



Ausgabe 05 // Herbst 2018

VR MEDICUS

DAS MAGAZIN FÜR HEILBERUFE IN UNSERER REGION



**Volksbank
in Südwestfalen eG**

Liebe Leserinnen und Leser,

es ist es soweit, der neue VR Medicus ist fertig. Nach erfolgreich abgeschlossener Fusion zur Volksbank in Südwestfalen eG freuen wir uns, Ihnen eine neue Ausgabe unseres fachspezifischen Magazins für die Gesundheitsbranche anbieten zu können. In gewohnter Weise finden Sie in der neuesten Ausgabe viele spannende und informative Themen aus dem Gesundheitswesen. Nachfolgend einige Highlights:

Irgendwann kommt für jeden niedergelassenen Arzt der Zeitpunkt, an dem er oder sie sich Gedanken über den eigenen Ruhestand machen muss. Soll es eine externe Übernahme sein oder gibt es sogar eine familieninterne Nachfolge? Soll der mögliche Nachfolger die Praxis schon bald übernehmen oder wäre eine längerfristige Lösung der bessere Weg? Eine gute und möglichst frühzeitige Vorbereitung ist hier empfehlenswert. Wie eine solche Vorbereitungsphase aussehen kann, lesen Sie im aktuellen VR Medicus. Gemeinsam mit dem Ärzteverband Südwestfalen richtet die Volksbank am 8. November eine Informationsveranstaltung zum Thema Praxisnachfolge aus. Referenten sind Stefan Spieren vom Ärzteverband Südwestfalen sowie Lara Bäumler von Praxisstark GbR. Für weitere Informationen besuchen Sie einfach den Veranstaltungskalender auf unserer Homepage www.VBinSWF.de.

Für alle, die noch mit beiden Beinen im Berufsleben stecken, ist das richtige Zeitmanagement im Praxisalltag ein wichtiger Faktor. Führen doch lange Wartezeiten nicht nur zu Unmut bei den Patienten und dem Praxispersonal, sondern können überdies auch ein Indiz auf mögliche ablauforganisatorische Probleme sein. Dabei sorgt das richtige Zeitmanagement nicht nur bei Patienten und Angestellten für mehr

Zufriedenheit, sondern bietet auch in wirtschaftlicher Hinsicht so manchen Vorteil. Erfahren Sie daher, wie auch Sie das Zeitmanagement in Ihrer Praxis verbessern können.

Existenzgründer im Bereich Zahnmedizin müssen für die Gründung einer Einzelpraxis eine immer höhere Investitionssumme aufbringen. So stieg das Finanzierungsvolumen 2016 um mehr als neun Prozent gegenüber dem Vorjahr. Die Tendenz ist steigend. Und hat man bereits eine eigene Praxis, erfordern stetig neue Innovationen bei den Diagnose- und Behandlungsverfahren Investitionen in immer kürzeren Abständen. Kleine Praxen kommen hier schnell an ihre Grenzen. Die Arbeit in Berufsausübungsgemeinschaften oder im Angestelltenverhältnis wird daher fortwährend beliebter. Der Trend zu größeren Praxisstrukturen und die gute deutsche Konjunktur locken seit Kurzem Investoren an. Hier ist also viel Bewegung im Markt.

In diesem Sinne viel Freude mit dem VR Medicus!

Mit genossenschaftlichen Grüßen



Roland Krebs
Vorstandsmitglied
Volksbank in Südwestfalen eG

DIE THEMEN DER AKTUELLEN AUSGABE

Seite 04



Seite 08



Seite 12



- 03** Gut vorbereitet in die Praxisabgabe
- 04** Spahns Pläne zur ambulanten Versorgungssteuerung
- 07** TI-Pauschalen: Wo geht die Entwicklung hin?
- 08** Optimierungspotenziale in der Praxis:
Was sich beim Zeitmanagement verbessern lässt
- 09** Deutscher Apothekenmarkt – Wer gibt den Ton an?
- 12** Zahnärztliche Versorgung: Einfallstor für Investoren?
- 13** Blankoverordnung:
Mehr Autonomie für Physiotherapeuten?
- 15** Ihr Heilberufe-Team – Wir beraten Sie gerne!

GUT VORBEREITET IN DIE PRAXISABGABE

Früher oder später muss sich jeder Praxisinhaber mit der Abgabe der eigenen Praxis auseinandersetzen. Eine gute und langfristige Vorbereitung ist in jedem Fall empfehlenswert, gerade im Hinblick auf die immer komplexeren rechtlichen Rahmenbedingungen.

Die wichtigsten Vorbereitungsphasen der Praxisabgabe sollen hier – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – näher vorgestellt werden.

Phase 1: Wirtschaftlichkeit und Praxisstrategie überprüfen (10 Jahre vor Abgabe)

Idealerweise beginnt die erste Vorbereitung bereits 10 Jahre vor dem geplanten Übergabezeitpunkt. In dieser frühen Phase ist es sinnvoll (gegebenenfalls mit einem erfahrenen Praxisberater), eine kritische wirtschaftliche Analyse der eigenen Praxis durchzuführen. Ein genauer Blick auf die Rentabilität, das Leistungsspektrum und die Abrechnung etc. sowie ein Vergleich mit ähnlichen Praxen der gleichen Fachrichtung können sich finanziell auszahlen. Noch besteht zu diesem Zeitpunkt die Möglichkeit struktureller und strategischer Optimierungen. Um die Praxis für die Zukunft zu rüsten, könnte beispielsweise der Praxisstandort verlegt, eine Praxis- oder Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) gegründet und/oder das Leistungsspektrum angepasst/erweitert werden. Grundsätzlich ist es wichtig, die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Praxis jederzeit auf einem guten Stand zu halten, was auch sinnvolle Investitionen voraussetzt. Ein „Herunterfahren“ der Praxis wirkt sich negativ auf den Praxiswert aus und schmälert das für den Ruhestand verfügbare Vermögen. Da mit der Abgabe der Praxis auch die laufenden Einnahmen entfallen, ist es wichtig, sich möglichst früh ein Bild der späteren finanziellen Situation zu machen (Abgleich der voraussichtlichen Einkünfte, wie Versorgungswerk, ggf. Mieteinnahmen etc. und des späteren Finanzmittelbedarfs). Potenzielle Versorgungslücken können zu diesem Zeitpunkt noch rechtzeitig „ausgebessert“ werden.

Phase 2: Patientenstamm und Personalbestand analysieren (5 Jahre vor Abgabe)

Neben der Überprüfung der Praxisabläufe bzw. der umgesetzten Maßnahmen lohnt sich auch der Blick auf den Patientenstamm. Ein Rückgang an Patienten und sinkende Umsätze wirken sich in aller Regel negativ auf den Verkaufserlös aus. Eine Renovierung der Praxisräume und/oder neue Angebote im Selbstzahlerbereich (IGeL) können dazu dienen, die Attraktivität der Praxis sowohl für die Patienten als auch für potenzielle Übernehmer zu steigern. Ferner bie-



tet sich eine kritische Analyse des Personalbestandes an. Haben sich bei den Arbeitsprozessen im Laufe der Jahre Ineffizienzen „eingeschlichen“ und können evtl. freie Kapazitäten anderweitig genutzt werden? Sollte überflüssiges Personal abgebaut oder neues Personal eingestellt werden, um beispielsweise eine Überalterung zu vermeiden oder gibt es geeignete Weiterbildungen für die Mitarbeiter? Zufriedene, motivierte und qualifizierte Mitarbeiter werden in der Regel nicht nur den Abgabeprozess loyal begleiten, sondern erleichtern auch (als Bindeglied zwischen neuem Arzt und Patienten) dem Übernehmer den Einstieg. Zudem sollte sich der Abgeber Gedanken machen, in welcher Art die Übergabe erfolgen und wie der ideale Nachfolger aussehen soll: Sofern kein abrupter Rückzug aus dem Berufsleben geplant oder erforderlich ist, gibt es verschiedene Modelle eines fließenden Übergangs, wie z. B. Jobsharing oder den Verkauf einer hälftigen Zulassung.

Phase 3: Praxiswert ermitteln und steuerliche Strategie erarbeiten (2 Jahre vor Abgabe)

Eine lückenlose Aufstellung aller Verträge sowie transparente Informationen über die wirtschaftliche Situation der Praxis beschleunigen die Verkaufsverhandlungen und den Praxisübergabeprozess und schaffen beim Käufer Vertrauen. Aus diesem Grund ist es ratsam, alle Praxisunterlagen und Verträge zusammenzustellen und wenn nötig zu ergänzen. Darunter fallen die laufenden Verträge (wie Mietverträge, Leasingverträge für Geräte, Arbeitsverträge, Versicherungsverträge oder auch Verträge mit Versorgern oder Laboren) und Informationen wie Jahresabschlüsse (der drei vergangenen Jahre), die Betriebswirtschaftliche Auswertung (BWA), Honorarbescheide und die Darstellung des Patientenstamms einschließlich des Privatpatientenanteils und der damit verbundenen Einnahmen. Darüber hinaus

Praxisinhaber sollten bereits rund 10 Jahre vor der Abgabe mit der Planung beginnen.

Wichtig ist es, die Attraktivität der Praxis langfristig zu sichern.

kann auch eine Standortanalyse von Vorteil sein. Ein (spezialisierte) Steuerberater hilft nicht nur bei der Zusammenstellung der erforderlichen Unterlagen, sondern erarbeitet in Abhängigkeit des Zeitpunkts und der Form der Übergabe auch die passende steuerliche Strategie für den Praxisverkauf. Fehler in diesem Zusammenhang können für den Abgeber zu erheblichen finanziellen Nachteilen führen.

In Phase 3 sollte auch ein realistischer Kaufpreis der Praxis als Grundlage der künftigen Verkaufsverhandlungen ermittelt werden. Neben den Kassen(zahn)-ärztlichen Vereinigungen (KVen bzw. KZVen) bieten auch qualifizierte Berater Praxisbewertungen an. Natürlich dient die Bewertung der Praxis lediglich als Orientierungshilfe. In den allermeisten Fällen haben der Abgeber und der Übernehmer zum Teil sehr unterschiedliche Preisvorstellungen. Letztendlich ist die Höhe des Kaufpreises das Resultat der Verhandlungen sowie der spezifischen Angebots- und Nachfragesituation in der Region.

Phase 4: Praxisnachfolger suchen (1 Jahr vor Praxisabgabe)

Idealerweise streut der Abgeber seine Inserate möglichst breit in den verschiedenen Portalen und Medien (z.B. Ärztezeitung, Deutsches Ärzteblatt, KV-Blatt, KZV-Börse, KVB-Praxisbörse, BLZK-Praxisbörse etc.) und wählt dann aus dem Pool an Interessenten einen geeigneten Bewerber aus. Sofern Ärzte sich diesen sehr zeitaufwendigen Prozess ersparen

möchten, können sie einen Praxisvermittler beauftragen, der sowohl die Vorauswahl als auch die Vertragsverhandlungen begleitet. Hat der ausscheidende Arzt einen Wunschkandidaten gefunden und besteht Einigkeit über den Kaufpreis und die Übernahmodalitäten, empfiehlt es sich, bei einem Anwalt für Medizinrecht einen Kaufvertrag mit „aufschiebender Bedingung“ aufsetzen zu lassen. Dies ist deshalb wichtig, weil der Zulassungsausschuss das letzte Wort bei der Neuverteilung der Zulassung hat. In seltenen Fällen kann es dazu kommen, dass ein „fremder“ Kandidat dem Wunschkandidaten vorgezogen wird, weil dieser aus Sicht des Zulassungsausschusses besser geeignet ist.

Nachbesetzungsverfahren und Bedarfsplanung

Das Nachbesetzungsverfahren kommt bei gesperrten Planungsbereichen zum Tragen. Hierbei ist die Auswahl eines Wunschkandidaten nur schwer möglich. Vor der Antragsstellung sollte sich der Praxisabgeber deshalb bei der für ihn zuständigen KV informieren, ob die eigene Praxis in einem gesperrten Planungsbereich liegt und wie hoch der aktuelle Versorgungsgrad ist. Das ist besonders wichtig bei einem Versorgungsgrad ab 110 bis 140 Prozent, da die Nachbesetzung der Praxen aus Versorgungsgründen abgelehnt werden kann. Ab 140 Prozent „soll“ eine Ablehnung erfolgen, wenn nicht hinreichende Belege vorliegen, dass die Praxis für die Versorgung in diesem Bereich trotz rechnerischer Überversorgung

unverzichtbar ist. Das Nachbesetzungsverfahren beginnt mit dem Antrag auf Verzicht auf die Zulassung, der durch den Praxisabgeber gestellt werden muss. Hier ist zwischen bedingtem und unbedingtem Verzicht zu unterscheiden. Beim bedingten Verzicht verzichtet der Vertragsarzt erst dann auf seine Zulassung, wenn diese auf den Nachfolger übergegangen ist, bei letzterem wird die Zulassung zu einem definierten Zeitpunkt unwirksam. Wird also kein Nachfolger gefunden und hat der Abgeber einen unbedingten Verzicht gewählt, darf er nach Ablauf des von ihm angegebenen Zeitpunkts nicht mehr vertragsärztlich tätig sein. Nach Eingang des Antrags schreibt die KV den Vertragsarztsitz aus und die Ärzte können sich bewerben. Die entsprechenden Fristen sind auf den Internetseiten der KVen zu finden.

Fazit

Die Praxisübergabe ist ein komplexer Prozess, der von erfahrenen Fachleuten begleitet werden sollte. Fehler wie eine zu späte Planung der Abgabe, ein schlechender Rückgang der Leistungs- bzw. Patientenzahlen oder eine mangelnde Investitionsbereitschaft können erheblich negative Auswirkungen auf den Verkaufspreis haben. Nicht zuletzt sollte die Praxisabgabe, die oft auch mit der „Abgabe des Lebenswerks“ verbunden ist, unabhängig von den materiellen Aspekten auch auf der emotionalen Ebene gut vorbereitet werden.

SPAHNS PLÄNE ZUR AMBULANTEN VERSORGUNGSSTEUERUNG

Das Bundesgesundheitsministerium arbeitet an konkreten Maßnahmen, die vorrangig auf einen verbesserten Zugang zur ambulanten Versorgung für gesetzlich Versicherte abzielen. Für die Niedergelassenen zeichnen sich in diesem Zusammenhang zwar neue Einkommenschancen ab – andererseits jedoch auch weitreichende Eingriffe in die Praxisorganisation.

Geht es nach den Plänen von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn, müssen sich die Vertragsärzte ab dem kommenden Frühjahr auf zahlreiche Veränderungen einstellen. Der bereits vom Bundeskabinett beschlossene Gesetzesentwurf

zum sogenannten Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) beinhaltet u. a. folgende Regelungen:

■ **Erweiterter Sprechstundenumfang:** Künftig gilt für GKV-Praxen ein Mindestsprechstundenumfang von 25

Stunden (bislang 20) einschließlich der Hausbesuche. Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) sind dabei verpflichtet, im Internet und per App über die Sprechzeiten der Praxen zu informieren, die Einhaltung des Sprechstundenum-



fangs durch die Praxen mittels einheitlicher Prüfkriterien zu überwachen und den Aufsichtsbehörden sowie den Landes- und Zulassungsausschüssen jährlich Bericht zu erstatten.

- **Offene Sprechstunden:** Fachärzte der grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung (z.B. konservativ tätige Augenärzte, Frauenärzte, Orthopäden und Hals-Nasen-Ohren-Ärzte – entgegen der ursprünglichen Regelung des Referentenentwurfs jedoch keine Haus- und Kinderärzte) müssen künftig je Woche im Rahmen des obigen Sprechstundenumfangs mindestens fünf offene Sprechstunden (für Patienten ohne vorherige Terminvereinbarung) anbieten.
- **Finanzielle Anreize:**
 - Leistungen, die während der offenen Sprechstunden erbracht werden, werden mit einem extrabudgetären Zuschlag von mindestens 15% auf die Grundpauschalen honoriert.
 - Für neue Patienten und für jene, welche die Praxis während eines Zeitraums von mindestens 4 Jahren nicht mehr aufgesucht hatten, werden die Grund- bzw. Versichertenpauschalen um mindestens 25% angehoben und extrabudgetär vergütet.
 - Hausärzte erhalten in dringlichen Fällen für die direkte Vermittlung ihrer Patienten an einen Facharzt eine zusätzliche, extrabudgetäre Vergütung in Höhe von mindestens fünf Euro.
 - Leistungen der Fachärzte für übernommene Patienten nach einer Terminvermittlung durch den Hausarzt werden im Behandlungsfall extrabudgetär vergütet.
 - Für die Behandlung von Patienten, die über die Terminservicestelle vermittelt wurden, ist eine extrabudgetäre Vergütung der Akutleistungen geplant.
 - Die „sprechende Medizin“ soll im einheitlichen Bewertungsmaßstab finanziell aufgewertet werden.
- **Terminservicestellen (TSS):** Die TSS werden künftig als „Servicestellen für ambulante Versorgung und Notfälle“ ausgebaut. Sie sollen durchgängig 24 Stunden am Tag / 7 Tage pro Woche unter der Nummer des ambulanten Notdienstes (116117) erreichbar sein und Termine auch online oder per App vermitteln. Die TSS vermitteln die Patienten in Akutfällen je nach Bedarf an eine geöffnete Arztpraxis, eine Portal-/Beiratschaftsdienstpraxis, eine Notfallambulanz oder leiten den

Anrufer an die Notrufzentrale (112) weiter. Der Service wird auf Haus- und Kinderärzte ausgeweitet. Ferner unterstützen die TSS bei der Suche nach einem „festen“ Haus- oder Kinderarzt.

- **Versorgungssicherung auf dem Land:** Landärzte erhalten künftig obligatorisch regionale Zuschläge bei (drohender) Unterversorgung sowie bei zusätzlichem lokalem Versorgungsbedarf. Bei (drohender) Unterversorgung sind die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) verpflichtet, in den betreffenden Regionen eigene Einrichtungen oder Versorgungsalternativen (wie mobile Praxen, digitale Sprechstunden oder Patientenbusse) anzubieten. Auch Kooperationen mit Krankenhäusern und Kommunen sind erwünscht. Die eigenen Einrichtungen sind den vertragsärztlichen Leistungserbringern gleichgestellt und nehmen an der Honorarverteilung teil. Die KVen müssen künftig verpflichtend einen Strukturfonds im Umfang von 0,2% der Gesamtvergütung zuzüglich des gleichen Betrages von den Krankenkassen ausschließlich für Maßnahmen zur Versorgungssicherung einrichten. Der Verwendungszweck wird erweitert auf die Übernahme von Investitionskosten bei Praxisübernahmen, die Förderung lokaler Gesundheitszentren, KV-Eigenrichtungen, Sonderbedarfszulassungen und des Aufkaufs von Arztsitzen.
- **Bedarfsplanung:** Bis Mitte 2019 ist eine Reform geplant (kleinräumigere, bedarfsgerechtere und flexiblere Gestaltung, neue Steuerungsmöglichkeiten in Form von Unterquoten innerhalb der Arztgruppen – wie z.B. bei den Fachinternisten oder den ärztlichen Psychotherapeuten – hinsichtlich Grundversorgung und Spezialisierungen). Bis dahin gelten für Rheumatologen, Psychiater und Pädiater vorübergehend keine Zulassungssperren. In ländlichen Regionen können auf Antrag der Länder die Zulassungssperren für Neuniederlassungen komplett entfallen. Sie erhalten ferner ein Mitberatungs- und Antragsrecht in den Zulassungsausschüssen.
- **Sektorenübergreifende Versorgung:** Auf Bundesebene sowie in jedem Bundesland ist ein neues Schiedsgremium aus KV, gesetzlichen Krankenkassen und Kliniken zu bilden, wodurch die Umsetzung dreiseitiger, sektorenübergreifender Versorgungsangebote gefördert werden soll. Sofern bei Aufkündigung eines Vertrages kein Nachfolgevertrag zustande kommt, entscheidet die Schiedsstelle binnen drei Monaten.
- **Praxisbesonderheiten:** KVen müssen künftig in ihren Vereinbarungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung typische Praxisbesonderheiten von Landarztpraxen (inkl. Standort- und Strukturmerkmale) definieren. Diese sind im Vorfeld von Prüfverfahren anzuerkennen. Hierdurch sollen insbesondere Hausbesuche gefördert werden. Die entsprechenden Nachweispflichten für die Ärzte entfallen. Der Kabinettsentwurf führt neben der Landarztpraxis auch die Versorgung in Hospizen/Pflegeheimen sowie die Versorgung bestimmter Patientengruppen (u.a. Pflegebedürftiger) als Praxisbesonderheiten auf.
- **Neue GKV-Leistungen im vertragsärztlichen Bereich:** Versicherte mit substanziellem HIV-Infektionsrisiko haben künftig Anspruch auf Präexposition prophylaxe (PrEP). Neben den entsprechenden Medikamenten übernehmen die Kassen auch

Die Mehrheit der Arztpraxen kommt bereits auf eine wöchentliche Öffnungszeit, die deutlich über dem geforderten Sprechstundenumfang liegt.

die Kosten für die ärztliche Beratung und Untersuchungen. Bei der künstlichen Befruchtung haben Patienten in Fällen, in denen eine keimzellschädigende Behandlung zu Fertilitätsverlust führen könnte, Anspruch auf eine Kryokonservierung von Keimzellgewebe, Ei- und Samenzellen.

Weitere Regelungen des Kabinettsentwurf betreffen unter anderem klarstellende Regelungen zu den Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), die Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) spätestens ab 2021 und eines mobilen Zugriffs auf deren Daten mittels Smartphone/Tablet, die Verbesserung der Versorgung mit Impfstoffen, die Erhöhung des Festzuschusses für Zahnersatz auf 60% (ab 2021), die Abschaffung der Punktwertdegression für vertragszahnärztliche Leistungen und die Öffnung der Pflege für reine Betreuungsdienste (Haushaltshilfe, Einkaufen etc.). Neu ist auch, dass anerkannte Praxisnetze in unterversorgten Regionen MVZ gründen dürfen.

Mit Blick auf die Verbesserung der Versorgung (insbesondere auf dem Land) beinhaltet der Gesetzesentwurf gute Ansätze. So begrüßt z.B. der NAV-Virchow-Bund ausdrücklich den Einstieg in die Entbudgetierung und die Erhöhung der extrabudgetären Vergütung für neue Patienten. Positiv zu werten ist auch die Überarbeitung der Bedarfsplanung und die Flexibilisierung der Zulassung in unterversorgten Gebieten. Andere Elemente greifen jedoch weit in die ärztliche Freiheit und Selbstverwaltung ein. Zwar dürfte die Ausweitung des Sprechstundenumfangs für die meisten Praxen kein großes Thema sein. Wie eine Untersuchung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) zeigt, liegt die durchschnittliche Praxis diesbezüglich bereits jetzt weit über dem künftig geforderten Umfang (vgl. Tab.). Anders verhält es sich jedoch bei den offenen Sprechstunden. Die KBV kritisiert, dass hierdurch in

vielen, kapazitätsmäßig bereits am Limit arbeitenden Praxen ein Chaos droht, unter dem nicht nur die Ärzte und Praxisteams, sondern gerade auch die Patienten (insbesondere chronisch Kranke sowie Patienten mit akutem Behandlungsbedarf) leiden. Die Situation in den Notaufnahmen vieler Kliniken vermag hier einen ersten Vorgeschmack zu geben: Stundenlange Wartezeiten und blank liegende Nerven auf Seiten des Personals und der Patienten bis hin zu aggressivem Verhalten. Auch die vorgesehene Überprüfung der Einhaltung des Sprechstundenumfangs und der offenen Sprechstunden ist laut Ärzterevertreter als überzogene Kontrollmaßnahme nicht hinnehmbar. Die Vertreterversammlung der KBV übt unter anderem deshalb in einer Resolution heftige Kritik an dem Gesetz und fordert die Regierung zur Nachbesserung des Gesetzes auf.

Letztendlich lässt sich eine Verbesserung der Versorgung nur mit einem größeren Angebot an ärztlicher Arbeitszeit, d.h. mit einem Zuwachs an ärztlichem Personal, umsetzen. Gerade was jedoch den ärztlichen Nachwuchs anbelangt (der auf eine bessere Work-Life-Balance und Deregulierung drängt), setzt Spahns Vorhaben mit der Erweiterung der Sprechzeiten und den obligatorischen offenen Sprechstunden eher abschreckende Zeichen. Die KBV befürchtet zudem, dass sich viele ältere Ärzte aufgrund der neuen Belastungen und Reglementierungen aus der Versorgung zurückziehen werden. Hinzu kommen gegebenenfalls die finanziellen Aspekte. Zwar soll die von den Ärzten zu leistende Zusatzarbeit mit weiteren rund 600 Mio. € pro Jahr honoriert werden. Doch zumindest bislang sind die Kassen nicht bereit, hierfür in die Tasche zu greifen.

Dem aktuellen Zeitplan zufolge ist die erste Lesung des TSVG für Dezember 2018 und die Anhörung im Gesundheitsausschuss für Januar 2019 geplant. Spätestens Mitte 2019 soll das Gesetz in Kraft treten.

Ärzterevertreter werten das TSVG als unzumutbaren Eingriff in die ärztliche Selbstverwaltung und Freiberuflichkeit.

Öffnungszeiten, Betriebszeiten, Leistungszeiten außerhalb der Praxis und Wochenarbeitszeiten nach Fachbereichen (Durchschnittswerte 2015)

Fachbereich	wöchentliche Öffnungszeit	wöchentliche Praxisbetriebszeit	wöchentliche Leistungszeit**	Wochenarbeitszeit gesamt
Hausärztlicher Bereich	31,8 h	37,4 h	6,9 h	52,9 h
Fachärztlicher Bereich I*	33,3 h	37,9 h	4,2 h	49,1 h
Fachärztlicher Bereich II*	34,8 h	40,8 h	5,5 h	53,7 h
Internistischer Bereich	35,4 h	43,2 h	4,9 h	58,1 h
Neurologisch-psychiatrischer Bereich	33,9 h	41,2 h	5,4 h	53,0 h
Übergreifend tätige Praxen	37,9 h	48,5 h	4,9 h	52,7 h
Psychotherapeutischer und psychosomatischer Bereich	34,7 h	38,1 h	3,1 h	49,2 h

* Fachärztlicher Bereich I: Anästhesiologie, Augenheilkunde, Dermatologie, Gynäkologie, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (inkl. Phoniatrie und Pädaudiologie), Physikalische und Rehabilitative Medizin; Fachärztlicher Bereich II: Chirurgie, Neurochirurgie, Nuklearmedizin, Orthopädie, Radiologie, Urologie; ** außerhalb der Praxisräume Quelle: Zi 2018

TI-PAUSCHALEN: WO GEHT DIE ENTWICKLUNG HIN?

Bis Ende Juni 2019 sind alle Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten zum Anschluss an die Telematikinfrastruktur (TI) verpflichtet, andernfalls drohen ihnen Honorarkürzungen. Für Unmut und Unsicherheiten sorgen derzeit nicht nur technische Probleme beim Betrieb der Konnektoren, Lieferschwierigkeiten und die geringe Auswahlmöglichkeit bei den Komponenten, sondern auch die Erstattungspauschalen.

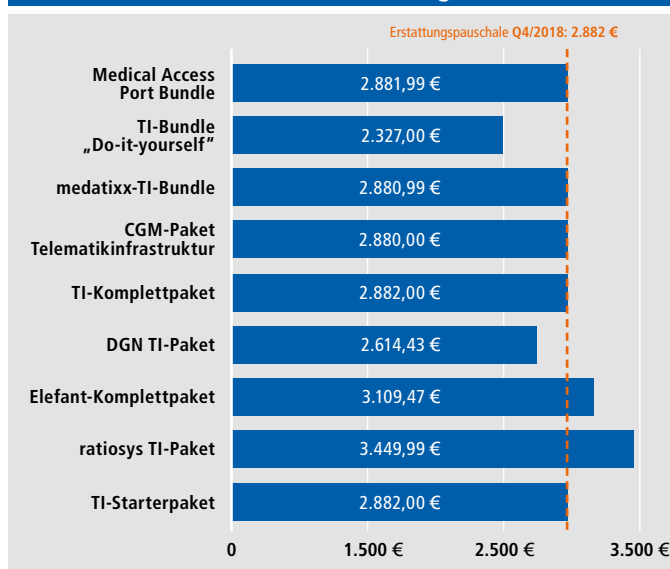
Gegenwärtig verfügt noch nicht einmal die Hälfte der deutschen Praxen über alle für den TI-Anschluss erforderlichen technischen Komponenten. Schuld sind unter anderem Verzögerungen der Industrie bei der technischen Entwicklung und Zertifizierung sowie Kompatibilitätsprobleme bei der Anbindung an die Praxisverwaltungssysteme. Nun hat sich die Lage mit der Verlängerung der gesetzlichen Frist für die Anbindung auf den 30. Juni 2019 etwas entspannt. Trotz der zusätzlichen sechs Monate besteht jedoch die Verpflichtung, die TI-Anbindung bis spätestens Ende 2018 in Auftrag zu geben.



Eine positive Entwicklung zeigt sich auch bei den TI-Erstattungspauschalen. Erst Mitte dieses Jahres wurden die Förderpauschalen für die Erstausrüstung der Komponenten durch die Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) nach oben angepasst, da sich eine deutliche Diskrepanz zwischen den quartalsweise festgelegten Förderbeträgen und den Marktpreisen der Komponenten abgezeichnet hatte. Die ursprünglich vorgesehene Erstattungspauschale für Konnektor und Kartenterminal in Höhe von 1.155 € wurde um rund 1.000 € auf 2.154 € erhöht. Diese finanzielle Nachbesserung war dringend notwendig, da die wettbewerbsbedingte Absenkung des Preisniveaus der Komponenten im erwarteten Umfang ausgeblieben war. Nun konnte die KBV neben der Fristverlängerung auch einen sogenannten Komplexitätszuschlag für die Anbindung größerer Praxen durchsetzen. Der Zuschlag gilt rückwirkend zum 1. Oktober und wird von den Kassenärztlichen Vereinigungen für die Einbindung weiterer stationärer Kartenterminals zusätzlich zur Erstausrüstungspauschale einmalig ausbezahlt. Praxen mit mehr als drei Ärzten/Psychotherapeuten erhalten 230 € und Praxen mit mehr als sechs Ärzten/Psychotherapeuten 460 € (die Anzahl der Mitarbeiter bemisst sich anhand kumulierter Vollzeit-äquivalente).

Aktuell sind lediglich zwei zertifizierte Konnektoren und zwei stationäre Kartenterminals am Markt verfügbar (Stand: 23.10.2018). Die Anbieterpreise für die momentan erhältlichen TI-Starter-Pakete liegen zwischen 2.327 € und 3.450 € und sind somit bei einer Gesamtförderpauschale (TI-Pauschale + Starterpauschale) in Höhe von 2.882 € (4. Quartal 2018) mit drei

TI-Starter-Pakete-Preise (Anbietervergleich)



Quelle: KBV & Anbieter; Stand 23.10.2018 – Angaben ohne Gewähr.

Grafik: REBMANN RESEARCH

Ausnahmen kostendeckend (vgl. Abb.). Zusätzlich erhalten die Praxen für den laufenden Betrieb bzw. die Wartung und Updates eine Pauschale von 248 €/Quartal. Ferner werden für den Praxisausweis (SMC-B Smartcard) 23,25 €/Quartal und Karte sowie für den eArzt ausweis (HBA Smartcard) 11,63 €/Quartal und Karte erstattet.

Zum gegenwärtigen Stand ist die Finanzierung der technischen Komponenten der TI dank der Aufstockung der Förderpauschalen (bei Auswahl eines entsprechenden Anbieters) kostendeckend. Der organisatorische Mehraufwand in der Übergangszeit, der sich infolge technischer Probleme und der Parallelverwaltung der Kartenlesesysteme in den Praxen ergibt, dürfte jedoch in vielen Fällen nicht ausreichend abgedeckt sein. Zudem ist anzunehmen, dass eine wettbewerbsbedingte Preissenkung weiterhin ausbleiben und die Erstattungspauschale auch in Zukunft das Richtmaß für die Preisentwicklung bleiben wird. Die großen Primärsystemanbieter (Praxisverwaltungssoftware) haben den Markt weitestgehend unter sich aufgeteilt. Trotz Interoperabilität zwischen den Systemen ist mit einer Markentreue unter den Ärzten und Zahnärzten zu rechnen.

Weiterführende Informationen

Eine detaillierte und aktuelle Übersicht über die verfügbaren Komponenten, Preise und Informationen zu den Starterpaketen finden Sie zum Download unter:

www.atlas-medicus.de/ti-komponenten

OPTIMIERUNGSPOTENZIALE IN DER PRAXIS: WAS SICH BEIM ZEITMANAGEMENT VERBESSERN LÄSST

Lange Wartezeiten in der Praxis stellen nicht nur die Geduld der Patienten auf die Probe, sondern können auch auf ablauforganisatorische Probleme hindeuten. Eine Optimierung der Praxisprozesse in Kombination mit einem guten Zeitmanagement sorgt für zufriedene Patienten und Mitarbeiter und bietet darüber hinaus auch wirtschaftliche Vorteile.

Zeitmanagement ist als ganzheitliches Konzept zu verstehen, mit dem Ziel, die Effektivität und Effizienz des Praxisablaufs zu verbessern. Auf diese Weise können „Zeitstress“ und Unzufriedenheit sowohl bei Patienten, den medizinischen Fachangestellten und dem Arzt vermieden und das Arbeitsklima in der Praxis verbessert werden. Gerade im Hinblick auf die geplante Erweiterung der GKV-Sprechzeiten auf 25 Stunden, die für einige Fachgruppen verpflichtenden offenen Sprechstunden sowie die umfangreichere Terminvermittlung durch die Terminservicestellen tritt ein durchdachtes Zeitmanagement und die Verbesserung der internen Prozesse immer mehr in den Vordergrund. Optimierungspotenziale liegen im Patientenbestellsystem sowie in anderen Bereichen der Ablauforganisation (z. B. bei der Durchführung der Sprechstunde). Für ein optimales Zeitmanagement empfiehlt es sich, die gesamten Praxisprozesse kritisch zu hinterfragen.

Terminmanagement und Sprechzeiten

Das Patientenbestellsystem spielt bei der Optimierung eine zentrale Rolle. Zumeist ist das Terminmanagement an das Praxisverwaltungssystem gekoppelt. Termine können über dieses Tool vergeben, geplant und priorisiert werden. Um den Praxisablauf effizienter und effektiver zu gestalten, Überstunden und Ärger beim Praxispersonal sowie unnötige Wartezeiten für die Patienten zu vermeiden, ist die Beachtung bestimmter wichtiger Grundregeln unerlässlich.

Checkliste Zeitmanagement

- **Zeitanalyse durchführen:** Eine Analyse der Dauer der Behandlungszeiten nach Krankheitsbild und die Auswertung von Patientenfrequenzen (Wer kommt wann, zu welcher Uhrzeit, an welchen Tagen, mit oder ohne Termin?) liefern die Grundlage für eine gute Organisation der Terminvergabe.
- **Terminvergabe richtig organisieren:** Die Terminvergabe sollte entsprechend der zu erwartenden Behandlungszeit (Durchschnittswerte aus der Zeitanalyse) erfolgen. Dabei bietet es sich an, Termine für bestimmte Patientengruppen (z. B. Schmerzpatienten, Akutpatienten, chronisch Kranke, Routine-Check-Patienten) in definierten Zeitblöcken zu bündeln. Für Gruppen mit hohem Zeitbedarf kann z. B. eine Spezialsprechstunde eingerichtet werden. Für Akutpatienten sollten jene Zeitfenster reserviert werden, in denen erfahrungsgemäß besonders viele Patienten dieser Gruppe vorstellig werden (z. B. Montagvormittag zwischen 9 und 12 Uhr). Alternativ/zusätzlich besteht die Möglichkeit, Akutpatienten im Rahmen von regelmäßig eingeplanten „Pufferterminen“ zwischen den vereinbarten



Termine zu behandeln. Auch für Hausbesuche sollten Zeitfenster definiert werden. Für berufstätige Patienten, die gegenüber Wartezeiten während der normalen Sprechzeiten besonders stressanfällig sind, bietet eine Abendsprechstunde große Vorteile.

- **Personaleinsatz richtig planen:** Der Personaleinsatz sollte sich nach dem jeweiligen Bedarf richten. Zeitblöcke mit vielen Akutpatienten und/oder hohem Patientendurchlauf erfordern mehr Personal.
- **Termin- und Sprechzeitenplanung einhalten:** Durch das sorgfältige Einhalten von Puffer- und Pausenzeiten und einem pünktlichen Beginn der Sprechstunde lassen sich Verzögerungen vermeiden. Dies ist nur möglich, wenn auch das Praxisteam hinter dieser Vorgabe steht.
- **Tägliche Aufgabepriorisierung vornehmen:** Wichtig ist die Bestimmung realistischer Tagesziele und die Einteilung der für den Tag anstehenden Aufgaben nach Dringlichkeit und Wichtigkeit.
- **Folgetermine nutzen:** Bei Akutpatienten sollte nur das akute Problem behandelt werden. Bei weiterem Behandlungsbedarf empfiehlt es sich, weitere Behandlungstermine zu vereinbaren.
- **„Zeitfresser“ und Ablaufstörungen abbauen:** „Zeitfresser“ und Störfaktoren des Praxisalltags sollten gemeinsam mit dem Team analysiert und reduziert werden, begleitet von einer Definition fester Regeln, in welchen Fällen der Arzt bei der Behandlung unterbrochen werden darf.
- **Wartezimmermanagement verbessern:** Patienten können einen kurzen Teil ihrer Wartezeit in den Behandlungszimmern verbringen. Dies trägt dazu bei, dass sie ihre Wartezeit „verkürzt“ wahrnehmen und die Atmosphäre im Wartezimmer entspannter wird.
- **An- und Rückmeldung der Patienten einfordern:** Patienten können z. B. mit Flyern oder einem Aushang im Wartezimmer darauf hingewiesen werden, was die Gründe für Wartezeiten sind, dass sie bei Verhinderung ihren Termin absagen sowie

sich auch im Akutfall vorher telefonisch ankündigen sollen. Bei anstehenden zeitintensiven Behandlungen empfiehlt es sich, vor dem Termin telefonisch eine Terminbestätigung einzuholen oder einen E-Mail/SMS-Erinnerungsservice einzurichten (Einverständnis der Patienten erforderlich), um kurzfristige Ausfälle zu vermeiden.

- **Delegationsmöglichkeiten nutzen:** Die Verteilung von Aufgaben innerhalb des Praxisteam dient der Entlastung des Arztes und kann gleichzeitig die Mitarbeitermotivation fördern.

Digitale Anwendungen in den Praxisalltag einbinden

Abgesehen von den beschriebenen Grundregeln beinhalten auch die neuen digitalen Anwendungen Möglichkeiten zur Optimierung der Praxisabläufe. Bei der Online-Terminvergabe können Patienten ihren Termin zeit- und ortsunabhängig aus einem bestimmten Terminkontingent wählen. Gerade für Berufstätige ist diese zusätzliche Flexibilisierung ein großer Vorteil. Die Praxis profitiert ihrerseits, da das Telefonaufkommen deutlich reduziert wird und die dadurch entstehenden Zeitressourcen anderweitig sinnvoll genutzt werden können. Häufig beinhalten diese Terminsysteme einen automatischen Erinnerungsservice für die Patienten, was Ausfallzeiten reduziert und bei der effizienten Verwaltung der Behandlungstermine hilfreich ist. Neben der digitalen Terminvergabe besteht für die Patienten auch die Möglichkeit, ihre Medikamentenwünsche auf einer entsprechenden Maske der Praxishomepage selbst einzugeben. Dieser zusätzliche Service kann dazu beitragen, das Praxispersonal am Empfang zu entlasten. Rezepte können so strukturierter und schneller ausgegeben oder verschickt werden. Dieses Angebot richtet sich vor allem an Bestandspatienten, die regelmäßig Medikamente einnehmen müssen.

Neben Online-Terminmanagement und Online-Recall-Service bietet die Digitalisierung (u.a. mit dem E-Arztbrief, der Videosprechstunde, dem Telekonsil, dem Telemonitoring, der geplanten elektronischen Patientenakte oder in Form von geprüften Medical Apps) eine ganze Reihe weiterer Instrumente, die zumindest aus theoretischer Sicht das Potenzial haben, die Effizienz und Effektivität des Praxisablaufs zu optimieren. Im Praxisalltag zeigen sich hierbei jedoch je nach Instrument noch häufig Grenzen – insbesondere dann, wenn diese neuen Instrumente parallel zu den herkömmlichen Methoden und/oder ohne vorherige Planung der organisatorischen Einbindung zum Einsatz kommen oder technische Probleme auftreten. Gerade dann besteht die Gefahr einer empfindlichen Störung der Praxisabläufe.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Praxisorganisation und das Zeitmanagement fließend ineinander übergehen. Kurze Wartezeiten und ein reibungsloser Ablauf der Behandlung werden vom Patienten honoriert und stärken die Bindung an die Praxis nachhaltig. In einer gut geführten Praxis bewerten die Patienten häufig auch die Qualität der Behandlung deutlich besser als bei schlechter Organisation. Gleichzeitig ist die Nutzung von Optimierungspotenzialen aus wirtschaftlicher wie personeller Perspektive von großer Bedeutung, da Zeit und Kosten gespart und gleichzeitig die Zufriedenheit des Praxisteam gestärkt werden, was langfristig zu einem Wettbewerbsvorteil gegenüber anderen Leistungserbringern führt. Eine wichtige Rolle kann hierbei auch der Digitalisierung zukommen, die mit der Einführung der Telematikinfrastruktur für alle Praxen ohnehin verpflichtend ist. Sie bietet interessante Instrumente, die bei einer gut durchdachten Einbindung in die Praxisabläufe zu deren Optimierung und somit zu einem verbesserten Zeitmanagement beitragen können.

DEUTSCHER APOTHEKENMARKT – WER GIBT DEN TON AN?

Selbst wenn der deutsche Apothekenmarkt im internationalen Vergleich noch stark fragmentiert ist, gibt es bereits einige relevante größere Player. Obwohl die gegenwärtige Entwicklung sowohl auf Konsolidierungstendenzen als auch auf einen Markteintritt neuer Akteure hindeutet, wird die klassische Einzelbetriebsstätte hierzulande weiterhin eine wichtige und unverzichtbare Rolle bei der Arzneimittelversorgung spielen.

Während es in anderen Ländern Apothekenketten mit hundert und mehr Standorten – und einer entsprechend ausgeprägten Marktmacht – gibt, präsentiert sich die Apothekenlandschaft in Deutschland eher kleinteilig. Die Gründe liegen dabei in den folgenden rechtlichen Bestimmungen, die sich bislang stark limitierend auf die Größe der Unternehmen auswirken:

- **Fremdbesitzverbot:** Apotheken dürfen nicht von Nicht-Apothekern betrieben werden.
- **Eingeschränktes Mehrbesitzverbot:** Apotheker dürfen neben einer Hauptapotheke maximal drei weitere Filialen betreiben.

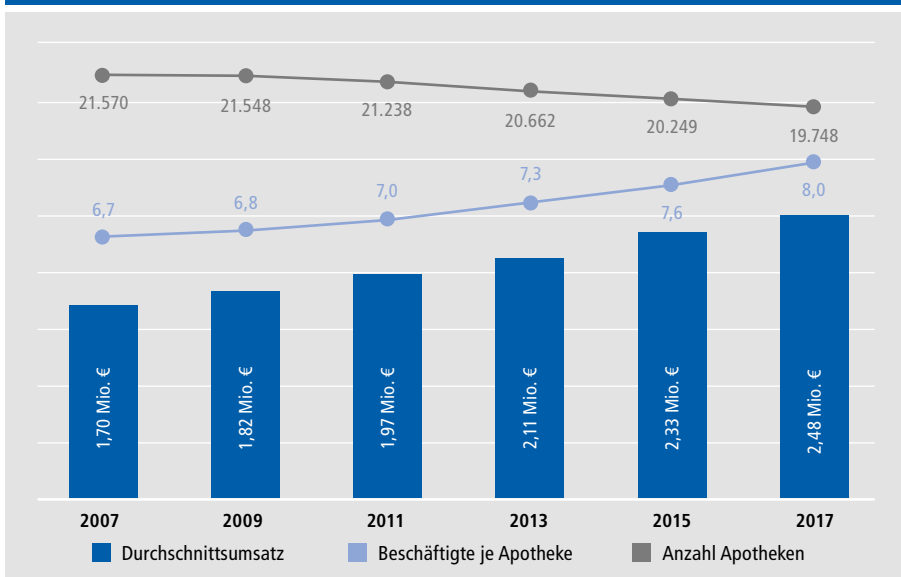
Trotzdem zeichnet sich auch auf dem deutschen Apothekenmarkt ein Trend zur „gemäßigten“ Konsolidierung ab. Bei steigendem Marktvolumen – gerade aufgrund der demografischen

Entwicklung – und gleichzeitig sinkenden Apothekenzahlen wird die einzelne, durchschnittliche Apotheke hinsichtlich Umsatz und Mitarbeiterzahl immer größer (vgl. Abb. auf S. 10). Hinzu kommt, dass mittlerweile zwei von fünf dieser Betriebsstätten „einem Filialverbund“ (mit max. vier Betriebsstätten) angehören. Das bedeutet aber gleichzeitig, dass immer noch drei von fünf Apotheken als Einzelapotheke ohne Filiale betrieben werden.

Trotz dieser Marktstruktur gibt es durchaus namhafte Player mit entsprechend starker Positionierung im Marktgefüge; das können sein:

- Franchise-Betriebe
- Versandhändler/Einzelhandel (OTC)
- Netzwerke/Kooperationen

Apotheken werden immer größer



Quelle: ABDA 2018; Auswertung & Visualisierung: REBMAN RESEARCH

Auf überproportionales Wachstum kann beispielsweise die easyApotheke verweisen. Mit 120 Apotheken ist sie das bedeutendste **Franchise-Unternehmen** hierzulande und die Holding weist seit Jahren überproportionale Umsatzzuwächse auf. 2017 stieg der Erlös um 12% auf 274 Mio. €, für 2018 werden mehr als 300 Mio. € prognostiziert. Die Discount-Apotheke nutzt für das OTC-Segment moderne Marktforschungs- und Category-Management-Konzepte, wie sie im Einzelhandel schon lange zur Anwendung kommen. Das Unternehmen möchte zudem den Ausbau weiterer Container-Apotheken – seit Ende 2015 ist ein entsprechender Apotheken-Container auf einem Parkplatz vor einem Verbrauchermarkt im Einsatz – vorantreiben. Die easyApotheke ist auch im **Versandhandel** aktiv, wo jedoch zwei ungleich größere, internationale Player den Markt dominieren:

- Der Schweizer Pharmahandelkonzern Zur Rose Group, die Muttergesellschaft von DocMorris, erzielte zuletzt Jahresumsätze in Höhe von 983 Mio. CHF. Das Unternehmen will auch künftig – insbesondere über Zukäufe – seine Marktposition sichern bzw. ausbauen. Im vergangenen Jahr hat das Unternehmen die Versandapotheken euron und VITALSANA gekauft, 2018 folgen apo-rot sowie medpex, sofern die Kartellschützer dem zustimmen. Im Sommer wurde die Übernahme der in

Spanien führenden E-Commerce Plattform Promofarma (für apothekenähnliche Produkte) angekündigt.

- Auch für den wichtigsten Wettbewerber, die ebenso börsennotierte SHOP APOTHEKE EUROPE aus den Niederlanden, stehen die Zeichen auf Expansion durch Zukäufe – für das laufende Jahr werden Umsätze in Höhe von 560 Mio. € angestrebt.

Neben diesen beiden internationalen Playern gibt es im Versandhandel einige, mittelgroße deutsche Konkurrenten wie medpex, medikamente-per-klick, Apotal oder SANICARE, die auf Jahresumsätze von 100 Mio. € und mehr kommen.

Im nicht apothekenpflichtigen Segment tummeln sich des Weiteren namhafte Drogeriemärkte, Lebensmitteleinzelhändler, Discounter, Versandhändler etc., um sich einen Anteil vom vermeintlich attraktiven Markt zu sichern. Immer wieder kommt es dabei zu einer „Ausweitung“ des Sortiments:

- Seit Kurzem können bei Otto in Kooperation mit myCARE Arzneimittel und apothekenexklusive Markenprodukte bezogen werden.

- Die Parfümerie Douglas startete Ende September in Hamburg mit einem ersten Pilotshop, in dem u.a. eigentlich apothekenexklusive Produkte angeboten werden („Pharma Beauty“). Pharma-

zeitlich ausgebildetes Personal berät die Kunden. Die Produkte können auch online, direkt nach Hause oder in eine Douglas Filiale vor Ort bestellt werden. Die Hersteller distanzieren sich allerdings von der Produkterweiterung und sprechen von Graumarkthandel.

- Immer wieder taucht Apothekenkosmetik in Drogeriemärkten oder bei anderen Einzelhändlern auf, zuletzt z.B. bei dm. Laut Herstellerangaben sei im Falle von Eucerin-Produkten ein Apotheker vertragsbrüchig geworden und nur so konnte dieser Drogeriekonzern überhaupt an die Produkte gelangen.

Es lässt sich jedoch festhalten, dass Online-Apotheken und Einzelhändler ihre (Haupt-)Umsätze im OTC-Segment erzielen, während der Kernmarkt der stationären Offizin der Rx-Bereich ist. Um ebenfalls von Größenvorteilen und professionellen Marketingkonzepten zu profitieren, haben sich drei Viertel der Apotheken einer oder mehreren **Marketing-/Einkaufskooperationen** oder **Apothekengenossenschaften** angeschlossen.

Beim Gros dieser Systeme steht der Erhalt der Selbstständigkeit des Apothekers im Vordergrund. Die Kooperation kann auf Genossenschaftsmodellen basieren, vom Großhandel, Arzneimittelimporteuren und/oder der Pharmaindustrie initiiert sein, einem regionalen Zusammenschluss von selbstständigen Apothekern folgen etc. Gemeinsam ist den Kooperationen, dass sie Einkaufsaktivitäten bzw. andere Wertschöpfungsbereiche des Apothekers bündeln und professionalisieren. Meist sind die Mitgliedschaften modulmäßig aufgebaut, d.h. je mehr Serviceangebote der Apotheker nutzt, desto höher die Beiträge. Hinter den mitgliedstärksten Kooperationen (siehe Tab.) stehen – bis auf den Verein MVDA – die sechs wichtigsten Arzneimittelgroßhändler in Deutschland, denn diese dominieren den oligopolistisch geprägten Markt.

Die PHOENIX Pharmahandel GmbH & Co. KG, umsatzstärkster Großhändler hierzulande, gehört zur Merckle Unternehmensgruppe und sowohl hinter McKesson

als auch hinter Alliance Healthcare stehen international tätige Großkonzerne: Mit einem Umsatz von 208 Mrd. US\$ ist McKesson das weltweit größte Unternehmen der Gesundheitswirtschaft. Der ehemals deutsche Pharmahändler ANZAG (seit 2013 Alliance Healthcare Deutschland AG) gehört zur Gruppe von Walgreens Boot Alliance (WBA), die in den USA Marktführer mit mehr als 10.000 Apothekenfilialen ist. Weltweit beliefert der Konzern über 230.000 Apotheken, Ärzte, Gesundheitszentren und Krankenhäuser. Der Konzernumsatz von WBA liegt bei 118 Mrd. US\$. Für Furore sorgte jüngst deren Markteintritt in China, dem größten Arzneimittelmarkt der Welt: zunächst in Form einer Beteiligung in Höhe von 350 Mio. US\$ an einer der großen chinesischen Apothekenketten, dann durch eine Allianz mit Alibaba, dem chinesischen Äquivalent zu Amazon.

Apropos Amazon: Im Mai 2017 stieg der Konzern mit der Bienen-Apotheke als Partner(Shop) in München in den Vertrieb von Arzneimitteln ein. Im Rahmen des Prime Now Services werden die Medikamente in einem vom Kunden definierten Zeitfenster desselben Tages geliefert – bei Bedarf auch schon innerhalb einer Stunde. Die Apothekerschaft sieht das sehr polarisiert: Während die einen bereit sind, Amazon-Partner zu werden bzw. es schon sind, reagieren die anderen mit Abmahnungen und rechtlichen Schritten gegen ihre Mitbewerber. Bei den gerichtlichen Auseinandersetzungen geht es u.a. um Datenschutz, Freiwahl, fehlende Information und Beratung etc. Fakt bleibt, dass Amazon sich einen Marktanteil sichern will. In den USA übernahm der Internetriese vor Kurzem PillPack, einen Onlinehändler, der auf Rx-Präparate spezialisiert ist, und in Europa kursieren immer

wieder Gerüchte, dass Amazon eine der großen Versandapotheken übernehmen werde, um sich entsprechende Marktanteile zu sichern. Unstrittig ist, dass Amazon nicht auf kurzfristige Rendite setzt, sondern auf Größe, was den Druck bei den bestehenden Händlern erhöhen dürfte. Szenarien gehen sogar so weit, dass Amazon selbst in die Produktion von Arzneimitteln einsteigen könnte. Auch andere Tech-Riesen wie Google, Samsung etc. engagieren sich im Pharmamarkt. Deutschland ist innerhalb Europas nicht nur der größte Arzneimittelmarkt, sondern hinsichtlich der Versandhandelsstrukturen auch der am meisten entwickelte. Die Arzneimittel sind dabei nicht der einzige Fokus, es geht auch um IT, (Gesundheits-)Daten, digitale Anwendungen etc., was wiederum auch andere Branchen, z.B. Start-ups oder Verlage, in Aktion treten lässt. Bertelsmann engagiert sich bei Versandhandelsapotheken, Burda kooperiert mit der Apothekengenossenschaft NOWEDA und das 2017 von einem Apotheker gegründete Start-up Curacado wurde gerade von Wort & Bild gekauft. Bereits über 100 Apotheken beteiligen sich an dem Plattform-Konzept.

Während sich also die Großen Konkurrenzkämpfe liefern, Kooperationen anstreben und/oder sich „als Braut aufhübschen“, sind es nach wie vor die inhabergeführten Apotheken, die den wichtigsten Part bei der wohnortnahen Versorgung mit Medikamenten und der Beratung der Patienten leisten – jedoch auch zunehmend im Wettbewerb mit den großen renditeorientierten Konzernen stehen.

Die mitgliederstärksten Apothekenkooperationen

Name	Kooperationstyp	Betreiber (Großhändler)	Anzahl Apotheken	Umsatz (2017)
NOWEDA	Genossenschaft	NOWEDA eG Apothekergenossenschaft (Großhandel)	9.200 Mitglieder (glz. Eigentümer) in DE, LU, CH	6,3 Mrd. €
Sanacorp	Genossenschaft	– Sanacorp Pharmahandel GmbH (Großhandel); apothekeneigene Genossenschaft – eigene Dachmarke (ca. 1.500 meA Apotheken)	ca. 8.000 Mitglieder (alle belieferten/beteiligten Apotheken); davon 7.500 in DE	4,3 Mrd. €
MVDA e. V.*	eingetragener Verein (Focus: Marketing)	– unabhängige Apotheker – eigene Dachmarke (ca. 1.100 Linda Apotheken)	ca. 3.200 Mitglieder	n. v.
LIVPLUS (ehem. MIDAS)	Einkaufskooperation	PHOENIX Pharmahandel GmbH	ca. 2.000 in DE, 9.000 europaweit	8,7 Mrd. € (PHOENIX Deutschland)
gesund leben – Apotheke	Dachmarke/(internationale) Marketingkooperation von inhabergeführten Apotheken	GEHE Pharma Handel GmbH (McKesson Europe, vormals Celesio; Großhandel)	ca. 2.100 Mitglieder und rund 60 Industriepartner	4,7 Mrd. € (alle Umsätze in DE der McKesson Europe)
Alphega (bis 2014 Vivesco)	Marketingkooperation/ Netzwerk unabhängiger Apotheker in Europa	Alliance Healthcare (Großhandel)	ca. 1.750 in DE, europaweit über 6.000	4,7 Mrd. € (Alliance Healthcare Deutschland)
(E-plus) Pharma Privat	Einkaufsverbund	versch. Partnerschaftsmodelle (WAVE, A-plus, E-plus) der Pharma Privat GmbH (Kooperation mittelständischer inhabergeführter Großhändler unter einheitlicher Dachmarke)	ca. 1.700 Mitglieder	1,7 Mrd. €

* kein Großhändler Quelle: REBMANN RESEARCH 2018.

ZAHNÄRZTLICHE VERSORGUNG: INFALLSTOR FÜR INVESTOREN?

Wachsende Investitionsvolumina, immer größere Praxisstrukturen und steigende Praxiswerte ziehen auch fachfremde, profitorientierte Investoren an. Droht den Zahnärzten eine ähnliche Entwicklung wie z. B. in der Nephrologie (Dialysezentren) oder der Radiologie?

Bei den Neugründungen setzen sich Kooperationen zulasten der Einzelpraxis durch.

Konzentrationsprozesse in der zahnmedizinischen Versorgung werden unter anderem begünstigt durch die verhältnismäßig hohen Investitionssummen für Existenzgründer. Für die Neugründung einer Einzelpraxis greifen Zahnärzte immer tiefer in die Tasche: Das Finanzierungsvolumen betrug 2016 durchschnittlich 528.000 €, über 9% mehr als noch im Vorjahr, Tendenz steigend. Zurückzuführen ist diese Entwicklung hauptsächlich auf die steigenden Ausgaben für medizinisch-technisches Gerät sowie auch für digitale Praxisverwaltung und -vernetzung. Die immer kürzeren Innovationszyklen bei den zahnmedizinischen Diagnose- und Behandlungsverfahren erfordern Investitionen in immer kürzeren Abständen. Eine kleine Einzelpraxis kann da kaum mithalten – nicht nur investitionsseitig, sondern auch was die Beherrschung der neuen Technologien anbelangt. Folglich wagen immer weniger zahnärztliche Existenzgründer die Neugründung einer Einzelpraxis – im Jahr 2016 waren es lediglich sieben Prozent. Auch die Zahl der Zahnärzte, die sich für die nur rund halb so kostspielige Praxisübernahme entscheidet, geht ständig zurück. Im Gegensatz hierzu wird die Gründung einer Berufsausübungsgemeinschaft – auch aufgrund des deutlichen Trends zur Angestelltentätigkeit bei den Nachwuchszahnärzten – immer beliebter.

Niedrigzinsphase und zMVZ als „Katalysatoren“

Die aus den obigen Konzentrationsprozessen resultierenden größeren und damit auch potenziell renditeträchtigeren Praxisstrukturen machen die Branche für Investoren attraktiv. Primär sind es jedoch Änderungen der finanz- sowie gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen, die den Investoren den Weg in den zahnmedizinischen Praxenmarkt geebnet haben. So hat die anhaltende Niedrigzinssituation dazu geführt, dass sich die Investoren nach Alternativen zu den klassischen Anlagen umsehen. Dabei haben sie auch den Gesundheitsmarkt für sich entdeckt, der sich sowohl durch hohe Wachstumsraten als auch durch eine weitgehende Unabhängigkeit von konjunkturellen Schwankungen auszeichnet.

Daneben begünstigt auch die mittlerweile eingeführte Möglichkeit der Gründung fachgleicher MVZ die Entstehung von Großpraxen mit Jahresumsätzen von mehreren Millionen Euro. Rein zahnärztliche

MVZ (zMVZ) bieten für Investoren fast ideale Bedingungen, um am zahnmedizinischen Versorgermarkt partizipieren zu können. Da gemäß SGB V nur Vertragsärzte und Krankenhäuser als Gesellschafter eines MVZ in Frage kommen, wählen fachfremde Investoren zumeist folgenden Weg: Zuerst kaufen sie eine Klinik und ergänzen diese dann um ein zMVZ. Dafür werden gezielt Praxen mit mindestens zwei Zahnärzten und einem Jahresumsatz von mindestens 1 Mio. € ausgewählt.



Die Sicherung der Versorgung im ländlichen Raum spielt für Investoren – entgegen der ursprünglichen Intention des Gesetzgebers – keine Rolle. Die zMVZ werden überwiegend in den wirtschaftlich besonders attraktiven Mittel- und Großstädten gegründet. Teilweise erfolgt auch ein gezielter Anschluss von Praxen im Umland. Diese fungieren in erster Linie als Zuweiser für das Zentral-zMVZ und bieten nur noch eine zahnmedizinische Grundversorgung. Für aufwändigere Diagnostik- und Versorgungsmaßnahmen werden die Patienten dann an das Zentral-zMVZ verwiesen.

Große Zahnarztketten im europäischen Ausland

Bislang gingen die Konzentrationsprozesse hierzulande vor allem von unternehmerisch denkenden Zahnärzten aus. Seit rund einem Jahr sind jedoch auch Aktivitäten fachfremder Investoren zu beobachten. In anderen europäischen Ländern ist diese Entwicklung schon weiter fortgeschritten: Einige große europäische Zahnarztketten sind bereits in der Hand privater Investoren und es finden ständig

weitere Übernahmen statt. Die größten europäischen Praxisketten gibt es aktuell in Großbritannien mit „My Dentist“ (450 Standorte) und der staatlichen Kette „Oasis“ (300 Standorte). Die zur schwedischen EQT-Gruppe gehörige „DentConnect“-Kette, die in fünf Ländern rund 1 Mio. Patienten betreut, betreibt allein in den Niederlanden 220 Praxen mit rund 850 Zahnärzten. Jüngst hat der schwedische Finanzinvestor EQT zudem die niederländische Zahnarzt-Kette Tandvitaal übernommen. Auch die Familie Jacobs mit bislang branchenfremdem Produktportfolio investiert aktuell über die Schweizer Holding „Colosseum Dental Group“ (Umsatz: rund 300 Mio. €, 150 Großpraxen in Skandinavien, Großbritannien, Italien und der Schweiz) in den Aufbau einer europaweiten Zahnarzt-Kette.

Investoren entdecken den deutschen Markt

Deutschland stellt zwar den größten europäischen zahnmedizinischen Markt, war jedoch bislang mit einem vergleichsweise sehr geringen Privatanteil von rund 30% für Private Equity-Investoren bislang eher uninteressant. Das steigende Marktvolumen, der Trend zu größeren Praxisstrukturen und die gute deutsche Konjunktur locken jedoch seit rund einem Jahr Investoren an. Aktuell wirbt die „Colosseum Dental Deutschland“ aktiv Praxen an und auch die schwedische Fondsgesellschaft Altor Equity Partners sowie EQT investieren in den deutschen Markt. Der Finanzinvestor Nordic Capital mit Sitz auf Jersey will eine führende deutsche Zahnklinikplattform aufbauen und

übernimmt mehrere europäische Dentallaborgruppen, unter anderem das deutsche Dentallabor Flemming Dental, das auch im Bereich Auslandszahnersatz aktiv ist, die deutsche Zahnarztpraxis-Kette „Zahnstation“, die niederländischen Zahnkliniken „Dental Clinics Nederland“ sowie die TopOrtho (zusammen 88 Zahnkliniken) und die „Adent“-Zahnklinikgruppe mit 22 Kliniken in der Schweiz, die beide aus der Hand des US-Investors Oaktree Capital Management stammen. Der Bahrainer Investor Investcorp hat die Privatzahnklinik Schloss Schellenstein im sauerländischen Olsberg und auch die Acura Kliniken im baden-württembergischen Albstadt übernommen. Er plant den Aufbau einer eigenen Businessplattform im deutschen Zahnmedizinmarkt, verbunden mit weiteren Akquisitionen.

Die sich aktuell auf dem deutschen Markt abzeichnenden Entwicklungstendenzen deuten auf weitere Konzentrationsprozesse hin. Es ist jedoch unwahrscheinlich, dass die derzeit noch sehr stark fragmentierte Zahnarztbranche mit einem Einzelpraxenanteil von 82% bereits in naher Zukunft in jenem Ausmaß von Investoren beherrscht sein wird, wie dies bei den (zahlenmäßig sehr viel übersichtlicheren) Dialyse- oder radiologischen Praxen bereits der Fall ist. Ferner bleibt abzuwarten, ob der Gesetzgeber angesichts der zu befürchtenden negativen Folgen der zunehmenden Investorenaktivitäten eventuell regulierend in den Markt eingreifen wird.

BLANKOVERORDNUNG: MEHR AUTONOMIE FÜR PHYSIOTHERAPEUTEN?

Die Initiatoren eines bereits im Juni 2011 gestarteten Modellvorhabens zur sogenannten Blankoverordnung für physiotherapeutische Leistungen in Berlin und Westfalen-Lippe ziehen ein positives Fazit. Die Studienergebnisse dürften auch Bundesgesundheitsminister Jens Spahn in seinen Plänen bestärken, den Heilmittelerbringern künftig größere Kompetenzen bei der Therapie einzuräumen.

Während in Deutschland die Verordnung physiotherapeutischer Leistungen bislang zwangsläufig über den Arzt erfolgt, steht Patienten in anderen Ländern – wie Australien, Kanada, einigen Bundesstaaten der USA, Schweden, Norwegen, Großbritannien, Schottland und den Niederlanden – ein direkter Zugang zur physiotherapeutischen Behandlung offen.

Dank der Initiative des Gesetzgebers könnte eine solche Kompetenzerweiterung auch in Deutschland Realität werden. Eine erste Grundlage lieferte das im vergangenen Jahr verabschiedete „Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung“ (HHVG), demzufolge die Krankenkassen- und Heilmittelerbringerverbände in jedem Bundesland zur Einführung von Modellvorhaben verpflichtet sind. Diese sollen im Rahmen einer zunächst auf drei Jahre beschränkten Projektphase das Ausstellen sogenannter Blankorezepte für die Behandlung bei Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Podologen und Logopäden ermöglichen. Damit liegt die Entscheidung über die Auswahl der Behandlungsmaßnahmen, deren Dauer und Frequenz nicht mehr

beim Arzt, sondern beim Therapeuten. Grundlage des Blankorezepts sind jedoch nach wie vor die ärztliche Diagnose und Indikation für eine Heilmittelbehandlung. Nach einer verbindlichen wissenschaftlichen Auswertung der Projekte sollte laut HHVG künftig über eine Aufnahme der Blankoverordnung in den Regelleistungskatalog entschieden werden.

Lange vor der Neuregelung des HHVG starteten in Deutschland bereits im Jahr 2011 zwei Modellprojekte nach § 63 Absatz 3b Satz 2 und 3 SGB V zur Blankoverordnung. Nachdem die Evaluation des Projekts der IKK Berlin und Brandenburg und des Verbands Physikalische Therapie – Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe (VPT e.V.) bereits 2016 zu einem positiven Abschluss hinsichtlich der Behandlungsqualität kam, wurden Ende März dieses Jahres auch die Ergebnisse eines vom Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten (IFK) und der BIG direkt gesondert in Berlin und Westfalen-Lippe durchgeführten Modellvorhabens zum Direktzugang in der Physiotherapie veröffentlicht.

Die Evaluation des von Juni 2011 bis September 2017 laufenden Projekts erfolgte durch die Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften Winterthur (ZHAW). Die Wissenschaftler werteten zu diesem Zweck insgesamt 630 Versicherten-Datensätze aus und verglichen die Informationen von 334 Patienten der Modellgruppe mit jenen von 296 Patienten der Kontrollgruppe. Im Fokus der Evalua-

tion standen die Fragen, welchen Einfluss die Therapiefreiheit für Physiotherapeuten auf den Umfang des Heilmittelleinsatzes und die Patientenzufriedenheit hat und ob hiervon Anreize zu einer Mengenausweitung und Kostensteigerung ausgehen. Die Physiotherapeuten der 40 teilnehmenden Modellpraxen hatten im Rahmen der Behandlung selbstständig über die Art des Heilmittels, die Dauer

der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten zu entscheiden, ohne die zuvor erfolgte ärztliche Verordnung zu kennen. Die Wissenschaftler kamen zu folgenden Ergebnissen (zu den Einzelheiten vgl. www.bvou.net/wp-content/uploads/2018/03/Fact-sheets.pdf):

- Die Qualität bzw. Wirksamkeit der Therapie sowie die Patientenzufriedenheit waren in beiden Gruppen vergleichbar.
- In den Modellpraxen reduzierte sich die Behandlungsdauer um durchschnittlich zwei Wochen – bei einer geringeren Anzahl an Behandlungseinheiten.
- Im Vergleich zur Kontrollgruppe wurden die Patienten in der Modellgruppe häufiger mittels einer Kombination aus aktiver Krankengymnastik, manueller Therapie und passiven Heilmitteln (z.B. Wärmetherapie) behandelt.
- Beim Direktzugang entstanden keine Mehrkosten für die Krankenkasse. Eine Mengenausweitung durch die Physiotherapeuten unterblieb.
- Ein Simulationsmodell ergab, dass rund 50% der Patienten für den Direktzugang geeignet sein könnten.

Mit Verweis auf die positiven Ergebnisse forderten die BIG direkt gesund und der IFK den Gesetzgeber auf, den Weg für Modellvorhaben zum Direktzugang in der Physiotherapie im Rahmen des SGB V freizumachen. Dies könnte nach Ansicht der Projektinitiatoren auch dazu beitragen, das Berufsbild für den dringend benötigten physiotherapeutischen Nachwuchs attraktiver zu gestalten. Der aktuellen Fachkräfteengpassanalyse der Bundesagentur für Arbeit zufolge hat sich die Versorgungssituation gegenüber dem Vorjahr weiter verschlechtert. Offene Stellen in der Physiotherapie sind gegenwärtig durchschnittlich 157 Tage (2017: 144 Tage) vakant – und liegen mit diesem Wert um 47% über dem bundesweiten Fachkräftedurchschnitt.

Wie aus einem aktuellen Eckpunktepapier des Bundesgesundheitsministeriums (BGM) zu schließen ist, plant die Regierung, die Lage für Heilmittelerbringer und Patienten mithilfe umfangreicher gesetzlicher Maßnahmen zu verbessern

Eckpunktepapier des BGM – weitere Inhalte

Verbesserte Vergütung

Die Heilmittelpreise sollen sich künftig am Bedarf der Bevölkerung und der Preisentwicklung in den Praxen orientieren. Ab 2020 finden die Verhandlungen über die Verträge für Heilmittelleistungen einschließlich der Preise auf Bundesebene statt. Vertragspartner sind der GKV-SV und der SHV. Mit den Spitzenverbänden auf Bundesebene, die dem SHV nicht angehören, ist Einvernehmen herzustellen. Bei Konflikten greift ein Schiedsverfahren. Regionale und selektivvertragliche Abweichungen sind z.B. bei Besonderheiten hinsichtlich Versorgungsbedarf oder Kostenstrukturen oder bei innovativen Versorgungsmodellen gestattet. Als Grundlage für die künftigen Preisverhandlungen erfolgt zum 1.1.2020 eine einmalige Vereinheitlichung der Höchstpreise für Heilmittelleistungen. Hierbei richten sich die künftigen Preise der einzelnen Leistungspositionen jeweils nach dem höchsten von einer Krankenkasse in einer Region vereinbarten Preis. Ferner werden die bisherigen Ungleichbehandlungen der Heilmittelerbringer in den verschiedenen Bundesländern abgeschafft.

Bundeseinheitliche Zulassungsbedingungen

Die Zulassungsempfehlungen des GKV-SV hinsichtlich der berufsrechtlichen Anforderungen einer geeigneten Praxisausstattung, der Anzahl der Präsenzstunden und der Anerkennung der für die Versorgung geltenden Anforderungen werden bundeseinheitlich geregelt.

Bürokratieabbau in der Heilmittelversorgung

Künftig ist ein Dialogprozess des BMG mit Vertretern von Heilmittelerbringern, Krankenkassen und Vertragsärzten geplant. Bis Mitte 2019 sollen Handlungsempfehlungen für einen Bürokratieabbau erarbeitet werden, die gegebenenfalls in gesetzliche Änderungen münden. Im Zuge des Dialogs ist auch eine Identifikation der Gründe für das regional abweichende Ordnungsverhalten der Ärzte vorgesehen. Als ersten Schritt plant das BMG die Aufhebung des Genehmigungsvorbehaltes von Verordnungen außerhalb des Regelfalls zur Erleichterung der Ausstellung und Prüfungen von Verordnungen.

Digitalisierung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll die Heilmittel-Richtlinie um digitale Anwendungen als Unterstützung, Ergänzung und Teilersatz der Heilmitteltherapie ergänzen.

Ausbildung

Gemeinsam mit den Ländern soll eine Überprüfung sowie organisatorische und inhaltliche Neukonzeption der Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen erfolgen. Ein Eckpunktepapier ist bis Ende 2019 geplant. Ferner ist eine Abschaffung des Schulgeldes vorgesehen. Weitere Themen betreffen die Ausbildungsvergütung, die Anerkennung von beruflichen Abschlüssen im Ausland, eine mögliche Integration der verschiedenen Zertifikate und die Akademisierung.

(vgl. Infobox). Hierbei ist zwar kein Direktzugang vorgesehen, jedoch sollen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) und der Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV) beauftragt werden, bis Ende März 2020 die für eine Blankoverordnung geeigneten Indikationen im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zu vereinbaren.

Sollte das Blankorezept für die Therapeuten tatsächlich in den Regelleistungskatalog aufgenommen werden, gibt es noch wichtige Details zu regeln. Da offen bleibt, wie sich die Leistungsmengen außerhalb des Rahmens des Pilotprojektes entwickeln werden, sieht das Eckpunktepapier eine begleitende Studie über die Auswirkungen der Blankoverordnung auf die Leistungen und Ausgaben der GKV vor. Zwar ist die Übertragung der Mengen- bzw. Budgetverantwortung auf den GKV-SV und den SHV vorgesehen. Noch ist jedoch offen, wie das System zur Mengensteuerung künftig auszugestaltet ist.

Gegenwärtig zeigen sich weder die Ärzte noch die Physiotherapeuten mit dem Modell der Blankoverordnung zufrieden. Ärzterevertreter befürchten einen Einstieg in die Substitution ärztlicher Leistungen mit entsprechenden Qualitätsrisiken für die Behandlung. Aus diesem Grund verlangen unter anderem die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Bundesärztekammer (BÄK) eine Beteiligung an den Modellvorhaben sowie die Option, zumindest einzelne Heilmittel als „kontraindiziert“ ausschließen zu dürfen. Den Physiotherapeuten wiederum geht die Blankoverordnung nicht weit genug. Sie fordern den Direktzugang der Patienten. In den sozialen Netzwerken machen Befürchtungen die Runde, das Blankorezept würde zu einem erhöhten bürokratischen Aufwand führen, der in keinem Verhältnis zum damit verbundenen Nutzen stünde.

IHR HEILBERUFE-TEAM – WIR BERATEN SIE GERNE!



Christian Lehmann

Bankbetriebswirt Management (MGB)
Gruppenleiter Heilberufe

Telefon 0271 2300-316
christian.lehmann@VBinSWF.de



Maren Menn

Bachelor of Arts (B.A.)
Betreuerin Heilberufe

Telefon 0271 2300-157
maren.menn@VBinSWF.de



Eva Maria Steinmill

Fachwirtin (BankColleg)
Sekretariat Heilberufe

Telefon 0271 2300-342
eva-maria.steinmill@VBinSWF.de



PraxisDIALOG

Ihre individuelle Betreuung als Heilberufler



**Volksbank
in Südwestfalen eG**

Impressum

Herausgeber

Volksbank in Südwestfalen eG, Berliner Straße 39, 57072 Siegen

Redaktion, Konzeption & Gestaltung

REBMANN RESEARCH GmbH & Co. KG, Mommsenstr. 36, 10629 Berlin

Bilder und Grafiken

Volksbank in Südwestfalen eG, REBMANN RESEARCH GmbH & Co. KG

Team Spahn: S. 5; iStock: S. 1 – KatarzynaBialasiewicz, S. 7 – ipopba, S. 12 – Ivan-balvan;

Fotolia: S. 3 – Comauthor, S. 8 – NicoElNino.

Diese Publikation beruht auf allgemein zugänglichen Quellen, die wir für zuverlässig halten.

Eine Garantie für die Richtigkeit und Vollständigkeit und Aktualität der Inhalte 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 in Südwestfalen eG dar. Die Volksbank in Südwestfalen eG übernimmt keine Haftung für die Verwendung der Publikationen oder deren Inhalt.

Copyright Volksbank in Südwestfalen eG.

Alle Rechte vorbehalten. Bei Zitaten wird um Quellenangabe „VR MEDICUS“ gebeten.

PraxisDIALOG

Ihre individuelle Betreuung als Heilberufler



Volksbank in Südwestfalen eG
Berliner Straße 39
57072 Siegen

www.VBinSWF.de