

VR-Med Info

SERVICEMAGAZIN FÜR ÄRZTE, ZAHNÄRZTE UND APOTHEKER

#09 // AUSGABE 2 // 2019

Das Arztzentrum als Praxisform der Zukunft:

Zeitgemäße Berufsausübungsmodelle im ambulanten Bereich

HONORAR

S. 3 – VERGÜTUNG DER NEUEN TSVG-LEISTUNGEN: VERHALTENE AUSSICHTEN

GESUNDHEITSPOLITIK

S. 6 – NEUE BEDARFSPLANUNG: ÜBERZOGENE ERWARTUNGEN?

TREND

S. 12 – AMBULANTE SPEZIALFACHÄRZTLICHE VERSORGUNG: EINE BESTANDSAUFNAHME

HEILBERUFEFORUM

S. 18 – WERTVOLLE TIPPS ZUR NACHFOLGEPLANUNG

VORWORT

Liebe Leserinnen und Leser,

im kommenden Jahr wird die neue Bedarfsplanungsrichtlinie umgesetzt. Ein neues, auf regionale Indikatoren abgestimmtes Verfahren soll dabei den Versorgungsbedarf vor Ort besser abbilden. Durch die Absenkung der Verhältniszahlen ergeben sich in einigen Facharztgruppen deutlich mehr Niederlassungsmöglichkeiten für Vertragsärzte und -psychotherapeuten. Doch neue Sitze „auf dem Papier“ können lediglich für eine verbesserte Abbildung des Ärztemangels, nicht jedoch für die dringend benötigten Nachwuchszurückgewinnung sorgen. Hier sind innovative Konzepte erforderlich, die den Erwartungen der nachrückenden Ärztegeneration – wie Arbeit im Team, überschaubare Arbeitsbelastung, flexible Arbeitszeiten und reduziertes wirtschaftliches Risiko – entgegenkommen. Der aktuelle VR-Med Info widmet sich diesem Thema ausführlich und zeigt, dass die gegenwärtigen Rahmenbedingungen viele Gestaltungsoptionen für eine „Kooperationspraxis der Zukunft“ bieten.


Ein Thema unserer Ausgabe betrifft die Vergütung der neuen TSVG-Leistungen. Diese kommt aufgrund der Finanzierungssystematik leider nur zum Teil als Mehrhonorar bei den Ärzten an. Darüber hinaus berichten wir über die Entwicklungen beim Belegarztwesen und bei der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung – beides sektorübergreifende Versorgungsformen, die jedoch aus unterschiedlichen Gründen nur eine untergeordnete Rolle in der Versorgung spielen. Der Beitrag über innovative Notdienstkonzepte in Westfalen-Lippe zeigt, dass unsere Region hinsichtlich der geplanten bundesweiten Notdienstreform eine Vorreiterrolle übernimmt.

Zuletzt möchten wir Sie noch auf unsere Veranstaltung am 28. November 2019 um 19 Uhr in der Bielefelder Volksbank-Zentrale am Kesselbrink aufmerksam machen. Anlässlich des 50. Geburtstages der Universität Bielefeld freuen wir uns auf einen interessanten Abend zum Thema „Die Medizinische Fakultät der Universität Bielefeld und ihre Bedeutung für die Universität, die Stadt und die Region OWL“. Mit Dr. Klaus Reinhardt, dem neuen Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Gerhard Sagerer, Rektor der Universität Bielefeld, und dem Oberbürgermeister Pit Clausen konnten wir hochkarätige Referenten gewinnen. Gerne würden wir Sie an diesem Abend als unseren Gast begrüßen.



Ralf Reckmeyer
Volksbank Bielefeld-Gütersloh eG

Sprechen Sie uns an – wir freuen uns auf Sie!

Ihr

Ralf Reckmeyer,
Leiter Firmenkundenbetreuung

Impressum

Herausgeber
Volksbank Bielefeld-Gütersloh eG, Friedrich-Ebert-Str. 73-75, 33330 Gütersloh
Ansprechpartnerin: Manuela Llewelyn

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

Bilder und Grafiken
Volksbank Bielefeld-Gütersloh eG, REBMANN RESEARCH GmbH & Co. KG
AdobeStock: S. 1 – WavebreakmediaMicro, S. 3 – contrastwerkstatt,
S. 4 – Rawpixel.com, S. 6 – Jacob Lund, S. 9 – gpointstudio,
S. 10 – Monkey Business, S. 12 – Tyler Olson

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 Bielefeld-Gütersloh dar. Die Volksbank Bielefeld-Gütersloh übernimmt keine Haftung für die Verwendung der Publikationen oder deren Inhalt. Aus Gründen der Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung von mehreren Geschlechtern bei den Personenbezeichnungen verzichtet. Mit der männlichen/weiblichen Personenbezeichnung sind grundsätzlich alle Geschlechter gemeint. Die Sonderthemen wurden mit freundlicher Unterstützung der genannten Unternehmen verwirklicht.

Copyright Volksbank Bielefeld-Gütersloh eG, Friedrich-Ebert-Str. 73-75, 33330 Gütersloh. Alle Rechte vorbehalten. Bei Zitaten wird um Quellenangabe „VR-Med Info“ gebeten.

HONORAR

VERGÜTUNG DER NEUEN TSVG-LEISTUNGEN: VERHALTENE AUSSICHTEN

Mit dem am 11. Mai in Kraft getretenen Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) ergeben sich für Vertragsärzte und -psychotherapeuten neue Leistungsverpflichtungen, die mit den offenen Sprechstunden und der Erweiterung des verpflichtenden Sprechstundenumfangs direkt in die Organisation der Praxen eingreifen. Während ein Teil der Regelungen bereits seit Mai gilt, sind seit September 2019 weitere Konkretisierungen in Kraft getreten, die u. a. die Vergütung der neuen Leistungen regeln. Nun zeigt sich jedoch, dass die in diesem Zusammenhang erwarteten positiven Honorareffekte durch die Vergütungssystematik deutlich abgeschwächt werden.

Die Beschlüsse des Bewertungsausschusses zur Umsetzung und Bewertung der neuen Leistungen in Zusammenhang mit dem TSVG kamen erst kurz vor dem jeweiligen Umsetzungstermin. Vertragsärzte standen bzw. stehen deshalb vor der Herausforderung, sich innerhalb kürzester Zeit nicht nur mit den komplexen Neuregelungen bei der Abrechnung auseinanderzusetzen, sondern gleichzeitig auch organisatorische Anforderungen z. B. bezüglich der offenen Sprechstunden umzusetzen.

Extrabudgetäre Leistungsabrechnung in der offenen Sprechstunde und bei Neupatienten

Ärzte bestimmter Fachgruppen (s.u.) sind seit dem 1. September 2019 verpflichtet, mindestens fünf Stunden pro Woche im Rahmen einer offenen Sprechstunde (ohne vorherige Terminvereinbarung) anzubieten. Hinsichtlich der Verteilung der Sprechstunden auf die Woche bestehen keine Vorgaben. Die Sprechzeiten sind jedoch für die Patienten auszuweisen (Aushang, Praxis-Website, Anrufbeantworter) und auch der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) mitzuteilen. Die Leistungen während der offenen Sprechstunden dürfen (im Arztgruppenfall*) extrabudgetär abgerechnet werden. Voraussetzung ist eine entsprechende Kennzeichnung des Abrechnungsscheins in der Praxissoftware.

Offene Sprechstunden

- Betroffene Facharztgruppen: Augenärzte, Chirurgen, Gynäkologen, HNO-Ärzte, Hautärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, Nervenärzte, Neurologen, Neurochirurgen, Orthopäden, Psychiater, Urologen
- Umfang: mindestens fünf Stunden/Woche bei vollem Versorgungsauftrag. Besteht kein voller Versorgungsauftrag, reduziert sich die Anzahl der offenen Sprechstunden anteilig. Bei Praxen mit mehreren, einer der obigen Fachgruppen zugehörigen Ärzten gilt es lediglich, die wöchentliche Gesamtstundenzahl (= Anzahl der vollen Zulassungen x 5) an offenen Sprechstunden einzuhalten.



Dabei ist (innerhalb der Fachgruppe) nicht relevant, durch welchen Arzt diese erbracht werden.

Für die Behandlung neuer Patienten (die die Praxis weder im aktuellen noch in den acht vorangegangenen Quartalen aufgesucht haben) gilt seit dem 1. September ebenfalls eine extrabudgetäre Vergütung der entsprechenden Leistungen.

Neue Patienten

- Ausgenommene Facharztgruppen: Anästhesisten, die keine schmerztherapeutische Behandlung durchführen, Humangenetiker, Labormediziner, Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgen, Nuklearmediziner, Pathologen und Radiologen
- Die Neupatientenregelung greift nicht: bei Vertretungsfällen, bei einem Krankenkassenwechsel oder sofern der Patient bisher im Rahmen eines Selektivvertrags behandelt wurde (HzV, etc.).
- Bei einer Praxisneugründung oder bei der Nachbesetzung einer Einzelpraxis werden Leistungen für Neupatienten erst nach Ablauf von zwei Jahren extrabudgetär vergütet.
- Arbeiten mehrere Arztgruppen in einer Praxis, so werden maximal zwei Arztgruppen extrabudgetär vergütet. Ab der dritten Arztgruppe ist keine extrabudgetäre Vergütung mehr möglich. Ausschlaggebend ist die Reihenfolge der Kontaktaufnahme.

Hausärzte sind von den offenen Sprechstunden ausgenommen.

Freie Sprechstundentermine müssen der Terminservice-stelle gemeldet werden.

Gestaffelte Zuschläge auf die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale für TSS-Terminfälle

Die Wartezeit der Patienten auf den Termin in der Praxis entscheidet über die Höhe des Zuschlags.

Bereits seit dem 11. Mai dieses Jahres dürfen alle Leistungen in Zusammenhang mit der Behandlung von Patienten, die über die Terminservicestelle (TSS) vermittelt werden (TSS-Terminfall), extrabudgetär abgerechnet werden. Neu sind seit dem 1. September 2019 die zeitgestaffelten Zuschläge, die zusätzlich auf die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale Anwendung finden. Zu diesem Zweck wurde jeweils eine neue fachgruppenspezifische GOP „Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung“ in die EBM-Kapitel 3-27 (mit Ausnahme von Kapitel 12 Labormedizin und 19 Pathologie) sowie in den EBM-Abschnitt 30.7 (Schmerztherapie) aufgenommen. Jede Zusatzpauschale umfasst in Abhängigkeit der Wartezeit des Patienten bis zur Behandlung vier mögliche Zusätze (A, B, C, D), die für die Höhe der Zuschläge ausschlaggebend sind (vgl. Tab., S. 5).

Zusätze für Terminfälle

- Der Tag des Anrufs in der TSS gilt als erster und der Tag des Termins in der Praxis als letzter Tag. Es werden alle Wochentage berücksichtigt.
- Zur richtigen Auswahl des Suffixes sind die TSS seit dem 1. September verpflichtet, den Praxen den Tag der Kontaktaufnahme durch den Patienten mitzuteilen.
- Die Zuschläge sind auf eine einmalige Abrechnung im Arztgruppenfall* limitiert.

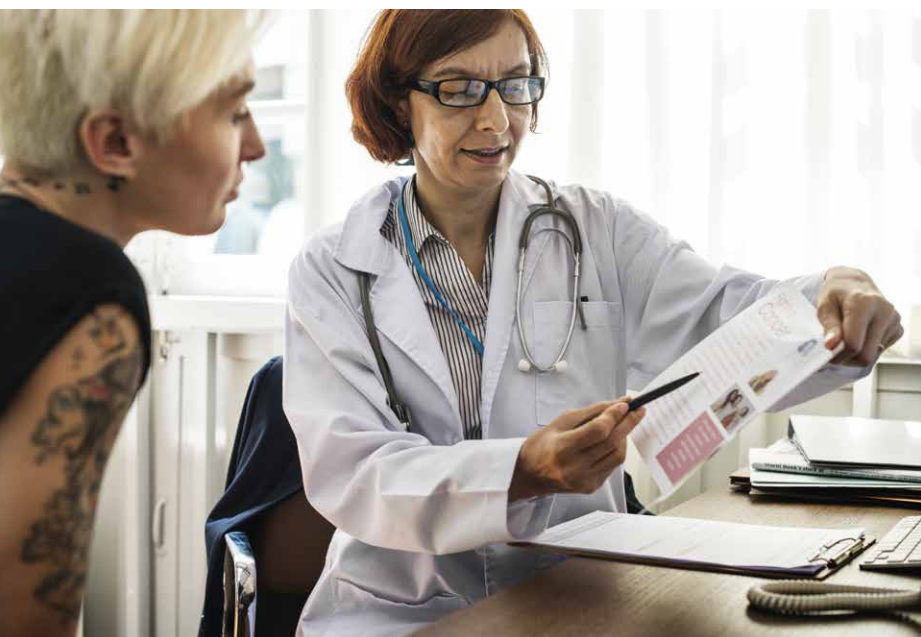
- Voraussetzung für die extrabudgetäre Abrechnung der Leistungen ist eine Kennzeichnung des Abrechnungsscheins in der Praxissoftware als „TSS-Terminfall“.

Rund zehn Euro für dringende Hausarzt-Vermittlungsfälle

Für die dringend notwendige Vermittlung eines Facharzttermins (einschließlich Überweisung) erhalten Hausärzte und Pädiater seit dem 1. September 2019 einen extrabudgetären Zuschlag zur Versichertenpauschale GOP 03000 bzw. GOP 04000. Für den HA-Vermittlungsfall wurden zwei neue GOP in den EBM aufgenommen.

HA-Vermittlungsfall

- Hausärzte (GOP 03008) sowie Kinder- und Jugendärzte (GOP 04008): Zusatzpauschale für die Vermittlung eines dringlichen Facharzttermins: 93 Punkte (10,07 €)
- Voraussetzung für die Berechnung des Zuschlags ist, dass der Termin innerhalb von vier Kalendertagen (also inkl. Wochenenden und Feiertagen) nach der vom Hausarzt/Pädiater festgestellten Behandlungsnotwendigkeit liegt. Der Tag nach dem Patientenkontakt mit der TSS gilt dabei rechnerisch als erster Tag.
- Der Zuschlag darf mehrfach berechnet werden, sofern der Haus-/Kinderarzt im selben Quartal an unterschiedliche Facharztgruppen überweist. Voraussetzung ist aber, dass der Patient im laufenden Quartal noch nicht von einem der betreffenden Fachärzte behandelt wurde. Der Arzt ist verpflichtet, diesbezüglich beim Patienten nachzufragen. Ferner ist bei der Abrechnung die Betriebsstättennummer (BSNR) der Facharztpraxis anzugeben (Die BSNR ist im Sicheren Netz der KVen unter der Kollegensuche ersichtlich).
- Der Zuschlag darf nicht abgerechnet werden, sofern die Überweisung innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) oder einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) erfolgt, in der/dem der Hausarzt/Pädiater selbst tätig ist.
- Der Zuschlag für den Haus-/Kinderarzt wird unabhängig davon gewährt, ob der Patient den Termin tatsächlich wahrnimmt.
- Gegenwärtig obliegt es der Einschätzung des Arztes, ob ein Fall als „dringlich“ gilt oder nicht. Künftig sollen hierzu gesonderte Kriterien gelten.



Zusätze für Terminfälle

Suffix (zur jeweiligen GOP)	Anzahl der Tage ab Terminvermittlung bis zum Tag der Behandlung	Zuschlag zur jeweiligen altersklassenspezifischen Versicherten-, Grund- bzw. Konsiliarpauschale
A	TSS-Akutfall (erst ab dem 1.1.2020): Behandlung innerhalb 24 Stunden, Voraussetzung: Kontaktaufnahme des Patienten mit der TSS, medizinische Ersteinschätzung, Einstufung als „dringender Fall“	50 %
B	1 bis 8 Tage	50 %
C	9 bis 14 Tage	30 %
D	15 bis 35 Tage	20 %

Der Facharzt erhält für die vom Hausarzt übermittelten Fälle keinen Zuschlag auf die Grundpauschale, darf jedoch seine Leistungen (im Arztgruppenfall*) extrabudgetär abrechnen. Zu diesem Zweck ist der Abrechnungsschein in der Praxissoftware als „HA-Vermittlungsfall“ anzulegen.

Extrabudgetäre Leistungen führen zu einer Umverteilung innerhalb der Gesamtvergütung

Für die extrabudgetär gewährten TSVG-Zuschläge stellen die Kassen zusätzliche Mittel bereit. Anders verhält sich dies in Bezug auf die extrabudgetär (zu festen Preisen) vergüteten TSVG-Leistungen. Auf Druck der gesetzlichen Krankenkassen gehen sie – jeweils für das erste Jahr nach Inkrafttreten der betreffenden Leistung – mit einer Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) einher (ausgenommen sind Leistungen im organisierten Bereitschaftsdienst, die zu 100% aus der MGV finanziert werden und Laborleistungen des EBM-Kapitels 32). Somit steht den Ärzten in der Gesamtbetrachtung hierfür kein zusätzliches Honorar zur Verfügung. Eine vollumfängliche Vergütung der Leistungen ist erst nach Ablauf von jeweils vier Bereinigungsquartalen geplant. Da gegenwärtig lediglich eine Umverteilung/Umstrukturierung des verfügbaren Gesamtbudgets erfolgt, wirken sich diese Leistungen negativ auf die Höhe der Regelleistungsvolumina (RLV) und Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina (QZV) aus. Bei den seit Mai 2019 verpflichtend geltenden offenen Sprechstunden gilt aufgrund der Begrenzung auf fünf Sprechstunden je Woche zusätzlich eine Deckelung der extrabudgetären Vergütung auf 5,83% (im 3. Quartal 2019) bzw. 17,5% der Arztgruppenfälle des Vorjahresquartals (ab dem 4. Quartal 2019). Übersteigen die Fallzahlen das Limit, werden die für die extrabudgetäre Vergütung heranzuziehenden Fälle der Praxis nach einem definierten Zufallsalgorithmus ausgewählt.

Kassen kündigen strenge Überwachung der Abrechnung an

Mit den extrabudgetären TSVG-Leistungen zielt der Gesetzgeber darauf ab, Anreize für eine Verbesserung der Versorgung zu setzen. Die Arztpraxen befinden sich diesbezüglich jedoch in der Zwickmühle. Von einer „Inflation“ der TSVG-Leistungen wären alle Niedergelassenen in Form eines „Hamsterrad-effekts“ betroffen. Ferner haben die Kassen bereits angekündigt, die Abrechnung genau zu überwachen und Prüfungen für „auffällige Praxen“ angedroht. Als auffällig gelten z.B. Hausärzte sowie Kinder- und Jugendärzte, die in mindestens 15% ihrer Fälle die Zehn-Euro-Pauschale nach EBM-Nr. 03008 bzw. 04008 ansetzen.

Fest steht, dass das TSVG mit den neuen Terminmeldepflichten, Leistungsverpflichtungen, Dokumentationsanforderungen und den Berechnungsregelungen für die verschiedenen Patientenkonstellationen (Neupatienten, TSS-Patienten, HA-Vermittlungsfälle, Patienten in offenen Sprechstunden) zu einer weiteren, nicht unerheblichen Erhöhung der Komplexität der Abrechnung beiträgt und zudem in die organisatorischen Prozesse der Praxen eingreift. Bleibt zu hoffen, dass schlussendlich wenigstens die Patienten tatsächlich von schnelleren Terminen profitieren werden. Zumindest gegenwärtig ist deren Nachfrage bei den TSS jedoch enttäuschend gering.

* Definition Arztgruppenfall: Alle ambulanten Leistungen, die von derselben Arztgruppe in der Praxis innerhalb desselben Quartals bei einem GKV-Patienten zulasten derselben Krankenkasse durchgeführt wurden.

Ein „echter“ Honorarzuwachs entsteht nur bei den extrabudgetären Zuschlägen.

Praxen sind in Zusammenhang mit den TSVG-Neuregelungen durch eine weitere Erhöhung des administrativen und organisatorischen Aufwands belastet.

NEUE BEDARFSPLANUNG: ÜBERZOGENE ERWARTUNGEN?

Die Mitte 2019 neu gefasste Bedarfsplanungsrichtlinie hat eine bessere Abbildung des regionalen Versorgungsbedarfs zum Ziel. Einer Berechnung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zufolge sollen sich hierdurch bundesweit über alle Fachgruppen hinweg fast 3.500 neue Niederlassungsmöglichkeiten für Vertragsärzte ergeben.



Die Landesausschüsse für Ärzte und Krankenkassen haben noch bis Ende 2019 Zeit, die Richtlinie umzusetzen. Mit der konkreten Ausführung ist in der ersten Jahreshälfte 2020 zu rechnen. Folgende Neuerungen (vereinfachend zusammengefasst) sollen künftig zu einer besseren Versorgung führen:

- Bessere Abbildung des regionalen Bedarfs durch ein neues zweistufiges Berechnungsverfahren der Verhältniszahlen (Einwohner-Arzt-Relationen): Während bislang nur das Alter der Bevölkerung in Form eines Demografiefaktors in die Berechnung einging, berücksichtigen die neuen Verhältniszahlen neben dem Alter (vier Altersgruppen) das Geschlecht und die Morbidität. Sie werden künftig im Zweijahresrhythmus an die demografische Entwicklung angepasst.
- Generelle Absenkung der Verhältniszahlen für Kinder- und Jugendärzte, Nervenärzte, Psychotherapeuten und Fachinternisten, wodurch mehr Sitze entstehen.
- Mindest-/Höchstquoten bei den Facharztinternisten (bezogen auf die regionale Verhältniszahl) zur Verhinderung von Über- bzw. Unterversorgung bei den Subspezialitäten. Bereits bestehende Praxen haben Bestandsschutz.
 - Rheumatologen: Mindestquote von 8% der facharztinternistischen Zulassungen eines Planungsbereichs (ab 2024 eventuell Erhöhung auf 10%)
 - Kardiologen: Höchstquote von 33%
 - Gastroenterologen: Höchstquote von 19%
 - Pneumologen: Höchstquote von 18%
 - Nephrologen: Höchstquote von 25%
- Quotenregelungen bei den Nervenärzten (hierzu zählen Nervenärzte, Ärzte mit doppelter Facharztanerkennung in den Gebieten Neurologie und Psychiatrie sowie Neurologen und

Psychiater): Diese sollen dafür Sorge tragen, dass in einer definierten Region 50% der nervenärztlichen Versorgung neurologisch und 50% psychiatrisch erfolgt. Nervenärzte bzw. Ärzte mit einem Doppelabschluss in Neurologie und Psychiatrie haben „Vorrang“, da sie beide Fachgebiete abdecken können. Die Zahl dieser Ärzte soll deshalb künftig mindestens 25% der Nervenärzte betragen. Planungsbereiche, die bereits ausreichend versorgt sind, aber die Quote nicht erreichen, erhalten zusätzliche Quotensitze. Die nach Abzug der Zahl der in einem Planungsbereich tatsächlich praktizierenden Nervenärzte sowie der Ärzte mit einem Doppelabschluss von der Arzt-Sollzahl verbleibenden Sitze werden hälftig zwischen Neurologen und Psychiatern aufgeteilt. Sofern die Mindestquote (bezogen auf die Sollzahl an Ärzten) bei einer der Facharztgruppen noch nicht erreicht ist, können sich auch hier neue Quotensitze in gesperrten Planungsbereichen ergeben.

- Quote für Psychosomater: Innerhalb der gesetzlichen Quote für ärztliche Psychotherapeuten von 25% gilt nun eine Quote von 50% für die Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Ziel ist die Sicherstellung der Versorgung von Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen durch eine ausreichende Anzahl an Spezialisten.
- Erhöhung des Gestaltungsfreiraums auf Landesebene: Die bislang für die Selbstverwaltungsgremien auf Landesebene bereits bestehende Möglichkeit, bei regionalen Besonderheiten von den GBA-Richtlinien abzuweichen, bleibt erhalten. Neu ist, dass die Landesbehörden künftig Zulassungssperren in strukturschwachen Regionen aufheben dürfen. Ferner erhalten die Bundesländer Mitspracherechte in den Landes- und Zulassungsausschüssen.

Sofern sich infolge der neuen Vorgaben die Zahl der Sitze deutlich erhöht, gilt eine dreijährige Übergangsregelung. Innerhalb dieser Frist haben die Landesausschüsse die Möglichkeit, grundsätzlich gut versorgte Planungsbereiche vorübergehend zu sperren, um Ärzte/Psychotherapeuten in jene Regionen zu lenken, in denen der Bedarf am größten ist.

Nach Anpassung der geltenden Verhältniszahlen ergeben sich rein rechnerisch bundesweit fast 3.470 neue Niederlassungsmöglichkeiten – davon fast 42% für Hausärzte, rund 22% für Psychotherapeuten, knapp 14% für Nervenärzte und ca. 12% auf Kinder- und Jugendärzte (vgl. Tab.). Hinsichtlich der räumlichen Verteilung rechnet der G-BA insbesondere in ländlich strukturierten Bundesländern (Bayern, Baden-Württemberg,

Bereits bestehende und neue Niederlassungsmöglichkeiten (Bund) nach Fachgruppe

Arztgruppe	Bisherige offene Sitze	Neue Sitze	Gesamte Niederlassungsmöglichkeiten
Anästhesisten	2,0	21,0	23,0
Augenärzte	53,0	131,5	184,5
Chirurgen/Orthopäden	5,5	2,0	7,5
Fachinternisten	0,0	32,0	32,0
Frauenärzte	22,0	20,0	42,0
Hausärzte	2.736,5	1.446,0	4.182,5
Hautärzte	56,0	20,0	76,0
HNO-Ärzte	53,0	20,0	73,0
Humangenetiker	2,5	-0,5	2,0
Kinder-/Jugendpsychiater	126,5	-3,0	123,5
Kinder-/Jugendärzte	10,5	401,0	411,5
Laborärzte	46,0	7,5	53,5
Nervenärzte	12,0	476,0	488,0
Neurochirurgen	24,5	10,0	34,5
Nuklearmediziner	52,5	13,0	65,5
Pathologen	29,5	6,0	35,5
PRM-Mediziner	90,0	9,0	99,0
Psychotherapeuten	103,0	776,5	879,5
Radiologen	2,0	6,0	8,0
Strahlentherapeuten	4,5	17,0	21,5
Transfusionsmediziner	3,0	1,0	4,0
Urologen	5,0	54,5	59,5
Alle Arztgruppen	3.439,5	3.466,5	6.906,0

Quelle: G-BA 2019

Nordrhein-Westfalen sowie in den ostdeutschen Bundesländern) mit einem Anstieg der Vertragsarztsitzzahlen.

Als größte Herausforderung gilt es, die neuen Sitze mit (zusätzlichen) Vertragsärzten zu besetzen. Andernfalls wird die neue Richtlinie nicht zu einer Verbesserung der Versorgung, sondern lediglich rein rechnerisch zu einer Verschärfung des Ärztemangels führen. Bereits heute sind nach Angaben des G-BA deutschlandweit mehr als 3.440 Sitze unbesetzt – davon allein ca. 2.737 im hausärztlichen Bereich (vgl. Tab.). Bei Addition mit den neu geschaffenen Sitzen ergeben sich somit bundesweit 6.906 Niederlassungsmöglichkeiten. Insbesondere im hausärztlichen Bereich müssen sich Praxisinhaber künftig auf noch größere Schwierigkeiten bei der Suche nach einem Nachfolger einstellen. In Abhängigkeit der Zahl der neuen Existenzgründungen können sich für die Bestandspraxen Veränderungen bei der Wettbewerbssituation ergeben. In diesem Zusammenhang ist auch zu berücksichtigen, dass bestehende Jobsharer automatisch eine volle Zulassung erhalten, sofern infolge der neuen Bedarfsplanung Planungsbereiche entsperret werden.

KVWL: Auswirkungen der neuen Bedarfsplanung

Die KVWL rechnet Ende November mit den detaillierten Ergebnissen. Ersten Hochrechnungen zufolge ergeben sich folgende Effekte:

- Hausärzte: weitere Absenkung der Zahl der gesperrten Planungsbereiche
- Psychotherapeuten: 57 zusätzliche Sitze in 11 der 27 Planungsbereiche; in den restlichen 16 bleibt die Lage unverändert
- Kinder- und Jugendmediziner: 35 neue Sitze; nur noch 10 der 27 Planungsbereiche bleiben gesperrt
- Nervenärzte: rund 34 neue Sitze; nur noch 9 Planungsbereiche bleiben gesperrt
- Rheumatologen: 12 neue Sitze in 6 Planungsbereichen
- Gastroenterologen, Kardiologen, Nephrologen, Pneumologen: durch die Maximalquoten ergeben sich einige neue Niederlassungsmöglichkeiten
- Augenärzte: kaum neue Sitze; voraussichtlich 7 überwiegend ländliche Planungsbereiche bleiben geöffnet
- HNO-Ärzte und Urologen: jeweils nur 1 zusätzlicher Sitz
- Chirurgen, Orthopäden, Frauenärzte, Hautärzte, Anästhesisten, Radiologen: keine zusätzlichen Sitze (lediglich Änderungen des Versorgungsgrades)

Die Bewerbungsfrist für die neuen Sitze läuft voraussichtlich von Dezember 2019 bis Februar 2020. Alle fristgerecht eingegangenen Anträge werden (ggf. in einem Auswahlverfahren) berücksichtigt. Detaillierte Informationen sind der Dezemberausgabe von KVWL Kompakt zu entnehmen. Bei einer Aufhebung der Zulassungssperre ist für die Praxisübergabe in den betreffenden Planungsbereichen kein Ausschreibungsverfahren mehr erforderlich. In diesen Fällen wird die KVWL die Ärzte mit laufendem Ausschreibungsverfahren sowie die Bewerber zeitnah informieren.

Kritik kommt auch vonseiten der regionalen Ärztevertreter, die bei der Bedarfsplanung sowohl generelle Flexibilitäts- und Autonomieeinbußen als auch eine politisch motivierte Einflussnahme der mit neuen Kompetenzen ausgestatteten Bundesländer (ähnlich wie im Krankenhausbereich) befürchten. Viele offene Fragen ergeben sich auch in Zusammenhang mit der Interpretation der neuen Quotenregelungen durch die jeweiligen Zulassungsausschüsse. Ein weiterer strittiger Punkt betrifft die fehlende Regelung zur Finanzierung der neuen Sitze. Ärztevertreter fordern, für die zusätzlichen Stellen auch zusätzliche finanzielle Mittel bereitzustellen (andernfalls käme es zu einer Umverteilung des Honorars). Die AOK wiederum kritisiert, dass die neue Bedarfsplanung innovative und sektorenübergreifende Versorgungsformen außer Acht lässt. Fest steht, dass die neuen Sitze „auf dem Papier“ für sich genommen in strukturschwachen Regionen nicht zur Verbesserung der Versorgung führen werden. Hier sind deshalb wie bislang Politik, Länder und Kommunen gefragt, Anreize für eine Niederlassung zu setzen.

HAT DAS BELEGARZTWESEN NOCH ZUKUNFT?

Belegärztlich tätige Ärzte sind insbesondere in den ländlichen Regionen ein wichtiger Bestandteil der medizinischen Versorgung. Dennoch ist die Zahl der Belegärzte und Belegbetten bereits seit Jahren rückläufig. Experten schlagen Alarm und drängen auf eine Reformierung des Belegarztsystems, um den Abwärtstrend zu stoppen.

Bis in die 1960er Jahre war das Belegarztwesen insbesondere in den ländlichen Regionen ein beliebtes Instrument zur Sicherstellung der stationären Versorgung. Im Laufe der Zeit wurden jedoch zunehmend Belegarztabteilungen in Hauptabteilungen umgewandelt bzw. neue Abteilungen bevorzugt hauptamtlich errichtet. Die Zahl der Belegärzte nimmt Jahr für Jahr ab. Laut Statistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) gab es 2018 nur noch 4.599 Belegärzte und damit 21,5% weniger als noch 2008. Auch aufseiten der Krankenhäuser spiegelt sich diese Entwicklung wider. So sank die Zahl der reinen Belegkrankenhäuser zwischen 2007 und 2017 von 155 auf 98. Zu den häufigsten Belegarzt-fachgruppen zählen mit einem Anteil von über einem Viertel die HNO-Ärzte gefolgt von den Orthopäden und Frauenärzten (vgl. Abb.). Dabei verfügen gut 75% aller Belegärzte über weniger als 10 Belegbetten; ein kleinerer Anteil von rund 8% versorgt mehr als 20 Betten.

Weshalb verliert das Belegarztwesen an Attraktivität?

Verantwortlich für den Rückgang der Belegarzt-tätigkeit sind diverse Entwicklungen. Eine Erklärung liefert der medizinisch-technische Fortschritt, der dazu führt, dass immer mehr Eingriffe auch ambulant erbracht werden können. Für das ambulante Operieren ist der Zugriff auf die Infrastruktur des Krankenhauses nicht mehr notwendig. Hinzu kommt, dass sich dank der extrabudgetären Vergütung gute Einkommenschancen ergeben.

Zum Abwärtstrend trägt außerdem das Aufkommen anderer Versorgungsformen bei. Junge Ärzte legen zunehmend Wert auf eine ausgeglichene Work-Life-Balance.

Die mit einer Belegarzt-tätigkeit einhergehende zusätzliche Arbeitsbelastung und Verantwortung, einschließlich der Pflicht zum Wohnsitz in der Nähe der Klinik, ist für junge Ärzte wenig attraktiv.

Der Spitzenverband Fachärzte Deutschland e.V. (SpiFa) verweist auf die ungleichen Wettbewerbsbedingungen für den stationären sowie niedergelassenen Bereich im SGB V. Während Niedergelassene und somit auch Belegärzte nach dem sog. Erlaubnisvorbehalt (§ 135) innovative Untersuchungs- und Behandlungsmethoden erst nach Zulassung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss erbringen und abrechnen dürfen, findet diese Beschränkung auf Klinikärzte keine Anwendung (Verbotsvorbehalt nach § 137c). Eine weitere Benachteiligung sieht der SpiFa im Honorarsystem. Die Vergütung belegärztlicher Leistungen über den Ein-

heitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) liegt deutlich unter jener der Diagnosis Related Groups der Hauptabteilungen, weshalb auch hiervon keine Anreize für die Belegarzt-tätigkeit ausgehen.

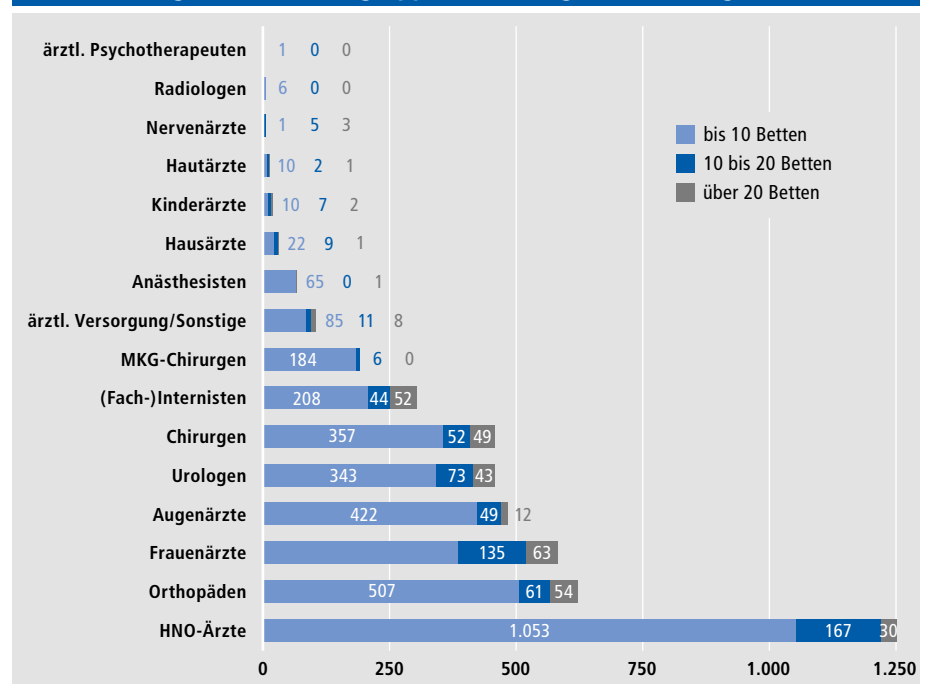
Modelle für den Belegarzt der Zukunft

Der SpiFa verfolgt seit Langem das Ziel, den Abwärtstrend bei den Belegärzten zu stoppen und drängt auf eine Reformierung des Systems. Zwei mögliche Modelle wurden im Mai dieses Jahres beim Sicherstellungskongress der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Berlin vorgestellt:

Liberales Modell:

- Abschaffung der Zulassungsbeschränkungen für die belegärztliche Versorgung: Bislang kommt für eine belegärztliche Tätigkeit in einem gesperrten Planungsbereich nur ein bereits dort

Zahl der Belegärzte nach Fachgruppen und Belegbettenkontingenten 2018



Quelle: KBV, 2019 Grafik: REBMANN RESEARCH



niedergelassener Vertragsarzt in Frage. Ein Zulassungsbewerber hat somit keine Aussicht auf Erfolg. Dies hat zur Folge, dass trotz des vorhandenen Bedarfs keine neuen Belegabteilungen entstehen können.

- Ersatz des Erlaubnisvorbehalts durch den Verbotsvorbehalt: Durch eine gleichberechtigte Ausgangsposition können auch Belegärzte moderne Behandlungsmethoden ohne Umwege anbieten.
- Überarbeitung des Finanzierungssystems: Eine Vereinheitlichung der Vergütungssituation für Haupt- und Belegabteilungen würde für eine faire Wettbewerbssituation zwischen beiden Bereichen sorgen. Auch die Vergütung der belegärztlichen Leistungen sollte weniger reguliert und vom Krankenhaus direkt mit den Belegärzten vereinbart werden.

Reguliertes Modell:

- Übertragung der Zulassungsentscheidungen auf den erweiterten Landesausschuss (größere Steuerungsmöglichkeiten).
- Beschränkung der Belegarztstätigkeit auf Kooperationsmodelle mit mindestens drei Ärzten der gleichen Fachrichtung (Garantie einer Patientenversorgung rund um die Uhr).
- Ersatz des Erlaubnisvorbehalts durch den Verbotsvorbehalt und einheitliche Vergütung: Hierdurch sollen wie beim Liberalen Modell gleiche Wettbewerbsbedingungen (ambulant/stationär) geschaffen werden.

Eine Wiederbelebung des Belegarztwesens lohnt sich

Auch wenn das Belegarztwesen nicht ausschließlich Befürwortung findet, gibt es zahlreiche Gründe, die für eine Reformierung sprechen. So trägt die sektorenübergreifende Versorgungsform zum Abbau von Informationsverlusten, Doppeluntersuchungen und der Vermeidung sonstiger Schnittstellenprobleme bei. Patienten genießen den Vorteil einer ambulant-stationären Betreuung durch den Arzt ihres Vertrauens ohne Versorgungsbrüche. Belegärzte profitieren vom erweiterten Leistungsspektrum und den damit verbundenen positiven Auswirkungen auf die Auslastung der Praxis. Im Vergleich zu den ambulanten Operationen sind dank der Klinikinfrastruktur (u. a. Intensivmedizin) größere Eingriffe möglich. Positiv zu werten ist ferner der enge Kontakt und fachliche Austausch mit den Kollegen in der Klinik.

Vor allem in den Fachrichtungen Gynäkologie, Urologie, HNO, Chirurgie und Orthopädie, Augenheilkunde sowie der Inneren Medizin und vor allem in den Flächenstaaten Deutschlands kommt der belegärztlichen Versorgung nach wie vor eine wichtige Rolle zu. Rund 46% aller Kliniken in Deutschland verfügen über mindestens eine Belegabteilung. Gemessen an den vollstationären Fällen ist die belegärztliche Versorgungsrelevanz mit 9% in Hessen am stärksten, gefolgt von Bayern (8%), Rheinland-Pfalz

Steckbrief Belegarztstätigkeit

- **Vergütung:** Belegärztliche Leistungen zählen nicht zu den Krankenhausleistungen und werden auf Grundlage des EBM (eigenes Kapitel) extrabudgetär vergütet. Bei Privatpatienten liquidiert der Belegarzt nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Die Leistung des Krankenhauses (Unterkunft, Pflege und Verpflegung) wird nach Belegarzt-DRG Teil B honoriert.
- **Belegarztvertrag:** Nach § 121 Abs. 5 SGB V können Kliniken, die Belegbetten zur Verfügung stellen, mit Belegärzten Honorarverträge zur Vergütung der belegärztlichen Leistungen schließen. Im Gegensatz zum Honorararztmodell besteht kein arbeitnehmerähnliches Verhältnis mit dem Krankenhaus. Für die Nutzung der Krankenhausinfrastruktur (einschließlich der ärztlichen Dienste) stellt das Krankenhaus dem Belegarzt die anteiligen Kosten (in der Regel in Form einer pauschalen Nutzungsgebühr) in Rechnung.
- **Haftung:** Das Krankenhaus haftet grundsätzlich für alle nicht ärztlichen und der Belegarzt für die ärztlichen Leistungen (Berufshaftpflichtversicherung zur Abdeckung des operativen Risikos erforderlich).

und Schleswig-Holstein (6%) sowie Niedersachsen (4%) und Baden-Württemberg (4%). Mit Blick auf den demografiebedingten steigenden Bedarf, den fortgesetzten Abbau stationärer Kapazitäten und den Facharztmangel in Kliniken bieten Belegabteilungen ein geradezu ideales Modell zur Aufrechterhaltung einer stationären Grundversorgung in strukturschwachen Gebieten. Durch eine Reformierung und attraktivere Rahmenbedingungen könnte das Belegarztwesen somit künftig einen wichtigen Beitrag zur Sicherung der Patientenversorgung, zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit und der Arbeitszufriedenheit der Mediziner selbst leisten.



REGIONAL

WESTFALEN-LIPPE: NEUE IDEEN FÜR DEN NOTDIENST

Westfalen-Lippe verfügt mittlerweile über ein sehr gut ausgebautes Netz mit fast 100 Bereitschaftspraxen; häufig an oder in der Nähe einer Klinik. Ein großer Vorteil liegt darin, dass die Patienten eine feste Anlaufstelle haben und die Suche nach der jeweiligen diensthabenden Praxis entfällt. Mit dem Ziel der Verbesserung der Notfallversorgung laufen darüber hinaus in der KV-Region gleich mehrere vielversprechende Projekte.

Zentrale Bereitschaftsdienstpraxen entlasten Niedergelassene und Krankenhäuser.

Mit den Notfalldienstpraxen am Knappschaftskrankenhaus in Bochum und an der Universitätsklinik Münster gibt es in Westfalen-Lippe seit Februar 2019 zwei neu eingerichtete augenärztliche Bereitschaftsdienste. Vorreiter bei den fachärztlichen Bereitschaftsdienstpraxen ist die Stadt Bochum, die mit zentralen Notfalldienstpraxen für Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendmedizin sowie Augen- und HNO-Heilkunde ausgestattet ist. Im August dieses Jahres eröffnete ferner eine HNO-Bereitschaftsdienstpraxis am Prosper-Hospital in Recklinghausen. Die Zentralisierung der Notdienste setzt sich damit fort. Ziel ist neben der schnellen und qualitativ hochwertigen Versorgung von Notfallpatienten auch die Entlastung der niedergelassenen Ärzte sowie der stationären Notaufnahmen.

Doch trotz des wachsenden Notdienstpraxenangebots besteht nach wie vor das Problem, dass Patienten ohne stationäre Versorgungsrelevanz die Klinikambulanzen überlasten und dort für lange Wartezeiten sorgen. Hier bieten die sogenannten Portalpraxen – die bis 2020 in ganz Nordrhein-Westfalen flächendeckend eingeführt werden sollen – eine vielversprechende Lösung. Portalpraxen sind räumlich

Portalpraxen steuern die Patienten in die richtige Versorgungsebene.

und organisatorisch mit der Notfallambulanz eines Krankenhauses verbunden. Das „Ein-Tresen-Modell“ erlaubt eine strukturierte Ersteinschätzung der Patienten nach Schweregrad und Dringlichkeit der Behandlung. Je nach festgestelltem Versorgungsbedarf werden die Patienten dann zum richtigen Behandlungsort weitergeleitet – in die ärztliche Bereitschaftspraxis, in die Notfallambulanz einer Klinik oder in eine ambulante Arztpraxis (zu den regulären Sprechzeiten). Künftig ist eine Verknüpfung der Portalpraxen mit dem Apothekennotdienst geplant, um auch die medikamentöse Versorgung im Nacht- und Notdienst zu optimieren.

In Westfalen-Lippe gibt es nach Auskunft der KVWL bereits 16 allgemeinmedizinische sowie neun kinderärztliche Portalpraxen. Darüber hinaus läuft in der Region Ostwestfalen-Lippe seit Juli 2018 ein Modellversuch mit einer gemeinsamen Notrufzentrale. Diese soll für eine dem Behandlungsbedarf und der Dringlichkeit angepasste Steuerung der Patienten in den ambulanten und stationären Bereichen sorgen. Das auf drei Jahre angelegte, von der KVWL mit insgesamt 900.000 € unterstützte Projekt umfasst die Landkreise Höxter, Lippe und Paderborn und damit

eine Region mit mehr als 800.000 Einwohnern, 12 Kliniken, rund 75 Rettungs- und Krankentransportwagen sowie 15 Notarzteinsetzungsfahrzeugen.

Kernpunkt der sog. Integrierten Leitstelle (ILS) ist die Zusammenführung der Anrufe im Bereich des ärztlichen Bereitschaftsdienstes (116117), des stationären Notdienstes (112) sowie des Krankentransports (19222). Alle Anrufer erreichen die lokale Leitstelle. Die speziell geschulten Disponenten haben nicht nur Zugriff auf Rettungsdienst und Notarzt, sondern leiten die Patienten entsprechend ihres Versorgungsbedarfs weiter, z.B. in eine ärztliche Bereitschaftsdienstpraxis. Sie können aber auch einen Hausbesuch anfordern oder erforderlichenfalls einen Transport organisieren. Unterstützend steht für die Mitarbeiter und bei Bedarf für die Patienten zu den Stoßzeiten an den Wochenenden ein Arzt in Rufbereitschaft zur Verfügung. Zu den besonders frequentierten Zeiten sind mittwoch- und freitagnachmittags sowie an den Wochenenden und Feiertagen zusätzliche Disponenten im Einsatz. Die ersten Ergebnisse sprechen für den Erfolg des Projekts.

- **Hohe Inanspruchnahme und gute Akzeptanz:** Insgesamt verzeichnete die ILS im 2. Halbjahr 2018 bereits knapp 19.500 Anrufe, die über die Nummer des ärztlichen Bereitschaftsdienstes 116117 weitergeleitet wurden. Bislang gab es keine Beschwerden vonseiten der Patienten.
- **Kurze Wartezeiten:** Die durchschnittliche Wartezeit für Anrufer lag bei nur 21,46 Sekunden. Bei nicht lebensbedrohlichen Situationen wurde

(sofern erforderlich) innerhalb weniger Minuten ein Hausbesuch durch den ärztlichen Bereitschaftsdienst organisiert, der in der Regel nach 35 Minuten beim Patienten eintraf.

- **Effektives Triagemodell:** Die Fehlansprachen des Rettungsdienstes und der Krankenhausaufnahmen wurden reduziert und Patienten in die richtige Versorgungsschiene gesteuert. In 1.199 Fällen löste der Anruf beim ärztlichen Bereitschaftsdienst Notfalleinsätze des Rettungsdienstes aus. Umgekehrt wurden 580 Anrufer der 112 an den Bereitschaftsdienst verwiesen.
- **Synergieeffekte:** Die Konzentration von Technik und Personal an einer zentralen Stelle spart finanzielle und zeitliche Ressourcen. Durch die kreisübergreifende Disposition haben sich z.B. die Fahrtstrecken für den ärztlichen Bereitschaftsdienst verkürzt.

Nach Abschluss des Projekts Ende Juni 2021 ist eine Auswertung geplant, deren Kosten vom Land Nordrhein-Westfalen übernommen werden. Auch in Nordrhein läuft ein entsprechendes Projekt. Mit dem Ausbau der Portalpraxen und dem Modell der ILS ist Westfalen-Lippe bestens für die anstehende Reform des Notdienstes gerüstet. So sehen die aktuellen Pläne des Bundesgesundheitsministeriums nicht nur sog. Integrierte Notfallzentren (INZ) mit einem „Ein-Tresen-Modell“ zur Steuerung der Patienten vor, sondern auch sog. Gemeinsame Notfall-Leitstellen (GNL), die sowohl unter der Nummer 112 als auch der 116117 erreichbar sind.

Integrierte Leitstellen in NRW könnten Vorbild für eine bundesweite Lösung sein.

VERANSTALTUNGSANKÜNDIGUNG

»DIE MEDIZINISCHE FAKULTÄT DER UNIVERSITÄT BIELEFELD UND IHRE BEDEUTUNG FÜR DIE UNIVERSITÄT, DIE STADT UND DIE REGION OWL«

Im Rahmen des 50. Geburtstages der Universität Bielefeld findet am 28. November 2019 um 19 Uhr eine hochkarätig besetzte Diskussionsrunde in der Bielefelder Volksbank-Zentrale am Kesselbrink statt.

Der neue Präsident der Bundesärztekammer, der Bielefelder Arzt Dr. Klaus Reinhardt, wird gemeinsam mit Prof. Dr. Gerhard Sagerer, Rektor der Universität Bielefeld, Oberbürgermeister Pit Clausen und Dr. Rainer Norden von den Bodelschwingschen Stiftungen Bethel die Bedeutung einer Medizinischen Fakultät für Bielefeld und die Region

beleuchten. Dabei werden auch die Herausforderungen im gesamten Gesundheitswesen zur Sprache kommen. Moderiert wird die Veranstaltung von Dirk Slyter, Radio Bielefeld.

Die Volksbank Bielefeld-Gütersloh lädt alle Interessierten herzlich zu dieser informativen Veranstaltung ein.

Anmeldungen können direkt bei Sabine Dammeyer erfolgen unter Tel. 0521 544 252 oder sabine.dammeyer@volksbank-bi-gt.de



Dr. Klaus Reinhardt,
Präsident der
Bundesärztekammer

AMBULANTE SPEZIALFACHÄRZTLICHE VERSORGUNG: EINE BESTANDSAUFNAHME

Ziel der bereits 2012 eingeführten ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) nach § 116b SGB V ist es, einen interdisziplinären und sektorübergreifenden Versorgungsbereich zu schaffen, in dem Kliniken und spezialisierte Schwerpunktpraxen gleichberechtigt sind, bei gleicher Vergütung ohne Mengenbeschränkungen Leistungen erbringen zu dürfen. Doch auch sieben Jahre nach ihrem Start entwickelt sich die Versorgungsform nur zögerlich.



Die ASV richtet sich an Patienten mit komplexen, schwer therapierbaren Erkrankungen und gliedert sich in drei Bereiche:

1. Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen (z. B. Krebserkrankungen, Rheuma oder Herzinsuffizienz)
2. Seltene Erkrankungen/Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen (z. B. Tuberkulose, Mukoviszidose oder Marfan-Syndrom)
3. Hochspezialisierte Leistungen (z. B. CT/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen oder Brachytherapie)

Kennzeichnend für die besondere Versorgungsform ist die Diagnostik und Behandlung durch ein Team spezialisierter Ärzte verschiedener Fachrichtungen. Für Ärzte und Kliniken gelten strenge Qualitätsvorgaben (hinsichtlich Qualifikation, personeller und sachlicher Ausstattung, Mindestfallzahlen etc.). Diese definiert der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) neben den generellen in der ASV-Richtlinie festgelegten Bestimmungen zusätzlich für jede Erkrankung in einem gesonderten Anhang. Die ohne Mengenbeschränkungen außerbudgetär abrechenbaren Einzelleistungen sind im sog. Appendix festgelegt.

Die ASV entwickelte sich in der Anfangsphase überaus schleppend. Auch heute, rund sieben Jahre nach dem Start, fallen die Ergebnisse bezüglich der Umsetzung in der Praxis noch bescheiden aus. Mitte 2019 waren erst 12 von insgesamt 25 im

§ 116b SGB V vorgegebenen Krankheitsbildern/hoch spezialisierten Leistungen in einer entsprechenden Regelung konkretisiert (vgl. Tab.). Zu den hoch spezialisierten Leistungen gibt es noch keine Beschlüsse. Den Zahlen der ASV-Serviceestelle zufolge waren Mitte September 2019 bundesweit insgesamt 259 ASV-Teams im Einsatz. Fast die Hälfte entfiel auf den Bereich der gastrointestinalen Tumoren, wo die entsprechende Konkretisierung bereits seit 2014 in Kraft ist. Für die neueren Indikationen gibt es erst wenige oder zum Teil noch gar keine Teams (vgl. Tab.).

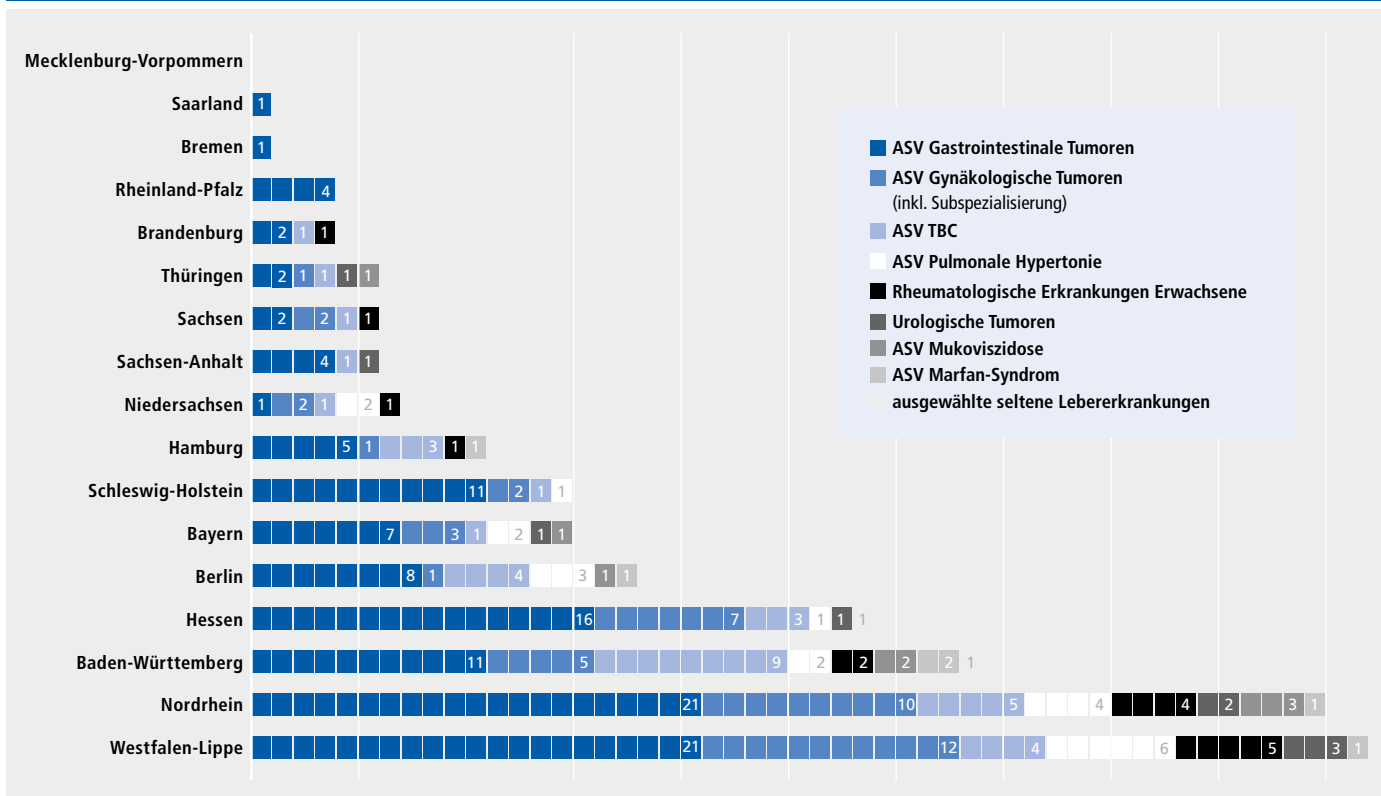
Das Versorgungsangebot verteilt sich sehr unterschiedlich auf die einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Während es in Mecklenburg-Vorpommern kein einziges Team gibt,

Zahl der ASV-Teams (Bund) und Inkrafttreten nach Indikation

		Anzahl der ASV-Teams	Inkrafttreten
1	Gastrointestinale Tumoren	117	26. Juli 2014
2	Gynäkologische Tumoren ohne Subspezialisierung	43	10. August 2016
2a	Subspezialisierung Mammakarzinom	1	10. August 2016
2b	Subspezialisierung andere gynäkologische Tumoren	2	10. August 2016
3	TBC und atypische Mykobakteriose	35	24. April 2014
4	Pulmonale Hypertonie	21	1. Juni 2016
5a	Rheumatologische Erkrankungen – Erwachsene	14	19. April 2018
5b	Rheumatologische Erkrankungen – Kinder/Jugendliche	0	19. April 2018
6	Urologische Tumoren	9	26. April 2018
7	Mukoviszidose	8	18. März 2017
8	Marfan-Syndrom	6	30. Juni 2015
9	ausgewählte seltene Lebererkrankungen	2	16. August 2018
10	Morbus Wilson	0	12. Juni 2018
11	Hauttumoren	0	11. Mai 2019
12	Hämophilie	0	4. Juli 2019
	Summe	259	

Quelle: ASV-Serviceestelle Stand: 12.09.2019 Darstellung: REBMAN RESEARCH

ASV-Teams nach Indikation und KV-Region



Quelle: ASV-Servicestelle Grafik: REBMAN RESEARCH Stand: September 2019

entfallen auf Westfalen-Lippe und Nordrhein 20,1 % bzw. 19,3 % aller ASV-Teams, wodurch das Bundesland Nordrhein-Westfalen einen Anteil von fast 40 % auf sich vereint (vgl. Abb.). Auch innerhalb der KV-Regionen bestehen starke Ungleichgewichte. So kam eine vom Bundesverband ambulante spezialfachärztliche Versorgung e.V. initiierte und von der bbw Hochschule Berlin ausgeführte Studie zu dem Ergebnis, dass im Jahr 2017 insgesamt 78 % der Teamleitungen auf Städte mit mehr als 50.000 Einwohnern und nur 3 % auf ländliche Gemeinden entfielen.

Die Gründe für die schleppende Umsetzung der ASV sind insbesondere in dem überaus bürokratischen und komplizierten Verfahren zu suchen. Die Befragung unter den ASV-Teamleitern durch die bbw Hochschule Berlin in Kooperation mit dem Bundesverband ASV ergab, dass 75 % der Teamleiter den erforderlichen Zeitaufwand des Anzeigeverfahrens beim erweiterten Landesausschuss (eLA) als eher schlecht oder sogar sehr schlecht bewerteten. Ein ähnliches Ergebnis zeigte sich hinsichtlich des Umfangs der einzureichenden Unterlagen, der von 70 % als eher schlecht bis sehr schlecht beurteilt wurde. Ebenfalls 70 % der befragten Teamleiter bewerteten den Aufwand des Abrechnungsverfahrens als aufwendig. Nachholbedarf besteht auch in Bezug auf die technische Vernetzung. Lediglich 35 % der Teams nutzte eine gemeinsame IT-Infrastruktur (z.B. zum Austausch von Befund- und Behandlungsdaten). Ernüchternd ist ferner, dass lediglich 45 % der Umfrageteilnehmer der ASV einen hohen Zusatznutzen für die Patienten attestierten. 11 % bewerteten

diesen als mittel, 22 % als gering und 11 % als nicht vorhanden/feststellbar. Bei dieser Fragestellung kam es jedoch je nach Indikation zu sehr divergierenden Ergebnissen. So attestierten 100 % der Leiter der Teams für gastrointestinale Tumoren der ASV einen hohen Zusatznutzen für die Patienten.

Die Umfrage kommt ferner zu dem Ergebnis, dass die Kliniken in den ASV-Teams überrepräsentiert sind. Die Studienautoren vermuten, dass Krankenhäuser aufgrund ihrer organisatorischen Strukturen über bessere Voraussetzungen verfügen, um die aufwendigen Anzeigeverfahren bei den eLA zu bewältigen. Zur Unterstützung von ASV-Teams im niedergelassenen Bereich (und damit auch außerhalb der Ballungszentren) fordern sie deshalb größere Entscheidungsspielräume für die eLA, u.a. bezüglich möglicher Ausnahmen bei der Teamzusammensetzung (z.B. wenn bestimmte Fachgruppen nicht in zumutbarer Entfernung vorhanden sind). Ferner empfehlen sie, das Anzeigeverfahren u.a. durch die Umstellung auf eine elektronische Form zu vereinfachen und zwischen den 17 eLA anzugleichen. Nicht zuletzt sollten auch die Auswirkungen der ASV auf die Qualität der Patientenversorgung sowie in Bezug auf ihre Kosten für die gesetzliche Krankenversicherung evaluiert werden. Zur Beantwortung dieser Fragen bedarf es jedoch weiterer Studien.

DAS ARZTZENTRUM ALS PRAXISFORM DER ZUKUNFT: ZEITGEMÄSSE BERUFS AUSÜBUNGSMODELLE IM AMBULANTEN BEREICH

Einer Prognose zufolge werden bis zum Jahr 2030 bereits 55% aller Ärzte im ambulanten Bereich in Form einer Anstellung arbeiten. Der sich abzeichnende Kooperations- und Konzentrationsprozess stellt Politik und Selbstverwaltung vor die Herausforderung, Nachwuchsärzten alternative und attraktive Möglichkeiten der Berufsausübung zu bieten.

Das Verständnis vom Beruf des Arztes unterliegt einem Wandel. Die nachrückende Ärztegeneration drängt auf eine ausgeglichene Work-Life-Balance und entsprechend gestaltete Arbeitszeiten. Umfragen zeigen, dass eine Rund-um-die-Uhr-Verfügbarkeit für die jungen Ärzte ebenso wenig attraktiv ist, wie größere finanzielle Risiken in Zusammenhang mit der Existenzgründung oder die Arbeit als „Einzelkämpfer“. Mit Blick auf die Sicherstellung der ambulanten Versorgung sind deshalb neue Arbeitsmodelle gefragt. Kooperative Berufsausübungsmodelle bieten den Vorteil, dass beruflichen Neueinsteigern der Start (u.a. dank der meist bereits vorhandenen, gewachsenen Praxisstruktur) erleichtert wird. Gleichzeitig ermöglichen sie die Arbeit im Team sowie eine weiterführende Spezialisierung innerhalb des Fachgebietes.

Neben der klassischen Anstellung in einer Praxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) bietet der ambulante Markt vielfältige und zum Teil über-

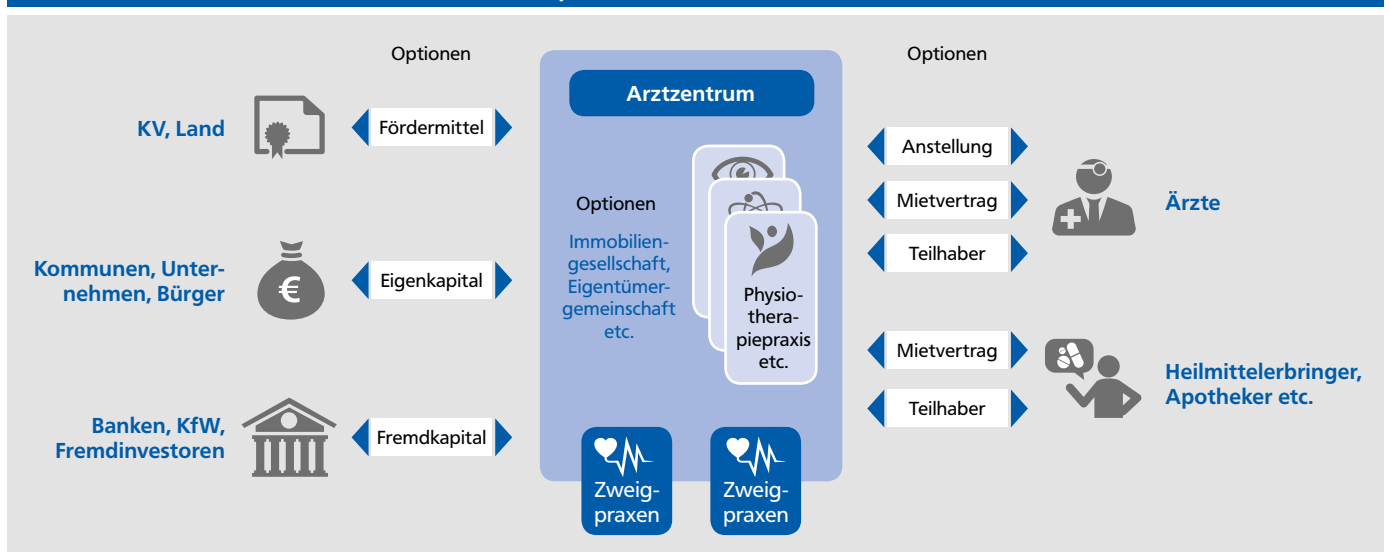
aus flexible Gestaltungsmöglichkeiten. Wichtige Einflussfaktoren bilden hierbei die Gegebenheiten vor Ort. Grundstock für eine im Folgenden mit dem Überbegriff „Arztzentrum“ bezeichnete Kooperation (unabhängig von der Organisations- oder Rechtsform) bildet ein Team aus mindestens drei Ärzten und eine gemeinschaftlich genutzte Immobilie. Mit Blick auf Skalen- und Synergieeffekte sowie die organisatorische Flexibilität ist auf mittlere Sicht eine Vergrößerung um weitere Sitze erstrebenswert.

Vielfältige Finanzierungs- und Betreibermodelle zum Erhalt der wohnort-nahen Versorgung

Je nach individueller Risikobereitschaft und lokaler Versorgungslage gibt es für die Finanzierung der räumlichen und technischen Infrastruktur eines Arztzentrums verschiedene Optionen. Im klassischen Fall übernehmen die Praxisgründer selbst die Finanzierung. Insbesondere in Gegenden mit ausgeprägtem Ärzte-

mangel steigt jedoch die Bereitschaft der Kommunen, sich aktiv in die Versorgung einzubringen. Bundesweit gibt es bislang nur wenige kommunale MVZ und kommunale Eigeneinrichtungen – doch das Interesse wächst. Denkbar sind auch Beteiligungen von Unternehmen und sogar Bürgern, die gegebenenfalls gemeinsam mit der Kommune Eigenkapital für die Einrichtung zur Verfügung stellen (vgl. Abb.). Ergänzend ist die Aufnahme von Fremdkapital möglich. Diesbezüglich bietet sich die Bank vor Ort als idealer Ansprechpartner an. Sie kennt die lokalen Versorgungsgegebenheiten und Akteure, verfügt über umfangreiche Informationen zu den Fördermöglichkeiten (u.a. über die KfW) sowie im besten Fall über spezialisierte Freiberuflerberater mit Fachwissen und Beratungserfahrung im ambulanten Bereich. Darüber hinaus bieten auch die Kassenärztlichen Vereinigungen grundlegende Beratung sowie in ausgewiesenen Gebieten und Fachgruppen auch finanzielle Unterstützung u.a. für die Praxisgründung.

Arztzentrum: Vereinfachtes Grundmodell und Optionen



Quelle: www.arztzentren.de Grafik: REBMANN RESEARCH

Den Nachwuchszärzten bietet das Arztzentrum in Abhängigkeit des ausgewählten rechtlich-organisatorischen Konstrukts die Möglichkeit eines risikofreien Einstiegs in die ambulante Tätigkeit – entweder über die Anstellung im Arztzentrum oder das Anmieten von Praxisräumen. Aus Sicht der Inhaber der Praxis/Immobilie bestehen sowohl hinsichtlich des Beschäftigungsmodells als auch in Bezug auf die Vermietung der Räumlichkeiten flexible Möglichkeiten. Neben Teilzeitanstellungen, geteilten Diensten und der Beschäftigung von Weiterbildungsassistenten ist auch eine tageweise Vermietung der Infrastruktur (Praxisräume oder auch OP-Räume für ambulante Eingriffe) an verschiedene Fachärzte denkbar.

Ferner besteht die Option, dass die Nachwuchszärzte nach einem erfolgreichen Berufsstart selbst Teilhaber der Praxis werden. Während sich junge Ärzte somit ohne Risiko mit der Tätigkeit in der ambulanten Versorgung vertraut machen können, bietet sich die Modulpraxis gleichermaßen auch als ideales Ausstiegsmodell für Seniorärzte an. Über die Einbringung ihres Vertragsarztsitzes und die anschließende Anstellung ist ein stufenweiser Übergang in den Ruhestand möglich, wobei die jüngeren Mediziner vom großen Erfahrungsschatz der älteren profitieren können. Gleichzeitig bietet sich so eine Lösung für die zunehmenden Probleme bei der Suche nach einem Praxisnachfolger.

Arztzentrum bietet Möglichkeit der Entlastung von betriebswirtschaftlichen Aufgaben

Die Delegation der Administration bzw. des betriebswirtschaftlichen Aufgabenbereichs an einen Praxismanager (externer Dienstleister oder ärztlicher Mitinhaber, der für diese Tätigkeit teilweise freigestellt wird) bietet den Ärzten ausreichenden Freiraum für die Patientenversorgung und entlastet sie von den in der Regel als unangenehm empfundenen bürokratischen Aufgaben. Hinzu kommt, dass das zentralisierte Management und

ATLAS MEDICUS® ARZTZENTREN

Kooperative Modelle im ambulanten Bereich werden immer beliebter. Deutschlandweit gibt es nach obiger Definition bereits mehr als 13.000 Arztzentren. Dies geht aus einer aktuellen Erhebung der Heilberufedatenbank ATLAS MEDICUS® hervor, die nun einen eigenen Bereich für Arztzentren umfasst. Diese bietet künftig spezielle Tools für Arztzentren, wie Standortanalysen unter Einbeziehung der Konkurrenzsituation und Kooperationsmöglichkeiten oder einem Benchmarking mit vergleichbaren Einrichtungen. Weitere Informationen dazu erhalten Sie auf der Website www.arztzentren.de

die gemeinsame Nutzung der Infrastruktur zu Synergien führen. Diese schlagen sich z.B. in positiven Kosteneffekten durch eine bessere Auslastung von Geräten, gemeinsam genutztem Personal (z. B. Empfang, Hausmeister, Reinigungskräfte etc.) und Räumen (wie Wartezimmer, sanitäre Anlagen, Personräume), einem gemeinsamen Marketingauftritt oder Einkaufsvorteilen beim Sprechstundenbedarf nieder. Je nach Art der praktizierenden Fachgruppen sind gegebenenfalls einfache Vertretungslösungen möglich. Auch Patienten profitieren von längeren Öffnungszeiten und einer besseren telefonischen Erreichbarkeit sowie kurzen Wegen bei der Überweisung an einen Kollegen im Haus und einer besseren fachübergreifenden Zusammenarbeit.

Sicherung der Versorgung in der Peripherie und ergänzende nicht ärztliche Angebote

Arztzentren können über die Ausgründung von Zweigpraxen auch zur Abdeckung der Versorgung im Umland beitragen (neue Rechtslage MVZ). Hierbei werden künftig auch digitale Angebote, wie Videosprechstunden und Telekonsile eine wichtige Rolle spielen. Ferner ist insbesondere bei größeren Immobilien eine Ergänzung um kompatible Angebote wie z.B. Apotheken, Heilmittelerbringer, Fitnessstudios etc. möglich. Diese tragen nicht nur zur Auslastung der Immobilie, sondern auch über die Laufkundschaft zur Steigerung des Bekanntheitsgrads der Einrichtung und damit zu einer Vergrößerung des Patientenstamms bei.

Organisationsgrad und Rechtsform haben Auswirkungen auf Mitbestimmung

Selbstverständlich hängt die Ausgestaltung eines Arztzentrums eng mit den Gegebenheiten vor Ort sowie der Bereitschaft der lokalen Akteure zur aktiven Mitgestaltung der Gesundheitsversorgung ab. Hinsichtlich des Organisationsgrades der Kooperation und der Wahl der Rechtsform ergeben sich vielfältige Möglichkeiten. Vom Ärztehaus in Form einer Praxisgemeinschaft über eine Berufsausübungsgemeinschaft mit oder ohne angestellte(n) Ärzte(n), Medizinische Versorgungszentren oder Mischformen.

In Abhängigkeit der Trägerschaft, der gewählten Rechtsform und des Kooperationsgrades ergeben sich unterschiedliche unternehmerische Freiheitsgrade, rechtliche und steuerliche Auswirkungen sowie Folgen für den Umfang der Beteiligung an unternehmerischen Entscheidungen sowie am betrieblichen Erfolg. Nicht nur die Wahl der Rechts- bzw. Organisationsform, sondern auch die vertragliche Ausgestaltung einer Kooperation erfordern deshalb eine gute Vorbereitung und sollten nicht ohne Inanspruchnahme fachlicher Expertise durch einen erfahrenen Rechts- und Steuerberater erfolgen. Grundlegende Beratungsangebote bieten auch die KVen. Für interessierte Kommunen bietet z.B. das bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege unter www.bit.ly/2n7B4vK einen umfangreichen Leitfaden als PDF zum Download.

AUS DER PRAXIS

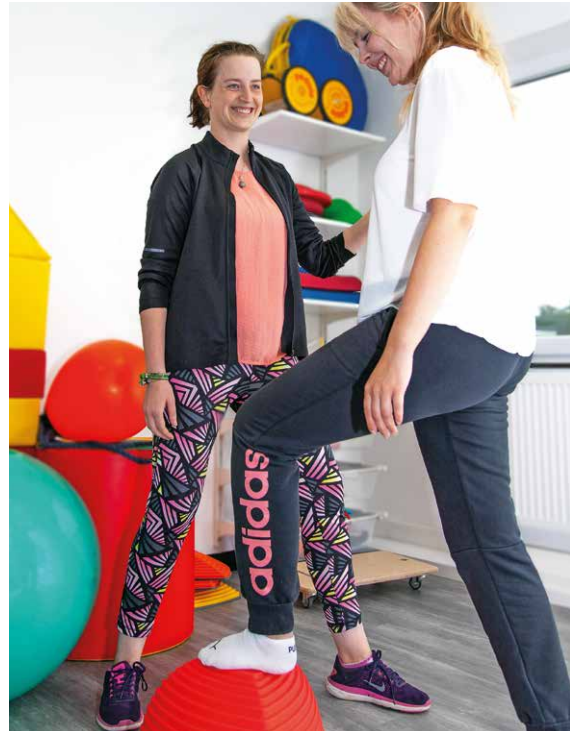
HAND IN HAND ZUM WOHLER PATIENTEN

Die Praxis „handinhand“ in Lippstadt ist ein gelungenes Beispiel dafür, dass sich interdisziplinäre Zusammenarbeit im Heilberufsbereich auszahlt. Für einen guten Start der noch jungen Praxis sorgte neben dem fachlich ausgereiften Konzept und dem Patientenservice auch eine professionelle Finanzierungsplanung.

Diese Frau strotzt vor Energie: Zwölf Stunden täglich kümmert sich Claudia Becker um ihre Patienten. Auch samstags ist die Ergotherapeutin für ihre Patienten da, und wenn sie zum Feierabend die Praxistür abschließt, wartet noch jede Menge Büroarbeit auf die 31-Jährige. Von einer 40-Stunden-Woche ist sie weit entfernt. Momentan dürften es eher 70 Stunden sein. Aber der Erfolg gibt ihr recht: Die Praxis für Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie, die Claudia Becker Anfang Februar 2019 in Lippstadt eröffnet hat, boomt: „Wir sind voll ausgelastet“, berichtet sie.

Ein Grund für den gelungenen Start dürfte die Kombination aus drei Behandlungsformen sein, die Claudia Becker mit ihrem fünfköpfigen Team anbietet: „Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie unter einem Dach – das deckt im näheren Umkreis keine andere Praxis ab.“ Dabei hängen die unterschiedlichen Bereiche zusammen. Bei der Logopädie geht es darum, Sprech- und Sprachstörungen zu behandeln, während die Physiotherapie für eine bessere Bewegungsfähigkeit sorgt. Darauf wiederum baut die Ergotherapie auf: Sie hilft, die kognitive Leistungsfähigkeit wiederherzustellen. „Wir unterstützen beispielsweise Patienten nach einer Depression dabei, dass sie ihre Tagesstruktur wieder planen können“, erläutert Claudia Becker. Der ganzheitliche Ansatz, bei dem unterschiedliche Behandlungsformen ineinandergreifen, steht im Vordergrund. Deshalb hat Claudia Becker ihrer Praxis den Namen „handinhand“ gegeben: „Im Team versuchen wir, dem Patienten die bestmögliche Therapie zukommen zu lassen. Unser Ziel ist es, dass jeder die Praxis glücklich und zufrieden verlässt.“

Claudia Becker ist gelernte Ergotherapeutin. Bereits mit 16 Jahren begann sie ihre Ausbildung. Nach beruflichen Stationen in Rostock, Stralsund, Dessau und Bad Lippspringe übernahm sie 2016 die stellvertretende Leitung einer Ergotherapie-Praxis in Rietberg-Mastholte, bevor sie sich Anfang dieses Jahres im Businesspark Lippe-Ems selbstständig machte. In dem Gebäude, in dem sie sich heute um ihre Patienten kümmert, waren früher Fallschirmspringer der ehemaligen Lipperland-Kaserne untergebracht.



Claudia Becker (li.) bei der Therapie: Ziel ist eine entspannte Atmosphäre und die Zufriedenheit der Patienten.

Der Zustand der Räume ließ allerdings zu wünschen übrig. „Im Inneren wurde fast alles erneuert“, erzählt die Therapeutin. Das heißt: Innerhalb von dreieinhalb Monaten ließ der Vermieter Trennwände einziehen, Türen und Fenster austauschen, Bäder installieren, Fußböden und Elektroleitungen verlegen, eine zweite Eingangstür einbauen und Parkplätze schaffen.

Claudia Becker selbst investierte 180.000 Euro in die Praxis, allein 120.000 Euro flossen in die Ausstattung. „Der Rest diente dazu, die laufenden Kosten wie Miete und Gehälter zu decken“, erläutert Timo Langenke, Firmenkunden- und Freiberuflerbetreuer der Volksbank Bielefeld-Gütersloh. Er beriet Claudia Becker, die in Verl wohnt, in allen Fragen rund um die Existenzgründung und vermittelte ihr zur Finanzierung der Aufwendungen einen Gründerkredit der NRW-Bank. „Sogenannte Betriebsmittel in den Förderbedarf mit einzukalkulieren, ist vor allem bei Physiotherapiepraxen wichtig“, betont Timo Langenke. „Denn bis das Abrechnungssystem mit den Krankenkassen nach einer Existenzgründung läuft,

USP der Praxis ist das interdisziplinäre Angebot.

Im Heilberufsbereich sorgt ein Betriebsmittelkredit bei der Gründung für einen unbeschwerten Start der Praxis.



Claudia Becker mit ihrem Volksbank-Kundenbetreuer Timo Langehenke

können einige Wochen ins Land gehen. Zudem rechnen die Krankenkassen erst ab, wenn die verordneten Behandlungen in Anspruch genommen wurden. Kosten für Personal und Miete fallen aber durchgehend an.“

Auf 530 Quadratmetern stehen den Patienten jeweils drei Behandlungsräume für Physio-, Ergotherapie und Gerätetraining zur Verfügung. Zwei Räume sind auf logopädische Behandlungen ausgerichtet. In einem weiteren werden neurologische Erkrankungen therapiert. Hinzu kommt ein großer Raum für den Rehasport. Besonderen Wert bei der Einrichtung legte Claudia Becker auf eine freundliche und persönliche Atmosphäre. Alle Räume sind zu ebener Erde, sodass auch Rollstuhlfahrer und Gehbehinderte die Praxis problemlos erreichen können.

SERVICE

DIE VERMÖGENSVERWALTUNG DER VOLKSBANK BIELEFELD-GÜTERSLOH – ZEIT FÜR DIE WICHTIGEN DINGE DES LEBENS

Wäre es nicht schön, mehr Zeit zu haben für die Dinge im Leben, die einem besonders am Herzen liegen? Als Experte für Vermögensverwaltung verschafft die Volksbank Bielefeld-Gütersloh ihren Kunden diese wertvollen Freiräume.

Die heimische Genossenschaftsbank bietet eine erstklassige und transparente Rundumbetreuung, mit der ohne größeren Aufwand die eigenen finanziellen Ziele erfolgreich und nachhaltig abgesichert werden. Marktkenntnis, langjährige Erfahrung, bewährte Anlagestrategien, umfassender Service, Erreichbarkeit vor Ort – auf diese Leistungen können die Kunden vertrauen.

Vermögensverwaltung ist Vertrauenssache

Genau zuhören, die richtigen Fragen stellen, Bedürfnisse erkennen – die langjährige Erfahrung der Volksbank ermöglicht es, ein Vermögen so zu verwalten, dass es neben Erträgen auch ein Maximum an Freiraum bringt. Die Erwartungen der Kunden sind dabei oft ähnlich: attraktive Renditen in guten Börsenjahren – und möglichst keine Verluste in Krisenzeiten. Doch was so einfach klingt, ist anspruchsvoll in der Umsetzung, weil das Börsengeschehen immer schnelllebiger wird und die Komplexität internationaler Finanzmärkte weiterhin wächst. Da ist es gut, einen Finanzpartner zur Seite zu haben, der über eine fundierte Expertise verfügt.

In einem persönlichen Gespräch stellen die Spezialisten der Volksbank Bielefeld-Gütersloh die Bausteine der Vermögensverwaltung, Leistungen, Preise und die vertragliche Ausgestaltung eines individuellen Vermögensmandats vor. Einfach Termin vereinbaren unter www.jetzt-vv.de oder telefonisch unter 0521 544 312 oder 05241 104 312.

Die Vorteile auf einen Blick

- Wissen und langjährige Erfahrung der Volksbank-Spezialisten nutzen
- Das komplexe Marktgeschehen den Experten überlassen
- Ansprechpartner jederzeit vor Ort erreichbar
- Ausgestaltung des Mandats nach individuellen Anforderungen
- Vermögenswerte werden kontinuierlich geprüft und gesteuert
- Transparenz durch regelmäßige Performanceberichte



Sowohl in der Zentrale in Bielefeld (Foto) als auch in der Gütersloher Zentrale sind die Vermögensberater vor Ort jederzeit erreichbar.

WERTVOLLE TIPPS ZUR NACHFOLGEPLANUNG

Am 9. Oktober hatte die Volksbank Bielefeld-Gütersloh erneut zum HeilberufeForum in ihre Zentrale am Kesselbrink eingeladen. Die exklusive Veranstaltungsreihe richtet sich an Ärzte, Apotheker, Heilpraktiker und Physiotherapeuten in Ostwestfalen-Lippe. Dieses Mal ging es um das Thema Nachfolgeplanung. Diplom-Kaufmann, Steuerberater und Fachautor Dr. Rolf Michels konnte den Teilnehmern nicht nur interessante Fakten, sondern auch eine gute Strategie für eine Praxisübergabe an die Hand geben.

„In den nächsten 10 Jahren werden 50.000 Praxen abgegeben oder geschlossen“, konfrontierte Rolf Michels die Zuhörer gleich mit eher unangenehmen Tatsachen. „Viele Ärzte sind auf die zu erwartenden Verkaufserlöse für ihre Praxis angewiesen, damit eine gute Absicherung als Altersvorsorge oder eine finale Entschuldung gewährleistet ist.“ Der Ärztemangel drücke somit den Praxiswert. Auch habe sich im Laufe der letzten Jahre der Trend zu Gemeinschaftspraxen verstärkt. Mehr als die Hälfte aller Existenzgründer wähle inzwischen eine Kooperation. Das Thema Praxisübergabe bereite vielen Kopfzerbrechen. Daher sei es umso wichtiger, sich frühzeitig mit der Nachfolgeplanung zu befassen.

Mit seinem Team berät Rolf Michels seit mehr als 20 Jahren Ärzte und Zahnärzte in Einzel-, Gemeinschafts- und Großpraxen, angestellte Ärzte sowie Chefärzte an verschiedenen Kliniken und begleitet sie steuerlich und betriebswirtschaftlich bei ärztlichen Kooperationen. An diesem Abend zeigte der Preisträger des Gerhard-Thoma-Preises für Steuerberater, Rolf Michels, die vier Phasen der strategischen Nachfolgeplanung auf. Zunächst

gilt es, eine Standortbestimmung zu machen und die Stärken und Schwächen der Praxis zu identifizieren: Wie sieht die Patientenstruktur aus? Wie hochwertig ist die Ausstattung der Praxis und wie modern das Behandlungsangebot? Auch eine Analyse der Wettbewerbssituation ist wichtig, gibt es beispielsweise vergleichbare Praxen in der Umgebung.

Als nächster Schritt sollte der Wert der Praxis ermittelt werden: Dazu gehört zunächst der Substanzwert, also das Anlagevermögen der Praxis. Ebenso wichtig ist aber auch der immaterielle Wert, d. h. wie beliebt und bekannt die Praxis vor Ort ist und wie stark die persönliche Bindung des Arztes zu seinen Patienten ist. Anschließend stellte Rolf Michels den Teilnehmern die unterschiedlichen Bewertungsmethoden vor, um einen realistischen Marktpreis zu ermitteln. Wenn es um die konkrete Nachfolge-suche geht, bieten sich dem Abgebenden eine Menge Möglichkeiten: Eventuell kommt der Nachfolger aus der eigenen Familie, man nimmt einen Juniorpartner auf, geht eine Kooperation ein oder veräußert an eine Einzelperson bzw. an ein Medizinisches Versorgungszentrum.



Private-Banking-Betreuer Benedikt Weiling (v.l.) und seine Volksbank-Kollegen Anne Hillemeier und Raimund Thiesbrummel freuen sich über den Besuch von Rolf Michels (2.v.l.).

HeilberufeForum – Gesundheitsthemen im Mittelpunkt

Das nächste HeilberufeForum findet am **12. Februar 2020** statt. Dann geht es um die steuerlichen Aspekte bei Praxisübergabe bzw. -abgabe. Interessierte können sich direkt an Sabine Dammeyer wenden unter Telefon 0521 544 252 oder per E-Mail: sabine.dammeyer@volksbank-bi-gt.de

Der letzte Schritt in der strategischen Nachfolgeplanung ist der Finanzplan und die Altersvorsorge: Die Praxis sollte mit dem Verkaufserlös entschuldet werden bzw. im Idealfall der Erlös angelegt werden. Auch eine Neustrukturierung der Vermögensteile steht zu diesem Zeitpunkt an. Und die Frage, welcher Betrag für die eigene Altersvorsorge benötigt wird.

Die Teilnehmer nutzten die Veranstaltung im Anschluss, um sich zu vernetzen und die Inhalte zu diskutieren. Denn alle stehen vor den gleichen Herausforderungen und müssen sich mit dem Thema über kurz oder lang auseinandersetzen. „Ziel ist es, miteinander ins Gespräch zu kommen und sich zu den verschiedenen Gesichtspunkten auszutauschen“, erläutert Raimund Thiesbrummel, Heilberufe-Betreuer der Volksbank Bielefeld-Gütersloh. Das HeilberufeForum richtet sich an Ärzte, Apotheker, Heilpraktiker, Physiotherapeuten und andere Vertreter aus dem Gesundheitswesen. Die Volksbank möchte auch Personen, die keine Kunden sind, auf diese Veranstaltungsreihe ansprechen.

Weitere Informationen gibt es online unter www.volksbank-bi-gt.de/heilberufler

VOLKSBANK BIELEFELD-GÜTERSLOH EG

IHR BETREUERTEAM FÜR HEILBERUFLER

Die Volksbank Bielefeld-Gütersloh ist seit über 150 Jahren in ihrer Heimatregion erfolgreich tätig. Durch die regionale Nähe kennen und verstehen wir die Bedürfnisse unserer Kunden. Diese Kenntnisse bringen wir in die Beratung für Freiberufler mit ein – speziell in der Gruppe der Heilberufe.



Klaus Aschoff
Freiberuflerbetreuer

Telefon 0521 544 174
klaus.aschoff@volksbank-bi-gt.de



Anna Hillemeier
Freiberuflerbetreuerin

Telefon 0521 544 181
anna.hillemeier@volksbank-bi-gt.de



Nadine Kirchherr
Freiberuflerbetreuerin

Telefon 0521 544 2994
nadine.kirchherr@volksbank-bi-gt.de



Timo Langehenke
Freiberuflerbetreuer

Telefon 05242 417 120
timo.langehenke@volksbank-bi-gt.de



Raimund Thiesbrummel
Freiberuflerbetreuer

Telefon 05241 104 278
raimund.thiesbrummel@volksbank-bi-gt.de

Aktuelle Informationen und Produktlösungen
finden Sie unter www.volksbank-bi-gt.de/heilberufler

Wir bieten immer
Höchstleistung.

Als Ostwestfalen
sind wir da stur.

Stark, persönlich, nah:
Vermögensverwaltung
für die Region.

Jetzt Gespräch
vereinbaren:
jetzt-vv.de

Als Experten in der Vermögensverwaltung entlasten wir Sie – und verschaffen Ihnen mit zuverlässiger und transparenter Rundum-Betreuung Zeit für die Dinge, die Ihnen am Herzen liegen. **Wir freuen uns, von Ihnen zu hören!**

Wir freuen uns auf Ihren Anruf: 0521 544-312 oder 05241 104-312

Volksbank
Bielefeld-Gütersloh eG 



**Volksbank
Bielefeld-Gütersloh eG**

Volksbank Bielefeld-Gütersloh eG

Zentrale Gütersloh

Friedrich-Ebert-Str. 73-75

33330 Gütersloh

Telefon: 05241 104-0

Fax: 05241 104-204

Zentrale Bielefeld

Kesselbrink 1

33602 Bielefeld

Telefon: 0521 544-0

Fax: 0521 544-9040

info@volksbank-bi-gt.de

www.volksbank-bi-gt.de