

VR-Med:info 1

AUSGABE 1
MAI 2014

SERVICEMAGAZIN FÜR ÄRZTE, ZAHNÄRZTE UND APOTHEKER



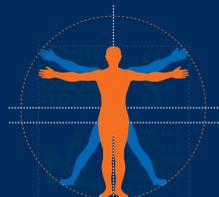
Wartezeitendiskussion – was ist dran? ■ Seite 03

Weg frei für die Hausarztzentrierte Versorgung ■ Seite 06

Betriebliche Gesundheitsvorsorge –
Bayern geht voran ■ Seite 10

Jüngere Zahnärzte: Trend zur Kooperation ■ Seite 13

Apothekensterben schwächt sich ab ■ Seite 14



Aus der Region für die Region

VR-Bank
Würzburg 

Sehr geehrte Damen und Herren,

egal ob niedergelassener Arzt, Zahnarzt oder Apotheker – Sie sehen sich in den letzten Jahrzehnten permanenten Änderungen in der Gesundheitspolitik ausgesetzt. Zu nennen sind hier beispielsweise das GKV-Modernisierungsgesetz, das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, das GKV-Änderungsgesetz oder das Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG). Gleichzeitig wird die Nachfolgeregelung ein immer schwierigeres Thema, welchem Sie sich als Praxis- bzw. Apothekeninhaber rechtzeitig annehmen müssen – und dies nicht nur in ländlichen Bereichen. Um immer wieder auf die neuesten politischen Veränderungen reagieren zu können und langfristig die richtigen Entscheidungen zu treffen, bedarf es auch eines zuverlässigen Bankpartners an Ihrer Seite.

Die VR-Bank Würzburg positioniert sich als verlässlicher und regionaler Anbieter mit dem VR-Med:Konzept als finanzstarker Partner für alle Heilberufler. Mit dem VR-Med:Konzept versorgen wir Sie mit der richtigen Diagnose und speziell abgestimmten Lösungen rund um Ihre finanziellen Angelegenheiten. Mit Ihnen abgestimmte Betreuungsintervalle sorgen dafür, dass es zu keinen unangenehmen Überraschungen kommen kann. Näheres hierzu finden Sie in der Heftmitte.

Ob bei der Begleitung der Existenzgründung oder bei der Praxis-/Apothekenabgabe, bei Praxiserweiterungen, Gründung von Filialen oder Modernisierung der Praxisräumlichkeiten, Ideen zur Praxisstrategie, Risikoabsicherungen innerhalb Ihrer geschäftlichen Tätigkeit oder aber im privaten Bereich bei Ihrer Immobilienfinanzierung, Ihren Vorsorgegedanken oder Ihren Anlageentscheidungen – wir verbinden alles für Sie mit einem erfahrenen und engagierten Team.

Durch unser breites Netzwerk von Spezialisten (Praxis-/Apothekeneinrichter, Fachanwälte für Medizinrecht, Praxisbewerter, Marketingexperten, Praxisvermittler, Steuerberater...) sind wir auf Wunsch außerdem in der Lage, ein großes Leistungsspektrum abzudecken, das weit über die üblichen Bankdienstleistungen hinausgeht.

Gleichzeitig zu dieser im regionalen Bereich einmaligen Spezialisierung für die „weißen Berufe“ können Sie sich auf die seit über 100 Jahren geltenden Tugenden der VR-Bank Würzburg verlassen: Stärke und Zuverlässigkeit für die Region, langfristige Zusammenarbeit, Schnelligkeit, Individualität, Kontinuität und Innovation.

„Partnerschaft verlangt Vertrauen – Bankgeschäfte verlangen besonderes Vertrauen“.

Gerne überzeugen wir Sie als niedergelassenen Arzt, Zahnarzt oder Apotheker von unserem VR-Med:Konzept. Testen Sie uns! Wir freuen uns auf das persönliche Gespräch mit Ihnen!

Der regionale Bankpartner im Heilberufebereich!



Herzlichst Ihr
Michael Thiele & Team

Titelfoto:
Firmenkundenzentrum der VR-Bank Würzburg
Theaterstraße 28, 97070 Würzburg
vis-a-vis der Würzburger Residenz

Wartezeitendiskussion – was ist dran?

Der Koalitionsvertrag sieht für GKV-Patienten künftig eine Termingarantie bei der Facharztüberweisung vor. Sie sollen sich bei der Überweisung an einen Facharzt an eine zentrale Terminservicestelle bei den Kassenärztlichen Vereinigungen wenden können, die dann innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin zu vermitteln hat.

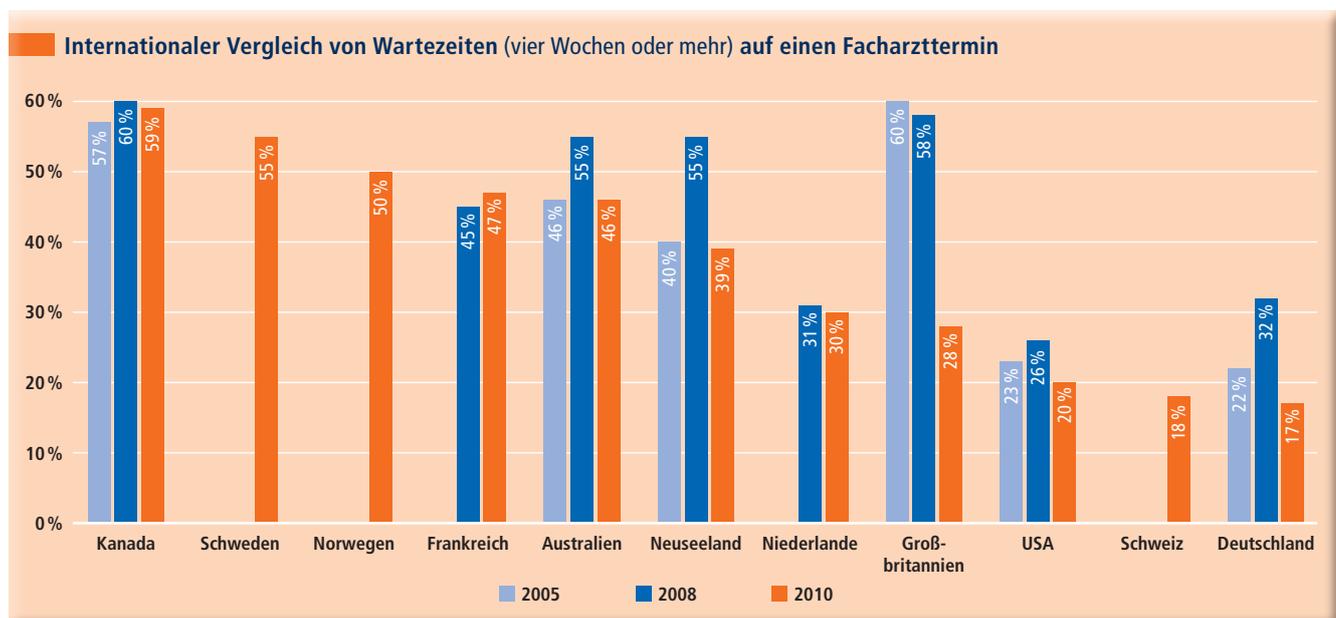
Sofern die Wartezeit auf einen Termin vier Wochen überschreitet, muss die Terminservicestelle einen Termin zur ambulanten Behandlung in einem Krankenhaus anbieten. Das Vorhaben wird von Seiten der Ärzteschaft heftig kritisiert. So befürchten die Mediziner einen enormen bürokratischen Aufwand und einen Eingriff in die ärztliche Selbstverwaltung. Mittlerweile gibt es einige alternative Lösungsvorschläge.

Hintergrund der Einführung von Terminservicestellen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) sind die stark diskutierten Wartezeitenprobleme in Deutschland. Doch kann das Vorhaben des Gesundheitsministers tatsächlich mit zu langen Wartezeiten begründet werden? Im internationalen Vergleich sind die Wartezeiten auffallend niedrig. Die veröffentlichte OECD-Studie „Health at a Glance 2011“ stellt Deutschland hinsichtlich der Wartezeiten ein gutes Zeugnis aus. So erhalten Patienten hierzulande weitaus schneller einen Termin beim Facharzt oder für eine Operation als in den übrigen zehn Vergleichsländern.

Während 2010 in Kanada – diesbezüglich Schlusslicht der OECD-Länder – 59% der Patienten länger als vier Wochen auf einen entsprechenden Termin warten mussten, betraf dies in Deutschland nur 17% der Patienten. Im Vergleich hierzu belief sich diese Quote im Jahr 2008 noch auf 32% (Deutschland). Zudem sind die deutschen Versicherten nach der

repräsentativen Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Jahr 2013 grundsätzlich zufrieden mit der Terminvergabe bei Arztbesuchen. Dies trifft auch zu, obwohl es zum Teil starke Unterschiede bei der Gegenüberstellung von Wartezeiten auf einen Haus- oder Facharzttermin sowie bei GKV- und PKV-Angehörigen gibt. Auch bei nicht eilbedürftigen fachärztlichen Terminen wie bspw. Vorsorgeuntersuchungen oder Routinekontrollen kann es immer wieder längere Wartezeiten geben. Dennoch gaben insgesamt 82% der Befragten mit Wartezeit (mind. ein Tag) an, dass sie die Wartezeit auf ihren letzten Arzttermin nicht als „zu lang“ empfanden.

Das populäre Vorhaben des Gesundheitsministers zur Einrichtung zentraler KV-Terminservicestellen stößt bei der Ärzteschaft daher auf großes Unverständnis. Schließlich funktioniert die Terminvergabe bereits heute bestens, sollte ein Patient schnell an einen Facharzt überwiesen oder in ein Krankenhaus eingewiesen werden müssen. Zudem zählt das Terminmanagement zu den originären Aufgaben der Ärzte. Die Terminservicestellen würden einen unnötigen bürokratischen Aufwand und entsprechende temporäre und finanzielle Ressourcen in Anspruch nehmen. Diese stünden dann nicht mehr für den eigentlichen Zweck der Patientenversorgung zur Verfügung. Von weiteren Eingriffen in die ärztliche Selbstverwaltung würden zudem negative Anreize für die



Quelle: <http://www.oecd.org/els/health-systems/49105858.pdf>, S. 145 Grafik: REBMANN RESEARCH

Gewinnung des dringend benötigten ärztlichen Nachwuchses ausgehen. Zuletzt ist nicht geklärt, ob in den Kliniken, die zunehmend ebenfalls unter Personalproblemen und einer fortschreitenden Arbeitsverdichtung leiden, überhaupt ausreichende Kapazitäten zur ambulanten Behandlung zur Verfügung stehen.

Aus Sicht der Ärzteschaft sollte sich die Politik daher vielmehr mit den tatsächlichen Ursachen von Wartezeiten und Verzögerungen im Überweisungsablauf befassen. Hierzu würden beispielsweise:

- die Zulassungs- und Fallzahlbegrenzung,
- die Budgetierung und Rationierung der ärztlichen Honorierung sowie
- der Mangel an Spezialisten (z. B. im Bereich der Rheumatologie oder Schmerztherapie) zählen.

So lässt sich am Beispiel der Augenärzte in Thüringen belegen, dass bei einer Aufhebung der ärztlichen Vergütungsbeschränkung weitere Kapazitäten freigesetzt werden können. Nach Auskunft der KV Thüringen melden die Patienten in Regionen, in denen aufgrund einer drohenden Unterversorgung die Budgetierung aufgehoben wurde, keine Probleme mit Wartezeiten. Umgekehrt kommt es in gut versorgten Gebieten zu einer auffälligen Häufung der Beschwerden.

Im Übrigen zeigt eine aktuelle Umfrage bei den Ärzten und Psychotherapeuten der KVB zur Termintreue der Patienten, dass viele Patienten nicht termintreu sind und somit zu entstehenden Wartezeiten beitragen.

- Die Terminausfallquote in rund einem Drittel der Praxen liegt wöchentlich zwischen 5 und 10% und in rund 20% der Praxen zwischen 10 und 15%.
- Über 50% der Patienten, die ihren Termin nicht wahrnehmen, sagen diesen zuvor nicht ab.

Durch eine verbesserte Termintreue und vor allem durch ein korrektes Verhalten bei der Absage von vereinbarten Terminen, könnten die Wartezeiten erheblich verkürzt werden. Auch für die Ärzte - vor allem bei reinen Bestellpraxen – wäre dies mit Effizienz- und Honorargewinnen verbunden. Insbesondere bei zeitintensiven Leistungen (wie z.B. ambulanten Operationen, Darm- oder Magenspiegelungen) sind die Honorarverluste durch nicht abgesagte Termine erheblich.

Mittlerweile gibt es bereits alternative Lösungsvorschläge zur Optimierung der Wartezeiten. Diese werden in der nebenstehenden Tabelle beispielhaft vorgestellt.

VR LEASING GRUPPE

Gesunde Finanzierungs-lösungen.

Einfach, schnell, passend.



Wir finanzieren, was Sie unternehmen.





www.vr-bank-wuerzburg.de/leasing

Konzepte	Beschreibung
<p>„A- und B-Überweisungen“ von Haus- und Fachärzten in Mecklenburg-Vorpommern</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ A-Überweisung bei hochakuten Krankheitsbildern ■ B-Überweisung bei Verschlechterung des Gesundheitszustandes bei bereits begonnener Therapie ■ Ziel: <ul style="list-style-type: none"> – Reduktion der Wartezeiten für schwerer erkrankte GKV-Patienten – Reduktion der Arbeitsunfähigkeitszeiten – Verhinderung von prästationären Behandlungszeiten und Krankenseinweisungen
<p>Projekt „dringliche Überweisung“ z. B. im Saarland und in Sachsen-Anhalt</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hausärzte vermerken auf der Überweisung die Dringlichkeit eines Termins ■ In Sachsen-Anhalt wird bei entsprechender Notwendigkeit nicht selten sogar direkt mit dem weiterbehandelnden Facharzt abgestimmt

Noch ist offen, ob die Vorschläge den Gesundheitsminister überzeugen können, von der Terminvergabegarantie abzurücken. Dies würde nicht nur eine weitere Zunahme der Bürokratie im Gesundheitswesen verhindern, sondern wäre zu guter Letzt auch ein Vertrauensbeweis an die Ärzte.

Fitnessboom als Spezialisierungschance

Der deutsche Fitnessmarkt befindet sich im Aufwind. Wie eine Studie zeigt, setzen Fitnessseinrichtungen aufgrund des steigenden Gesundheitsbewusstseins der Bevölkerung zunehmend auf die Zusammenarbeit mit Ärzten. Für letztere können hierdurch interessante Einnahmemechanen entstehen.

Eine aktuelle Studie der Unternehmensberatung Deloitte belegt, dass der Fitnessmarkt in Deutschland von einer großen Nachfrage profitiert. Bereits Ende vergangenen Jahres waren 8,6 Mio. Deutsche – und damit rund jeder zehnte Bundesbürger – Kunde eines Fitnessstudios. Nach Einschätzung der Studienautoren birgt der Markt zudem ein weiteres großes Wachstumspotenzial. Hinsichtlich der Anbieter zeigt sich laut Studie ein eindeutiger Trend hin zu Fitnessketten, die wesentlich stärker gewachsen sind als die individuellen Studios. Mit 4,2 Mio. Mitgliedern umfassen sie mittlerweile einen größeren Kundenkreis als die Einzelstudios (3,9 Mio. Mitglieder). Dabei sprechen die Marktbeobachter insbesondere jenen Fitnessseinrichtungen gute Erfolgsaussichten zu, die sich auf bestimmte Zielgruppen oder besondere Angebote spezialisieren. So gibt es beispielsweise Studios, die ausschließlich Frauen aufnehmen. Die Kette Bodystreet, die die Zahl ihrer Standorte im Jahr 2012 von 74 auf aktuell 136 erhöht hat, setzt z.B. auf Stromstöße zur Stimulierung der Muskeln und auf ein Konzept, das einen Trainer für maximal zwei Mitglieder vorsieht. Auch Angebote im Niedrigpreissegment sind lohnend, wie der Erfolg der bundesweit größten Kette McFit zeigt.

Die Studie identifizierte ferner zwei weitere Trends, welche aus der IGeL-Perspektive betrachtet für die Vertragsärzte interessant sein können. Zum einen wurde die Zielgruppe der über 50-Jährigen, die so genannten „Best Ager“, beleuchtet. Diese wollen auch mit zunehmendem Alter möglichst gesund, mobil und selbstbestimmt leben. Zum anderen wird entsprechend der Untersuchung auch die Kinderfitness an Bedeutung gewinnen. Viele gesundheitliche Probleme könnten bereits im Kindesalter verhindert werden. Interessant für diese Zielgruppe sind etwa Angebote zur Adipositas-Prävention oder zur Therapie bei Haltungproblemen. Der Bedarf an Fitnessangeboten im Gesundheitsbereich – gerade für diese Zielgruppen – kann nach der Unternehmensberatung Deloitte noch nicht gedeckt werden.

Der so genannte Zweite Gesundheitsmarkt befindet sich im Aufwind und bietet auch den Ärzten zunehmende Chancen für zusätzliches Engagement und Honorar außerhalb der Praxis. Fitnessseinrichtungen – und hier insbesondere die Franchisestudios – setzen aufgrund des steigenden Gesundheitsbewusstseins der Bevölkerung zunehmend auf die

Zusammenarbeit mit Ärzten oder beschäftigen sogar Mediziner. Dabei gewinnen u.a. Präventionsangebote an Stellenwert. Mediziner als Honorarkräfte können in Fitnessstudios allerdings nur als Gesundheitsberater tätig werden. Eine individuelle Behandlung der Kunden im Studio (z.B. EKG) ist nicht möglich. Innovative Wege geht das Ärztenetz Medizin und Mehr (MuM) in Ostwestfalen, welches bereits eigene Fitnessstudios (mit unterschiedlichen indikationsspezifischen Schwerpunkten) betreibt.

Mediziner haben die Möglichkeit, sich im Bereich Fitness- und Gesundheitssport weiterzubilden. Entsprechende Konzepte werden bspw. von der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP) angeboten, welche den Ärzten die notwendigen Kenntnisse für eine Tätigkeit in Fitness- und Gesundheitsanlagen übermittelt. Im Wesentlichen ergeben sich für Mediziner folgende Kooperationsmöglichkeiten mit einem Fitnessstudio, wobei der Preis für die erbrachten Dienstleistungen meist zwischen dem Arzt selbst und dem Studiobetreiber ausgehandelt wird:

Kooperationsmöglichkeiten der Mediziner mit einem Fitnessstudio

- **Sportärztlicher Eingangsscheck** für Neumitglieder und bereits Trainierende
- **Seminare, Workshops, Informationsveranstaltungen** z.B. in den Bereichen Prävention, Rehabilitation und Gesundheitssport
- **Kurskonzepte** z.B. rückengerechtes Verhalten, bewusste Ernährungsumstellung
- **Interne Schulungen für das Betreuungspersonal** auf dem neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse

Für Mediziner haben die großen Fitnessketten jedoch eher einen negativen Touch. Für Kooperationen werden demzufolge kleinere qualifizierte Gesundheitsstudios bevorzugt. In diesen können individuell auf den Kunden abgestimmte ganzheitliche Gesundheits- und Trainingskonzepte entwickelt werden. Aufgrund einer geringeren Kundenanzahl bestehen zudem bessere Kommunikationsmöglichkeiten nicht nur mit den Kunden, sondern auch mit den Fitnessstudiobetreibern und deren Mitarbeitern.

Weg frei für die Hausarztzentrierte Versorgung

Der neue Gesundheitsminister „drückt aufs Tempo“. Innerhalb kurzer Zeit hat er mithilfe des 14. SGB-Änderungsgesetzes die Hindernisse für die Hausarztzentrierte Versorgung aus dem Weg geschaffen. Dies ist besonders für die großen Vollversorgungsverträge und die teilnehmenden Mediziner von essentieller Bedeutung.

Noch bis vor kurzem stand hinter der Zukunft der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) ein großes Fragezeichen. Nachdem Ende des vergangenen Jahres im Koalitionsvertrag explizit eine Förderung des Versorgungsmodells festgeschrieben wurde, hat der neue Bundesgesundheitsminister im Eiltempo einen Gesetzesentwurf u.a. mit den entsprechenden Änderungen des § 73b SGB V erarbeitet, der nach der Zustimmung des Bundestages Mitte März auch den Bundesrat passierte. Damit sind seit dem ersten April die Weichen frei für den Start der neuen HzV. Das 14. Gesetz zur Änderung des Sozialgesetzbuches (SGB) V, das sich in erster Linie der Arzneimittelversorgung (u.a. Verlängerung des Preismoratoriums und Abschaffung des Bestandsmarktaufrufs) widmet, sieht für die Hausarztverträge folgende Bestimmungen vor:

- **Fortbestand der HzV-Pflicht:** Die gesetzliche Verpflichtung der Kassen zum Angebot der Hausarztzentrierten Versorgung wird beibehalten.
- **Streichung der Refinanzierungsklausel (§ 73 b Abs. 5a SGB V):** Seit 2010 mussten die Vertragspartner bereits beim Abschluss eines neuen Vertrags nachweisen, dass keine Mehrausgaben durch HzV-Modelle entstehen. Auch die durchschnittliche Vergütung der teilnehmenden Hausärzte durfte den durchschnittlichen KV-Fallwert nicht überschreiten. War dies der Fall, mussten die Überschreitungen an anderer Stelle wieder eingespart werden. Diese Vergütungsbeschränkung für HzV-Verträge wurde zum 1. April 2014 aufgehoben.
- **Verpflichtende Wirtschaftlichkeitskriterien sowie Maßnahmen für die Nichteinhaltung:** Die Vertragspartner sind verpflichtet, Kriterien für die Wirtschaftlichkeit des HzV-Vertrags und Maßnahmen für den Fall der Nichteinhaltung zu vereinbaren.
- **Neue Regelungen zur Qualitätssicherung:** HzV-Verträge haben künftig Regelungen zur Qualitätssicherung zu enthalten, die über die allgemeine hausärztliche Qualitätssicherung hinausgehen.
- **Einbeziehung der strukturierten Behandlungsprogramme:** Zugelassene strukturierte Behandlungsprogramme (§§ 137f und 137g) sind künftig Bestandteil des Hausarztzentrierten Versorgungsangebots, sofern sie die hausärztliche Versorgung betreffen.
- **Entschärfter Wirtschaftlichkeitsnachweis:** Der Wirtschaftlichkeitsnachweis muss künftig erst nach einer Frist von vier Jahren erfolgen.

Eckpunkte der Hausarztzentrierten Versorgung deutschlandweit und speziell in Bayern

Bund	<ul style="list-style-type: none"> ■ 3,3 Millionen Versicherte ■ 16 000 Hausärzte ■ Honorarvolumen 2013: 750 Millionen ■ Schwerpunkte: Baden-Württemberg und Bayern ■ Schwerpunkt: chronisch kranke Patienten (60 % der teilnehmenden Patienten)
Bayern	<ul style="list-style-type: none"> ■ Versicherte: 1,3 Millionen AOK: 575.760, BKK: 270.097, Ersatzkassen: 262.422, LKK: 122.831, IKK Classic: 19.764 ■ Teilnehmende Hausärzte LKK: 4.383, BKK: 4.251, Ersatzkassen: 4.107, Techniker: 4.073, AOK: 3.915, IKK Classic: 2.740

Quelle: Deutscher Hausärzterverband; aerztezeitung.de

Mit der Aufhebung der strikten ökonomischen Beschränkungen und des sofortigen Wirtschaftlichkeitsnachweises haben sich mit dem neuen Gesetz die langjährigen Forderungen der Befürworter der HzV erfüllt. Da sich in der Praxis zeigte, dass sich neue Verträge erst nach einer gewissen Anlaufzeit „amortisieren“ können, bezeichnete auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in einem Sondergutachten den Nachweis von Kosteneinsparungen schon bei Abschluss der Selektivverträge als realitätsfern und innovationshemmend und sprach sich für eine Aufhebung der entsprechenden Regelung aus. Das neue Gesetz kam für einige der älteren HzV-Verträge buchstäblich in letzter Minute, da der für sie geltende Bestandsschutz, nach der Regelung des GKV-Finanzierungsgesetzes Ende Juni 2014 ausgelaufen wäre.

Insgesamt verzeichnen die HzV-Verträge, die zu Beginn erhebliche Startschwierigkeiten hatten, einen steigenden Zuspruch unter Ärzten und Patienten (vgl. Info oben). Hierbei sind insbesondere die großen Vollversorgungsverträge mit der AOK in Bayern und Baden-Württemberg hervorzuheben. Je nach Vertrag können sich hierbei zum Teil deutliche Honorarverbesserungen für die Hausärzte ergeben. Im Gegenzug werden jedoch oft bestimmte Standards bei der Praxisausstattung, besondere Serviceleistungen für Patienten (z.B. bei den Sprechstundenzeiten), eine regelmäßige spezielle Fortbildung sowie definierte Qualitätssicherungsmaßnahmen gefordert.

Bayern: Positive Erfahrungen mit dem neuen HVM

Nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) ist die Zahl der eingelegten Widersprüche gegen Honorar- und Richtigstellungsbescheide im vergangenen Jahr auf ein „historisches Tief“ gesunken. Die KV führt dies auf die hohe Akzeptanz des neuen Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) zurück.

Die Entwicklung bei den Widersprüchen gegen Honorar- und Richtigstellungsbescheide der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) ist auffallend. Während die Vertragsärzte im ersten Quartal 2011 noch 7.778 Widersprüche einlegten, sank diese Zahl im dritten Quartal vergangenen Jahres auf nur noch 1.115. Die KV führt diesen Trend auf die zunehmende Akzeptanz des regionalen HVM bei den Ärzten zurück. Der HVM wurde nach intensiven Beratungen mit Vertretern aller Fachgruppen im Januar 2013 umgesetzt.

Wie viele andere KVen auch hat die KVB auf eine radikale Reform ihres HVM verzichtet und stattdessen die RLV-/QZV-Systematik beibehalten. Dies verhalf sowohl der Ärzteschaft als auch der KV selbst zu einer gewissen „Planungssicherheit“. So haben die KVen zwar durch das Versorgungstrukturgesetz die Hoheit über die Verteilung der Honorare auf regionaler Ebene wiedererlangt, die Beschränkung in Form der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) erlaubt jedoch keine allzu großen „Innovationen“ beim HVM, sofern größere Umverteilungen innerhalb der Vertragsärzteschaft vermieden werden sollen.

Mit dem HVM 2013 wurden Fachgruppentöpfe eingeführt, die anhand des ausgezahlten Honorars des Jahres 2011 (einschließlich der Konvergenzzahlungen an die einzelnen Fachgruppen) kalkuliert wurden. Ferner entschloss sich die KV zur Beibehaltung der asymmetrischen Verteilung des Honorarzuwachses. Bei einer Fallzahlüberschreitung in einer Fachgruppe von mehr als 3% im Vergleich zum Vorjahr führte der HVM eine automatische Begrenzung ein. Hierbei werden Überschreitungen aus der Mengensteuerung aus dem Honorartopf der jeweiligen Fachgruppe gespeist.

Dieses von der KV etablierte „Frühwarnsystem“, das die Überschreitungen „verursachergerecht“ den jeweiligen Fachgruppen und Praxen zurechnet, hat sich mittlerweile bewährt. Nach Auskunft der KV kam es im vierten Quartal 2013 bei insgesamt sieben Fachgruppen zu einer Begrenzung. Diese betraf jedoch nur jene Praxen, deren Fallzahlsteigerung die 3-Prozent-Grenze überstieg. Gegenwärtig hat die KV das Instrument zur Fallzahlbegrenzung in einigen von einer Unterversorgung betroffenen bzw. bedrohten Gebieten

ausgesetzt. Eine Ausnahmeregelung gilt für die Landkreise Haßberge (Dermatologen), Wunsiedel (HNO-Ärzte) und Lichtenfels (Augenärzte) sowie für die Region Oberpfalz-Nord (Kinder- und Jugendpsychiater).

Es bleibt abzuwarten, wie sich die Zahl der Widersprüche künftig entwickeln wird. Denn seit dem 4. Quartal 2013 greifen die Verteilungswirkungen des neuen EBM. Entgegen vieler Befürchtungen zeigen sich bei den bayerischen Hausärzten in der Gesamtbetrachtung keine negativen Auswirkungen auf das Honorar (was jedoch Umverteilungen zwischen einzelnen Praxen nicht ausschließt). Im Gegenteil: Nach Auskunft der KVB stiegen die Honoraranforderungen ohne Sicherstellungszuschlag im hausärztlichen Bereich im 4. Quartal 2013 um 2,9% im Vergleich zum entsprechenden Vorjahresquartal. Die Ausgaben für die Bereiche Geriatrie und Palliativmedizin erhöhten sich absolut um 4,9 bzw. 2,4 Mio. €. Einbußen in Höhe von -5 Mio. € ergaben sich bei der Chronikerpauschale. Während einerseits knapp 30% der Hausärzte im 4. Quartal 2013 ihr Gesprächsbudget beim problemorientierten ärztlichen Gespräch überschritten (Überschreibungsvolumen von 2,8 Mio. € bzw. 12,8% des insgesamt angeforderten Gesprächsvolumens), bestehen andererseits bei den Gesprächsleistungen offenbar weitere Honoraroptimierungspotenziale. Die KVB vermutet, dass die Ärzte insgesamt weniger Gesprächsleistungen abgerechnet als tatsächlich erbracht haben.

Dies legt nahe, dass sich die Mediziner erst noch mit den neuen Abrechnungsregeln vertraut machen müssen. Diese zeitaufwändige Beschäftigung kann ihnen auch die Abrechnungssoftware nicht vollständig abnehmen. Durch die schnelle Abfolge der EBM-Änderungen, gekoppelt an die Anpassungen der regionalen Honorarverteilungsmaßstäbe, sind auch die Programme nicht unfehlbar. Wer also böse Überraschungen in Form von Rückzahlungen oder Regressen vermeiden möchte, ist gut beraten, die Abrechnung(skontrolle) selbst in die Hand zu nehmen oder entsprechenden fachlichen Rat in Anspruch zu nehmen.

VR-Med:Konzept

Die Diagnose - Unsere Lösung - Ihr Erfolg

Mit dem VR-Med:Konzept versorgen wir Sie mit der richtigen Diagnose und mit individuellen Lösungen rund um Ihre finanziellen Angelegenheiten – speziell zugeschnitten auf Heilberufe, z.B. Ärzte, Zahnärzte und Apotheker. Die VR-Bank Würzburg ist Ihr kompetenter Partner für eine individuelle Finanzdiagnose und zuverlässiger Anbieter aller Leistungen, die Sie sich für Ihre Finanzen wünschen. Dies leben wir mit einer klaren Philosophie: Freiberufler in Heilberufen mit einer Bank, die vor Ort schnell, kompetent und flexibel agiert.

VR-Med:Management

Wir unterstützen Sie mit betriebswirtschaftlichen Vergleichen, die es Ihnen erlauben festzustellen, wie sich z. B. Kennzahlen Ihres Praxisbetriebs im Vergleich zum regionalen Wettbewerb darstellen. Diese Vergleiche zeigen Ihnen so potenzielle Handlungsfelder kombiniert mit relevanten Marktdaten auf.

Ihr VR-Med-Experte: Michael Thiele



VR-Med:Kredit

Praxis- oder Apothekenübernahme, Investitionen in Ausstattungen oder Erweiterungen: Mit unserem Kreditangebot unterstützen wir Sie mit einem Höchstmaß an Flexibilität und schnellen Entscheidungen bei Ihren privaten und betrieblichen Finanzierungsplänen.

Ihr VR-Med-Experte: Michael Thiele

VR-Med:Anlagekonzept

Ihre Anlage ist bei uns in den besten Händen: Sie nennen uns Betrag, Anlageziele und persönliche Präferenzen – unsere Spezialisten der Vermögensberatung inkl. unseres Wertpapiermanagements erarbeiten für Sie ein Anlagekonzept, das keine Wünsche offen lässt. Auf Wunsch erhalten Sie eine maßgeschneiderte Vermögensverwaltung.

Ihr VR-Med-Experte: Frank Henig



VR-Med:Baufinanzierung

Die private Immobilie erfährt bei uns beste Begleitung: Wir bieten Ihnen eine Baufinanzierungsberatung, die aus allen verfügbaren Finanzierungsoptionen das Beste für Sie selektiert und sich durch faire Konditionen und eine schnelle Entscheidung auszeichnet. Auf Wunsch alles aus einer Hand: Immobilienvermittlung, Anschaffungsfinanzierung, Modernisierungsfinanzierung.

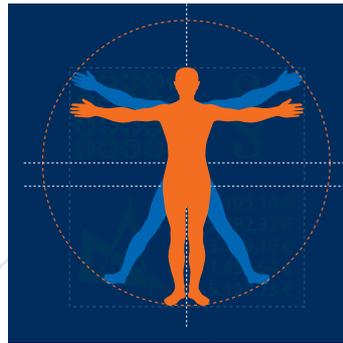
Ihr VR-Med-Experte: Karl-Heinz Mark



VR-Med:Zahlungsverkehr

Unsere Stärke liegt in der Optimierung des Zahlungsverkehrs. Sie erhalten Zahlungsverkehrsprogramme, individuelle Kreditkartenlösungen und komfortable Kartenterminals aus einer Hand. Das Privatkonto „VR-Konto:BoniPlus“ können Sie sogar kostenfrei nutzen – informieren Sie sich bei uns.

Ihre VR-Med-Expertin: Claudia Beck



VR-Med:Sicherheitskonzept

Risiken werden kalkulierbar, wenn eine geeignete Absicherung vorhanden ist. Dies gilt sowohl privat als auch im Geschäftsumfeld. Unsere Absicherungsanalyse zeigt Ihnen auf, welche Risiken Sie im Blick haben sollten – und wie Sie diese günstig absichern können.

Ihre VR-Med-Expertin: Christine Trunk



VR-Med:Vorsorgekonzept

Unser regelmäßiger Vorsorgecheck ermittelt anhand Ihrer beruflichen und familiären Situation sowie Ihrer Zukunftspläne die optimalen Vorsorgelösungen für Sie.

Ihr VR-Med-Experte: Torsten Koch



Ihre Vorteile: Sie haben einen Ansprechpartner, der Sie begleitet. Er berät Sie in allen Belangen – und greift bei Bedarf auf ein Netzwerk an Partnern und Spezialisten für Sie zurück, die eine optimale fachliche Diagnose erstellen und Lösungsmöglichkeiten aufzeigen. Und da diese Partner alle vor Ort sind, können wir für Sie schnell und zuverlässig arbeiten.

Betriebliche Gesundheitsvorsorge – Bayern geht voran

Eine Studie des Kölner Marktforschungsinstituts YouGov im Auftrag der BAD Gesundheitsvorsorge und Sicherheitstechnik GmbH in Bonn kommt zu dem Schluss, dass die Bedeutung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) sowie entsprechender gesundheitsfördernder Maßnahmen in den deutschen Unternehmen zwar steigt, eine entsprechende konsequente Umsetzung jedoch noch nicht erfolgt. Das Projekt „Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz“ des Arbeitgeberverbands in Bayern ist ein Beispiel für eine umfassende Kooperation, die Arbeitnehmern rasch eine angepasste Unterstützung zukommen lässt.

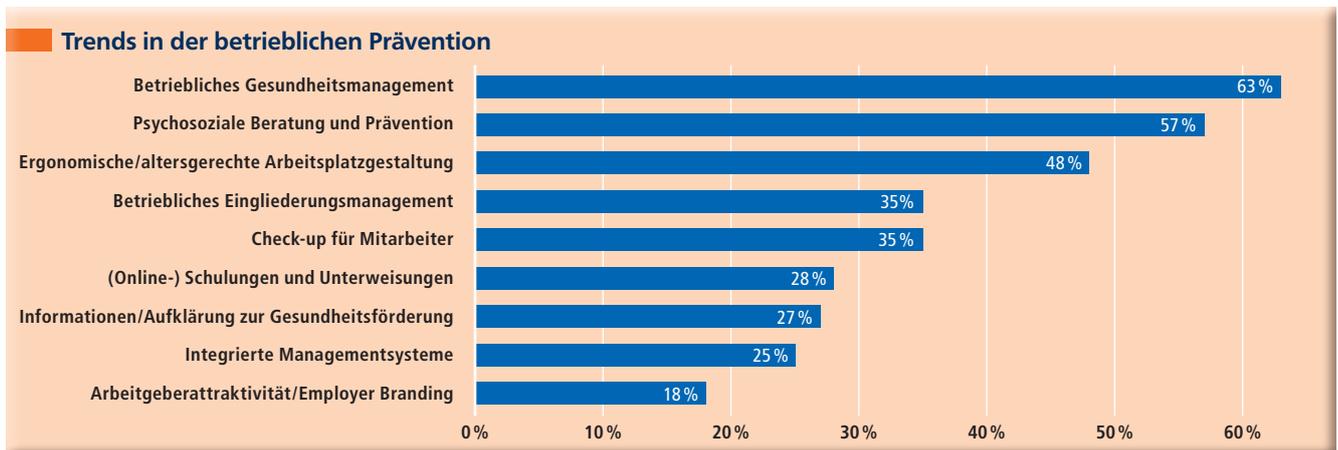
Insbesondere die psychischen Erkrankungen führen häufig zu langer Arbeitsunfähigkeit (AU). Der Gesundheitsreport 2013 der Techniker Krankenkasse zeigt, dass die Fehlzeiten der Versicherten aufgrund psychischer Störungen im Jahre 2012 weiter zugenommen haben. Im Vergleich zum Vorjahr ist bei Männern/Frauen bereits ein Anstieg von 12,4 AU-Tage/14,5 AU-Tage zu verzeichnen. Für Unternehmen wie auch die Volkswirtschaft hat dies enorme Auswirkungen.

In diesem Kontext ist ein erfolgreiches Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) von großer Bedeutung. Gesunde, zufriedene und motivierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zählen zu den wichtigsten Erfolgsfaktoren eines Unternehmens. Angebote im Bereich des BGM dienen aus Sicht der Unternehmen nicht nur der Erhöhung von Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit, sie stellen auch ein immer wichtigeres Instrument im Wettbewerb um qualifizierte Mitarbeiter dar. Die Unternehmensangebote reichen mittlerweile von Fitnessräumen, Kantinen mit Diätküchen, Betriebssportgruppen und betriebsinternen Schulungen zur Stressprävention und Rückengesundheit bis hin zu regelmäßigen Gesundheitscheck-ups. Auch der Gesetzgeber hat bereits mit dem Jahressteuergesetz 2009 (EStG §3, 34) Anreize zum BGM geschaffen. Unternehmen haben seitdem das Recht, gesundheitsfördernde Maßnahmen bis zu 500 € je Mitarbeiter und Jahr steuer- und abgabefrei anzubieten. Hierbei kann es sich um Sachleistungen oder Barzahlungen nach §§ 20 und 20a Abs. 1 i. V. mit § 20 Abs. 1, Satz 3 SGB V handeln, die der Arbeitgeber

zusätzlich zum Arbeitslohn gewährt (z.B. Rückenschule, Raucherentwöhnungs-, Ernährungs- und Antistresskurse etc.).

Eine Studie des Kölner Marktforschungsinstituts YouGov, welche im Auftrag der BAD Gesundheitsvorsorge und Sicherheitstechnik GmbH in Bonn durchgeführt wurde, zeigt eine zunehmende Bedeutung des BGM in deutschen Unternehmen. Nahezu zwei Drittel (63%) der 1.506 bundesweit befragten Unternehmen sind davon überzeugt, dass BGM in Zukunft an Bedeutung zunehmen wird (siehe Abb.). Ferner sind mehr als die Hälfte der Unternehmens- und Personalverantwortlichen aus verschiedenen Branchen (57%) der Ansicht, dass die psychosoziale Beratung im Betrieb zu Themen wie bspw. Burn-out, Mobbing, Konflikte oder Stress eine sehr hohe Relevanz für Mitarbeiter aber auch Führungskräfte einnimmt. Dieses Bewusstsein ist vor allem im mittleren Management besonders ausgeprägt. Führungskräfte dieser Ebene befinden sich oft in einem Konflikt zwischen den Interessen des Top-Managements und denen der Mitarbeiter. Die ergonomische und dem Alter entsprechende Gestaltung des Arbeitsplatzes ist ebenso für knapp die Hälfte der Befragten bedeutsam.

Trotz der zunehmenden Bedeutung des BGM erfolgt allerdings noch keine konsequente Umsetzung. Ein Drittel der befragten Unternehmen bieten demzufolge keine Leistungen im Bereich BGM an. Lediglich 20% der Befragten wenden Instrumente zur Implementierung eines ganzheitlichen



Quelle: BAD GmbH Grafik: REBMANN RESEARCH

BGM-Prozesses an (z.B. Fehlzeitenstrukturanalysen oder Strategieworkshops). Das Projekt „Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz“ des Arbeitgeberverbands in Bayern bietet den Unternehmen konkrete Unterstützung bei der Umsetzung entsprechender Maßnahmen an. Hierunter fallen z.B. Weiterbildungsworkshops für Führungskräfte und Betriebsräte oder telefonische Beratung für Mitarbeiter. Des Weiteren bestehen in ganz Bayern Kooperationsvereinbarungen mit Kliniken, psychiatrischen Einrichtungen, Psychotherapeuten, Reha-Einrichtungen sowie Ehe- und Familien- oder Schuldnerberatungen. Das Ziel hierbei ist, den betroffenen Mitarbeitern möglichst rasch zu helfen.

Vor allem in kleinen und mittleren Unternehmen wird das BGM häufig von externen Anbietern übernommen. Die Betriebsmedizin ist mittlerweile infolge der Überalterung selbst von Nachwuchssorgen betroffen: Knapp die Hälfte der Mediziner dieser Fachgruppe ist bereits über 60 Jahre alt. Bezüglich der Kooperation mit niedergelassenen Ärzten besteht ein dementsprechend großes Potenzial, das in der Praxis jedoch noch auf Hindernisse wie unklare Rahmenbedingungen, u.a. bei der Zusammenarbeit der Unternehmen mit den Krankenkassen, stößt. Kritiker fordern deshalb eine Aufhebung der restriktiven finanziellen Grenzen für die ge-

setzlichen Krankenkassen zur Förderung der Prävention, eine „Entbürokratisierung“ der Steuerfreibetragsregelung sowie die Gleichstellung von niedergelassenen und Betriebsärzten.

Doch auch außerhalb der restriktiven Finanzierungsmöglichkeiten über die Kassen bietet das Betätigungsfeld für Niedergelassene interessante Möglichkeiten, zusätzliche Umsätze zu generieren. Die Abrechnung erfolgt in diesem Fall direkt mit den Unternehmen. Ebenso können wichtige Kontakte zur regionalen Wirtschaft geknüpft werden. Der untenstehende Infokasten zeigt eine Übersicht möglicher Präventionsangebote, welche von Niedergelassenen in Betrieben angeboten werden können. Experten fordern bereits seit langem eine Verbesserung der Kooperationen zwischen niedergelassenen Ärzten und dem BGM von Unternehmen. Die Bertelsmann-Stiftung mit ihrem Projekt „ÄrBeK – Ärzte und Betrieb als Kooperationspartner“ zeigt in diesem Kontext Möglichkeiten einer Zusammenarbeit mit Haus- und Betriebsärzten im Rahmen des BGM auf. Für die Niedergelassenen sind auch Kooperationen mit anderen Akteuren vor Ort von Vorteil (z.B. Ernährungswissenschaftler, Psychologen, Physiotherapeuten, Reha-Kliniken), um die Angebote für die Unternehmen abzurunden und die Leistungen für die Arbeitnehmer zu verbessern.

Info: Medizinische Präventionsangebote

Check-ups:

- Analysen des Gesundheitszustandes
- Berufsanamnese
- Überprüfung des Impfstatus
- Körperliche Untersuchungen
- Untersuchungen des Seh- und Hörvermögens
- Untersuchungen der Lungen- und Herz-Kreislauf-Funktion
- Ruhe- und Belastungs-EKG
- Blut- und Urinuntersuchungen
- Hautvorsorge und Gefäßdiagnostik

Regelmäßige Vorträge über Themen wie bspw.:

- Impfschutz (z. B. Grippe oder FSME-Impfungen)
- Ernährung und Lebensführung

Kursangebote:

- Kurse zur Reduktion von Stressfaktoren (Stressbewältigung am Arbeitsplatz)
- Betriebliche Angebote wie Rückenschulen, Pausengymnastik oder Sportangebote

Quelle: http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/488496/praevention-firmen-chance-aerzte.html?sh=4&h=1449557244

IHR PLUS AN SELBSTBESTIMMUNG
Weil Zukunft Pflege braucht.

In Ihrem Leben sollte nur einer die Richtung vorgeben: Sie selbst. Und damit das auch im Fall einer Pflegebedürftigkeit so bleibt, gibt es die privaten Pflege-Zusatzversicherungen von R+V. Mit diesem Produktangebot können Sie Ihren Versicherungsschutz ganz nach Wunsch zusammenstellen und sich so vor den finanziellen Folgen einer Pflegebedürftigkeit schützen. Erfahren Sie jetzt, wie Sie die gesetzliche Grundversorgung ergänzen können. In den Volksbanken Raiffeisenbanken, R+V-Agenturen oder auf www.ruv.de

Genossenschaftliche FinanzGruppe
Volksbanken Raiffeisenbanken

Gemeinsam Zukunft sichern. **R+V**

Abrechnungstipp: GOÄ 1 und 2 – was ist zu beachten?

Die „Beratung – auch mittels Fernsprecher“ (GOÄ 1) sowie die Ausstellung von Wiederholungsrezepten u/o Übermittlung von Befunden der ärztliche Anordnungen... (GOÄ 2) zählen mit zu den am häufigsten abgerechneten Leistungen. In der Praxis stellt sich hierbei jedoch in einigen Fällen die Frage, wie diese Positionen korrekt abzurechnen, bzw. gegeneinander abzugrenzen sind.

Der Begriff „Beratung“ hat mindestens die Aufnahme der Beschwerden des Patienten sowie die Erläuterung der beabsichtigten diagnostischen/therapeutischen Maßnahmen zu umfassen. Daneben sind folgende Teilleistungen möglich:

- Anamneseerhebung (sofern hierfür nicht gesondert berechnungsfähige Anamneseleistungen erfolgen)
- Erteilung von Auskünften, wie Aufklärung, Information, Belehrung ect.
- Besprechung von Verhaltensmaßnahmen
- Beantwortung von spezifischen Fragen des Patienten
- Ausstellung von Verordnungen (Arzneimittelrezept, Heilmittel) oder Überweisungen, sofern dies in Zusammenhang mit anderen Teilleistungen der Beratung nach Ziffer 1 erfolgt.

Während die Leistung nach GOÄ 2 auch von einer Arzthelferin erbracht werden kann, ist für die „Beratung“ nach Ziffer 1 –auch bei einer telefonischen Beratung – das direkte Gespräch zwischen Arzt und Patient eine zwingende Voraussetzung. Eine Delegation an die Arzthelferin ist nicht erlaubt. Erfolgt kein direktes Gespräch (z.B. bei der Mitteilung eines Befundes oder einer ärztlichen Anordnung durch die Arzthelferin) darf – ebenso wie bei alleinigen Verordnungen (z.B. bei Wiederholungsrezepten) nur mit GOÄ 2 abgerechnet werden. Die direkte Beratung kann auch „mittelbar“ erfolgen: Hierbei kommt es nicht zu einer direkten Beratung des Patienten sondern zum Gespräch mit einer berechtigten Bezugsperson des Patienten (wie z.B. Elternteil, Ehepartner oder Betreuer). Grundsätzlich gilt, dass Terminvereinbarungen (wenn sie nicht in Kombination mit weiteren Leistungen im Sinne der GOÄ-Nr. 1 oder 2 erfolgen) nicht gesondert berechnet werden dürfen.

Weiter zu beachten ist, dass der Ansatz der GOÄ 1 nicht erlaubt ist, wenn zugleich Gebührenordnungspositionen abgerechnet werden, die bereits eine „Beratung“ umfassen. Ferner ist nicht bei jedem Arzt-Patientenkontakt die Abrechnung einer Beratung erlaubt: GOÄ 1 darf neben Leistungen nach den Abschnitten C bis O (GOÄ-Nr. 200 ff.) im Rahmen einer Sitzung nur einmal innerhalb eines Behandlungsfalles (Behandlung derselben Erkrankung innerhalb eines Monats nach der jeweils Erstinanspruchnahme des Arztes) abgerech-

net werden. Ein mehrfacher Ansatz der GOÄ 1 innerhalb desselben Monats ist dann erlaubt, wenn die Beratung als alleinige Leistung oder in Zusammenhang mit einer Untersuchung des Abschnitts B GOÄ 5, 6, 7 und 8 erbracht wird. Hierbei darf sie jedoch nicht mit weiteren Gebührenpositionen kombiniert werden.

Nach den mittlerweile durch den Privatärztlichen Bundesverband (PBV) vorgelegten ersten Details zur geplanten neuen GOÄ können Ärzte künftig mit einer deutlich besseren Vergütung ihrer Beratungsleistungen rechnen. Insgesamt ist eine Aufwertung derprechenden Medizin geplant. Auch Hausbesuche sollen künftig besser honoriert werden. Im Gegenzug sind Abwertungen bei einem Teil der Laborleistungen und bei den technischen Leistungen geplant. Experten zufolge ist jedoch nicht vor dem zweiten Halbjahr 2015 mit einer Umsetzung der neuen GOÄ zu rechnen.

PRA~~XI~~STRANSFAIR ▶ beraten bewerten begleiten



- Abgeber beraten
- Praxen bewerten
- Apotheken bewerten
- Nachfolger suchen
- Gründer begleiten
- Versorgung sichern
- Praxisbörse
- Apothekenbörse



Ihr Ansprechpartner
Jürgen Bausenwein
Geschäftsführer

Sachverständiger für die
Bewertung von Arzt-,
Zahnarztpraxen und Apotheken



97074 Würzburg ▶ Rottendorfer Str. 19 ▶ Fon 0931 322 02 49
www.praxistransfair.de ▶ juergen.bausenwein@praxistransfair.de

Jüngere Zahnärzte: Trend zur Kooperation

Während sich Kooperationen bei den Vertragsärzten insbesondere in Westdeutschland zunehmender Beliebtheit erfreuen, zeigt die aktuelle Existenzgründungsanalyse im Bereich der Zahnmedizin, dass die große Mehrheit der Zahnärzte nach wie vor auf die Einzelpraxis setzt. Bei der nachfolgenden Ärztegeneration lässt sich diesbezüglich jedoch eine Trendwende beobachten.

Der aktuellen Existenzgründungsanalyse zufolge war 2012 die Einzelpraxis mit einem Anteil von 73 Prozent bei den Existenzgründungen (Neugründungen und Übernahmen) weiterhin das beliebteste Berufsausübungsmodell. An der Spitze lag hierbei die Einzelpraxisübernahme mit einem Anteil von 61 % und steigender Tendenz. Im Gegensatz hierzu nahm der Anteil jener Zahnärzte, die sich für eine Berufsausübungsgemeinschaft (Neugründung, Übernahme, Einstieg oder Beitritt) entschieden, gegenüber 2011 von 33 auf 27 % ab.

Kooperationen sind jedoch bei den jüngeren Zahnärzten zunehmend beliebter. So wählten im Jahr 2012 bereits 41 % der zahnärztlichen Existenzgründer der Altersgruppe unter 31 Jahren das Modell der Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) für ihren Karrierestart. Auch in den Groß- und Mittelstädten setzt sich die Kooperation aufgrund der höheren Patientendichte langsam durch: Hier betrug der Anteil der BAGs an den Existenzgründungen 33 %. In ländlichen Gebieten sind größere Praxisstrukturen aufgrund der geringeren Patientendichte aus wirtschaftlicher Sicht offenbar problematisch.

Die Motive für eine Kooperation sind vielfältig:

1. Work-Life-Balance: Im Gegensatz zur Einzelpraxis sind bei gemeinsamen Berufsausübungsmodellen flexiblere Arbeitszeitmodelle zur besseren Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Freizeit umsetzbar. Dies kommt vor allem dem steigenden Anteil an Medizinerinnen entgegen. So lag laut Bundesärztekammer der Anteil der Ärztinnen an der Gesamtzahl der berufstätigen Ärzte 2012 bereits bei 44,3 %.
2. Medizinisch-fachliche Gründe: Kooperationen erlauben den fachlichen Austausch mit Kollegen, was direkt der Qualität der Patientenversorgung zugutekommt. Darüber hinaus profitieren Patienten von einem verbesserten Leistungsspektrum (etwa bei komplementären Leistungsangeboten) und einem besseren Service (z.B. in Form längerer Sprechstundenzeiten oder der Vertretung in Urlaubszeiten).
3. Wirtschaftliche Gründe: Kooperationen können mit deutlichen Wirtschaftlichkeitsvorteilen in Form positiver Synergien (gemeinsame Nutzung und bessere Auslastung von Infrastruktur und Personal) und konkreten finanziellen Vorteilen einhergehen. Infolge der niedrigeren Investitionskosten reduziert sich auch das finanzielle Risiko. Dies dürfte sich insbesondere bei den Zahnärzten niederschlagen, die

im Vergleich zu vielen anderen ärztlichen Fachgruppen eine besonders kostenintensive technische Ausstattung benötigen. Die Existenzgründungsanalyse 2012 belegt, dass das Finanzierungsvolumen bei den zahnärztlichen BAG-Neugründungen mit 340.000 € je Inhaber deutlich unter jenem der Einzelpraxisneugründung (406.000 €) lag.

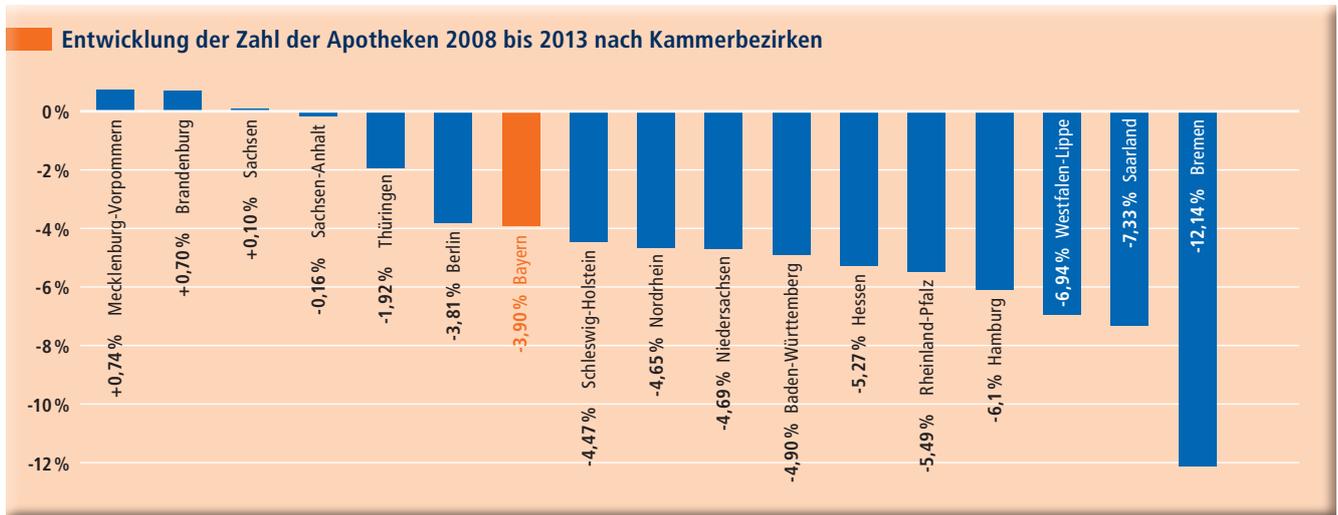
4. Praxismachfolge: Nicht zuletzt kann angesichts der immer schwierigeren Suche nach einem Praxismachfolger ein Kooperationsmodell auch als Praxisabgabestrategie dienen. So zeigt die Existenzgründungsanalyse bei den Zahnärzten, dass der ideelle Wert bei einer BAG durchschnittlich um 20.000 € über jenem der Einzelpraxis lag. Oft ergeben sich hierbei für den abgehenden Arzt zudem Möglichkeiten eines fließenden Übergangs in den Ruhestand.

Trotz dieser Vorteile ist der Weg in die Kooperation kein Garant für eine verbesserte Rentabilität, sondern auch mit Nachteilen und Risiken verbunden. Mit der Größe der Praxis steigt der Koordinationsaufwand. Ferner können wichtige Entscheidungen nur noch gemeinsam getroffen werden. Kooperationsentscheidungen bedürfen einer sehr guten Planung und Vorbereitung sowie der Unterstützung rechtlicher und steuerlicher Experten. Im Vorfeld einer Kooperationsentscheidung sollte ein Businessplan einschließlich Standortanalyse erstellt werden. Daneben sind eine möglichst frühe Einbeziehung der Hausbank, eine rechtliche sowie eine steuerliche Beratung sinnvoll, denn durch eine entsprechende Finanzierungsgestaltung lassen sich im Rahmen der Investitionen in eine Kooperation in der Regel auch Steuerersparnisse realisieren.

Um spätere Probleme und Streitigkeiten zu vermeiden, ist ferner ein detaillierter Kooperationsvertrag unerlässlich, der die Rechte und Pflichten (einschließlich haftungsrechtlicher Fragen, dem Arbeitseinsatz der Kooperationspartner, der Verteilung der Entscheidungsbefugnisse), die Eigentumsverhältnisse sowie die Gewinn- und Kostenverteilung einschließlich der Zahlungsmodalitäten regelt. Dies gilt auch bei befreundeten Kooperationspartnern. Denn viele potenzielle Konflikte lassen sich durch eine vorherige vertragliche Absprache vermeiden. Für den „Fall der Fälle“ sollte zudem die Vorgehensweise bei einem Scheitern der Kooperation vertraglich geregelt werden.

Apothekensterben schwächt sich ab

Bereits seit Jahren ist der Saldo aus geschlossenen und neu eröffneten Apotheken negativ. Auch im vergangenen Jahr setzte sich dieser Trend – wenn auch in abgeschwächter Form – fort. Eine aktuelle Studie zeigt jedoch, dass aufgrund der Nachfragesituation künftig mit einem weiteren Apothekensterben zu rechnen ist.



Quelle: Apotheke adhoc Grafik: REBMANN RESEARCH

Seit dem Jahr 2008, in dem die Apothekenzahl in Deutschland mit 21.602 Offizinen ihren Höchststand erreicht hatte, nehmen die Apotheken in Deutschland Jahr für Jahr ab. Auch 2013 ist die Zahl der Apotheken in Deutschland weiter gesunken. Den Zahlen des Branchendienstes Apotheke adhoc zufolge gab es Ende 2013 bundesweit insgesamt 20.668 Offizinen und damit 253 Apotheken weniger als im Vorjahr. Positiv zu werten ist jedoch, dass sich das „Apothekensterben“ im Vorjahresvergleich leicht abgeschwächt hat. Während der Rückgang von 2011 auf 2012 noch 1,5% betrug, lag er zwischen 2012 und 2013 mit 1,2% etwas niedriger. Am stärksten ausgeprägt war das Apothekensterben in Westfalen-Lippe, wo im vergangenen Jahr insgesamt 56 Apotheken schlossen, aber lediglich sechs neue Apotheken eröffneten. Weitere im Jahr 2013 überdurchschnittlich von Apothekenschließungen betroffene Bundesländer waren laut Branchendienst Bremen, Hessen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und das Saarland.

Im Fünf-Jahres-Vergleich (2008 bis 2013) ging die bundesweite Zahl der Apotheken um 4,3% zurück. Auch hier waren die stärksten Rückgänge in den genannten Kammerbezirken sowie in Hamburg zu verzeichnen (vgl. Abb.). In Bayern fielen die Apothekenschließungen mit 3,81% noch vergleichsweise glimpflich aus.

Eine Studie des Thünen-Instituts für Ländliche Räume vom Dezember 2013 geht davon aus, dass es auch in Zukunft zu weiteren Apothekenschließungen kommen wird. Grund ist,

dass rund 44% der Apotheken ein „suboptimales Kundenaufkommen“ aufweisen und somit als wirtschaftlich gefährdet gelten. Interessant ist hierbei das Ergebnis der Studie, dass Apotheken in ländlichen Regionen mit geringer Einwohnerdichte zumindest rein rechnerisch ein höheres Kundenaufkommen haben, als jene in Städten. Im Bundesdurchschnitt versorgt eine Apotheke 3.800 Einwohner. In den Zentren von Agglomerationsräumen entfallen lediglich 3.590 Einwohner auf eine Apotheke. Dieser Zusammenhang zeigt sich in Bayern besonders deutlich, wo bei Apotheken in ländlichen Kreisen in Agglomerationsräumen mit 4.400 Einwohnern je Apotheke eine deutlich höhere Kundendichte vorliegt als in Kernstädten in Agglomerationsräumen (3.200 Einwohner/Apotheke). Im Durchschnitt entfielen auf jede Apotheke im Freistaat 3.700 Einwohner.

Die Autoren stellen allerdings klar, dass dieses Dichteverhältnis nicht darauf schließen lässt, wo die Einwohner ihre Medikamente tatsächlich einkaufen. So ist denkbar, dass gerade in den Städten das geringere Kundenpotenzial in Form einer hohen „Tagesbevölkerung“ kompensiert wird. Umgekehrt könnte das Kundenaufkommen in ländlichen Apotheken deutlich unter dem rechnerischen Wert liegen. Somit lassen sich aus der Studie nur bedingt Empfehlungen für eine gute Standortwahl ziehen. Existenzgründer sollten deshalb vor der Entscheidung in jedem Fall eine detaillierte Standortanalyse (umliegende Einkaufsmöglichkeiten, Arztpraxen, Büros und Betriebe, Verkehrsanbindung etc.) vornehmen.

VR-Bank Würzburg steht für Finanzmanufaktur ... engagiert, individuell, kompetent ...

Sie profitieren von unseren Kenntnissen über die Branchen, den Bedarf und die Aufgabenstellung unserer Heilberufler.

Ihre Ansprechpartner vor Ort:

Michael Thiele

Zertifizierter Finanzberater im Gesundheitswesen
Telefon (0931) 3055-4162
michael.thiele@vr-bank-wuerzburg.de

Claudia Beck

Zertifizierte Zahlungsverkehrsexpertin
Telefon (0931) 3055-4175
claudia.beck@vr-bank-wuerzburg.de

Frank Henig

Vermögensberater
Telefon (0931) 3055-4161
frank.henig@vr-bank-wuerzburg.de

Christine Trunk

Sachversicherungsspezialistin
Telefon (0931) 3055-4145
christine.trunk@ruv.de

Karl-Heinz Mark

Leiter Baufinanzierung
Telefon (0931) 35 97 35
karl-heinz.mark@vr-bank-wuerzburg.de

Torsten Koch

Lebensversicherungsspezialist
Telefon 0151-26412727
torsten.koch@ruv.de



Impressum

Herausgeber

Volksbank Raiffeisenbank Würzburg eG, Theaterstraße 28, 97070 Würzburg
Ansprechpartner: Michael Thiele

Redaktion, Konzeption & Gestaltung

REBMANN RESEARCH GmbH & Co. KG, Mommsenstr. 46, 10629 Berlin

Bilder und Grafiken:

Volksbank Raiffeisenbank Würzburg eG, REBMANN RESEARCH GmbH & Co. KG
Titelbilder: Volksbank Raiffeisenbank Würzburg eG
Die Sonderthemen wurden mit freundlicher Unterstützung der genannten Unternehmen verwirklicht.

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 Volksbank Raiffeisenbank Würzburg eG dar. Die Volksbank Raiffeisenbank Würzburg eG übernimmt keine Haftung für die Verwendung der Publikationen oder deren Inhalt.

Copyright Volksbank Raiffeisenbank Würzburg eG. Alle Rechte vorbehalten.
Bei Zitaten wird um Quellenangabe „VR-Med:info“ gebeten.

Volksbank Raiffeisenbank Würzburg eG

Firmenkundenzentrum|Heilberufe

Theaterstraße 28

97070 Würzburg



Telefon (0931) 35 97 35

Telefax (0931) 35 97 36

www.vr-bank-wuerzburg.de

info@vr-bank-wuerzburg.de

Auf der Region für die Region

**VR-Bank
Würzburg** 