragen. Für chronisch Kranke gibt es Sonderregelungen.

Was bringen diese Zuzahlungen, die der Patient zu leisten hat? Zum einen zeigen sie, dass Gesundheit zwar ein öffentliches Gut, keinesfalls aber ein kostenloses ist. Zum anderen soll es eine Zugangsschwelle zum Gesundheitswesen geben, die über Zuzahlungen definiert wird. Bei Leistungen, die aus gesundheitspolitischen Gründen verstärkt von Patienten genutzt werden sollen, werden diese auch ohne Selbstbeteiligung angeboten. Das gilt zum Beispiel für Schutzimpfungen, Schwangerschaftsuntersuchungen und Kleinkinderberatungen oder den schulärztlichen Dienst. Dadurch sollen Folgekosten vermieden werden.



Minus bei Laborbonus

Durch Änderungen beim Laborbudget und beim Wirtschaftlichkeitsbonus drohen vielen Arztpraxen Umsatzverluste im mittleren vierstelligen Bereich. Wer aufpasst, kann die Verluste begrenzen.

Zum 1. April sind neue Regeln bei der Abrechnung im Laborkapitel des EBM in Kraft getreten. Vor allem beim Wirtschaftlichkeitsbonus (EBM-Nr. 32001) gibt es Einschnitte. Der Bonus wird bei der Abrechnung automatisch zugesetzt, je nach Fachgruppe zwischen 5 und 240 Punkte je Fall. Er wird extrabudgetär vergütet. Beim Bonus und beim Laborbudget soll nun kräftig gespart werden:

- **Wirtschaftlichkeitsbonus:** Berechnungsgrundlage ist der Behandlungsfall, nicht mehr der Arztfall. Vor allem Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ, in denen viele Patienten von mehreren Ärzten behandelt werden, werden hierdurch verlieren. Der Bonus fällt auch weg, wenn in der Abrechnung eine Ausnahmekennziffer (EBM-Nr. 32005 bis 32023) gesetzt wird, die verhindert, dass Laborleistungen das Laborbudget belasten. Diese Regelung trifft vor allem Ärzte, die viele schwer kranke Patienten behandeln.
- **Laborbudget:** Auch das Budget wird jetzt nicht mehr je Arztfall, sondern je Behandlungsfall gewährt.



Für Laborleistungen sind Budget und Bonus ab sofort reduziert. ©Goran Bogicevic/fotolia.com

Um Umsatzverluste zu begrenzen, sollten Ärzte, die das Laborbudget nicht oder nur knapp ausschöpfen, die Ausnahmekennziffern so selten wie möglich einsetzen, am besten vor allem bei Patienten, bei denen viel Labor beauftragt wird. Ein Blick in alte Abrechnungsbescheide zeigt, wie die Praxis bisher das Laborbudget ausgeschöpft hat. Im Lauf eines Quartals ist es nützlich, gelegentlich auf die beauftragten Leistungen zu schauen. Wer weiß, in welcher Größenordnung er verlieren wird, kann versuchen, betriebswirtschaftlich gegenzusteuern – durch das Angebot anderer Leistungen oder durch Kostensenkung.

€ Der aktuelle Honorartipp

Kein Gewinn bei Arzneiabgabe!

Ärzte, die ihren Privat- oder IGeL-Patienten Sprechstundenbedarf oder nicht verschreibungspflichtige Arzneien mitgeben und – soweit möglich – in Rechnung stellen, dürfen damit kein Geld verdienen. Das regelt Paragraph 10 der GOÄ. Nur Auslagen dürfen demnach durch die Patienten ersetzt werden. Vor allem bei Preisnachlässen, die vom Apotheker gewährt werden, ist die Rechnungsstellung nicht ganz einfach.

Die Lösung: Ärzte, die vom Apotheker Rabatte auf Arzneimittel bekommen, müssen diese an Patienten weitergeben. Wenn sie zu unterschiedlichen Preisen einkaufen, gibt es zwei Lösungen: Entweder kann der Durchschnittspreis beim Einkauf berechnet werden, oder die Produkte werden getrennt gelagert und dann jeweils genau zum Einkaufspreis abgegeben.

Die Konsequenz: Ärzte, die regelmäßig gegen diese Regel verstoßen, laufen Gefahr, wegen Abrechnungsbetrugs von der Kammer und sogar strafrechtlich belangt zu werden. Eine saubere Abrechnung beim Sprechstundenbedarf lässt Praxischefs ruhig schlafen und stärkt das Arzt-Patienten-Verhältnis.

Heimbesuche: neue Ziffern für Zahnärzte

Mit Pflegereform und Versorgungstrukturgesetz werden für die ärztliche und zahnärztliche Versorgung von pflegebedürftigen Menschen mehr Mittel mobilisiert – Ziel: Die häufig schlechte Versorgung der 2,3 Millionen pflegebedürftigen Patienten soll verbessert werden. Um Haus- und Heimbesuche attraktiver zu machen, sind zum 1. April neue Positionen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) geschaffen worden.

Für den „Zuschlag für das Aufsuchen von Versicherten, die pflegebedürftig sind, eine Behinderung oder eine eingeschränkte Alltagskompetenz aufweisen“ (Nr. 171 a), bekommen Zahnärzte ab sofort zusätzlich zur Besuchsleistung (z. B. Nummer 151, 36 Punkte) nochmals 35 Punkte zugesprochen. Bei einem je nach Kassenzahnärztlicher Vereinigung unterschiedlichen Punktwert, der um 90 Cent liegt, beträgt das zusätzliche Honorar für einen Besuch

also etwas mehr als 31 Euro. Besucht der Zahnarzt einen weiteren Pflegebedürftigen in derselben Einrichtung, rechnet er jetzt zusätzlich zu den Nummern 151 bis 153 und zusätzlich zu anderen möglichen Zuschlägen (Nr. 161 ff.) die Nummer 171 b ab, die mit 30 Punkten bewertet ist (rund 27 Euro). Die Leistungen werden beide ohne Abstaffelung gezahlt.

Um Missbrauch vorzubeugen, müssen Zahnärzte die Notwendigkeit des Besuchs, beispielsweise wegen fehlender Unterstützung durch das Lebensumfeld, bei Desorientierung oder bei Bettlägerigkeit, dokumentieren. Gegebenenfalls wird auch ein Bescheid der Pflegekasse gebraucht. Die neuen Leistungen verbessern die Kostendeckung von Besuchen von Zahnärzten deutlich. Wer ohnehin gelegentlich Besuche macht und nicht investieren muss, kann auf jeden Fall gewinnen, wenn er die Dienstleistung offensiver anbietet, zum Beispiel in größeren Pflegeheimen.

Add-on-Verträge für Netze?

Die Mühlen im Gesundheitswesen mahlen häufig langsamer als erwartet. Das gilt auch bei der Rahmenvereinbarung zwischen KBV und Krankenkassen über die Förderung von Netzen nach Paragraph 87b des 5. Sozialgesetzbuches. Ursprünglich sollte die Vereinbarung zum 1. März kommen, nun soll es dem Vernehmen nach Mai werden. Zur Erinnerung: Die Rahmenvereinbarung legt die Anforderungen fest, die an Netze gestellt werden sollen, damit sie die Förderkriterien erfüllen. Das hatten die „medNachrichten“ im Januar berichtet. Entscheidend dafür, was bei den Netzen ankommt, wird die Haltung der KVen sein. Auf Anfrage der Agentur deutscher Arztnetze zu diesem Thema haben fast alle KVen angekündigt, für Netze Add-on-Verträge mit den Kassen anzustreben, damit eine zusätzliche Netzvergütung nicht auf Kosten der nicht vernetzten Ärzte geht. Falls das gelingt, könnten Netze nach einigem Vorlauf im Laufe des kommenden Jahres mit einer Förderung rechnen.



Praxis-Kalender

30.04. – 03.05.2013 | München
130. Kongress der Deutschen
Gesellschaft für Chirurgie

04.05.2013 | Freiburg
eHealth Forum Freiburg

08.05. – 11.05.2013 | Leipzig
48. Jahrestagung der Deutschen
Diabetes Gesellschaft

05.06. – 07.06.2013 | Berlin
Hauptstadtkongress 2013
Medizin und Gesundheit

Umfangreiches Angebot
von Praxisseminaren für Ärzte
und Zahnärzte: www.deutschebank.de/heilberufe

Bessere Prozesse mit Hilfe der Mitarbeiter

Wenn es darum geht, die Praxisorganisation zu verbessern und die Effizienz zu steigern, vernachlässigen niedergelassene Ärzte eine wertvolle Quelle: die Anregungen von Mitarbeiterinnen und Patienten. Das zeigt eine Untersuchung in 1.500 Arztpraxen.



Arbeit im Team? Häufig vernachlässigen Ärzte die Ideen der Angestellten. © michaeljung/fotolia.com

ten über praxisrelevante Dinge. Nur jede dritte Praxis kennt regelmäßige Praxisbesprechungen, zwei Drittel der Fachangestellten (MFA) sind unzufrieden mit der internen Kommunikation.

Nach Angaben des Instituts schreiben viele Ärzte ihrem Team zu wenig Kompetenz in organisatorischen Fragen zu. Dabei kannten in den analysierten Praxen die Mitarbeiterinnen bereits gut die Hälfte der vom IFABS identifizierten Verbesserungsansätze.

In jeder zweiten Praxis werden die Patienten zu ihrer Zufriedenheit befragt, aber nur in 16 Prozent werden die Ergebnisse auch genutzt. Viele Analysen ziehen laut IFABS im Praxisalltag keinerlei Konsequenzen nach sich. Das Institut empfiehlt Ärzten, ihre Einschätzung der Stärken und Schwächen der Praxis zusammenzuführen mit den Vorschlägen von Mitarbeiterinnen und den Patienten. Die darauf basierende verbesserte Praxisorganisation könnte zu einer Gewinnsteigerung von bis zu 30 Prozent führen, gleichzeitig die Arbeitsbelastung verringern und die Arbeitszufriedenheit erhöhen, so die Studienautoren.

Bei Optimierungspotenzialen in der Praxisorganisation schauen Ärzte eher auf externe Einflussfaktoren. Dabei können die eigenen Mitarbeiter häufig die Verbesserungsansätze sehr gut identifizieren. Viele Medizinische Fachangestellte (MFA) wünschen sich, stärker in die Organisation der Prozesse eingebunden zu werden. Das zeigt eine aktuelle Studie des Düsseldorfer Instituts für betriebswirtschaftliche Analysen, Beratung und Strategieentwicklung (IFABS).

Für die Studie hat das IFABS Praxisanalysen in 1.500 Praxen gemacht. Demnach reden Ärzte mit ihren Mitarbeiterinnen zu sel-

Neuer Schub für IV-Verträge?

Die Hausarztverträge könnten in naher Zukunft Basis für viele indikationsspezifische Verträge zur integrierten Versorgung werden. Der Hausärzteverband hat zusammen mit Partnern in Berufsverbänden und in der Pflege fertige Vertragsangebote einer sektorübergreifenden Versorgung ausgearbeitet, bisher für Diabetes, Rheuma, Pflege, Schmerz und Demenz. Die „Versorgungslandschaft“ genannten Modelle definieren unter anderem Schnittstellen für die Zusammenarbeit zwischen Ärzten unterschiedlicher Fachgruppen und die sektorübergreifende Kooperation und könnten so helfen, die Kosten zu senken. Nun starten die Verhandlungen mit den Krankenkassen.

Umsetzung des Qualitätsmanagements in Praxen weit gediehen

Seit 2006 gilt für Vertragsarztpraxen die interne Pflicht zum Qualitätsmanagement (QM). Die QM-Richtlinie gibt Praxen zwei Jahre Zeit für die Planung des internen QM, zwei Jahre für die Umsetzung und ein Jahr für die Überprüfung. Das QM ist seitdem in den meisten Praxen längst zu einem festen Bestandteil des Praxisalltags geworden. Das zeigt der kürzlich publizierte QM-Bericht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zum Stand der Umsetzung 2011. Demnach verhalten sich weitaus die meisten Ärzte konform zur QM-Richtlinie. Laut KBV beschäftigte sich im Berichtszeitraum nur noch ein Prozent aller Kassenpraxen nicht mit dem Thema. Mit 66,8 Prozent befanden sich zwei Drittel richtlinienkonform in der

Phase der QM-Weiterentwicklung. Der Anteil der Praxen, die sich in der QM-Überprüfungsphase befanden, fiel 2011 auf 4,5 Prozent. Im Jahr zuvor waren es noch 18,6 Prozent gewesen.

Dass QM kein Mittel zum Selbstzweck ist, hat eine Analyse des TÜV Süd gezeigt. Demnach zeigt sich bei Zertifizierungs-Audits in Vertragsarztpraxen immer wieder, dass es Mängel in den Bereichen der Hygiene sowie der Wartung von Geräten gibt, die sehr stark von Routinearbeiten geprägt sind. QM kann dabei helfen, im laufenden Praxisalltag Kosten durch die Reorganisation von Arbeitsabläufen zu senken. Mit diesen Einsparungen lassen sich auch die Kosten für den Aufbau

des QM sowie für die Zertifizierung, die bei kleineren Praxen mit bis zu 8.000 Euro zu Buche schlagen, wieder einspielen. Wer zum Beispiel viele Überstunden verzeichnet, kann im Bereich Personalmanagement starten. Wer dagegen Umsatz ausbauen möchte, kann zum Beispiel mit Analysen, Checklisten und Arbeitsanweisungen im Bereich Selbstzahlerleistungen anfangen.

Laut Studie bringt das QM Praxen immer dort Nutzen, wo die Abläufe sicherer gemacht werden bzw. der Umsatz oder der Patientenservice verbessert werden können. Und schon lange gilt: Die Teilnahme an vielen Selektivverträgen ist nur dann möglich, wenn das QM in der Praxis nachweislich stimmt.



SEPA – gute Planung erleichtert Umstieg

Wer Geld überweisen will, muss sich spätestens im Februar 2014 an neue Kontonummern gewöhnen. Das neue Zahlungsverkehrssystem SEPA soll vor allem grenzüberschreitende Zahlungen erleichtern. Ärzte sollten die Umstellung gut vorbereiten.

Am 1. Februar 2014 wird SEPA, kurz für „Single Euro Payments Area“, die nationalen Zahlungsverkehrssysteme ablösen. Überweisungen und Lastschriften in Euro sind dann nur noch über SEPA-Zahlungsinstrumente möglich. SEPA ermöglicht so einheitliche Zahlungen in 32 Ländern Europas: die 27 EU-Staaten sowie Island, Liechtenstein, Norwegen, Schweiz und Monaco. Bei Überweisungen muss künftig die „International Bank Account Number“, kurz IBAN, angegeben werden. Sie ersetzt die bislang genutzte Kontonummer und Bankleitzahl. Bei grenzüberschreitenden Überweisungen muss für eine Übergangsfrist bis zum 1. Februar 2016 auch noch ein „Business Identifier Code“ des Zahlungsempfängers, kurz BIC, angegeben werden. IBAN und BIC stehen schon heute auf dem Kontoauszug oder auch häufig im Online-Banking.

Ärzte sollten den Umstellungsaufwand nicht unterschätzen. So muss Software für Zahlungen und Buchhaltung umgestellt werden. Dabei sind insbesondere die Schnittstellen, etwa zum Steuerberater oder zur Bank, zu prüfen, damit die Übertragung reibungslos klappt. Wichtig ist



Online-Banking kann bei der Umsetzung von SEPA unterstützen. © thanatip/fotolia.com

auch, die IBAN- und BIC-Angaben aller Geschäftspartner einzuholen und ins eigene System einzupflegen. Bankexperten sehen vor allem beim Einzug von Lastschriften nach dem neuen System Beratungsbedarf. Hier wird ein SEPA-Lastschriftmandat benötigt. Hat der Zahlungspflichtige bereits eine schriftliche Einzugsermächtigung erteilt, kann diese grundsätzlich genutzt werden, ansonsten muss ein neues Mandat eingeholt werden. Ärzte, die sichergehen wollen, dass bei der Umstellung alles glatt läuft, wenden sich am besten an ihren Bankberater. Weitere Informationen: www.deutsche-bank.de/start-sepa

Richter erweitern Spielräume für den Praxisnamen

Die Grenzen der Werbung werden von Gerichten immer weiter gelockert. Verboten bleibt allerdings anpreisende, vergleichende und irreführende Werbung. Doch was ist zum Beispiel irreführend? Auch hier haben sich die Einschätzungen der Richter verändert, was am Beispiel der Verwendung des Begriffs „Zentrum“ sichtbar wird.

Früher wurden Ärzte, die ihre Praxen als Zentrum bezeichnet hatten, häufig wegen berufsrechtswidrigen Verhaltens und Irreführung von Patienten verurteilt. Aktuelle Urteile zeigen dagegen, dass Anforderungen an ein ärztliches Zentrum nicht mehr allzu hoch anzusetzen sind. Zwar darf nicht jede Gemeinschaftspraxis diesen Namen für sich beanspruchen. Doch wenn die Voraussetzungen für eine Anerkennung als MVZ gegeben wären, also wenn darin Ärzte mit verschiedenen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen tätig sind, dann darf sich die Praxis durchaus Zentrum nennen.

Das Bundesverfassungsgericht hat entschieden, dass ein Verbot der Bezeichnung „Zentrum“ für eine Praxis mit verschiedenen Fachärzten deutlich begründen muss, warum der Begriff die Patienten irreführen könnte (Az.: 1 BvR 1209/11). Dies dürfte nur ausnahmsweise gelingen, „weil der Öffentlichkeit bekannt ist, dass es kleinere und größere Zentren aller Art gibt, seien es nun Einkaufszentren oder eben Arztzentren“, so die Richter. Wer als Einzelarzt seine Praxis „Reisemedizinisches Zentrum“ nennt, könnte aber auch heute noch Schwierigkeiten bekommen.

Bundesfinanzhof erleichtert Praxis-Teilverkauf

Ein Praxisverkauf wird für manchen Arzt nicht erst am Ende des Berufslebens akut. Immer häufiger kommt es zu Teilverkäufen, zum Beispiel von Zweigpraxen, weil sich die strategische Ausrichtung einer Praxis ändert oder auch, wenn ein Arzt in den Jahren vor dem Ruhestand kürzer treten will.

Steuerlich begünstigt – mit Freibetrag und ermäßigtem Steuersatz – ist ein solcher Verkauf jedoch nur einmal im Leben. Und das gilt auch nur dann, wenn der verkaufte Teil der Praxis über ein gewisses Maß an Selbstständigkeit verfügt. Das heißt, er muss ein organisatorisch in sich geschlossener und für sich lebensfähiger Teil der Gesamtpraxis sein. Sichtbar kann das z. B.

in einer räumlichen Trennung wie bei einer Zweigpraxis werden oder auch in einer anderen Tätigkeit (Subspezialisierung, Tätigkeitsschwerpunkte).

Der Bundesfinanzhof (BFH) hat in einem Urteil die Voraussetzungen weiter präzisiert, die dafür erfüllt sein müssen (Az.: VIII R 22/09). Laut BFH kann eine Selbstständigkeit des Praxisteils nun auch bei gleichartiger Tätigkeit gegeben sein, selbst wenn keine räumliche Trennung vorliegt. Wichtig ist, dass die Patientestämme der einzelnen Praxisteile nicht vermischt werden. Nur bei einer fortwährenden Trennung der Patientestämme spielt die räumliche Nähe zu anderen Praxisteilen des Arztes keine Rolle. Bei der Planung des Teilverkaufs

kann die Praxis auch rechtzeitig in selbstständige Einheiten mit verschiedenen Tätigkeiten geteilt werden. Zudem sollte im Kaufvertrag dokumentiert werden, dass die Tätigkeit im verkauften Teil komplett aufgegeben wird. Das kann durch die Vereinbarung eines Konkurrenzverbotes geschehen. In Zweifelsfällen, wenn die Trennung zwischen beiden Praxisteilen nicht eindeutig ist, ist es sinnvoll, nach Rücksprache mit dem Steuerberater eine verbindliche Auskunft des Finanzamtes einzuholen.

Das Urteil bringt Ärzten, die in größeren Praxisverbänden engagiert sind, eine höhere Gestaltungsfreiheit, welchen Teil ihrer Praxistätigkeit sie zum ermäßigten Steuersatz verkaufen wollen.



Immobilien als Kapitalanlage – worauf Anleger achten sollten

Niedrige Sollzinsen für Baufinanzierungen und stabile Mietrenditen machen Immobilien als Anlageobjekte weiterhin interessant. Wer auf Wertsteigerungen und sichere Mietzahlungen setzt, sollte sein Wunschobjekt jedoch genau unter die Lupe nehmen – auch die Art der Finanzierung will überdacht sein.

Immobilien liegen weiter im Trend

Wer sein Vermögen langfristig ertragsorientiert anlegen will, hat es derzeit nicht leicht: Die Kapitalmarktzinsen sind auf einem sehr niedrigen Niveau. Doch es gibt Alternativen: Sachwerte wie Immobilien entwickeln sich weitgehend unabhängig von den Finanzmärkten. Deshalb sind sie jetzt besonders attraktiv. Darüber hinaus gelten Immobilien als wichtiger Bestandteil einer professionellen Vermögensaufteilung – sie bieten dem Anleger Aussichten auf stabile Mietrenditen und können zugleich eine chancenreiche Ergänzung für das Portfolio darstellen. Der

5 mögliche Punkte, auf die Käufer beim Immobilienerwerb achten sollten:

- **Lage:** das wichtigste Kaufkriterium mit entscheidendem Einfluss auf Wertentwicklung und Vermietung. Besonders wichtig ist die Mikrolage mit intakter Infrastruktur (z. B. nahe gelegene Schulen, Ärzte, Einkaufsmöglichkeiten) und guter Verkehrsanbindung.
- **Kaufpreis:** Hierfür sind die Immobilienqualität, der Gebäudezustand (z. B. Energieeffizienz) sowie die nachhaltig erzielbaren Mieten wichtig.
- **Mietentwicklung:** Die demografische Entwicklung hat direkten Einfluss auf die Miethöhe. Universitätsstädte und Metropolen bieten besonders attraktive Zukunftsperspektiven.
- **Laufende Kosten:** Für Instandhaltungen muss eine Rücklage einkalkuliert werden, die je nach Objekt und Zustand variiert. Die Erhaltungsaufwendungen sind somit ein wesentlicher Renditefaktor.
- **Rendite:** Zur Beurteilung der Rendite gibt es viele relevante Kriterien. Kaufpreisenebenkosten, Mietvertragsmodalitäten, Mieterstruktur, Fluktuation, Leerstände und mögliche Mietausfälle sollten besonders geprüft werden.

Impressum

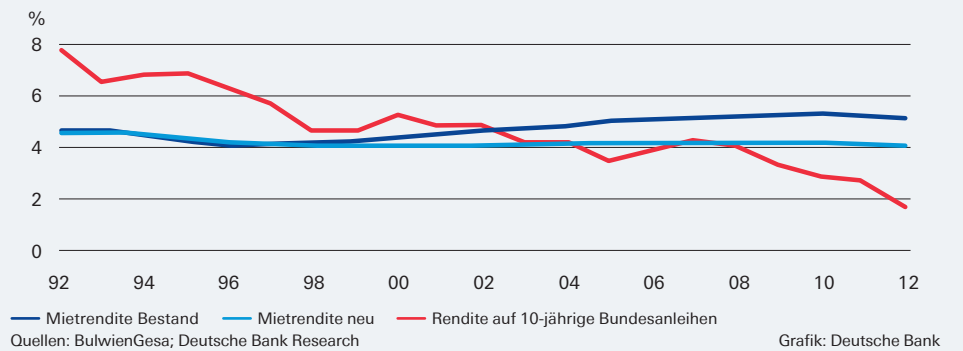
Herausgeber:
Deutsche Bank Privat- und Geschäftskunden AG,
Theodor-Heuss-Allee 72, 60486 Frankfurt am Main
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Rainer Neske
Vorstand: Thomas Rodermann (Sprecher), Rainer Burmester,
Alp Dalkilic, Guido Heuvelodp, Karl von Rohr

Redaktion:
Springer Medizin, Postfach 200251, 63077 Offenbach,
Hauke Gerlof (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), Nina Dabringhausen, Silke Jung
info.heilberufe@db.com, www.deutsche-bank.de/heilberufe

Konzeption und Gestaltung:
Christa Marek, Köln

Bei diesen Informationen handelt es sich um Werbung.
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.

Entwicklung der Mietrenditen im Vergleich zu Bundesanleihen



deutsche Markt bietet dafür zurzeit gute Chancen: Die Preise für Häuser und Eigentumswohnungen, etwa in Metropolen wie zum Beispiel München oder Düsseldorf, sind seit 2009 kräftig gestiegen.

Eine Preisblase ist nicht in Sicht

Trotz steigender Preise ist nach Einschätzung der Experten der Deutschen Bank eine Überhitzung des Wohnungsmarktes nicht zu erwarten: Die momentanen Preissteigerungen sind nur eine Normalisierung des bisher unterbewerteten Marktes, nachdem sich deutsche Immobilien über viele Jahre schwach entwickelt haben. Für Käufer lohnt es sich jedoch, auf regionale Unterschiede zu achten. Gute Anlagechancen gibt es zum Beispiel in kleineren Städten und Nebengebieten. Hier haben sich die Preise bisher zurückhaltend entwickelt. Dadurch können Anleger laut Deutsche Bank Research mit einer weiterhin attraktiven Wertsteigerung und positiven Mietentwicklungen rechnen.

Mieten können feste Renditen versprechen

Nach Berechnungen der Deutschen Bank halten sich die Mietrenditen für deutsche Bestandsimmobilien seit Jahren kontinuierlich über vier Prozent. Damit liegen sie deutlich über der Rendite von Bundesanleihen, wie die obige Grafik zeigt. Selbst in Städten mit sehr niedrigen Mietrenditen schneiden Immobilien besser ab als die staatlichen Wertpapiere. Ausschlaggebend für die Attraktivität eines Objekts sind verschiedene Faktoren – von der Lage über den Kaufpreis bis hin zu den laufenden Kosten. Worauf Käufer beim Immobilienerwerb un-

ter anderem achten sollten, können Sie dem Kasten in der linken Spalte entnehmen.

Worauf es bei der Finanzierung ankommt

Der Erfolg des Immobilien Investments hängt nicht zuletzt auch von der Finanzierung ab. Denn beim Kauf eines Objektes zur Kapitalanlage sind die Darlehenszinsen in der Regel steuerlich absetzbar. Deshalb kann es sinnvoll sein, die Tilgung bei gleichzeitiger Besparung eines Tilgungsersatzes ganz auszusetzen oder möglichst niedrig zu halten. Der Zinssatz sollte aufgrund der derzeit niedrigen Sollzinsen möglichst lange festgeschrieben werden, was auch zu langfristiger Kalkulationsicherheit führt. Im besten Fall kann die Zinssicherung sogar über die gesamte Darlehenslaufzeit dargestellt werden.

Ein passendes Finanzierungskonzept finden:

Wenn Sie an eine Immobilie als Kapitalanlage denken, holen Sie am besten schon zu Beginn Ihrer Überlegungen professionellen Rat ein.

Ihr Heilberufe Berater stellt Ihnen gern verschiedene Finanzierungsformen vor und entwickelt gemeinsam mit Ihnen ein Finanzierungskonzept.

► **Sprechen Sie jetzt mit Ihrem Heilberufe Berater oder vereinbaren Sie einen Gesprächstermin unter (069) 910-10061.**