2

Jahrgang 2017

QUID

H.U.G Quartalsinformation

In Zusammenarbeit mit REBMANN RESEARCH

Ärztestatistik 2016 gibt Anlass zur Sorge

© Wavebreakmedia - iStock

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

Inhalt

Barometer :: Seite 3 – 4
- Ärztestatistik 2016 gibt Anlass zur Sorge
- Finanzierung der Telematik-Infrastruktur steht endlich fest
- Neue Leistung in der häuslichen Krankenpflege – Weitere Verbesserung für Palliativpatienten in Sicht

Talk :: Seite 5 – 6
- Laboraufträge werden digitalisiert
- Verbraucher wünschen ärztlichen Rat bei Gesundheits-Apps
- Masterplan 2020 verabschiedet

Fachrichtung :: Seite 6 – 8
Hausärzte
- Innovatives Tele-Hausarztprojekt in vier Bundesländern am Start

Fachärzte
- Kinder- und Jugendärzte – Neuer Zuschlag für Kindernephrologie
- Hausärzte, Chirurgen, Gynäkologen, Facharztinternisten, Hautärzte und Urologen – Darmkrebsvorsorge: Neue Kassenleistung
- Innere Medizin – Rheumatologen sind nach wie vor Mangelware

Zahnärzte
- Zahnärztliche Versorgung von Pflegebedürftigen weiter verbessert

Regional :: Seite 9 – 10
- Hessen: Zusatzweiterbildung Ambulante Geriatrie
- Nordrhein: Weg frei für die „Neuro-EVA“
- Baden-Württemberg: Modellprojekt zur sektorenübergreifenden Versorgung

International :: Seite 10 – 11
- Frankreich: Zur Grippeimpfung in die Apotheke

Trend :: Seite 11
- Probleme mit aggressiven Patienten nehmen zu

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

Fortbildungsveranstaltungen 2017 :: Seite 14

Ärztestammtische 2017 :: 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

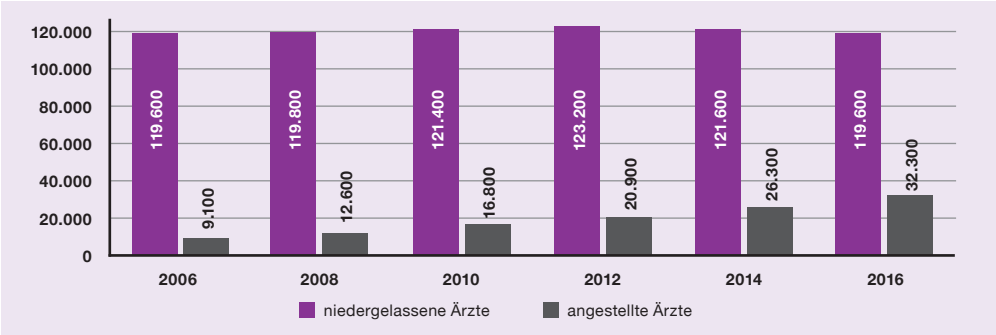
Barometer

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.

Ärztestatistik 2016 gibt Anlass zur Sorge

Im vergangenen Jahr stieg die Zahl der Ärzte in Deutschland um 2,1 % (7.305) auf 378.607. Dies geht aus der aktuellen Ärztestatistik der Bundesärztekammer (BÄK) für das Jahr 2016 hervor. Dabei setzten sich auch die Trends der vergangenen Jahre weiter fort (vgl. Infobox). Trotz des leichten Zuwachses bei der Anzahl der Mediziner ist die Ärztestatistik 2016 aus Sicht der BÄK alarmierend. Probleme bereitet insbesondere der Rückgang bei den niedergelassenen Ärzten in Kombination mit der steigenden Zahl der ambulant tätigen angestellten Mediziner. So zeigt sich im Zehn-Jahres-Vergleich, dass die Zahl der niedergelassenen Ärzte stagniert, während sich jene der in den Praxen angestellten Ärzte im selben Zeitraum um mehr als das 3,5-fache erhöhte.

Abb. 1 – Entwicklung der Zahl der Niedergelassenen sowie der im ambulanten Bereich angestellten Ärzte 2006-2016



Quelle: BÄK Grafik: REBMANN RESEARCH

Diese bevorzugen häufig eine Teilzeittätigkeit. Allein im Jahr 2015 erhöhte sich der Anteil der Ärzte und Psychotherapeuten in Teilzeitanstellung nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) um 10,6 %. Dies hat zur Folge, dass die durchschnittliche Arbeitszeit je Mediziner sinkt und immer mehr Ärzte notwendig sind, um das Versorgungsniveau zu halten. Gleichzeitig erhöht sich die Nachfrage. Der BÄK zufolge beläuft sich die Zahl der jährlichen ambulanten Arzt-Patienten-Kontakte bereits auf rund eine Milliarde.

Kernaussagen der Ärztestatistik 2016

- 194.401 Mediziner waren 2016 im Krankenhaus und 151.989 Ärzte im ambulanten Bereich tätig. Bei Behörden, Körperschaften und in sonstigen Bereichen waren es 32.217 Mediziner.
- Der Anteil der Ärztinnen an der Gesamtzahl der berufstätigen Ärzte nahm von 1991 (knapp ein Drittel) bis 2016 auf 46,5 % zu.
- 2016 nahm die Zahl der im ambulanten Bereich angestellten Mediziner um 10,1 % auf insgesamt 32.348 zu. Dies bedeutet gegenüber 1993 quasi eine Versechsfachung. Frauen sind in der Gruppe der ambulant tätigen angestellten Ärzte mit einem Anteil von 62,7 % besonders stark vertreten.
- Die Zahl der niedergelassenen Ärzte sank im Jahr 2016 um 0,9 % gegenüber 2015 auf 119.641.
- In Deutschland arbeiten immer mehr ausländische Ärzte, deren Anzahl sich im Jahr 2016 um 9,7 % auf 46.721 erhöhte. Der Anteil der berufstätigen ausländischen Mediziner in Deutschland liegt demnach bei 11 %. Unter den Herkunftsländern steht Rumänien (4.285) an erster Stelle, gefolgt von Griechenland (3.118), Syrien (2.895) und Österreich (2.600).
- Umgekehrt verließen im Jahr 2016 insgesamt 2.050 Mediziner Deutschland, um in der Schweiz (677), Österreich (295) und den USA (112) zu arbeiten.
- Die Zahl der Mediziner ohne ärztliche Tätigkeit nahm im vergangenen Jahr um 2,7 % zu.

Die stationären Behandlungsfälle stiegen in der vergangenen Dekade um mehr als 2,5 Mio. auf fast 19,8 Mio. Aufgrund der demografischen Entwicklung ist von einer weiteren Erhöhung des Behandlungsbedarfs auszugehen. Gleichzeitig hat die Überalterung der Ärzte Auswirkungen auf die Versorgungslage. Nahezu jeder vierte Niedergelassene plant, in den nächsten fünf Jahren seine Praxis aufzugeben. Die BÄK fordert vor diesem Hintergrund eine Erhöhung der Zahl der Studienplätze um 10 %. Die Forderung nach größeren Studienplatzkapazitäten zur Bekämpfung der Nachwuchsproblematik steht bereits seit Jahren im Raum. Im Rahmen des vor Kurzem verabschiedeten Masterplans Medizinstudium 2020 verzichteten Bund und Länder jedoch auf eine generelle Erhöhung der Kapazitäten. Den einzelnen Ländern steht es jedoch offen, an ausgewählten Hochschulen neue oder zusätzliche Kapazitäten im Bereich der Humanmedizin zu schaffen.

Finanzierung der Telematik-Infrastruktur steht endlich fest

Nachdem die Verhandlungen zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem GKV-Spitzenverband über die Finanzierung der Telematik-Infrastruktur Anfang April gescheitert waren, konnte mithilfe des Schiedsamts eine Einigung über die Eckpunkte der Finanzierung erzielt werden. Diese umfasst die Kostenübernahme sowohl für die Erstausstattung als auch für den laufenden Betrieb. Bis Mitte Mai sollten die Details erarbeitet werden (liegen jedoch bis dato noch nicht vor). Folgende Regeln gelten seit dem 1. Juni 2017:

1. **Konnektor:** Praxen mit bis zu drei Ärzten/Psychotherapeuten (Vollzeitäquivalenten) erhalten für die Anschaffung eines Konnektors (mit Funktion für die qualifizierte elektronische Signatur QES) im 3. Quartal 2017 einen einmaligen Betrag von 3.055 €. Erfolgt die Anschaffung später, verringert sich in den drei Folgequartalen dieser Erstattungsbetrag um jeweils 10 % pro Quartal. Ausschlaggebend ist dabei der Zeitpunkt der Installation. Bei größeren Praxen gilt ein höherer Erstattungsbetrag sofern mehrere stationäre Kartenterminals benötigt werden. Laut E-Health-Gesetz sollen bis Ende Juni 2018 alle Praxen mit der neuen Technik ausgestattet sein. Ab dem 3. Quartal 2018 beträgt der Erstattungsbetrag je nach Praxisgröße 1.155 € bis 2.025 €.
2. **Mobile Kartenterminals:** Vertragsärzte mit mindestens halber Zulassung erhalten einen Erstattungsbetrag von einmalig 350 €. Voraussetzung für die Förderung eines mobilen Geräts ist eine Mindestanzahl von drei Haus-/Heimbesuchen pro Quartal oder die Teilnahme an einem Kooperationsvertrag zur ambulanten Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 119b SGB V). Unabhängig davon besteht für jede Praxisstätte der Anspruch auf ein mobiles Gerät.
3. **Startpauschale:** Praxen erhalten ferner eine Startpauschale von einmalig 900 € als Ausgleich für den Praxisausfall während der Installation sowie für die Anpassung des Praxisverwaltungssystems.
4. **Betriebskostenpauschale:** Für den laufenden Betrieb und die Wartung/Updates erhalten Ärzte pro Quartal 298 €. Ab dem dritten Quartal 2018 sinkt dieser Betrag auf 248 €/Quartal. Ferner werden die Kosten für den Praxisausweis (SMC-B Smartcard) mit 23,25 € je Quartal und Karte sowie den eArztausweis (HBA Smartcard) mit 11,63 € je Quartal und Karte vergütet.

Im Fall künftiger technischer oder preislicher Veränderungen der obigen Komponenten soll die Erstattungsvereinbarung angepasst werden.

Die telematische Infrastruktur ist zwingend notwendig für die Online-Aktualisierung der Versichertenstammdaten auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK), die ab 1.7.2018 bundesweit verfügbar sein soll. Per Gesetz sind die Krankenkassen verpflichtet, die Kosten für die Erstausstattung und den laufenden Betrieb voll zu übernehmen. Dies hatten jedoch die Kassen zunächst abgelehnt. Bei den Zahnärzten hingegen verliefen die Verhandlungen unproblematisch. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und der GKV-Spitzenverband haben sich auf Pauschalen geeinigt, welche „die günstigsten Kosten eines Standard-Erstausstattungspakets sowie eines Standard-Betriebspakets vollständig decken.“ Hierbei ist von einem Erstausstattungsbetrag in Höhe von 1.000 € sowie von einer Pauschale für das Kartenterminal von 370 € die Rede. Die endgültige Höhe der Pauschalen steht jedoch noch nicht fest.

Die Anbindung an die Telematikinfrastruktur ist für alle Vertragsärzte und -psychotherapeuten verpflichtend und soll laut E-Health-Gesetz bis Ende Juni 2018 abgeschlossen sein. Nun ist die Industrie gefordert: Sie muss die benötigten technischen Komponenten rechtzeitig bereitstellen. Hierbei ist auch eine Zertifizierung durch das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) erforderlich.

Neue Leistung in der häuslichen Krankenpflege – Weitere Verbesserung für Palliativpatienten in Sicht

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Regelungen für die häusliche Krankenpflege angepasst und damit eine Vorgabe aus dem Hospiz- und Palliativgesetz umgesetzt. Der Neuregelung zufolge dürfen Vertragsärzte künftig die Symptomkontrolle bei Palliativpatienten als neue Leistung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege verordnen. Ziel ist die Verbesserung der Versorgung und Erhöhung der Lebensqualität von sterbenden Menschen in ihrer häuslichen Umgebung. Dank der neuen Leistung sollen Pflegekräfte Krankheitszeichen und mögliche Begleiterscheinungen möglichst schnell erkennen. Dabei ist eine enge Abstimmung mit dem verordnenden Arzt vorgesehen. Die Symptomkontrolle soll insbesondere Patienten mit Schmerzsymptomen, Übelkeit, Erbrechen, pulmonalen oder kardialen Symptomen und Obstipation sowie bei der Kontrolle und Behandlung von exulzerierenden Wunden zugutekommen. Bei Krampfanfällen, Blutungen, akuten Angstzuständen etc. umfasst die Leistung auch die Krisenintervention.

Die Symptomkontrolle darf von allen Vertragsärzten (ohne spezielle Qualifikation) in Zusammenhang mit der Behandlung schwerstkranker und sterbender Patienten aller Altersgruppen verordnet werden. Die neue Leistung ist ausgeschlossen, sofern bereits eine Versorgung der Patienten im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) erfolgt. Die Verordnungsdauer beträgt sowohl für die Erst- als auch für die Folgeverordnung bis zu 14 Tage. Die Häufigkeit richtet sich nach dem individuellen Bedarf und ist nicht beschränkt.

Laut aktuellem Stand der häuslichen Krankenpflege-Richtlinie ist die Verordnung der neuen Leistung auf Patienten beschränkt, deren Lebenserwartung nur noch Tage oder wenige Wochen beträgt. Hinsichtlich dieser Regelung ist jedoch noch eine Änderung zu erwarten. Grund ist, dass das Bundesgesundheitsministerium (BMG) innerhalb der Prüffrist um eine ergänzende Stellungnahme gebeten hat. Konkret beanstandet das BMG die Beschränkung der Leistung auf die finale Sterbephase von Patienten. Somit ist das Datum des Inkrafttretens der neuen Richtlinie noch nicht absehbar.

Erst zu Beginn des Jahres haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband eine neue Vereinbarung zur ambulanten Palliativversorgung geschlossen und dabei einen weiteren Schritt zur Verbesserung der Versorgung sterbenskranker Menschen unternommen. Auch diese Vereinbarung geht, ebenso wie die neue Leistung der Symptomkontrolle, auf das im Jahr 2015 verabschiedete Hospiz- und Palliativgesetz zurück. Der bundesweite Ausbau der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung ist sehr zu begrüßen. Wie eine Studie der Bertelsmann Stiftung aus dem Jahr 2015 belegt, haben 76 % der Deutschen den Wunsch, zu Hause sterben zu dürfen. Dieser Wunsch lässt sich gegenwärtig jedoch nur bei jedem fünften Bundesbürger umsetzen. Fast jeder zweite stirbt im Krankenhaus.

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 management-relevanten Entscheidungen.

Laboraufträge werden digitalisiert

Ab dem 1. Juli 2017 können die Vertragsärzte ihre Laboraufträge auch digital ausstellen und übermitteln. Dies geht aus einer Vereinbarung über digitale Vordrucke zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und GKV-Spitzenverband hervor. Gegenwärtig gibt es die Laboraufträge nach Muster 10 und 10a lediglich in Printform. Künftig ist im Gegensatz zur Blankoformularbedruckung jedoch kein Drucker mehr nötig. Laut KBV zählen die beiden Vordrucke mit einer Gesamtzahl von jährlich rund 94 Mio. Vordrucken zu den von den Vertragsärzten am häufigsten genutzten Formularen. Die Neuregelung wurde gemeinsam mit den Bestimmungen zum radiologischen Telekonsil als Anlage zum Bundesmantelvertrag aufgenommen. Eine Ergänzung um weitere Vordrucke ist geplant. Mit dem digitalen Überweisungsschein (Muster 6) steht bereits seit April 2017 ein digitales Formular zur Verfügung, das jedoch ausschließlich für die Beauftragung eines radiologischen Telekonsils verwendet werden darf. Als Voraussetzung für die Nutzung der digitalen Formulare müssen Vertragsärzte über einen elektronischen Heilberufeausweis verfügen. Dieser erlaubt eine qualifizierte elektronische Signatur. Ferner muss die von der Praxis eingesetzte Software von der KBV zertifiziert sowie an ein sicheres Übertragungsnetz angeschlossen sein.

Die Digitalisierung der Formulare ist zu begrüßen, da sie zum Abbau der bürokratischen Belastung der Praxen beiträgt. Im Jahr 2016 haben die Niedergelassenen ganze 52 Mio. Stunden allein für bürokratische Tätigkeiten im Zusammenhang mit Vorgaben der Selbstverwaltung auf Bundesebene aufgebracht. Dies geht aus dem unter Mitarbeit der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe und der Fachhochschule des Mittelstandes neu entwickelten „Bürokratieindex“ hervor. Dieser administrative Aufwand geht jedoch direkt zu Lasten der wertvollen Zeit mit dem Patienten. Hinzu kommt die abschreckende Wirkung auf den ärztlichen Nachwuchs in Bezug auf eine eigene Niederlassung.

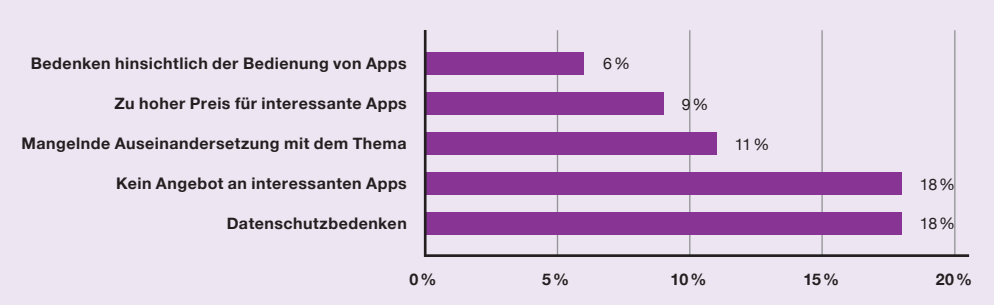
Verbraucher wünschen ärztlichen Rat bei Gesundheits-Apps

Der „AbbVie Healthcare Monitor“ – eine aktuelle Umfrage unter mehr als 1.000 Bürgern ab einem Alter von 14 Jahren – kommt zu nachfolgenden Ergebnissen:

- 14 % der Befragten (über alle Altersgruppen hinweg) nutzen Gesundheits- und Fitness-Apps.
- Bei den Internetnutzern unter 30 Jahren liegt diese Quote mit 33 % deutlich höher.
- 51 % der Befragten lehnen Gesundheits- und Fitness-Apps ab, mit der Begründung diesbezüglich keinen Bedarf bzw. kein Interesse zu haben.
- 46 % haben Interesse, nutzen die Apps aber aus unterschiedlichen Gründen nicht (vgl. Abbildung).
- Das größte Interesse gilt Apps zur Nachverfolgung der eigenen körperlichen Aktivität (47 %), gefolgt von Ernährungs-Apps sowie Apps zur Überwachung der Körperfunktionen (jeweils 37 %) und jenen, welche die ärztliche Behandlung unterstützen (32 %).
- 54 % der Befragten wären zur Nutzung einer Gesundheits-App bereit, wenn diese vom Arzt verschrieben würde.
- Auf einer Skala von 1 (unwichtig) bis 10 (sehr wichtig) stufen die Befragten die Bedeutung des Datenschutzes bei Gesundheits-Apps bei einem Wert von 6,3 ein.

Die Umfrage belegt, dass sich die Gesundheits-Apps momentan noch überwiegend im sogenannten zweiten Gesundheitsmarkt entwickeln, wobei das sogenannte Aktivitätstracking – unter anderem auf der Basis von Apps in Kombination mit speziellen Wearables – auf Platz eins der Beliebtheitsskala steht. Obwohl es bei den Apps in Sachen Datenschutz noch erheblichen Nachholbedarf gibt, haben unterschiedliche Befragungen wiederholt gezeigt, dass diesbezüglich die Sensibilität der deutschen Bevölkerung relativ gering ist.

Abb. 2 – Gründe, die gegen die Nutzung von Gesundheits-Apps sprechen



Quelle: AbbVie Healthcare Monitor Grafik: REBMANN RESEARCH

Indessen gibt es konkrete Warnungen – z. B. von der Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen (VZ NRW). Letztere mahnte vor Kurzem die Anbieter Apple, Garmin, Fitbit, Jawbone, Polar, Runtastic, Striiv, UnderArmour (MyFitnessPal) und Withings ab. Die Verbraucherschützer waren anhand einer Untersuchung von 12 Wearables und 24 Fitness-Apps zu dem Ergebnis gekommen, dass die Nutzer nur geringe Kontrollmöglichkeiten bezüglich der Verwendung ihrer Daten haben,

Datenschutzhinweise oft nur auf Englisch bestehen und spezielle Hinweise auf die Sensibilität der Gesundheitsdaten fehlen. Immerhin erfolgte bei allen untersuchten Wearables eine sichere Datenübertragung an den Server mittels „https“-Verschlüsselung. Weitere Einzelheiten zu der Untersuchung sind unter www.marktwaechter.de/pressemeldung/wearables-und-fitness-apps-daten-ausser-kontrolle zu finden. Tipps zum richtigen Umgang mit Apps gibt die Verbraucherzentrale unter www.verbraucherzentrale.de/Smartphones-Alleskoenner-mit-Risiko.

Masterplan 2020 verabschiedet

Nach langen Verzögerungen wurde Ende März der „Masterplan Medizinstudium 2020“ beschlossen. Ziel ist die Modernisierung des Medizinstudiums und damit auch die künftige Sicherstellung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Der Masterplan umfasst ein umfangreiches Maßnahmenpaket (Beschlusstext vgl. http://bit.ly/2rWIDGm). Wichtige Änderungen betreffen:

- **Die Verbesserung des Praxisbezugs** während des Studiums: Die Lehre soll sich künftig stärker an der Vermittlung arztbezogener Fähigkeiten ausrichten (z. B. besondere Berücksichtigung des Arzt-Patienten-Gesprächs).
- **Die Stärkung der Allgemeinmedizin:** Studierende verbringen während des Praktischen Jahres künftig ein Quartal in der ambulanten Versorgung; allgemeinmedizinische Inhalte sollen möglichst ab dem ersten Semester über das gesamte Studium hinweg vermittelt werden.
- **Die Betonung kommunikativer und sozialer Fähigkeiten:** Die Auswahl der Studienplatzbewerber richtet sich stärker an sozialen und kommunikativen Kompetenzen sowie der besonderen Motivation der Bewerber für das Medizinstudium aus.
- **Die Option für die einzelnen Bundesländer eine Landarztquote einzuführen:** Die Länder dürfen bis zu 10 % der Medizinstudienplätze vorab an Bewerber vergeben, die sich verpflichten, nach Abschluss der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin für bis zu zehn Jahre in der hausärztlichen Versorgung in unterversorgten bzw. von Unterversorgung bedrohten ländlichen Regionen des betreffenden Bundeslandes tätig zu sein.
- **Die Veränderungen bei der Studienstruktur und den Ausbildungsinhalten:** Vorgesehen ist eine bessere Anleitung der Studierenden zu wissenschaftlichem Arbeiten während der Ausbildung (Umgang mit wissenschaftlichen Konzepten und Methoden).
- **Die Einrichtung einer Expertenkommission:** Zu deren Aufgaben zählen u. a. die Untersuchung der Auswirkungen der getroffenen Maßnahmen auf die Studienplatzsituation und Kosten sowie die Erarbeitung eines Änderungsvorschlags zur Approbationsordnung für Ärzte.

Die Reform könnte einen wichtigen Beitrag zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung im ländlichen Raum und insgesamt zur Verbesserung der Versorgung leisten. Offen ist jedoch die Frage der Finanzierung. Schätzungsweise rund 300 Mio. € werden jedes Jahr für die Umsetzung des Reformvorhabens anfallen. Die Ermittlung der genauen Kosten ist Aufgabe der Expertenkommission, welcher für diese Aufgabe eine Frist von 12 Monaten zugestanden wird. Indessen hat der Streit über die Finanzierung bereits begonnen. Während die Gesundheitsminister das Kultus- und Wissenschaftsressort in die Pflicht nehmen möchten, ist die Kultusministerkonferenz nicht zur Bereitstellung zusätzlicher Mittel durch die Länder bereit. Stattdessen schlagen sie zur Finanzierung spezielle Zuschläge auf die Fallpauschalen vor.

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

Innovatives Tele-Hausarztprojekt in vier Bundesländern am Start

Nach einer erfolgreichen Erprobungsphase in Lindlar (Nordrhein) profitieren künftig BKK-versicherte Patienten in ganz Nordrhein-Westfalen, Bayern, Rheinland-Pfalz und Hessen von einem speziellen telemedizinischen Angebot in Kombination mit Hausbesuchen durch speziell qualifizierte Praxisassistentinnen. Ziel des vom Deutschen Hausärzteverband unterstützten Projektes ist es, die Versorgung meist älterer und/oder chronisch kranker Patienten sicherzustellen, für die der Weg in die Hausarztpraxis zu beschwerlich ist. Dabei sollen sich auch Einsparungen durch den Entfall unnötiger Rettungseinsätze und Krankenhausaufenthalte ergeben, die Kapazitätsengpässen bei den Hausbesuchen geschuldet sind.

- **Ablauf:** Ähnlich wie beim Modell VERAH (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis) führt eine speziell ausgebildete Assistentin die Hausbesuche und die entsprechenden Routineuntersuchungen durch. Zur Erfassung der wichtigsten Vitaldaten der Patienten ist die „TeleVERAH“ mit einem sogenannten Telemedizin-Rucksack ausgestattet, der u. a. ein Dreikanal-EKG, ein Blutdruck- und Blutzuckermessgerät, einen Pulsoximeter, einen Spirometer und einen Tablet-PC enthält. Sie übermittelt dann die erfassten Vitaldaten über eine gesicherte Leitung an die Praxis. Bei Bedarf schaltet sie den Hausarzt per Videokonferenz zu. Die Diagnosestellung und die Verantwortung für alle Maßnahmen obliegen dem Hausarzt.
- **Teilnahmevoraussetzungen:** Hausärzte, die am Versorgungsmodell teilnehmen wollen, müssen an dem Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung mit der GWQ ServicePlus AG (Dienstleister für 50 Betriebs- und Innungskrankenkassen; vgl. www.gwq-serviceplus.de) teilnehmen. Sie können sich ab sofort einschreiben. Für Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen startet die Einschreibefrist am 1. Juli 2017. Im Gegensatz zu den Hausärzten ist eine Teilnahme der Versicherten an der hausarztzentrierten Versorgung nicht erforderlich.

- **Honorar:** Die Vergütung besteht aus folgenden Komponenten:
  - Kontaktunabhängige Telemedizinpauschale (15 €) für das Vorhalten des Telemedizin-Rucksackes: einmal pro Quartal und maximal viermal pro Kalenderjahr abrechenbar.
  - Hausbesuchspauschale durch TeleVERAH (96,00 € bzw. 76,00 € in Bayern): einmal pro Quartal und maximal viermal pro Kalenderjahr abrechenbar. Die Pauschale deckt folgende Leistungen ab: Hausbesuch einer TeleVERAH inklusive Wiegen, Blutdruckmessung; Wegepauschalen und Übermittlung der Vitaldaten (je Hausbesuch taggenaue Dokumentation durch Pseudoziffer) oder telemedizinische Einbindung des HZV-Hausarztes während des Besuchs der TeleVERAH (je Einbindung zusätzliche taggenaue Dokumentation durch Pseudoziffer). Zusätzlich sind folgende (durch den HzV-Hausarzt zu erbringende) Leistungen inbegriffen: regelmäßige Überprüfung der Vitaldaten sowie der Sturzrisikoanalyse, erforderlichenfalls Ableitung weiterer Behandlungsschritte sowie die Auswertung der hausärztlichen Prävention einschließlich Arzneimittelcheck.
  - Zuschlag auf Hausbesuchspauschale durch TeleVERAH (20 €): Der Zuschlag wird ab dem 6. Hausbesuch bei einem Versicherten durch die Tele-VERAH gewährt: einmal pro Quartal und maximal viermal pro Kalenderjahr abrechenbar.
  - Einzelleistung hausärztliche Prävention im Rahmen des Hausbesuchs durch die TeleVERAH (13 €): max. einmal pro Quartal und zweimal pro Versichertenteilnahmejahr abrechenbar. Voraussetzung ist die Erbringung von mindestens einer der nachfolgenden Präventionsleistungen: Sturzrisikoanalyse, Gesundheitsbefragung oder Arzneimittelerfassung.

Im Rahmen der Digitalisierung sollen sich Ärzte auf eine Veränderung der Organisation und der Arbeitsprozesse einstellen. Auch wenn die Entwicklung des E-Health-Bereichs nicht als „Allheilmittel“ für die Probleme des deutschen Gesundheitswesens dienen kann, lassen sich der Digitalisierung viele positive Seiten abgewinnen. So erlauben die Telematik ebenso wie die Online-Terminvereinbarungssysteme eine deutliche Verringerung der administrativen Belastung aller Akteure im Gesundheitswesen. Online-Sprechstunden und Telekonsile schaffen die Grundlage für einen gerechteren Zugang zur medizinischen Versorgung sowie zum medizinischen Expertenwissen unabhängig vom Wohnort und Mobilitätsgrad der Patienten. Datenmonitoring und Big Data können zu einer Optimierung von Prävention, Früherkennung, Diagnose und Behandlung und damit zu einem verbesserten Gesundheitszustand und einem längeren Leben bei besserer Lebensqualität sowie mehr Selbstbestimmung im Alter beitragen. Vor diesem Hintergrund sind Modellvorhaben wie das Tele-Hausarzt-Projekt zu begrüßen. Trotz Ärztemangels bietet sich die Möglichkeit einer besseren Betreuung von Patienten in ihrem häuslichen Umfeld – und dies durch den Arzt und das Praxisteam ihres Vertrauens.

FACHÄRZTE

Kinder- und Jugendärzte – Neuer Zuschlag für Kindernephrologie

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband haben sich im Bewertungsausschuss auf eine neue Pauschale für die Kindernephrologie verständigt. Diese dürfen Kinder- und Jugendärzte für die nephrologische Betreuung ihrer Patienten bereits seit April 2017 abrechnen. Ziel ist ein Ausgleich des hohen Aufwands bei der Versorgung nierenkranker Kinder. Zu diesem Zweck wird der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) um die neue Gebührenordnungsposition (GOP 04563) ergänzt. Die Pauschale wird als Zuschlag zur Versichertenpauschale (04000) einmal im Behandlungsfall gewährt und ist mit 950 Punkten (100,04 €) bewertet. Die Vergütung erfolgt extrabudgetär außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (ohne Mengenbegrenzung sowie zu einem festen Preis). Voraussetzung für die Abrechnung ist ein Versorgungsauftrag nach § 3 Abs. 3 e) der Anlage 9.1, Bundesmantelvertrag-Ärzte (Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten).

Die neue GOP darf ebenso wie die GOP 04560 und 04561 nur von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Nephrologie und/oder Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin, die über eine Genehmigung zur Durchführung von Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen, berechnet werden. Derart spezialisierte Fachärzte sind in der ambulanten Praxis relativ selten anzutreffen. Grund ist, dass bei der Behandlung nierenkranker Kinder meist ein spezialisiertes stationäres Umfeld notwendig ist, das eine weitere Spezialbetreuung (z. B. durch Kinderurologen, Kinderradiologen, Kinderkardiologen, Kinderchirurgen, Kinderpsychologen, Diätassistenten/-innen und Sozialarbeiter) ermöglicht. Eine Übersicht über Kindernephrologen in Deutschland ist unter http://gpn.de/service/kindernephrologie zu finden.

Hausärzte, Chirurgen, Gynäkologen, Facharztinternisten, Hautärzte und Urologen – Darmkrebsvorsorge: Neue Kassenleistung

Nachdem der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bereits im Mai 2016 beschlossen hatte, das bislang in Zusammenhang mit der Darmkrebsvorsorge verwendete Guajakbasierte Testverfahren auszutauschen und die Krebsfrüherkennungs-Richtlinie entsprechend zu ändern, hat der Bewertungsausschuss kurz vor Ablauf der Frist endlich eine entsprechende Anpassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) vorgenommen. Somit kann die neue Leistung bei gesetzlich Krankenversicherten seit dem 1. April 2017 über die Gebührenordnungspositionen (GOP) GOP 01737 und 01734 abgerechnet werden (Einzelheiten zur Vergütung sind unter www.kbv.de/html/1150_27552.php zu finden). Anspruchsberechtigt sind Versicherte ab einem Alter von 50 Jahren.

Das neue Verfahren geht auf das im Jahr 2013 verabschiedete Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz zurück, das ein organisiertes und qualitätsgesichertes Screeningprogramm gefordert hatte. Der Test – basierend auf einer einmaligen Stuhlprobe – reagiert ausschließlich auf den Blutfarbstoff Hämoglobin, wodurch die Störanfälligkeit reduziert werden kann. Hierbei wird auch das – häufig mit bloßem Auge nicht sichtbare – von Krebsvorstufen (wie z. B. Darmpolypen) abgegebene Blut erkannt. Dank der erhöhten Sensitivität können doppelt so viele Krebserkrankungen und dreimal so viele Krebsvorstufen wie beim herkömmlichen Test erkannt werden. In Deutschland gibt es jährlich 73.000 Darmkrebsneuerkrankungen. Darmkrebs ist bei den Frauen die zweithäufigste

und bei den Männern die dritthäufigste Krebserkrankung. Bei einer rechtzeitigen Diagnose und Entfernung der Vorstufen in Form von Darmpolypen bestehen sehr gute Chancen auf Heilung.

Innere Medizin – Rheumatologen sind nach wie vor Mangelware

In einem aktuellen Memorandum zur rheumatologischen Versorgung in Deutschland weist die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) unter anderem auf einen eklatanten Mangel an internistischen Rheumatologen in Deutschland hin. Seit dem Jahr 1994 (Zeitpunkt der Veröffentlichung des ersten Memorandums der DGRh) hat sich die Epidemiologie der rheumatischen Erkrankungen kaum verändert. Die Häufigkeit der Erkrankung ist anhaltend hoch, wobei Frauen häufiger als Männer betroffen sind. Bei der Versorgung von Rheuma-Patienten lassen sich im Vergleich zu 1994 jedoch deutliche Fortschritte verzeichnen. Diese äußern sich in einem früheren Kontakt zu einem Rheumatologen, in der Nutzung fortschrittlicherer Diagnostik- und Therapiemethoden, in wesentlich höheren Remissionsraten sowie in einer Verlagerung der Versorgung in den ambulanten Sektor.

Problematisch ist der nach wie vor große, bundeweite Mangel an Rheumatologen. Bei der internistisch-rheumatologischen Versorgung der Erwachsenen fehlen 771 Ärzte, was mehr als der Hälfte des Gesamtbedarfs entspricht. Bei den Kinderrheumatologen fehlen 56 Ärzte. Bei der Langzeitversorgung der Patienten besteht Handlungsbedarf auch im Hinblick auf eine bessere strukturelle Verzahnung aller „Sektoren“. Ferner bemängelt die DGRh Defizite bei der Versorgung in den Bereichen Rehabilitation, Krankengymnastik, Ergotherapie und Patientenschulung.

In Deutschland sind rund 1,5 Mio. Erwachsene (rund 2 % der erwachsenen Bevölkerung) von einer rheumatischen Erkrankung betroffen. Darüber hinaus leiden ca. 20.000 Kinder an Rheuma. Bereits seit mehr als 10 Jahren machen die Rheumatologen auf die prekäre Versorgungssituation aufmerksam. Sie fordern unter anderem mehr Lehrstühle für die internistische Rheumatologie. Gegenwärtig gibt es bundesweit nur sechs rheumatologische Lehrstühle (Berlin Charité, Erlangen, Freiburg, Gießen, Hannover, Lübeck). Entsprechend gering ist auch die Zahl der Weiterbildungsstellen. Abhilfe könnte auch die neue Bedarfsplanung schaffen. Einem Bericht im Deutschen Ärzteblatt zufolge sind künftig Unterquoten für Subspezialisierungen angedacht. Gegenwärtig werden internistische Rheumatologen in einer gemeinsamen Arztgruppe mit anderen Fachinternisten beplant, wodurch eine bedarfsorientierte Feinsteuerung nicht möglich ist.

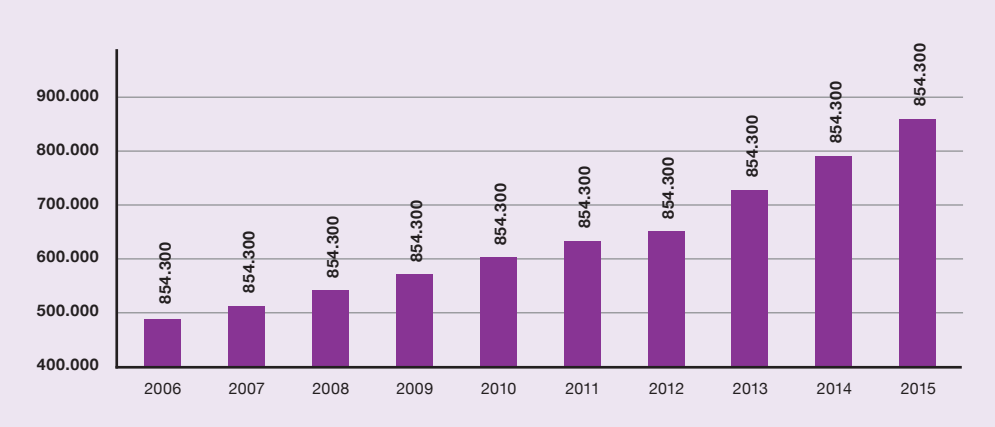
ZAHNÄRZTE

Zahnärztliche Versorgung von Pflegebedürftigen weiter verbessert

Die zahnmedizinische Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung hat sich weiter verbessert. Dies belegen die aktuellen Zahlen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV):

- Im Vergleich zum Vorjahr stieg die Anzahl der Kooperationsverträge zwischen Zahnärzten und stationären Pflegeeinrichtungen im Jahr 2016 um 610 Verträge auf insgesamt 3.218 an. Somit ist die zahnärztliche Versorgung in rund 24 % der gegenwärtig 13.596 Pflegeheime in Deutschland abgedeckt.
- Der Hochrechnung auf Basis der ersten drei Abrechnungsquartale 2016 zufolge erhöhte sich die Gesamtzahl der Besuche in Heimen und zu Hause im Jahr 2016 auf rund 902.000, was einen Zuwachs um 5,6 % gegenüber dem Vorjahr bedeutet. 84,6 % der Besuche entfielen dabei auf Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderung. Im Jahr 2015 lag dieser Anteil noch bei 81,9 %.

Abb. 3 – Heim- und Hausbesuche in den Jahren 2006 – 2015



Quelle: KZBV Grafik: REBMANN RESEARCH

In der Vergangenheit wurde immer wieder auf Mängel in der zahnmedizinischen Versorgung von Pflegebedürftigen in Heimen hingewiesen. Um diesen entgegenzuwirken gilt bereits seit dem 1.4.2014 eine Rahmenvereinbarung zwischen Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung (KZBV) und dem GKV-Spitzenverband, die unter Mitwirkung der Träger von Pflegeheimen sowie der Verbände der Pflegeberufe beschlossen wurde. Grundlage ist der im Rahmen des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes neu geschaffene § 119b SGB V. Vertragszahnärzte und stationäre Pflegeeinrichtungen haben seitdem die Option, Kooperationsverträge abzuschließen. Die Vereinbarung sieht in diesem Zusammenhang verpflichtende Mindestanforderungen sowie definierte Leistungsinhalte vor. Das Recht der Patienten auf freie Arzt- bzw. Zahnarztwahl bleibt unberührt. Die Zahnärzte erhalten für die Heimversorgung spezielle Zuschläge. Das Vorgehen für die Umsetzung der Kooperationsverträge auf Grundlage dieser Rahmenvereinbarung obliegt den jeweiligen Landeszahnärztekammern und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen.

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.

Hessen: Zusatzweiterbildung Ambulante Geriatrie

Um die geriatrische Versorgung zu verbessern, wird in Hessen die Zusatzweiterbildung „Ambulante Geriatrie“ in die Weiterbildungsordnung für Ärzte aufgenommen. Die Weiterbildung umfasst zwölf Monate bei einem Weiterbildungsbefugten für Ambulante Geriatrie sowie 60 Stunden Kursweiterbildung in Geriatrischer Grundversorgung. Die neue Zusatzweiterbildung dient künftig als Qualifikation für das geriatrische Assessment. Voraussetzung für den Erwerb der Bezeichnung ist die Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung. Für Fachärzte der Allgemeinmedizin, Inneren Medizin, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie oder Physikalische und Rehabilitative Medizin gelten Sonderregelungen: Hier ist ein Nachweis von 100 Stunden Fallseminare, Hospitationen und Praktika sowie 60 Stunden Kursweiterbildung gemäß § 4 Abs. 8 in Geriatrischer Grundversorgung erforderlich. Von den 100 Stunden sind 80 Stunden für Fallseminare vorgesehen, welche hälftig auf Grundlage eigener Patienten/Fälle des Weiterzubildenden und hälftig auf Grundlage von vorgestellten Kasuistiken des Weiterbildungsbefugten basieren. Die weiteren 20 Stunden sind im Rahmen von Hospitationen oder Praktika bei anerkannten geriatrischen Weiterbildungsbefugten gemäß § 5 Abs. 1 Satz 2 zu erbringen.

Im Hinblick auf die begrenzten finanziellen und personellen Ressourcen stellt die demografische Entwicklung das Gesundheitssystem vor Herausforderungen. Bei zunehmender durchschnittlicher Lebenserwartung steigt die Anzahl älterer, multimorbider Patienten, die gleichzeitig unter mehreren chronischen Erkrankungen leiden. Eine intensivere und besser koordinierte Gesundheitsversorgung ist deshalb gerade für diese Patientengruppe wichtig. Hierzu sind jedoch tiefergehende Konzepte notwendig. Wie bereits das Sondergutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung und Entwicklung im Gesundheitswesen aus dem Jahr 2009 zeigt, gibt es neben der Anpassung der medizinischen Leitlinien an die Multimorbidität auch die Idee der Entwicklung einer generationenspezifischen Versorgung. Diese würde bereits mit präventiven Maßnahmen im Kindesalter beginnen und Menschen ohne Versorgungsbrüche optimal bis ins Alter begleiten.

Nordrhein: Weg frei für die „Neuro-EVA“

In Nordrhein bietet die Ärztekammer ab September 2017 ein Fortbildungsprogramm für Medizinische Fachangestellte (MFA) an, das sich an den Erfordernissen für die Betreuung neurologischer Patienten ausrichtet. Grundlage ist das im hausärztlichen Bereich erprobte und bewährte Konzept der Entlastenden Versorgungsassistentin (EVA), das speziell für neurologische Praxen weiterentwickelt wurde. Entstanden ist das Berufsbild „Entlastende Versorgungsassistentin/Entlastender Versorgungsassistent Neurologie und Psychiatrie (EVA-NP)“. Je nach Berufserfahrung haben die MFA hierfür zwischen 197 und 247 theoretische Fortbildungsstunden sowie 20 Haus- oder Heimbesuche abzuleisten. Die „Neuro-EVAs“ werden insbesondere auf dem Gebiet der Diagnostik und Therapie von neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen sowie im Bereich psychiatrischer Notfälle geschult.

Beispielhafte Aufgaben der EVA-NP

- Haus- und Heimbesuche im Auftrag des Arztes
- Standardisierte Tests bei neurologisch psychiatrischen Erkrankungen,
- Durchführung und Dokumentation verlaufsbeurteilender Untersuchungen im Rahmen der kontinuierlichen Versorgung chronisch neurologisch oder psychisch Erkrankter,
- Entwurf, Vorbereitung und Durchführung von Patienten- und Angehörigenschulungen sowie Informationsveranstaltungen (gemeinsam mit dem Arzt),
- Vorbereitung edukativer Gruppen und (Co-)Moderation,
- Anleitung, Überwachung und Dokumentation der Medikamenteneinnahme der Patienten,
- Hilfestellung in sozialen Fragen (Hilfsmittelversorgung, Versorgungsamtsleistungen, Rehabilitation, Selbsthilfegruppen etc.)

Voraussetzung für die Teilnahme an dem neuen Fortbildungsangebot ist ein qualifizierter Berufsabschluss als Medizinische Fachangestellte oder Arzthelferin (auf Anfrage können gegebenenfalls auch andere medizinische Fachberufe anerkannt werden) sowie eine mindestens dreijährige Berufstätigkeit nach dem Berufsabschluss in einer neurologischen, nervenärztlichen und/oder psychiatrischen Praxis. Die Gesamtkosten für die berufsbegleitende Fortbildung liegen je nach Berufserfahrung der MFA zwischen 2.069 und 2.594 €. Der Bildungsscheck des Landes Nordrhein-Westfalen (Förderprogramm des Landes zur Weiterbildung von Beschäftigten in kleinen und mittleren Betrieben; vgl. www.weiterbildungsberatung.nrw/foerderung/bildungsscheck) wird akzeptiert. Weitere Informationen über die EVA-NP gibt es auf der Webseite der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein.

Der Bedarf an „Neuro-EVAs“ gilt als gesichert, denn allein aufgrund der demografischen Entwicklung nimmt die Zahl neurologischer und psychiatrischer Erkrankungen zu. Dazu gehören Krankheiten aus dem Spektrum der Gerontopsychiatrie, darunter auch Demenzerkrankungen, oder neurologische Erkrankungen wie Morbus Parkinson. Immer mehr dieser Patienten sind immobil oder leben in stationären Einrichtungen, sodass auch im fachärztlichen Bereich die Nachfrage nach Hausbesuchen steigt. In Westfalen-Lippe - Vorreiter des EVA-NP-Fortbildungsangebots – gibt es bereits seit mehr als drei Jahren gute Erfahrungen mit dem Delegationsmodell.

Baden-Württemberg: Modellprojekt zur sektorenübergreifenden Versorgung

Bereits im Januar 2016 startete in Baden-Württemberg das Modellprojekt „Sektorenübergreifende Versorgung“. Ziel ist die Entwicklung eines kreis- und sektorenübergreifenden Versorgungskonzeptes, dessen Instrumentarien eine Übertragung auf andere Regionen erlauben. Das Projekt, welches in der Region Südwürttemberg startet (Landkreise Biberach, Ravensburg und Reutlingen) hebt sich unter anderem durch eine intensive Einbeziehung der Bürger hervor. Das Projekt wird vom Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg für die Dauer von zwei Jahren gefördert und gliedert sich in zwei Schritte:

1. **Datenerhebung und -analyse:** Die Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung der Universität Heidelberg erhebt Daten zur Morbidität der Bevölkerung, zum Ist-Zustand der ambulanten, der (teil-)stationären Versorgung und damit sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgung (Versorgungsangebot) inkl. Gesundheitsförderung und Prävention, zur Inanspruchnahme des Gesundheitssystems (u. a. Patientenströme, Schnittstellen an den Sektorengrenzen) in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention sowie ambulante und (teil-) stationäre Versorgung, zur Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems (z. B. Patientensicherheit) sowie zu nicht-medizinischen Determinanten der Gesundheit (Gesundheitsverhalten, demografische Faktoren wie Alter etc.). Die Daten, die sowohl auf Landes- als auch auf Landkreis- bzw. Stadtebene erfasst werden sollen, liefern die Basis für die Ermittlung des künftigen Versorgungsbedarfs der Bevölkerung und damit für die sektorenübergreifende Bedarfsplanung.
2. **Entwicklung des sektoren- und kreisübergreifenden Versorgungskonzepts:** Nach der Ist-Analyse des Versorgungsangebots sowie des Versorgungsbedarfs für ausgewählte Krankheitsgruppen/-bilder in den Landkreisen der Modellregion werden Versorgungs- und Patientenpfade zu den betreffenden Krankheitsbildern auf Basis nationaler Leitlinien entwickelt (Soll-Analyse). In einem anschließenden Soll-Ist-Vergleich sollen dann sowohl die bestehenden Schnittstellenprobleme als auch Optimierungspotenziale ermittelt werden. Ziel ist die Erarbeitung eines Maßnahmenplans unter Berücksichtigung der Entwicklung der Demografie sowie der Morbidität, welcher in ein Konzept zur sektoren- und kreisübergreifenden Versorgung mündet. Die wissenschaftliche Unterstützung liefert das Institut für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt. Ferner fließen in dieser zweiten Projektphase auch die von der Universität Stuttgart durchgeführten Bürgerdialoge mit in das Konzept ein. Hierbei werden sowohl Selbsthilfegruppen und Patientenvertreter als auch „nicht organisierte“ Betroffene eingebunden.

Gesetzliche Grundlage des Projektes ist das Mitte 2015 beschlossene Landesgesundheitsgesetz. Dieses sieht mit dem Ziel einer bedarfsgerechten, qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung u. a. eine Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention, eine bessere Vernetzung der ambulanten und stationären Angebote sowie eine verstärkte Patientenorientierung vor. Die Ergebnisse des Modellprojekts sind für das vierte Quartal 2017 geplant und sollen dann in die zuständigen Gremien des Landes eingebracht werden (Landesgesundheitskonferenz, sektorenübergreifender Landesausschuss, Landeskrankenhausausschuss).

Mit Blick auf die demografische Entwicklung und die sich abzeichnenden Versorgungprobleme (Zunahme chronisch kranker und multimorbider Patienten, Fachkräftemangel, Unterversorgung in ländlichen Regionen) schlägt Baden-Württemberg mit dem ambitionierten Projekt die richtige Richtung ein. Eine bedarfsgerechte Versorgung kann aus Gründen der Wirtschaftlichkeit und Qualität nur noch gelingen, wenn die in Deutschland vorherrschenden strikten Grenzen zwischen den Sektoren überwunden werden und die regionale und kommunale Ebene aktiv in die Versorgungsgestaltung mit einbezogen wird. Grundlage hierfür ist sowohl eine gemeinsame Bedarfsplanung als auch eine Reform der Vergütungssysteme des ambulanten und stationären Sektors. Letztere dürfte jedoch eine besonders große Herausforderung darstellen.

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.

Frankreich: Zur Grippeimpfung in die Apotheke

In Frankreich startet ein Modellprojekt zur Grippeimpfung in der Apotheke. Noch in diesem Jahr sollen Apotheker in den Regionen Auvergne-Rhône-Alpes und Nouvelle-Aquitaine autorisiert werden, Impfungen vorzunehmen. Ziel ist eine bessere Durchimpfungsrate gegen die saisonale Grippe. Normalerweise müssen Patienten in Frankreich den Impfstoff in einer Apotheke abholen, um dann eine Praxis aufzusuchen, in der sie von einem Arzt oder einer Krankenschwester geimpft werden. Dieser Umstand könnte nach Auffassung der Initiatoren des Modellprojekts dazu führen, dass viele Franzosen auf eine Impfung verzichten oder sich zu spät impfen lassen (die Antikörperbildung erfordert einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen). Das wissenschaftlich begleitete Modellprojekt ist auf drei Jahre angelegt.

Teilnehmende Apotheker müssen eine spezielle Fortbildung absolvieren. Sie erhalten für jede geimpfte Person mit einer entsprechenden ärztlichen Verschreibung 4,50 € und 6,30 € für Patienten, die eine Kostenübernahmeerklärung der Krankenversicherung vorlegen. Ab einer Summe von fünf Impfungen erhalten sie zusätzlich eine Pauschale in Höhe von 100 €. Kinder, Schwangere und Personen, die sich noch nie zuvor gegen Grippe impfen ließen, sind von dem Projekt ausgeschlossen. Neben einer schriftlichen Einverständniserklärung der Patienten verpflichtet sich der Apotheker auch zur Dokumentation der Impfung im Dossier Pharmaceutique (elektronische

Medikationsakte) oder dem elektronischen Impfbuch. Hierdurch ist auch der Hausarzt des Patienten automatisch über die Impfung informiert. Da Impfstoffe zu den verordnungspflichtigen Medikamenten zählen, müssen sie in Deutschland immer von einem Arzt verordnet werden. Es gibt jedoch keine gesetzliche Vorschrift, welche die Durchführung einer Impfung ausschließlich dem Arzt vorbehält. Deshalb dürfen auch Pflegekräfte und Arzthelferinnen mit entsprechender Ausbildung Impfungen durchführen. Der Arzt muss jedoch die Indikation und Kontraindikationen prüfen und haftet – auch wenn die Impfung durch das Praxispersonal erfolgt – für die Impfung wie auch für die korrekte Aufklärung und Anamneseerhebung.

Die Möglichkeit zur Impfung in Apotheken könnte auch in Deutschland zu einer Erhöhung der Impfquoten beitragen. Der Masernausbruch hat deutlich gemacht, dass diesbezüglich großer Nachholbedarf besteht. Ferner ist aktuell aufgrund des Flüchtlingszustroms eine Erhöhung der Impfquoten anzuraten. Gerade bei Berufstätigen könnte ein niedrigschwelliges Angebot auf gute Resonanz stoßen. Lange Öffnungszeiten und Angebote ohne Terminvorgabe führen zu einer erheblichen Zeitersparnis. In Deutschland dürfen die Apotheken bislang lediglich eine Kontrolle der Impfausweise anbieten, die auch Bestandteil des Leistungskatalogs für Beratungs- und Serviceangebote in Apotheken ist. In anderen Ländern (USA, Kanada, Portugal, Großbritannien und Irland) besteht die Möglichkeit der Impfung in Apotheken schon länger. Auch im Nachbarland Schweiz sind die Apotheker in einigen Kantonen berechtigt, Impfungen gegen Grippe, Hirnhautentzündung sowie Hepatitis A und B bei über 16-Jährigen durchzuführen. Zum Einsatz kommen dabei nur langjährig erprobte Impfstoffe mit geringen Nebenwirkungen. Voraussetzung ist eine zweieinhalbtägige Weiterbildung und die regelmäßige Teilnahme an Auffrischungskursen.

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

Probleme mit aggressiven Patienten nehmen zu

Nicht nur Rettungsdienste oder Krankenhausnotaufnahmen sind immer häufiger mit aggressiven Patienten konfrontiert, sondern auch die niedergelassenen Ärzte und ihre Praxisteams. Dies belegt eine aktuelle, deutschlandweite Umfrage des Ärztenachrichtendienstes (änd) unter 891 niedergelassenen Haus- und Fachärzten. Dabei berichten 49 % der Befragten von einem deutlichen Anstieg bei der Anzahl der aggressiven Patienten in den letzten Jahren. 46 % halten deren Zahl für konstant und 4 % gehen von einer Verbesserung der Situation aus. 87 % der Ärzte haben den Eindruck, dass die Öffentlichkeit das Thema „Gewalt in der Arztpraxis“ nicht wahrnimmt. Die Umfrage kam zu den Ergebnissen, dass 21 % der Ärzte und 44 % des Praxisteams mindestens einmal wöchentlich groben Beleidigungen oder verbalen Aggressionen von Seiten der Patienten ausgesetzt sind. 25 % haben bereits Erfahrungen mit einem körperlich gewalttätig auftretenden Patienten. Hierbei kam es bei 16 % der Fälle sogar zu Verletzungen eines Praxismitarbeiters. 23 % der Befragten haben bei kritischen Situationen in der Praxis schon einmal die Hilfe der Polizei in Anspruch genommen. Die Studie zeigt ferner, dass die Ärzte trotz des aggressiven Verhaltens der Patienten offenbar eine hohe Toleranzschwelle haben. 64 % der Ärzte suchen nach einem entsprechenden Vorfall das Gespräch mit dem Patienten mit dem Ziel, die Behandlung fortzusetzen. Nur 30 % sprechen bei aggressivem Verhalten ein Praxisverbot aus (sofern es sich nicht um einen medizinischen Notfall handelt) und 6 % unternehmen nichts.

Trotz der Zunahme von aggressiven Patienten verfügen nur 18 % der Ärzte über Praxismitarbeiter mit einer besonderen Qualifikation (abgeschlossene Seminare oder Kurse) zur Deeskalation/zum Umgang mit aggressiven Patienten. Zwar befürworten 63 % der Umfrageteilnehmer eine Weiterbildung der Praxismitarbeiter in diesem Bereich, jedoch fehlen häufig Informationen über entsprechende Angebote. Auch Rettungsdienste, Polizei, Schulen und Behörden berichten über eine steigende Gewaltbereitschaft in der deutschen Gesellschaft. Im medizinischen Bereich liegt der Anlass für Eskalationen oft in Stresssituationen – ausgelöst durch Verletzungen oder Erkrankungen und der damit verbundenen Angst und/oder Schmerzen. Auch Alkohol- und Drogenkonsum sowie psychische Krankheiten können aggressives Verhalten begünstigen. Neben direkten Angriffen in der Praxis kommt es immer häufiger zu Diffamierungen von Ärzten im Internet. Diese sind problematisch, weil sie sich rasend schnell verbreiten und das Internet „nichts vergisst“.

Angesichts der Entwicklung gewalttätiger Übergriffe in Arztpraxen – die, wie einige Extremfälle im vergangenen Jahr belegen, sogar tödlichen Ausgang haben können – häufen sich die Forderungen nach härteren Strafen für die Aggressoren. Ende April beschloss der Bundestag ein Gesetz, welches das Strafmaß für tätliche Angriffe auf Rettungskräfte, Feuerwehr und Polizei auf eine Spanne von mindestens drei Monaten bis zu fünf Jahren erhöhte. Zwar sind hierbei Notärzte, nicht jedoch niedergelassene Ärzte oder Klinikmitarbeiter inbegriffen. Die Bundesärztekammer fordert deshalb einen besseren Schutz für alle Ärzte und Angehörigen von Gesundheitsberufen.

In einigen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) werden derzeit Modelle erprobt, bei denen Ärzte bei Hausbesuchen von medizinisch geschulten Fahrern begleitet werden. Darüber hinaus gibt es beispielsweise bei der KV Bayern spezielle Seminare zum Thema Sicherheit im Bereitschaftsdienst und bei Hausbesuchen. Als Referenten sind Allgemeinärzte mit Erfahrung im Bereitschaftsdienst und psychologisch geschulte Polizeimitarbeiter im Einsatz. Mangels entsprechender Angebote können Ärzte und Praxismitarbeiter selbst die Initiative ergreifen, um sich auf potenzielle Gefahrensituationen in der Praxis vorzubereiten. Das Deutsche Ärzteblatt stellt hierzu einen praktischen und umfangreichen Maßnahmenkatalog zur Verfügung, welcher unter anderem die Prävention kritischer Vorfälle und den Umgang mit gewalttätigen Patienten behandelt (vgl. http://bit.ly/2qIK1Yw).

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 2017

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 2017

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

2017 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:
Julia Tubolzer

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

QUID

H.U.G Quartalsinformation