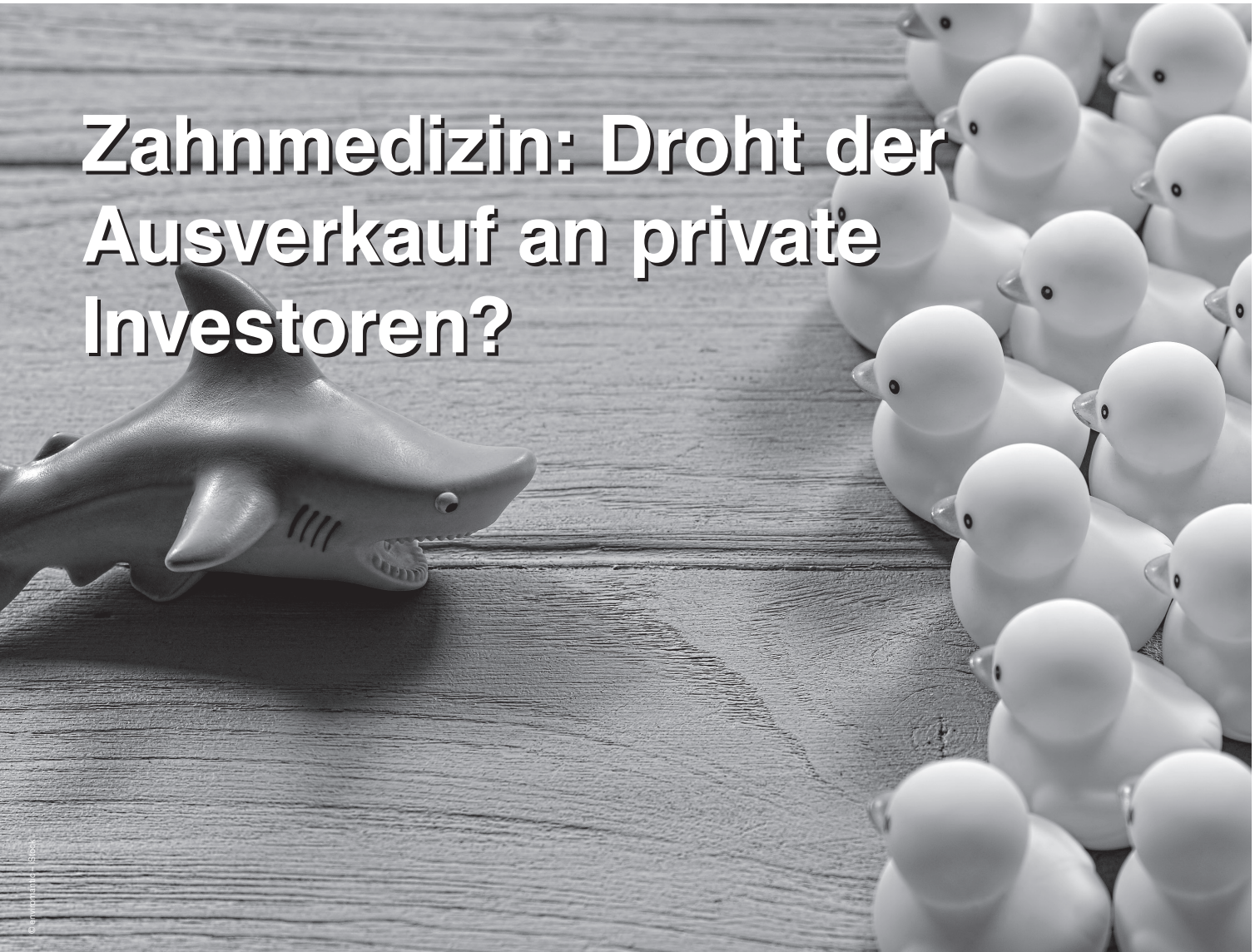
3

Jahrgang 2018

QUID

H.U.G Quartalsinformation

In Zusammenarbeit mit REBMANN RESEARCH



Zahnmedizin: Droht der Ausverkauf an private Investoren?

© Fotolia.com / Stock

HUG

*H*ealthcare
*C*ompetition
*C*enter

TOP CONSULTANT
top-consultant.de
2017

H.U.G
Betriebswirtschaftliche
Beratungsgesellschaft mbH
Kesselstraße 17, 70327 Stuttgart
Postfach 60 02 63, 70302 Stuttgart

Tel. 0711-2489773
Fax 0711-282791
mail@hug-beratung.de
www.hug-beratung.de

Inhalt

Barometer :: Seite 3 – 5
- Zahnmedizin: Droht der Ausverkauf an private Investoren?
- Honorarverhandlungen 2019 abgeschlossen

Talk :: Seite 5 – 6
- GKV-Versicherte: Terminwartezeiten sollen verkürzt werden
- Ärzte punkten beim Qualitätsmanagement

Fachrichtung :: Seite 6 – 9
Hausärzte
- Anzahl der Hausbesuche stark rückläufig

Augenärzte
- Neue GKV-Leistung

Psychotherapeuten
- Terminservicestellen künftig auch für Psychotherapie zuständig

Labormediziner
- Positive Bilanz für neue Darmkrebsvorsorge

Zahnärzte
- Zahnärztliche Versorgung in Pflegeheimen: Keine wesentliche Verbesserung

Regional :: Seite 9 – 10
- Baden-Württemberg: Aktualisierter Belegarztvertrag
- Nordrhein: Doppelhonorarabschluss 2017/2018

International :: Seite 10 – 11
- Großbritannien: Trotz Ärztemangel kaum Visa für ausländische Ärzte

Trend :: Seite 11
- Das virtuelle Medizinstudium kommt

H.U.G :: Seite 12 – 13
- Unternehmensphilosophie & Geschichte
- Unternehmen Online
- Was wir für Sie tun können

Fortbildungsveranstaltungen 2018 :: Seite 14

Ärztestammtische 2018 :: Seite 15

Über H.U.G :: Seite 16
- Healthcare Competition Center

Impressum

QUID ist eine Co-Produktion von H.U.G Beratungsgesellschaft mbH und der REBMANN RESEARCH GmbH & Co KG. Ziel der quartalsweise erscheinenden Publikation ist es, die niedergelassenen Heilberufler über relevante ökonomische, rechtliche und steuerliche Entwicklungen in komprimierter Form zu informieren und damit eine zusätzliche Hilfestellung für das Praxismanagement zu geben. H.U.G Beratungsgesellschaft mbH ist dabei für die Hinweise für das Praxismanagement verantwortlich, während REBMANN RESEARCH auf ökonomische Marktanalysen im Bereich der Heilberufe spezialisiert ist (siehe hierzu auch www.rebmann-research.de). Die Angaben in diesem QUID erfolgen nach sorgfältiger Prüfung und nach bestmöglichem Wissen. Die Herausgeber haften nicht für deren Richtigkeit und für Schäden nur dann, wenn diese auf Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zurückzuführen sind.

Wenden Sie sich bei Rückfragen bitte an:
H.U.G
Betriebswirtschaftliche
Beratungsgesellschaft mbH
Kesselstraße 17, 70327 Stuttgart
Postfach 60 02 63, 70302 Stuttgart

Tel. 0711-2489773
Fax 0711-282791
mail@hug-beratung.de
www.hug-beratung.de

Barometer

Das Barometer zeigt wichtige Daten, die im letzten Quartal im Zusammenhang mit Haus-, Fach- und Zahnärzten sowie Apothekern veröffentlicht wurden. Sie fundieren die Beratung und erlauben eine bessere Einschätzung der aktuellen ökonomischen Entwicklung in dieser Branche.

Zahnmedizin: Droht der Ausverkauf an private Investoren?

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 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 7 %. 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.

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 €. 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.

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 Zahnarztkette 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 Zahnarztkette.

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 Zahnarztpraxiskette „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 frag-

mentierte Zahnarztbranche mit einem Einzelpraxisanteil 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.

Honorarverhandlungen 2019 abgeschlossen

Seit Kurzem steht das Honorar für die vertragsärztliche und -psychotherapeutische Versorgung 2019 fest. Am 21. August hat sich der Erweiterte Bewertungsausschuss (bestehend aus jeweils drei Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und des GKV-Spitzenverbandes sowie drei unparteiischen Mitgliedern) auf eine Erhöhung der Gesamtvergütung gegenüber 2017 um rund 620 Mio. € geeinigt. Dies ergibt sich wie folgt:

- Anhebung des Orientierungswerts um rund 1,58% von gegenwärtig 10,6543 Cent auf 10,8226 Cent (Gesamteffekt: ca. 550 Mio. €).
- Erhöhung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung infolge der Berücksichtigung der Morbiditätsveränderung um voraussichtliche 70–80 Mio. €. Die genauen Berechnungen der regionalen diagnose- und demografiebezogenen Veränderungsraten sollen am 18. September feststehen.

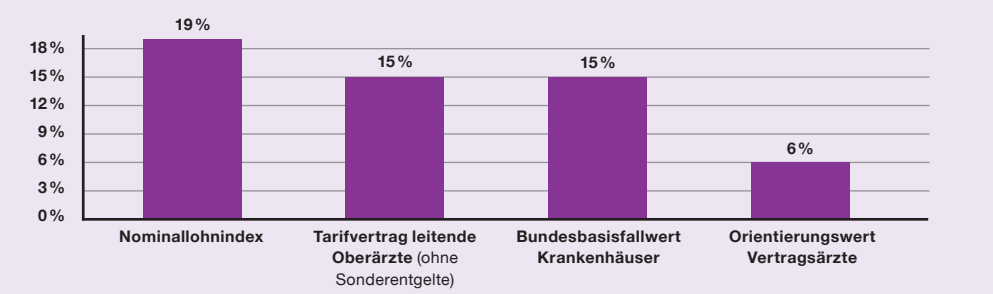
Presseberichten zufolge erwarten die Kassen ferner eine Zunahme bei den extrabudgetären Leistungen um rund 400 Mio. €. Darüber hinaus hat der Erweiterte Bewertungsausschuss dem Institut des Bewertungsausschusses den Prüfauftrag erteilt, die Zusatzkosten der Arztpraxen zu ermitteln, die in Zusammenhang mit der Umsetzung der Hygieneverordnung und der Datenschutz-Grundverordnung entstehen sowie mit den Investitionen, die infolge der Digitalisierung anfallen und über die Erstattungen hinausgehen. Somit bestehen gute Chancen, dass diese Kosten bei den kommenden Honorarverhandlungen berücksichtigt werden. Ferner soll im Zuge der Weiterentwicklung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) über eine bessere finanzielle Abbildung der Hausbesuche beraten werden. Einen Beschlussantrag der KBV zur besseren Honorierung im kommenden Jahr hatten die Kassen im Zuge der Verhandlungen abgelehnt.

Im Anschluss an die Honorarvereinbarung auf Bundesebene können nun die regionalen Verhandlungen zwischen den 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und den Krankenkassen-Vertretern starten.

Die Ärzte- und Berufsverbände zeigen sich enttäuscht. Sie kritisieren die geringe Steigerungsrate beim Orientierungswert, die unterhalb der derzeitigen Preissteigerungsrate liegt und somit nicht einmal die Preissteigerungen beim Praxispersonal deckt. Ein weiterer Kritikpunkt: Bezüglich des Themas Hausbesuche konnte noch keine Lösung erzielt werden. Wie eine aktuelle Studie des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) belegt, haben sich – verglichen mit der generellen Lohnsteigerung und der Lohnentwicklung in den Krankenhäusern – die Preise für vertragsärztliche Leistungen in den vergangenen Jahren eher schlecht entwickelt.

Die Zi-Studie hat im Zeitraum 2010–2017 die Entwicklungen des Nominallohnindex aller Angestellten in Deutschland, des Tarifvertrags für leitende Oberärzte im Krankenhaus, des Bundesbasisfallwertes der Krankenhäuser sowie der Preise für vertragsärztliche Leistungen (gemessen am Orientierungswert) untersucht. Im betrachteten Zeitraum 2010 bis 2017 erhöhte sich der Nominallohnindex aller Angestellten in Deutschland um fast 19 %. Das Gehalt leitender Oberärzte im Krankenhaus (ohne Berücksichtigung von Sonderentgelten) stieg dem Tarifvertrag zufolge im selben Zeitraum um rund 15 %, der Bundesbasisfallwert der Krankenhäuser ebenfalls um 15 %. Der Anstieg des Orientierungswerts als Maßstab für die Preisentwicklung im vertragsärztlichen Bereich lag jedoch mit lediglich 6 % deutlich unter den Vergleichswerten.

Abb. 1 – Preisentwicklung 2010–2017 im Vergleich



Quelle: Zi 2018 Grafik: REBMANN RESEARCH

Angesichts des aktuellen Honorarabschlusses ist davon auszugehen, dass die Vertragsärzte auch im kommenden Jahr bei der Preisentwicklung das Nachsehen haben werden. Eine finanzielle Verbesserung könnte sich jedoch in Zusammenhang mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) ergeben, das gegenwärtig als Referentenentwurf vorliegt:

- Als Ausgleich für den erweiterten Sprechstundenumfang (künftig 25 Stunden) werden bei Haus- und grundversorgenden Fachärzten künftig in der offenen Sprechstunde die Grund- und Versichertenpauschalen ab der 21. Vertragsarztstunde pro Woche nicht mehr budgetiert.
- Für neue Patienten werden die Grund- bzw. Versichertenpauschalen angehoben. Zudem erfolgt die Vergütung extrabudgetär.
- Für die Behandlung von Akut- und Notfällen während der Sprechstundenzeiten sollen die Honorare ebenfalls entbudgetiert werden.
- Hausärzte erhalten in dringlichen Fällen für die direkte Vermittlung ihrer Patienten an einen Facharzt eine zusätzliche, extrabudgetäre Vergütung.

- Für die Behandlung von Patienten, die über die Terminservicestelle vermittelt wurden, ist eine extrabudgetäre Vergütung der Leistungen geplant.
- Die „sprechende Medizin“ soll über eine Überprüfung und Aktualisierung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen aufgewertet werden.

Offen ist jedoch noch, ob die Krankenkassen bei den geplanten finanziellen Verbesserungen, die insgesamt rund 500 bis 600 Mio. € betragen sollen, „mitziehen“ werden.

Erläuterung Preiskomponenten

- Grundsätzlich erhalten die Krankenhäuser pro (teil)stationär versorgtem Patient einen pauschalen Eurobetrag (Fallpauschale). Dabei sind jeder DRG (Diagnosis Related Groups) bestimmte Relativgewichte zur Berücksichtigung der Fallschwere zugeordnet. Die Höhe des absoluten Eurobetrages einer Fallpauschale ergibt sich aus der Multiplikation der Bewertungsrelation mit dem Landesbasisfallwert. Die sog. Landesbasisfallwerte werden jährlich auf Ebene der einzelnen Bundesländer ausgehandelt. Der Bundesbasisfallwert dient der gesetzlich vorgeschriebenen Angleichung der unterschiedlich hohen Landesbasisfallwerte (sog. Konvergenz) an einen bundeseinheitlichen Fallwertkorridor.
- Der Orientierungswert ist ein Eurobetrag, der jährlich auf Basis der Entwicklung der Investitions- und Praxiskosten sowie unter Berücksichtigung der Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven und der allgemeinen Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen zwischen den Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ausgehandelt wird. Er dient als Grundlage der Preisermittlung aller ärztlichen Leistungen. Der Einheitliche Bewertungsmaßstab sieht für jede ärztliche Leistung einen Punktwert vor. Der absolute Preis für die ärztlichen Leistungen ergibt sich dann durch die Multiplikation des EBM-Punktwerts mit dem Orientierungswert.
- Der Nominallohnindex berechnet sich auf Basis der durchschnittlichen Bruttoarbeitsverdienste (einschließlich Sonderzahlungen) aus dem produzierenden Gewerbe und dem Dienstleistungsbereich.
- Der Tarifvertrag für Ärzte gilt für angestellte Ärzte an kommunalen Krankenhäusern im Bereich der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände.

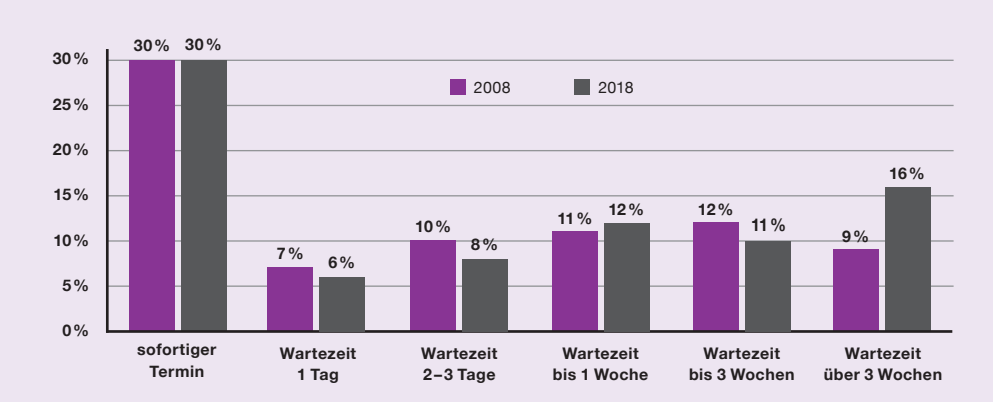
Talk

Talk kommentiert gesundheitspolitische Entscheidungen und Diskussionen, die für alle Fachrichtungen relevant sind. Das Wissen um diese aktuellen Rahmenbedingungen bildet oft einen zentralen Erfolgsfaktor für alle managementrelevanten Entscheidungen.

GKV-Versicherte: Terminwartezeiten sollen verkürzt werden

Gut die Hälfte (56 %) aller GKV-Versicherten wartet maximal eine Woche auf einen Termin beim Haus- oder Facharzt. Fast ein Drittel erhält sogar sofort einen Termin. Dies geht aus der Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) 2018 hervor. Allerdings müssen 11 % der Versicherten bis zu drei Wochen und 16 % sogar noch länger auf einen Termin warten. Der Zehnjahresvergleich zeigt bei den Wartezeitenspitzen eine ungünstige Entwicklung. So hat sich der Anteil der Versicherten, die sich über drei Wochen für den Termin beim Haus- oder Facharzt gedulden mussten, fast auf 16 % verdoppelt (vgl. Abb. 2).

Abb. 2 – Entwicklung der Terminwartezeiten für GKV-Versicherte 2008–2018



Quelle: KBV-Versichertenbefragungen 2008, 2018 Grafik: REBMANN RESEARCH

Auch wenn die KBV von einer Angleichung der Wartezeiten von gesetzlich und privat Versicherten innerhalb der vergangenen zehn Jahre berichtet, haben die Privaten in der Gesamtbetrachtung nach wie vor etwas kürzere Wartezeiten. Hier lag der Patientenanteil mit Wartezeiten von bis zu einer Woche bei 66 % und damit zehn Prozentpunkte über den GKV-Patienten. Vorteile hatten die privat Versicherten ferner bei den sehr langen Wartezeiten. So mussten sich lediglich 10 % (GKV: 16 %) über drei Wochen gedulden.

Nach den Plänen des Bundesgesundheitsministers Jens Spahn greifen künftig verschiedene Maßnahmen zur Wartezeitenverkürzung für gesetzlich Versicherte. Laut Referentenentwurf des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) sollen die Terminservicestellen (TSS) künftig durchgängig 24 Stunden am Tag/7 Tage pro Woche unter der bundesweit einheitlichen Nummer des ambulanten Notdienstes (116117) oder alternativ online und per App erreichbar sein. Die Terminvermittlung wird auf Haus- und Kinderärzte ausgeweitet. Ferner unterstützen die TSS bei der Suche nach einem „festen“ Haus- oder Kinderarzt, vermitteln die Patienten in Akutfällen je nach Bedarf an eine geöffnete Arztpraxis, eine Portal-/Bereitschaftsdienstpraxis, eine Notfallambulanz oder an den Rettungsdienst.

Ferner ist künftig ein Mindestsprechstundenumfang (einschließlich der Hausbesuche) von 25 Stunden (bislang 20 Stunden) für GKV-Praxen vorgesehen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen

(KVen) sind dabei verpflichtet, die vorgegebene Mindestsprechstundenzahl der Praxen zu überwachen und den Aufsichtsbehörden diesbezüglich Bericht zu erstatten. Grundversorgende Ärzte (z. B. Haus- und Kinderärzte, konservativ tätige Augenärzte, Frauenärzte, Orthopäden und Hals-Nasen-Ohren-Ärzte) sollen darüber hinaus je Woche mindestens fünf offene Sprechstunden (für Patienten ohne vorige Terminvereinbarung) anbieten. Im Gegenzug sieht der Referentenentwurf eine entsprechende – zum größten Teil extrabudgetäre – Honorierung der Mehrleistungen vor.

Ärzte punkten beim Qualitätsmanagement

Rund 90 % der Arzt- und Psychotherapeutenpraxen machen von den angebotenen Qualitätsmanagementinstrumenten und -methoden (u. a. zum Notfall- und Hygienemanagement) vollständig oder größtenteils Gebrauch. Dies ergab eine Stichprobenerhebung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Auf Ebene der einzelnen Regionen ergab die Untersuchung kaum Unterschiede.

Spezifische Verfahren wie QEP (Qualität und Entwicklung in Praxen) sowie Schulungs- und Beratungsangebote der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) sind weit verbreitet. Bevorzugt kommen in den Praxen Instrumente mit Fokus auf Versorgungsqualität und Patientensicherheit zum Einsatz, wie z. B. ein professionelles Fehlermanagement sowie eine systematische Patienteninformation und -aufklärung. Ferner nutzen fast alle Praxen das Schnittstellenmanagement beim Wechsel der Patienten von der Praxis in den stationären oder rehabilitativen Bereich.

Im Zuge der Organisationsentwicklung halten die befragten Ärzte und Psychotherapeuten neben Teambesprechungen insbesondere Checklisten sowie Prozess- und Ablaufbeschreibungen für hilfreich, in denen u. a. die wichtigsten Arbeitsschritte einschließlich der Verantwortlichkeiten aufgeführt sind. Diese erlauben die Sicherstellung der Hygiene, eine sichere Arzneimittelverordnung sowie eine systematische Vorbereitung auf Notfälle.

Die KBV begrüßt die systematische und kontinuierliche Anwendung von QM-Instrumenten durch die Niedergelassenen. Die Stichprobenerhebung hat entsprechend der vor eineinhalb Jahren in Kraft getretenen QM-Richtlinie künftig in einem zweijährigen Rhythmus zu erfolgen. Die Untersuchung umfasste insgesamt 3.212 Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten bei einer Rücklaufquote von 97 %. Vertragsärzte und -psychotherapeuten sind seit dem Jahr 2004 zur Einführung und Weiterentwicklung eines internen Qualitätsmanagements verpflichtet (§ 135a SGB V V). Die QM-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) definiert dabei die entsprechenden Ziele, Grundsätze, Instrumente sowie den zeitlichen Rahmen. Ziele des Qualitätsmanagements sind die Unterstützung bei der Strukturierung der Arbeitsabläufe, der Zuordnung von Verantwortlichkeiten und dem frühzeitigen Erkennen von Risiken.

Fachrichtung

Fachrichtung geht ins Detail und zeigt Veränderungen auf, die eine ganz spezielle Fachrichtung oder die Meinung der oft starken Fachrichtungslobby betreffen. Dadurch wird die Gesamtbranche weiter segmentiert und somit auf spezielle Chancen sowie Risiken innerhalb einzelner Marktsegmente hingewiesen.

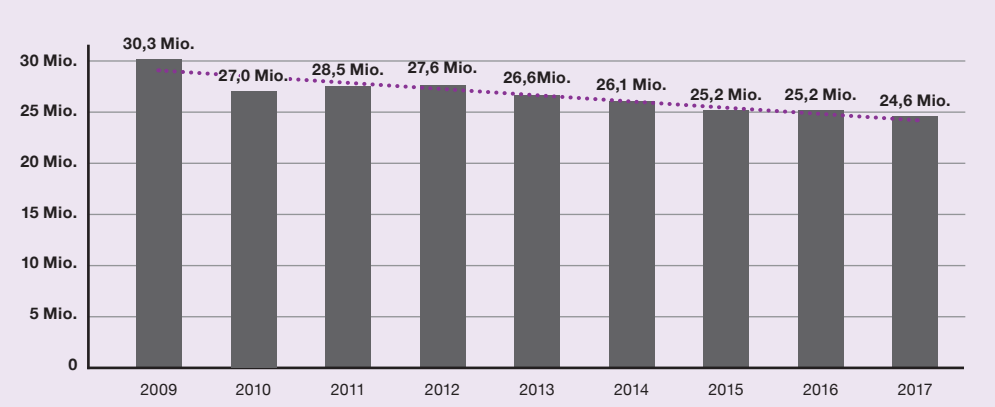
HAUSÄRZTE

Anzahl der Hausbesuche stark rückläufig

Laut Zahlen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) ist die Anzahl der Hausbesuche seit Jahren rückläufig. Im Zeitraum von 2009 bis 2016 verzeichnete die KBV einen Rückgang von über 5 Mio. Waren es im Jahr 2009 noch 30,3 Mio. Hausbesuche, so fanden 2016 nur noch 25,2 Mio. Behandlungen zuhause statt. Dies geht aus einer Kleinen Anfrage der Fraktion DIE LINKE hervor, die aufgrund von Medienberichten über hohe Rückzahlungsforderungen für zu viel abgerechnete Honorare veranlasst wurde.

Die Anfrage der LINKEN zielte darauf ab, zu analysieren, ob die Wirtschaftlichkeitsprüfung in ihrer jetzigen Form angemessen und sachgerecht ist und ob sie eine bedarfsgerechte Versorgung und wirtschaftliche Leistungserbringung ermöglicht. Um dies herauszufinden, wurde ermittelt, wie sich die Anzahl der Hausbesuche über die Jahre verändert hat, welche Vergleichskriterien bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung zum Ansatz kommen sowie ob und inwieweit regionale Besonderheiten (zwischen Ballungsräumen und ländlichen Gebieten) Berücksichtigung finden. Besonders alte und immobile Menschen, vor allem auf dem Land, sind auf Hausbesuche angewiesen.

Abb. 3 – Entwicklung der Zahl der Hausbesuche 2009–2017



Quelle: KBV 2018 Grafik: REBMANN RESEARCH

Der Deutsche Hausärzteverband bezeichnet den Stellenwert bzw. die Abbildung der Hausbesuche im Vergütungssystem als nicht angemessen und fordert deutliche Verbesserungen. Inklusive An- und Abfahrt erhält ein Hausarzt derzeit lediglich 22 € brutto für einen Hausbesuch. Hinzu kommt, dass die Hausbesuche bei den Mindestsprechstundenzeiten keine Berücksichtigung finden und somit nicht als Arbeitszeit zählen. Widersprüchlich erscheint, dass auf der einen Seite Hausbesuche als förderungswürdig eingestuft werden, auf der anderen Seite jedoch die Ärzte finanziell in Regress genommen werden, die trotz aller Erschwernisse (viele) Hausbesuche durchführen.

Bei der Ausgestaltung der Prüfvereinbarungen sind die Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen der jeweiligen Bundesländer frei, weshalb die Prüfmethoden regional variieren können. Die KV Hessen nahm die aktuellen Entwicklungen und den daraus resultierenden dringenden Bedarf für eine Neuausrichtung bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen nun zum Anlass, die Prüfvereinbarung mit den Kassen zum Ende des Jahres 2018 zu kündigen. In Westfalen-Lippe sind die Hausbesuche beispielsweise aus der Wirtschaftlichkeitsprüfung komplett herausgenommen und werden nicht anhand von Durchschnittsberechnungen bewertet. In der Folge sind Hausbesuche nicht budgetiert und werden nicht abgestaffelt bezahlt. Dennoch sind die Zahlen für Hausbesuche auch in Westfalen-Lippe rückläufig, was ein Indiz dafür ist, dass der Rückgang der Hausbesuche neben der Furcht vor Regressen (noch) weitere Ursachen (z. B. zeitliche Überlastung der Praxen, zu geringe Vergütung der Hausbesuche etc.) haben kann. Der KV Westfalen-Lippe zufolge lässt sich der Rückgang auch durch eine unvollständige Erfassung der Hausbesuche erklären. Denn weder die Hausbesuche bei HzV-Patienten, die mittlerweile 8 bis 9 % der Versicherten ausmachen und meist sehr betreuungsintensiv sind, noch die durch VERAH/NäPa erbrachten Hausbesuche wurden von der obigen Statistik erfasst. Aus diesem Grund warnt die KVWL vor der Gefahr einer Fehlinterpretation. Demzufolge wäre der Rückgang der Hausbesuche eher mit der steigenden Beliebtheit des HzV-Modells und dem verstärkten Einsatz nichtärztlicher Versorgungsassistenten zu begründen. Dies würde auch den Rückgang der Hausbesuche in Baden-Württemberg erklären (von 2009: 617 auf 2017: 379 Hausbesuche pro Arzt), da dort im Bundesvergleich überdurchschnittlich viele Patienten in die HzV eingeschrieben sind.

Als Reaktion auf die Anfrage ließ die DIE LINKE die Forderung zur Bestimmung bundeseinheitlicher Rahmenbedingungen durch die Bundesregierung laut werden. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hat mittlerweile reagiert. Laut Entwurf des sogenannten Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) müssen KVen künftig in ihren Vereinbarungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung typische Praxisbesonderheiten von Landarztpraxen (inkl. der Hausbesuche) definieren. Diese sind im Vorfeld von Prüfverfahren anzuerkennen. Damit entfallen die entsprechenden Nachweispflichten für die Ärzte. Hinzu kommt, dass Hausbesuche künftig als Sprechstundenzeit angerechnet werden sollen.

AUGENÄRZTE

Neue GKV-Leistung

Patienten mit der Augenerkrankung Keratokonus haben künftig Anspruch auf eine neue Behandlungsoption. Dies geht aus einem Beschluss des gemeinsamen Bundesausschusses (gBA) vom 19.7.2018 hervor. Dem Beschluss zufolge darf künftig eine Hornhautvernetzung mittels Einsatz von Riboflavin und UV-A Bestrahlung dann vorgenommen werden, wenn eine subjektive Sehverschlechterung sowie ein Fortschreiten der Erkrankung diagnostiziert wurden. Voraussetzungen für die neue Leistung sind, dass innerhalb der vergangenen zwölf Monate vor Indikationsstellung mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllt wurde:

- Zunahme der maximalen Hornhautbrechkraft um ≥ 1 dpt
- Zunahme des durch die subjektive Refraktion bestimmten Astigmatismus um ≥ 1 dpt
- Abnahme der Basiskurve der bestsitzenden Kontaktlinse um ≥ 0,1 mm

Ferner muss die mittels Hornhauttomografie bestimmte Hornhautdicke an der dünnsten Stelle bei Beginn der Bestrahlung mindestens 400 µm betragen. Die neue Leistung darf nur von Fachärzten für Augenheilkunde durchgeführt werden.

Der Beschluss liegt gegenwärtig zur Prüfung beim Bundesgesundheitsministerium und tritt bei Nichtbeanstandung mit der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft. Anschließend muss der Bewertungsausschuss die Vergütung der neuen Leistungen innerhalb von sechs Monaten festlegen.

Beim Keratokonus handelt es sich um eine seltene, nicht entzündliche degenerative Erkrankung der Hornhaut des Auges (Kornea). Dabei kommt es bei beiden Augen zu einer kegelförmigen Verformung sowie Trübung und Verdünnung der Hornhaut. Die Folgen sind eine Myopisierung und ein irregulärer Astigmatismus. Bei fortschreitender Erkrankung ist eine Korrektur durch eine Brille oder eine einfache Kontaktlinse nicht mehr möglich. Der Keratokonus beginnt meist im Jugend- oder frühen Erwachsenenalter.

PSYCHOTHERAPEUTEN

Terminservicestellen künftig auch für Psychotherapie zuständig

Ab dem ab 1. Oktober 2018 sind die Terminservicestellen (TSS) der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) verpflichtet, auch Termine beim Psychotherapeuten für probatorische Sitzungen zu vermitteln. Dies gilt jedoch nur für Patienten, die einer schnellen ambulanten psychotherapeutischen Behandlung bedürfen. Diese Information wird künftig auf einem noch zu überarbeitenden PTV 11-Formular vermerkt. Letzteres ist jedem Patienten nach Abschluss der psychotherapeutischen Sprechstunde auszuhändigen und umfasst den Befundbericht einschließlich der Ergebnisse und eventueller Empfehlungen für eine weitere Therapie. Im Bedarfsfall sind die TSS zur

Vermittlung eines Termins für eine probatorische Sitzung innerhalb von vier Wochen verpflichtet. Praxen dürfen das bisherige PTV 11-Formular ab dem 1. Oktober nicht mehr verwenden und sollten sich deshalb rechtzeitig um die neuen Formulare kümmern.

Die von den KVen zu organisierenden TSS wurden 2016 eingeführt, um den Zugang der gesetzlich Krankenversicherten zu einem notwendigen Facharzttermin zu verbessern. Die Patienten haben bei vorliegender Überweisung Anspruch auf eine Terminvermittlung innerhalb von vier Wochen – bei unzureichenden ambulanten Kapazitäten notfalls auf einen Termin in einer Klinik. Die Aufgaben der TSS wurden/werden nach und nach ausgeweitet. Seit April 2017 müssen sie auch Termine für ein Erstgespräch in einer psychotherapeutischen Sprechstunde oder für eine Akutbehandlung vermitteln. Der Referentenentwurf zum sog. Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) sieht einen weiteren Ausbau der TSS vor. Vgl. hierzu ausführlich den Beitrag auf S. 5, „GKV-Versicherte: Terminwartezeiten sollen verkürzt werden."

LABORMEDIZINER

Positive Bilanz für neue Darmkrebsvorsorge

Nach der Änderung der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie und der Einführung eines neuen Verfahrens zur Darmkrebsfrüherkennung (iFOBT: quantitativer immunologischer Stuhltest) für gesetzlich Krankenversicherte seit dem 1.4.2017 zieht der Berufsverband Deutscher Laborärzte (BDL) eine positive Zwischenbilanz. Der BDL spricht sowohl von einer qualitativen Verbesserung des Verfahrens als auch von einer deutlichen Steigerung der Teilnehmerzahlen. Gleichzeitig gelang es, nicht nur die Anzahl unverwertbarer Proben in vielen Labors auf weniger als 1 % zu senken, sondern auch die festgelegten Analysezeiten einzuhalten bzw. zum Teil sogar deutlich zu unterschreiten. Auf Zuspruch stößt beim Laborärzteverband ferner die gute Strukturierung des Tests einschließlich der klaren Kompetenzzuordnung und die Aufteilung der – wenngleich als knapp bezeichneten – Vergütung für Beratungsleistungen (Haus- und Fachärzte) und die Erbringungskosten (Laborärzte).

Weitere positive Impulse im Hinblick auf die Steigerung der Teilnehmerrate ergeben sich aus dem jüngsten Beschluss des gemeinsamen Bundesausschusses (gBA). Dieser sieht ab dem 1.7.2019 ein schriftliches Einladungsverfahren für Versicherte ab einem Alter von 50 Jahren vor. Weitere Einladungen folgen bei einem Alter von 55, 60 und 65 Jahren. Ferner haben Männer künftig aufgrund des höheren Darmkrebsrisikos bereits ab 50 Jahren Anspruch auch eine Darmspiegelung. Bei Frauen bleibt die Altersgrenze bei 55 Jahren. Im Abstand von 10 Jahren nach der ersten Darmspiegelung haben die Versicherten Anspruch auf eine zweite Untersuchung. Dieser entfällt jedoch, sofern die erste Darmspiegelung erst ab 65 Jahren wahrgenommen wurde. Versicherte, die keine Darmspiegelung durchführen lassen, haben ab 55 Jahren alle zwei Jahre Anspruch auf den iFOBT. Bei positivem Testergebnis besteht Anspruch auf eine Abklärung des Befundes per Darmspiegelung.

In Deutschland gibt es jährlich mehr als 33.000 Darmkrebs-Neuerkrankungen bei den Männern (dritthäufigste Krebserkrankung nach Lungen- und Prostatakrebs) und über 26.000 bei den Frauen (zweithäufigste Tumorerkrankung nach Brustkrebs). Jährlich sterben 20.000 Menschen an dieser Krebserkrankung. Bei einer rechtzeitigen Diagnose und Entfernung der Vorstufen in Form von Darmpolypen bestehen sehr gute Chancen auf Heilung.

ZAHNÄRZTE

Zahnärztliche Versorgung in Pflegeheimen: Keine wesentliche Verbesserung

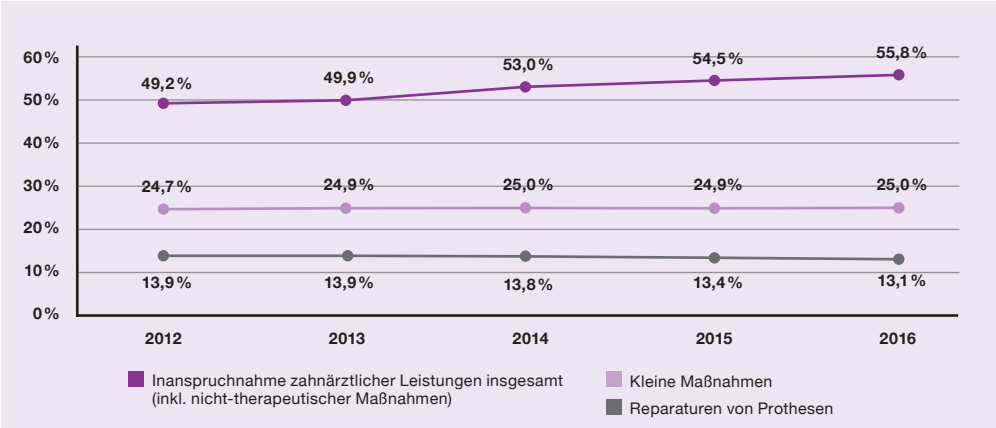
Im April stellte die BARMER den neuen Zahnreport 2018 vor. Schwerpunkt des Reports ist die zahnmedizinische Versorgung von pflegebedürftigen Senioren, deren Mundgesundheit sich trotz jahrelanger Bemühungen nicht entscheidend verbessert hat – so das Fazit der BARMER. Seit der Einführung von neuen Leistungsziffern im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) in den Jahren 2013 und 2014 wurden zwar immer mehr Pflegebedürftige direkt im Heim von einem Zahnarzt besucht, allerdings erfolgte nach der Erstuntersuchung bei einem großen Teil der Patienten keine weitere therapeutische Leistung. Die zusätzlichen Ausgaben für Zahnarztbesuche führten somit nicht zum gewünschten Effekt – trotz offenkundigen Bedarfs. Viele alte Menschen haben Zahnprobleme und besonders bei Pflegebedürftigen sind diese gravierend, wie auch die Deutsche Mundgesundheitsstudie (2016) belegte.

Es stellt sich die Frage, weshalb die deutliche Steigerung der Ausgaben für Zahnarztbesuche in Pflegeheimen (allein im Jahr 2016 wurden die neuen Leistungsziffern bundesweit 1,9 Mio. Mal abgerechnet) nicht zu einer Ausweitung der therapeutischen Maßnahmen geführt hat. Mögliche Erklärungsansätze sind der hohe Verwaltungsaufwand für den Transport der pflegebedürftigen Patienten zum Zahnarzt und die fehlende zahnärztliche Ausstattung in den Pflegeeinrichtungen.

Seit 2010 laufen verstärkt Bemühungen zur Verbesserung der zahnmedizinischen Versorgung Pflegebedürftiger. Diese schlagen sich jedoch (noch) nicht in einer steigenden Inanspruchnahme von Therapieleistungen nieder. Um die Mundgesundheit Pflegebedürftiger zu verbessern, bedarf es weiterhin der gemeinsamen Anstrengungen von Krankenkassen, Zahnärzteschaft und Pflegeeinrichtungen sowie der lenkenden Regulierung durch den Gesetzgeber. Dabei darf nicht vergessen werden, dass für die Qualität der Pflege die Faktoren Zeit und Geld eine große Rolle spielen. Ein weiterer Schritt in die richtige Richtung sind daher die neuen Präventionsleistungen, die seit dem 1. Juli gelten und auch die Pflegepersonen mit berücksichtigen. Bis diese Maßnahmen allerdings greifen, wird jedoch noch einige Zeit vergehen. Bessere Prävention und ein stärkeres

Bewusstsein für die Bedeutung von Zahnhygiene wirken zwar langsam dafür aber langfristig. Ein Beispiel hierfür ist die Halbierung der Zahnlosigkeit bei den jüngeren Senioren seit 1997.

Abb. 4 – Inanspruchnahme ausgewählter zahnärztlicher Leistungsbereiche von Pflegeheimbewohnern



Quelle: BARMER-Zahnreport 2018 Grafik: REBMANN RESEARCH

Regional

Neben fachrichtungsspezifischen Kenntnissen sollten auch regionale Besonderheiten zur Kenntnis genommen werden, bevor es zu einschneidenden ökonomischen Entscheidungen kommt. Regional stellt den Fokus auf die einzelnen KV-/KZV-Bezirke ein und zeigt die Veränderungen auf.

Baden-Württemberg: Aktualisierter Belegarztvertrag

Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) hat den Belegarztvertrag überarbeitet. Die aktualisierten stationären Abrechnungsbestimmungen gelten für alle Kassenarten und finden seit dem 1.7.2018 Anwendung. Als neue Abrechnungspositionen wurden unter anderem folgende Leistungen aufgenommen:

- eArztbriefe: Versand und Empfang (GOP 86900, 86901 EBM) zu 100%
- Pulsoxymetrie-Screening (GOP 01702 und 01703 EBM) zu 60%
- Screening auf Mukoviszidose (GOP 01709 EBM) zu 60%
- Hyposensibilisierungsbehandlung (GOP 30130, 30131 EBM) zu 30%

Nicht belegärztlich abrechenbar sind folgende Leistungen (Aufzählung nicht abschließend):

- Verweilen außerhalb der Praxis ohne Erbringung weiterer berechnungsfähiger Leistungen, wegen der Krankheit erforderlich (GOP 01440 EBM)
- Psychotherapeutische Leistungen (mit Ausnahme der GOP 35100 bis 35120 EBM)
- Videosprechstunden (GOP 01439, 01450 EBM)
- Notfalldatensatzmanagement (GOP 01640 EBM)
- Betreuung einer Schwangeren während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (GOP 01770 EBM)
- Ultraschallscreening bei Bauchaortenaneurysmen (GOP 01747, 01748 EBM)
- Glukosemessung mit Real-Time Messgeräten (GOP 03355, 04590, 13360 EBM)

Die Vergütung von Bereitschaftsdiensten in reinen Belegkliniken (ohne angestellte Krankenhausärzte) beträgt nach wie vor je Patient und Pflegetag 3,10 € bei Ansatz der GOP 99605. Die Abrechnung ist auf dem stationären Abrechnungsschein für jeden Belegpatienten nach der Zahl der Pflegetage vorzunehmen. Details sind dem neuen Belegarztvertrag zu entnehmen, der auf der Website der KVBW unter https://www.kvbawue.de/praxis/vertraege-recht/vertraege-von-a-z/krankenhaus/ zum Download angeboten wird.

Das Belegarztwesen ist die älteste Kooperationsform zwischen stationärem und vertragsärztlichem Sektor. Seit Jahren nehmen die Belegarztzahlen jedoch kontinuierlich ab. Während es 2008 bundesweit noch 5.859 Belegärzte gab, sank deren Zahl im Jahr 2017 auf 4.797. Häufigste Fachgruppen sind HNO-Ärzte (mehr als ein Viertel aller Belegärzte), Frauenärzte (14 %), Augenärzte, Orthopäden und Chirurgen. Über 75 % aller Belegärzte haben weniger als 10 Belegbetten, während lediglich rund 8 % über mehr als 20 Belegbetten verfügen. Die Belegarzttätigkeit bietet Chancen und Risiken. Zwar können Belegärzte im Vergleich zu den ambulanten Operationen größere Eingriffe durchführen, weil die entsprechende Infrastruktur (u. a. Intensivmedizin) gegeben ist, doch sind die finanziellen Rahmenbedingungen eher schlecht.

Da belegärztliche Leistungen nicht unter die Leistungen des Krankenhauses fallen, werden sie bei der Kassenärztlichen Vereinigung auf Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) geltend gemacht. Seit dem 1.4.2007 erfolgt die Vergütung extrabudgetär (eigenes EBM-Kapitel). Bei Privatpatienten liquidiert der Belegarzt nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Die Unterkunft, Pflege und Verpflegung des Patienten sind vom Krankenhaus als belegärztliche Diagnosis Related Groups (DRG) nach § 18 Abs. 2 KHEntgG mit den Kostenträgern abzurechnen. Nach § 121 Abs. 5 SGB V können Kliniken, welche Belegbetten zur Verfügung stellen, mit Belegärzten Honorarverträge zur Vergütung der belegärztlichen Leistungen schließen. Für die Nutzung der Krankenhausinfrastruktur (einschließlich der Einrichtung und der ärztlichen Dienste) stellt das Krankenhaus dem Belegarzt die anteiligen Kosten (in der Regel in Form einer pauschalen Nutzungsgebühr) in Rechnung.

Interessierte Vertragsärzte sollten beachten, dass für Belegärzte deutlich höhere Prämien für die Haftpflichtversicherung anfallen als im ambulanten Bereich. Positiv zu bewerten ist das erweiterte Leistungsspektrum und die damit verbundenen positiven Auswirkungen auf die Auslastung der Praxis.

Nordrhein: Doppelhonorarabschluss 2017/2018

Nach langen Verzögerungen haben sich die Kassenärztliche Vereinigung (KVNo) und die Gesetzlichen Krankenkassen Ende Juni endlich auf das Honorar für die Jahre 2017 und 2018 verständigt. Gegenüber dem letzten Honorarabschluss im Jahr 2016 erhalten die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten für die beiden Jahre insgesamt zusätzlich 176 Mio. €.

Das auf das Jahr 2017 entfallende Plus von insgesamt 120 Mio. € teilt sich wie folgt auf:

- Summe für die Konvergenz: rund 64 Mio. €
- Effekt durch die Umsetzung der Bundesvorgaben, die Anhebung des regionalen Punktwerts um 0,9% sowie die Berücksichtigung der Veränderungsraten bei der Morbidität und demografischen Entwicklung: rund 48 Mio. €.
- Steigerungssumme für die extrabudgetären nach Punkten bewerteten EBM-Leistungen: rund 8 Mio. € (+ 0,9 %)

Seit Kurzem stehen auch die Details in Zusammenhang mit der Nachvergütung 2017 fest. Laut KVNo erhielten die Praxen Ende August Post über die Höhe der Nachvergütung einschließlich des Berechnungsverfahrens. Ein Teil der zusätzlichen Mittel für 2017 war bereits Bestandteil der Abrechnungen des vergangenen Jahres. So profitierten die Vertragsärzte und -psychotherapeuten in der KV Nordrhein schon im Jahr 2017 von der Anhebung des Orientierungswertes sowie von den förderungswürdigen Leistungen. Die restlichen Mittel (u. a. die 64 Mio. € aus der Konvergenz) wurden im Zuge der Nachvergütung Ende August 2018 berücksichtigt. Dank einer nachträglichen Fallwerterhöhung erhalten die KV-Mitglieder unter anderem einen Fallwertzuschlag für jeden Behandlungsfall im Jahr 2017, der bei der Berechnung des Regelleistungsvolumens zugrunde gelegt wurde.

Für 2018 ergibt sich eine Gesamtsteigerung von gut 56 Mio. €. Davon resultieren rund 55 Mio. € aus der regionalen Punktwertsteigerung, der Veränderungsrate sowie der Erhöhung der Einzelleistungsvergütung (EGV). Zusätzlich erhalten die Ärzte und Psychotherapeuten rund 1,5 Mio. € als rückwirkende Vergütung für den im Jahr 2015 nicht vorhersehbaren Anstieg des ambulanten Behandlungsbedarfes. Die Verhandlungspartner haben zudem für beide Jahre die uneingeschränkte Fortsetzung der EGV, der Zuschläge beim ambulanten Operieren und des Zentrumsvertrages sowie zahlreicher Sonderverträge in Nordrhein beschlossen.

Mit dem Honorarabschluss gelang es endlich, eine abschließende Lösung für das sogenannte Konvergenzproblem zu finden. Nach der im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz verankerten Konvergenzregel war im Jahr 2017 eine einmalige Angleichung der vertragsärztlichen Honorare (in Form einer basiswirksamen Anhebung) in all jenen KVen vorzunehmen, deren Werte bei der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) je Versicherten bislang unter dem Bundesdurchschnitt gelegen hatten.

International

Modelle, die sich im Ausland bewährt haben, oder besonders forsche marktwirtschaftliche Gesundheitskonzepte anderer Länder beeinflussen die Zukunft unseres eigenen Systems. Das Wissen über derartige Entwicklungen kann auch in hiesigen Praxen richtungsweisende Veränderungsprozesse initiieren.

Großbritannien: Trotz Ärztemangel kaum Visa für ausländische Ärzte

Von Dezember 2017 bis März 2018 wurden in Großbritannien - trotz Ärztemangels - mehr als 1.500 Visaanträge von Ärzten abgelehnt, die bereits ein konkretes Jobangebot im Land hatten. Grund dafür ist die vom britischen Innenministerium festgelegte Begrenzung der Anzahl für sogenannte Tier 2-Visa, die an Arbeitnehmer außerhalb des europäischen Wirtschaftsraums vergeben werden. Das Ergebnis sind hunderte nicht besetzte Stellen und eine daraus resultierende zunehmende Überbelastung des Personals sowie eine Gefährdung der Patientenversorgung im National Health System (NHS) Großbritanniens.

Die britische Regierung prüft nun unter dem Druck des immer weiter steigenden Personalbedarfs im Gesundheitswesen, ob Ärzte von der für die Rekrutierung ausländischer Fachkräfte geltenden Obergrenze befreit werden sollen, um dem Arbeitskräftemangel unmittelbar entgegenzuwirken. Die seit 2011 geltende, durch das britische Innenministerium festgelegte Obergrenze für die Immigration ausländischer Fachkräfte liegt bei 20.700 pro Jahr. Dieses monatliche Maximum wurde – mit Ausnahme im Juni 2015 – zu keinem Zeitpunkt erreicht. Seit Jahresbeginn führt der immer höher werdende Personalbedarf im NHS jedoch dazu, dass die Obergrenze für die Zahl der zugelassenen ausländischen Fachkräfte ausnahmslos überschritten wurde. Aus diesem Grund konnten Krankenhäuser auch hochqualifizierte Ärzte nicht mehr einstellen. Von den zuletzt eingegangenen 100 Bewerbungen konnte lediglich für weniger als zehn erfolgreich ein Visum beantragt werden.

Laut offiziellen Angaben fehlen in Großbritannien derzeit fast 10.000 Ärzte, darunter insbesondere Allgemeinmediziner, Psychiater und Onkologen – und damit allesamt Ärzte aus Fachrichtungen, die in den vergangenen Monaten kein Visum erhielten.

Weiterhin unklar ist, ob auch Krankenschwestern von der Obergrenze befreit werden sollen. Diese wurden in der Vergangenheit vom Innenministerium bereits als „unterbesetzte" Berufsgruppe eingestuft und in den letzten Monaten bei der Vergabe von Tier 2-Visa zeitweise sogar mit einer höheren Priorität behandelt als Ärzte. Experten raten dazu, beide Berufsgruppen solange bevorzugt zu behandeln, bis die Anzahl der national zur Verfügung stehenden Fachkräfte wieder zunimmt. Bis zum Jahr 2025 sollen in Großbritannien weitere 1.500 Medizinstudienplätze geschaffen werden, um die Abhängigkeit von ausländischen Fachkräften zu reduzieren. Aufgrund der Überalterung der einheimischen Arbeitskräfte und den aktuellen Arbeitsbedingungen im britischen Gesundheitswesen ist dies in absehbarer Zeit allerdings nicht zu erwarten.

Zur Information

Ein Viertel des Arztbedarfs in Großbritannien wird aktuell durch Ärzte aus dem Ausland gedeckt. Laut Bundesärztekammer stammen insgesamt rund 2.000 der in Großbritannien beschäftigten Ärzte aus Deutschland. Im Jahr 2017 wanderten dorthin 44 deutsche Ärzte aus, was über drei Viertel der insgesamt 54 immigrierten Ärzte entsprach. Von den Plänen der britischen Politik, nach der Brexit-Entscheidung möglichst keine Ärzte aus dem Ausland mehr zu rekrutieren, werden daher gegebenenfalls auch viele deutsche auswanderungswillige Ärzte betroffen sein. Zumal mit Inkrafttreten der Brexit-Bestimmungen und dem damit verbundenen Entfallen der EU-Freizügigkeit auch aus der EU kommende Ärzte unter die jährliche Immigrationsobergrenze fallen könnten.

Trend

Auch Trend soll helfen, kreative Beratungsinhalte zu generieren. Visionäre Ideen aus der Welt der Heilberufler, ein besonders Nutzen bringender Einsatz der Technik oder effiziente Rationalisierungskonzepte werden vorgestellt.

Das virtuelle Medizinstudium kommt

Jüngst hat ein digitales Bachelor-Medizinstudienprogramm der European Digital University (EDU) die offizielle Akkreditierung durch das Ministerium für Bildung und Arbeit der Republik Malta sowie parallel innerhalb des Europäischen Qualifikationsrahmens erhalten. Somit sind die Voraussetzungen für eine Anerkennung in Deutschland gegeben, für die ein einfacher Antrag genügt.

Das dreijährige Medical Bachelor-Programm soll bis zum Jahresende noch durch einen zweijährigen Master-Medizinstudiengang ergänzt werden. Das digitale Studienprogramm steht auch ausländischen Bewerbern offen, die für das Studium in ihrem Heimatland verbleiben können. Die theoretischen Inhalte werden den Studierenden online in einer digitalen Lernumgebung (einschließlich Tutorien, Feedback und kontinuierlicher Bewertung des Lernfortschritts) vermittelt. Die Studierenden arbeiten in kleinen Teams unter der Aufsicht des Lehrkörpers zusammen (sog. problem based learning). Das Jahr ist in Trimester eingeteilt, wobei sich theoretische Module und klinische Trainingsphasen in den kooperierenden Lehrkrankenhäusern abwechseln. Die Prüfungen finden sowohl in der virtuellen Lernumgebung als auch vor Ort in den Lehrkrankenhäusern statt. Als Partner für die klinische Ausbildung in Deutschland konnte die private Hochschule die Helios Kliniken GmbH gewinnen, die unter anderem ihre Kliniken in Berlin, Erfurt, Krefeld, Oberhausen und Wiesbaden zur Verfügung stellt.

Interessenten mit einer Hochschulzulassungsberechtigung nach EU-Vorgaben können sich ab sofort im Internet bewerben. Auf einen erfolgreich absolvierten Medizinertest folgen dann zwei Einzelgespräche, auf deren Basis die Entscheidung über die Studienplatzvergabe fällt. Für Deutschland stehen zunächst 75 Studienplätze zur Verfügung. Startschuss des virtuellen Studiums ist im November 2018. Die jährlichen Studiengebühren liegen bei 19.500 € (zzgl. weiterer Gebühren).

Die bislang in Deutschland geltenden restriktiven Zulassungskriterien für das Medizinstudium haben privaten Universitäten im In- und Ausland regen Zulauf beschert. Die Kosten für ein solches Studium sind jedoch sehr hoch. Nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur Zulassung zum Medizinstudium bleibt nun abzuwarten, ob sich die Lage in Deutschland künftig etwas entspannt. So muss die Studienplatzvergabe bis spätestens Ende 2019 gerechter geregelt werden. Momentan darf der NC künftig zwar Grundlage für die Zulassung zum Medizinstudium bleiben, die Studienplatzvergabe ist jedoch bis spätestens Ende 2019 gerechter zu regeln. Den Ergebnissen der vor Kurzem abgehaltenen Kultusministerkonferenz zufolge, ist mit folgenden Maßnahmen zu rechnen:

- Die Wartezeitenquote wird abgeschafft.
- Die 20-Prozent-Quote für die Vergabe der Studienplätze an die Bewerber mit den besten Abiturnoten bleibt erhalten.
- Die restlichen 80 % der Studienplätze werden nach unterschiedlichen Verfahren und Kriterien von den Hochschulen selbst vergeben. Die Auswahlverfahren müssen künftig jedoch neben der Abiturnote mindestens zwei weitere Kriterien beinhalten. Weitere Einzelheiten stehen noch nicht fest.

Unternehmensphilosophie & Geschichte

Gute Zusammenarbeit lässt Ihren Erfolg wachsen.

Vom Experten für Experten: Sie sind im Medizinbereich tätig und wissen, wovon Sie reden. Genauso sind wir Profis auf unserem Fachgebiet: der finanziellen Beratung von Angehörigen der Heilberufe.

Gegründet wurde das Unternehmen im Jahre 1988 von Rolf Huttenlocher und Martin Graf. Das gesamte Beratungsteam verfügt über fundiertes Know-how – damit Ihr Erfolg stets weiter wächst!

Unternehmen Online

Ist es nicht beruhigend, stets einen unabhängigen und erfahrenen Berater an der Seite zu haben?

Unser Service endet nicht mit dem Beratungsgespräch – er geht noch weiter.
Wo Andere aufhören, fangen wir erst an.
Rund um die Uhr stehen Ihnen die Beratungsangebote auf unserer Website zur Verfügung.

Profitieren Sie von unserer Onlineterminvereinbarung, aktuellen Mandantennews, Seminarauskünfte und zahlreichen weiteren Infos.

Wir beraten Sie bei der Entscheidungsfindung

individuell, objektiv und kompetent.

Mehr darüber unter:

www.hug-beratung.de

HUG

Healthcare Competition Center

Bei Wirtschafts- und Finanzfragen ist guter Rat nicht teuer, sondern er lohnt sich doppelt: Heilberufsangehörige wie Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Physiotherapeuten, Krankengymnasten, Dentallabors, wie auch mittelständische Gewerbebetriebe u.v.m. müssen ihre finanzielle Gesamtsituation im Griff haben. Profitieren Sie von einem unabhängigen Berater, der Ihre Schwächen aber auch Chancen/Risiken erkennt und Ihre Stärken gezielt fördert!

HUG

Healthcare Competition Center

H.U.G
Betriebswirtschaftliche
Beratungsgesellschaft mbH

Kesselstraße 17, 70327 Stuttgart
Postfach 60 02 63, 70302 Stuttgart
Fon +49 711 / 2 48 97 73
Fax +49 711 / 28 27 91
E-Mail mail@hug-beratung.de

Was wir für Sie tun können:

Unsere Aufgabe ist es, zum Erfolg Ihres Unternehmens beizusteuern.

Als Ihr objektiver Partner beraten wir Sie bei allen Fragen, die sich im Rahmen einer Gründung oder Kooperation stellen, bei betriebswirtschaftlichen und finanziellen Anliegen, Sanierung, Praxisübergabe und Altersvorsorge und Vermögensberatung sowie - analyse (inkl. Lifemap).

Erfolgreiche Beratung aus einer Hand!

- Praxisgründung / Praxiseinstieg
- Kooperationsformen
- Finanzierung / öffentliche Fördermittel / Leasing
- Financial Planning
- Controlling
- Praxisbewertung

Ihr Erfolg ist unsere Aufgabe!

- Lifemap
- Debt-Relief Plan
- Vermögensberatung / - analyse
- Versicherungsanalyse
- Altersvorsorge / staatliche Förderung

Unabhängigkeit und Freiheit im Alter!

- Praxisabgabe / Praxiswertgutachten
- Altersvorsorge
- Staatliche Förderungen

Ihre optimale Strategie in eine sichere Zukunft!

Sie möchten ruhig schlafen – guten Gewissens, dass Sie das Optimum herausholen?

Sie bestimmen den Weg!

- Unabhängig / Neutral
- Seit über 20 Jahren auf dem Markt
- Individuelles Beratungskonzept

Schritt für Schritt zum Ziel:

Schaffen – Erhalten – Wachsen

Wir unterstützen Sie rundum professionell bei allen wirtschaftlichen Anliegen – Schritt für Schritt bis ans Ziel und noch darüber hinaus. Sie haben mehr Zeit für Ihr Tagesgeschäft oder Privatleben – lassen Sie finanziellen Fragen ruhig unsere Sorge sein!

Fortbildungsveranstaltungen 2018

Von der Landesärztekammer Baden-Württemberg anerkannte Fortbildungen für Ärzte und Zahnärzte

Referenten:

Martin Graf
Geschäftsführer H.U.G Betriebswirtschaftliche Beratungsgesellschaft mbH,
Anerkannter RKW-Berater
Lehrbeauftragter der Hochschule für Gesundheitswesen DHBW
Dozent IBG Institut

Dragisa Macos
Prokurist H.U.G Betriebswirtschaftliche Beratungsgesellschaft mbH,
Anerkannter RKW-Berater
Dozent IBG Institut

Burkhard Bedei
Langjähriger Mitarbeiter der KV-Nord-Württemberg,
Mitautor unterschiedlichster Fachliteratur

Ulrike Hespeler
Assessorin der Landesärztekammer Baden-Württemberg

Kooperation?

3 Fortbildungs-punkte

Die Zukunft des niedergelassenen Arztes liegt in der Kooperation.

Seminarinhalt:
- Kooperationsformen unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten
- Abrechnungsproblematik der einzelnen Kooperationsformen
- Der Weg zur richtigen Kooperation
- Wertsicherung der Praxis
- Nachfolgeregelung durch Kooperationsformen

Abendseminar: von 19:00 bis 21:00 Uhr

Praxis oder Klinik?

3 Fortbildungs-punkte

Die wirtschaftlichen Gegebenheiten zur Selbständigkeit sind so günstig wie noch nie.

Seminarinhalt:
- Einstiegsvarianten in Kooperationsformen
- Teilzulassung
- Anstellungsmodelle
- Praxisübernahme
- Öffentliche Förderung
- Finanzierungsformen

Abendseminar: von 19:00 bis 21:00 Uhr

Die Termine sowie den Veranstaltungsort erfahren Sie bei uns.

Ärztestammtische 2018

Für unsere Mandanten sind wir gerne bereit vor Ort einen Ärztestammtisch zu folgenden Themen durchzuführen

2018 haben Sie so gute Möglichkeiten wie noch nie, eine berufliche Veränderung vorzunehmen!

Bei einer kulinarischen Tischrunde erfahren Sie alles Wichtige zum Thema

- **Teilzulassung mit Angestelltenverhältnis,**
- **Vollzulassung,**
- **Juniorpartner,**
- **Finanzierung,**
- **öffentliche Fördermittel.**

Welche Kooperation ist sinnvoll?

Bei einer kulinarischen Tischrunde erfahren Sie alles Wichtige zum Thema

- **Kooperationsformen,**
- **Honorarauswirkungen,**
- **Betriebswirtschaftliche Gestaltungsmöglichkeiten.**

Praxisabgabe und Nachfolge rechtzeitig planen!

Bei einer kulinarischen Tischrunde erfahren Sie, wie und wann man rechtzeitig beginnt die Nachfolge zu planen.

Nutzen Sie unser Know-how!

HUG

Healthcare Competition Center

H.U.G
Betriebswirtschaftliche
Beratungsgesellschaft mbH

Kesselstraße 17, 70327 Stuttgart
Postfach 60 02 63, 70302 Stuttgart
Fon +49 711 / 2489773
Fax +49 711 / 282791
E-Mail mail@hug-beratung.de

Unternehmensgründung:
1988

Geschäftsführer:
Martin Graf

Beraterteam:
Martin Graf, Dragisa Macos,
Achim Bacher

Vertragsarztexperte:
Burkhard Bedei

Seminarorganisation:
Susanne Ullrich

Sekretariat:
Hakibe Elezi

Healthcare/Gesundheitswesen

- **Hausärzte**
- **Fachärzte**
- **Zahnärzte**
- **MVZ**
- **Apotheker**
- **Tageskliniken ambulant/stationär**
- **Kliniken**
- **Krankengymnasten/Physiotherapeuten**
- **Sonstige Heilberufsangehörige**

Competition/Wettbewerb

- **Einzelpraxis**
- **Berufsausübungsgemeinschaft örtlich/überörtlich**
  - BGB Gesellschaft
  - Partnerschaftsgesellschaft
  - Medizinisches Versorgungszentrum
- **Organisationsgemeinschaft**
  - Praxisgemeinschaft
  - Gerätegemeinschaft
  - ausgelagerte Praxistätigkeit

Center/Schaltstelle

- **Controlling**
- **Liquiditätsplanung**
- **Unternehmensbewertung**
- **Basel II/Rating**
- **Existenzgründung**
- **Betriebsübergabe**
- **RKW-Beratung**
- **Öffentliche Förderung**
- **Finanzierung**
- **Leasing**
- **Altersvorsorge**
- **Fortbildung**
- **Zulassungswesen/Kassenrecht**
- **Abrechnungsanalyse**
- **anerkannte LÄK – BW Fortbildungsveranstaltungen**

HUG

*H*ealthcare *C*ompetition *C*enter

H.U.G
Betriebswirtschaftliche
Beratungsgesellschaft mbH
Kesselstraße 17, 70327 Stuttgart
Postfach 60 02 63, 70302 Stuttgart

Tel. 0711-2489773
Fax 0711-282791
mail@hug-beratung.de
www.hug-beratung.de

TOP CONSULTANT
top-consultant.de
2017

QUID

H.U.G Quartalsinformation