2

Jahrgang 2016

QUID

H.U.G Quartalsinformation

In Zusammenarbeit mit REBMANN RESEARCH

Wirtschaftlichkeits-prüfungen werden 2017 entschärft

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
- Wirtschaftlichkeitsprüfungen werden 2017 entschärft
- Ambulante Versorgung: Trend zur Anstellung hält an
- Praxisnetze: Vorgaben zur Honorarverteilung angepasst

Talk :: Seite 4 – 6
- Arztpraxen: Droht ein Mangel an MFA?
- Antikorruptionsgesetz verabschiedet
- Der Medikationsplan kommt

Fachrichtung :: Seite 6 – 9
Allgemeinärzte
- Neue GOP für geriatrische Versorgung

Fachärzte
- Gastroentereologen – Neues Testverfahren zur Darmkrebsfrüherkennung
- Neurologen/Psychiater/Psychotherapeuten – DAK bietet IV-Vertrag für psychisch Kranke
- Urologen – Die Jungensprechstunde kommt

Zahnärzte
- Neustart der Online-Plattform CIRS

Regional :: Seite 9 – 10
- Baden-Württemberg: Gesundes Kinzigtal weiter auf Erfolgskurs
- Hessen: Terminservicestelle verschlingt über 1.000.000 €
- Nordrhein: AOK-Hausärzte-Strukturvertrag aufgewertet

International :: Seite 11
- EU-weiter Fälschungsschutz für Arzneimittel kommt 2019

Trend :: Seite 11
- Cyberkriminalität: Neue Dimensionen

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

Fortbildungsveranstaltungen 2016 :: Seite 14

Ärztestammtische 2016 :: 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.

Wirtschaftlichkeitsprüfungen werden 2017 entschärft

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben sich auf neue Rahmenbedingungen bei der Prüfung ärztlich verordneter Leistungen verständigt. Ab 2017 gibt es bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei ärztlichen Verordnungen wie Arzneimitteln einige Verbesserungen:

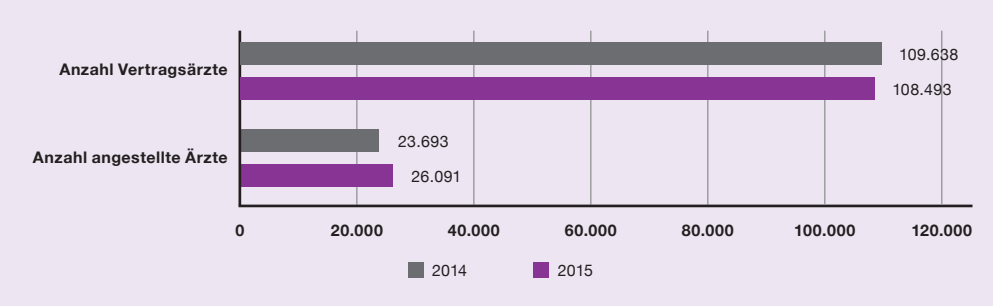
- **Verjährung von Regressen:** Sofern die festgesetzten Maßnahmen mehr als fünf Jahre zurückliegen, kommt es künftig zu einer „Verjährung". In diesen Fällen erfolgt auch bei Ärzten, deren Verordnungsverhalten in der Vergangenheit bereits auffällig war, zunächst eine Beratung, bevor weitere Sanktionen verhängt werden.
- **Limitierung des Prüfanteils:** Auffälligkeitsprüfungen werden weiterhin nur bei maximal fünf Prozent der Ärzte einer Fachgruppe vorgenommen – unabhängig davon, wie viele Ärzte einen bestimmten Zielwert überschreiten. Das Mitte des Jahres 2015 verabschiedete Versorgungsstärkungsgesetz hatte diese Beschränkung nicht mehr vorgesehen.
- **Entlastung von Existenzgründern:** Bei neu zugelassenen Vertragsärzten erfolgt künftig frühestens ab dem dritten Prüfzeitraum eine Beratung als Maßnahme der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Jungen Ärzten soll so ausreichend Zeit eingeräumt werden, um sich mit den Gepflogenheiten der Verordnungsregelungen vertraut zu machen.
- **Ablösung der Bundesvorgaben durch regionale Vereinbarungen:** Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und die Krankenkassenverbände haben die Möglichkeit, ab dem 1. Januar 2017 die bislang bundesweit einheitlichen Vorgaben zu den Richtgrößenprüfungen durch Vereinbarungen auf regionaler Ebene zu ersetzen. Als Grundlage dienen die Rahmenvorgaben von KBV und GKV-Spitzenverband. Dabei können Prüfungsart, -methode und -gegenstand frei gewählt werden. Somit besteht die Möglichkeit, anstelle der Richtgrößen auch Wirtschaftlichkeits- und Versorgungsziele (z. B. auf Basis des Medikationskataloges der KBV) zu vereinbaren. Solange bei statistischen Prüfungen der Grundsatz „Beratung vor Regress" beachtet wird, dürfen auch bezüglich der zu ergreifenden Maßnahmen (Nachzahlungen oder Kürzungen) neue Vereinbarungen getroffen werden. Denkbar wäre auch die Definition einer Geringfügigkeitsgrenze, wodurch Ärzte mit geringem Verordnungsvolumen von den Prüfungen grundsätzlich ausgenommen werden würden.

Mit dem Beschluss zur Änderung der Rahmenbedingungen der Wirtschaftlichkeitsprüfungen haben die Ärzte- und Kassenvertreter auf eine Bestimmung des 2015 in Kraft getretenen Versorgungsstärkungsgesetzes reagiert. Dieses hatte die KBV und den GKV-Spitzenverband zu einer Neustrukturierung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen verpflichtet. Durch den Grundsatz „Beratung vor Regress" sowie die weitere Abmilderung der Maßnahmen soll insbesondere mit Blick auf die nachfolgende Ärztegeneration eines der Hindernisse für die Niederlassung entschärft werden. Eine 2014 durchgeführte Umfrage des Hartmannbundes unter 1.400 Assistenzärzten hatte gezeigt, dass 42,8 % der Nachwuchsmediziner die Abschaffung der Budget- und Regresspolitik für ein adäquates Mittel einstufen, um die Attraktivität des ärztlichen Berufes zu erhöhen. Die Regresse werden seit Jahren von den Ärztevertretern kritisiert. Auch der Sachverständigenrat plädierte bereits in seinem Gutachten 2014 für eine Abschwächung der Wirtschaftlichkeitssanktionen in Form einer Deckelung auf maximal 20.000 € und für eine Bereinigung der Vergleichsgruppen für die Wirtschaftlichkeitsprüfungen um die atypisch arbeitenden Mediziner.

Ambulante Versorgung: Trend zur Anstellung hält an

Bereits seit einigen Jahren zeigen sich in der ambulanten ärztlichen Versorgung auffällige Veränderungen. Diese Trends wurden nun mit der Veröffentlichung der neuen Daten des Bundesarztregisters der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) für das Jahr 2015 erneut bestätigt. Zwischen 2014 und 2015 sank die Gesamtzahl der Vertragsärzte um 1.145 auf 108.493. Die Zahl der Vertragsärzte in Einzelpraxen, die keine angestellten Ärzte beschäftigen, sank dabei mit -1.562 am stärksten. Gleichzeitig nahm jedoch die Anzahl der angestellten Ärzte im ambulanten Bereich zu. Ende 2015 gab es insgesamt 26.091 angestellte Ärzte im vertragsärztlichen Versorgungsbereich, was gegenüber dem Jahr 2014 eine Erhöhung um 2.398 bzw. 10,1 % bedeutet.

Abb. 1 – Veränderung der ambulanten Versorgungsstruktur



Quelle: KBV Grafik: REBMANN RESEARCH

Die aktuellen Zahlen belegen, dass der Trend zur Kooperation im niedergelassenen Bereich anhält. Immer mehr Praxen beschäftigen angestellte Ärzte. Dabei spielen auch die Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und Polikliniken eine wichtige Rolle, die mit 48 % fast die Hälfte der angestellten ambulant tätigen Ärzte beschäftigten. Der Anteil der angestellten Ärzte in Berufsausübungsgemeinschaften erhöhte sich im Jahr 2015 um über 12 % auf 6.325. Ferner wird erneut ein hoher Frauenanteil bei den angestellten sowie teilzeitbeschäftigten Ärzten beobachtet. Die Zahl der angestellten Ärztinnen stieg hier um 10,8 % auf 13.949. Auch der Anteil der Frauen an den Medizinstudierenden ist in den vergangenen Dekaden stark angestiegen und hat sich bei rund 61 % eingependelt.

Mit dem steigenden Anteil angestellter Ärzte ergeben sich jedoch zunehmend Versorgungsprobleme. Grund ist, dass die nachfolgende Ärztegeneration, vor allem auch aufgrund des hohen Medizinerinnenanteils, immer mehr Wert auf eine ausgeglichene Work-Life-Balance legt und damit auch auf feste Arbeitszeiten und flexible Arbeitszeitmodelle. Da somit die durchschnittliche Arbeitslast je Mediziner sinkt, sind mehr Ärzte nötig, um die Versorgung zu sichern.

Praxisnetze: Vorgaben zur Honorarverteilung angepasst

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat die Vorgaben zur Honorarverteilung in Zusammenhang mit den Praxisnetzen nach § 87b Abs. 4 SGB V angepasst. Damit kommt die KBV den Bestimmungen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes 2015 nach, das eine entsprechende Überarbeitung der Honorarverteilungsmaßstäbe der KVen für anerkannte Ärztenetze verlangt. Die KBV hat die Vorgaben zur Honorarverteilung um einen neuen Teil G ergänzt. Dieser umfasst die möglichen Vergütungsregelungen:

- finanzielle Unterstützung von Qualitätszirkelarbeit der teilnehmenden Ärzte eines anerkannten Praxisnetzes,
- Einmalzahlungen im Sinne einer Anschubfinanzierung,
- Zahlungen im Sinne einer Projektfinanzierung,
- Anpassungen im Rahmen der Mengenbegrenzung der Ärzte im anerkannten Praxisnetz,
- Zuschlag oder Punktwertzuschlag für alle oder einzelne von Netzärzten abgerechnete Leistungen,
- eigene Honorarvolumen zur Vergütung anerkannter Praxisnetze.

Die KVen sind jedoch berechtigt, von den Vorgaben abzuweichen. Sie haben ferner die Option, die Vergütung an die jeweilige Anerkennungsstufe eines Praxisnetzes anzupassen und Mittel aus dem Strukturfonds einzusetzen. Nach Auskunft der Agentur Deutscher Arztnetze steigt die Zahl der Praxisnetze rasant an. Gab es im Jahr 2002 bundesweit lediglich rund 200 Netze mit ca. 10.000 niedergelassenen Ärzten, geht die Agentur heute von 400 Netzen mit rund 30.000 Ärzten aus. Noch ist die Netzlandschaft hinsichtlich Größe, Organisationsgrad und Inhalten allerdings sehr heterogen. Infolge der Anerkennungsmöglichkeit – und jetzt auch finanziellen Unterstützung – ist davon auszugehen, dass die Professionalisierung weiter zunehmen wird. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung bietet interessierten Vertragsärzten eine neue Broschüre mit umfangreichen Informationen zum Thema Praxisnetze an.

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.**

Arztpraxen: Droht ein Mangel an MFA?

Eine Studie des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) zeigt, dass deutsche Praxen schon bald unter einem Fachkräftemangel an Medizinischen Fachangestellten (MFA) leiden könnten. Die Umfrage unter knapp 1.100 teilnehmenden Praxisinhabern kam dabei zu folgenden Ergebnissen:

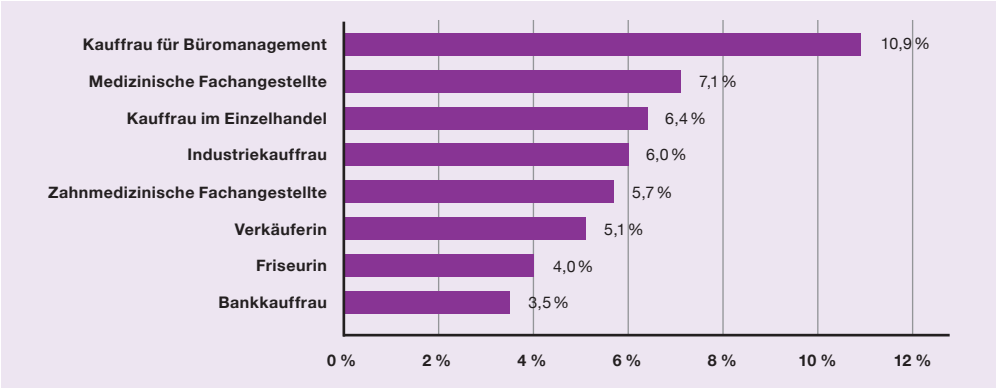
- 19 % der Praxen waren 2015 auf der Suche nach einer neuen Mitarbeiterin. Dabei griffen die Praxen insbesondere auf persönliche Kontakte, Zeitungs- und Internetinserate sowie die Arbeitsagentur zurück.
- Die hauptsächlichen Einstellungshemmnisse lagen in der zu geringen Qualifikation (knapp 50 %) und mangelnden Anzahl der Bewerber (gut 25 %) sowie in nicht umsetzbaren Zeit- und Gehaltsvorstellungen. Gut ein Viertel der Praxen hatte keine Probleme bei der Mitarbeitersuche.
- Praxisinhaber bemängeln, dass insbesondere für die Delegation von Aufgaben in den Bereichen Organisation/Administration, medizinischer Leistungsbereich sowie Qualitätsmanagement/Datenschutz zu wenig qualifiziertes Personal zur Verfügung steht.
- Gut zwei Drittel der Praxen (67 %) vergüteten ihre Mitarbeiter im Rahmen tarifvertraglicher Regeln (TV-MFA). Hierbei gab es jedoch regionale Unterschiede. So richteten sich in Ostdeutschland lediglich 47 % der Praxen an den Tarifverträgen aus.
- Das durchschnittlich gewährte Brutto-Monatsgehalt lag bei 91 % der Medizinischen Fachangestellten über der tarifvertraglichen Vergütung. Hinzu kamen häufig Zuschläge und Sonderzahlungen (z. B. 13. Monatsgehalt oder eine freiwillige Gratifikation). So gewährten 69 % der Praxen ein 13. Gehalt und 48 % boten eine betriebliche Altersversorgung. Das durchschnittliche Bruttojahresgehalt lag mit 29.993 € um 3 % über dem Tarif.
- 65 % der MFA haben 2015 ein Fortbildungsangebot wahrgenommen, wobei in 90 % der Fälle der Arbeitnehmer die Gebühren trug.

Verschiedene Maßnahmen in der Vergangenheit haben jedoch insgesamt zu einer verbesserten Arbeitszufriedenheit bei den MFA geführt. So haben sich zum Beispiel die Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen/Medizinischen Fachangestellten für die niedergelassenen Ärzte und der Verband medizinischer Fachberufe am 13. April 2016 auf einen neuen Gehaltstarifvertrag geeinigt:

- Die Gehälter der Medizinischen Fachangestellten werden rückwirkend zum 1. April 2016 um linear 2,5 % auf Basis der Tätigkeitsgruppe I angehoben.
- Die Ausbildungsvergütung in allen drei Ausbildungsjahren erhöht sich um 30 € je Monat (1. Ausbildungsjahr 730 €, 2. Ausbildungsjahr 770 €, 3. Ausbildungsjahr 820 €).
- Der Arbeitgeberbeitrag zur betrieblichen Altersversorgung erhöht sich für Vollzeitkräfte und Teilzeitkräfte mit einem Arbeitsvolumen von mindestens 18 Wochenstunden um monatlich 10 € auf 76 €, für Auszubildende und Teilzeitkräfte mit weniger als 18 Wochenstunden um monatlich 5 € auf 53 € bzw. 43 €.
- Die Laufzeiten des Gehalts- und Manteltarifvertrages bis 31. März 2017, des Tarifvertrages zur betrieblichen Altersversorgung und Entgeltumwandlung bis 31. Dezember 2019.

Ferner versprechen sich die Tarifpartner von dem neuen Gehaltstarifvertrag positive Anreize für Berufseinsteiger. Dem Verband medizinischer Fachberufe zufolge liegt das Problem jedoch nicht in dem mangelnden Interesse für den Ausbildungsberuf. Dieser zählt nach wie vor zu den beliebtesten Ausbildungsberufen bei Frauen (vgl. Abb. 2).

Abb. 2 – Top-Ausbildungsberufe bei Frauen im Jahr 2014 (Prozentangaben)



Quelle: Statistisches Bundesamt Grafik: REBMANN RESEARCH

Vielmehr würde das Problem in dem hohen Anteil jener liegen, die nach der Ausbildung abspringen. Aus diesem Grund wurde bereits 2013 mit den neuen Tätigkeitsgruppen die Möglichkeit geschaffen, durch eine Verbesserung der Qualifikation in eine höhere Gehaltsstufe aufzusteigen.

Antikorruptionsgesetz verabschiedet

Der Bundestag hat am 14.04.2016 in zweiter und dritter Lesung das Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen verabschiedet. Der Straftatbestand der Bestechlichkeit und Bestechung ist damit für alle Heilberufe im Strafgesetzbuch verankert. Das Gesetz, das noch vor der Sommerpause in Kraft treten soll, umfasst folgende Inhalte und tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft:

- Einführung eines neuen § 299a und 299b im Strafgesetzbuch (StGB) zu Bestechung oder Bestechlichkeit im Gesundheitswesen. Vorteilsannahme und Vorteilsgewährung in Zusammenhang mit dem Bezug und der Verordnung von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln oder Medizinprodukten sowie bei der Zuführung von Patienten oder Untersuchungsmaterial sind strafbar.
- Als Strafmaß wurde eine Freiheitsstrafe von bis zu drei Jahren oder eine Geldstrafe festgelegt. In besonders schweren Fällen (Vorteil großen Ausmaßes, gewerbsmäßige Taten oder fortgesetzte Delikte durch eine Bande) kann eine Freiheitsstrafe von bis zu 5 Jahren verhängt werden (vgl. § 300 StGB).
- Die neuen Regeln gelten für alle Heilberufsgruppen, die „für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung“ erfordern sowie für alle Personen, die den Tatbestand der Bestechung von Heilberuflern erfüllen. Hierbei gibt es keinen Unterschied zwischen vertragsärztlicher und privatärztlicher Versorgung.

Im Vergleich zum ursprünglichen Entwurf entfällt der Strafantrag, da es sich jetzt um ein Offizialdelikt handelt. Das bedeutet, dass die vorstehenden Delikte zukünftig von Amts wegen verfolgt werden. In anderen Teilen wurde das Gesetz deutlich entschärft. So wurde der zunächst im Entwurf geplante Verweis auf das Berufsrecht der jeweiligen Heilberufler unter anderem aus verfassungsrechtlichen Gründen gestrichen. Da das Berufsrecht je nach Bundesland unterschiedlich geregelt ist, hätte dies zu einer Ungleichbehandlung führen können. Kritik am neuen Gesetz gilt insbesondere der Sonderstellung der Apotheker, welche dem Einsatz der Lobbyisten zugeschrieben wird. Apotheker sind von dem Gesetz weitgehend ausgenommen, da ihre Einkaufs- und Abgabeentscheidungen keine Berücksichtigung mehr finden. Grund ist, dass der Bezug der Mittel durch einen Heilberufler jetzt nur dann relevant ist, wenn sie durch diesen selber angewandt werden. Positiv aus Sicht der Ärzteschaft ist zu werten, dass das Gesetz nun ausdrücklich die erlaubten und erwünschten Kooperationen benennt.

Der Medikationsplan kommt

Mit dem E-Health-Gesetz wurde unter anderem die Einführung eines Medikationsplanes gesetzlich verankert. Dieser soll GKV-Versicherten, die mindestens drei Medikamente gleichzeitig verordnet bekommen, ab dem 1. Oktober 2016 zustehen (§ 31a SGB V). Ziel dieser Maßnahme ist es, die Arzneimitteltherapiesicherheit zu erhöhen, Einnahmefehler zu vermeiden und Ärzten eine aktuelle Informationsbasis zu liefern.

In diesem Kontext haben die Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Deutsche Apothekerverband zum 1. Mai eine Rahmenvereinbarung abgeschlossen. Der Vereinbarung zufolge soll der Medikationsplan folgende Angaben zu den Arzneimitteln – in der genannten Reihenfolge – beinhalten:

- Wirkstoff
- Stärke
- Hinweise zur Dosierung und sonstige Anwendung
- Handelsnamen
- Darreichungsform
- Anwendungsgrund

Des Weiteren sind in der Rahmenvereinbarung Vorgaben zur Aktualisierung sowie ein Verfahren zur Fortschreibung des Medikationsplans beinhaltet:

- So soll dieser aktualisiert werden, sobald der Arzt die Medikation ändert oder er in geeigneter Weise Kenntnis von einer Änderung der Medikation erlangt (Ausnahme: Ersetzung des Arzneimittels durch die Apotheke nach § 129 Abs. 1 SGB V) sowie
- regelmäßig (mind. einmal im Jahr) auf neue Erkenntnisse hinsichtlich Nutzbarkeit, Verständlichkeit, Praktikabilität und technische Machbarkeit überprüft und die Vereinbarung und ihre Anlagen entsprechend angepasst werden.

Das Ziel der Vereinbarung ist eine umfassende, übersichtliche und patientenverständliche Gestaltung des Plans in einheitlich standardisierter Form. Nähere Informationen über die Ausgestaltung und Fortentwicklung des Medikationsplans sind in der Rahmenvereinbarung zu finden. Gegenwärtig finden die Verhandlungen zwischen dem GKV-Spitzenverband und der KBV über den Bundesmanteltarifvertrag (Definition der Voraussetzungen des Versichertenanspruchs) sowie Vergütungen des Medikationsplans im Einheitlichen Bewertungsmaßstab statt. Diese müssen bis Ende Juni zum Abschluss kommen.

Wissenswertes zum Medikationsplan für Ärzte und Apotheker

- Ärzte haben künftig die Pflicht, die in Frage kommenden Versicherten über ihren Anspruch auf einen Medikationsplan aufzuklären.
- Der Medikationsplan soll alle verordneten Arzneimittel (Wirkstoffe und Einnahmehinweise) sowie verordnungsfreien Medikamente umfassen. Daneben listet er relevante Medizinprodukte auf und gibt Hinweise zu deren Anwendung.
- Die Erstellung der Medikationspläne obliegt in erster Linie den Hausärzten, kann jedoch auch die behandelnden Fachärzte betreffen.
- Auf Wunsch des Patienten können Apotheker den Medikationsplan aktualisieren (betrifft insbesondere die Selbstmedikation). Bis 2018 sind zu diesem Zweck handschriftliche Änderungen/Ergänzungen des Plans durch die Apotheker möglich. Evtl. soll bereits eine elektronische Aktualisierung möglich sein.
- Der Medikationsplan enthält einen QR-Code, der die Nutzung über eine App ermöglichen soll.
- Ab dem Jahr 2018/2019 ist geplant, den Medikationsplan über die elektronische Gesundheitskarte (eGK) bereitzustellen.

Angesichts der hohen Anzahl unerwünschter Arzneimittelereignisse und der Folgen ist der Medikationsplan auf Papier besser als nichts. Problematisch ist jedoch, dass es in der Hand der Patienten liegt, den Plan allen behandelnden Ärzten sowie den Apothekern vorzulegen, um eine verbesserte Koordination der Arzneimitteltherapie zwischen Ärzten sowie zwischen Ärzten und Apothekern zu ermöglichen. Ärzte müssen deshalb die Patienten vom Nutzen der für sie freiwilligen Maßnahme überzeugen. Da erst mit einem elektronischen Plan ein reibungsloser Informationsaustausch möglich ist, verfolgt die KBV das Ziel, den eMedikationsplan bereits zum 1. Januar 2018 einzuführen. Bis dahin soll nach Möglichkeit für die Ärzte auch eine einheitliche Indikationssoftware zur Verfügung stehen, die bei der Eingabe auf Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten verweist.

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.

ALLGEMEINÄRZTE

Neue GOP für geriatrische Versorgung

Einer Mitteilung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zufolge wird der Einheitliche Bewertungsmaßstab mit Wirkung zum 1. Juli 2016 um einen neuen Abschnitt zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik und Versorgung (Vorabklärung und Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments sowie die Einleitung und Koordination der Therapiemaßnahmen) ergänzt. Die Vergütung der neuen Leistungen erfolgt extrabudgetär. Ziel ist eine bessere Abbildung der Versorgung von Patienten mit einem besonders aufwändigen geriatrischen Versorgungsbedarf. Das geriatrische Basisassessment und die Weiterbehandlung des Patienten nach der spezialisierten geriatrischen Diagnostik obliegt weiterhin dem Hausarzt. Einen Überblick über die neuen Leistungen gibt die nachfolgende Tabelle.

Grundlage der neuen Gebührenordnungsposition (GOP) ist der gesetzliche Auftrag aus dem Jahr 2012, demzufolge der GKV-Spitzenverband und die KBV im Einvernehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft wesentliche Regelungen zur Ausgestaltung des § 118a SGB V zu Geriatrischen Institutsambulanzen sowie eine entsprechende Vergütungsregelung zu vereinbaren hatten. Die neue Vereinbarung trat am 1. Oktober 2015 in Kraft. Im Zuge dessen haben Geriatrische Institutsambulanzen nun die Möglichkeit, beim Zulassungsausschuss einen Antrag

GOP	Bewertung	Beschreibung	Wer darf abrechnen?
30980	194 Punkte, einmal im Krankheitsfall	Abklärung vor der Durchführung eines spezialisierten Assessments durch den überweisenden Vertragsarzt	■ Hausarzt In Ausnahmefällen und in Kooperation mit dem Hausarzt auch: ■ Fachärzte für – Neurologie, – Nervenheilkunde, – Neurologie und Psychiatrie, – Psychiatrie und Nervenheilkunde, ■ Vertragsärzte mit der Zusatzbezeichnung Geriatrie.
30981	131 Punkte, einmal im Krankheitsfall	Abklärung vor der Durchführung eines spezialisierten Assessments durch die Geriatrische Institutsambulanz (GIA) bzw. den spezialisierten geriatrischen Vertragsarzt	■ Ermächtigte GIA Spezialisierte geriatrische Vertragsärzte: ■ Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie, ■ Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Geriatrie, ■ Vertragsärzte mit Zusatzbezeichnung Geriatrie, ■ Fachärzte für Innere Medizin/Physikalische und Rehabilitative Medizin/Allgemeinmedizin mit geriatrischer Qualifikation gemäß der Anlage 1 zu § 1 der Vereinbarung nach § 118a SGB V Voraussetzung zur Abrechnung: Genehmigung der KV gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik.
30984	882 Punkte, einmal im Krankheitsfall	Weiterführendes geriatrisches Assessment gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik	
30985 **Zuschlag zur GOP 30984**	325 Punkte, je weitere vollendete 30 Minuten, bis zu zweimal im Krankheitsfall	Sofern das weiterführende geriatrische Assessment länger als 60 Minuten dauert, können je weitere vollendete 30 Minuten Zuschläge jeweils bis zu zweimal im Krankheitsfall berechnet werden. Diese Kalkulationssystematik dient dazu, den z. B. durch die Einbindung von Heilmittelerbringern wie Physio- und Ergotherapeuten sinkenden Arztzeitanteil abzubilden. In Summe werden somit bis zu 180 Minuten (2.000 Punkte) vergütet.	
30986 **Zuschlag zur GOP 30985**	234 Punkte, je weitere vollendete 30 Minuten, bis zu zweimal im Krankheitsfall		
30988	65 Punkte, einmal im Krankheitsfall	Zuschlag zu den GOP 03362, 16230, 16231, 21230 und 21231 für die Einleitung und Koordination der Therapiemaßnahmen nach einem weiterführenden geriatrischen Assessment.	■ Hausarzt In Ausnahmefällen und in Kooperation mit dem Hausarzt auch: ■ Fachärzte für Neurologie, ■ Nervenheilkunde, ■ Neurologie und Psychiatrie, ■ Psychiatrie und Nervenheilkunde, ■ Vertragsärzte mit der Zusatzbezeichnung Geriatrie.
Zusätzlich für Hausärzte:	■ GOP 03360: hausärztlich geriatrisches Basisassessment ■ GOP 03362: hausärztlich geriatrischer Betreuungskomplex		
Zusätzlich für ermächtigte GIA:	■ GOP 01321: Grundpauschale für ermächtigte Institute		

Quelle und weitere Details: KBV

auf Ermächtigung zu stellen. Voraussetzung ist, dass eine ausreichende vertragsärztliche Versorgung nicht gegeben ist. Von den neuen Ziffern können nun jedoch auch die niedergelassenen Hausärzte sowie die spezialisierten kooperierenden Fachärzte profitieren.

FACHÄRZTE

Gastroenterologen – Neues Testverfahren zur Darmkrebsfrüherkennung

Versicherten ab einem Alter von 50 Jahren steht ab 1. Oktober 2016 ein neues Testverfahren zur Darmkrebsfrüherkennung zur Verfügung (Voraussetzung: Nichtbeanstandung des Beschlusses durch das Bundesgesundheitsministerium). Nachdem Studien belegten, dass mit einem quantitativen immunologischen Test nicht sichtbares Blut im Stuhl besonders mit einer höheren Sensitivität nachgewiesen werden kann, hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) festgelegt, das bislang verwendete Guajak-basierte Testverfahren auszutauschen und die Krebsfrüherkennungs-Richtlinie entsprechend abzuändern (vgl. Infobox).

Änderungen der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie

- Ausgabe des Tests durch Hausärzte auch im Rahmen von Gesundheitsuntersuchungen (Check-up 35): Dadurch soll eine höhere Teilnahmequote insbesondere bei Männern erreicht werden. Die Ausgabe ist bisher auf Ärzte beschränkt, die Krebsfrüherkennungsuntersuchungen durchführen.
- Auswertung des Tests: Diese erfolgt zukünftig im Labor und nicht mehr in der Praxis.
- Dokumentation: Ab dem 1. Januar 2017 hat eine elektronische Dokumentation von Koloskopien nach positivem Test zu erfolgen. Für Abklärungskoloskopien gelten hierbei dieselben Qualitätssicherungsvorgaben/Dokumentationspflichten wie für Koloskopien zur Darmkrebsfrüherkennung. Die Anpassung im Praxisverwaltungssystem durch die Software-Hersteller erfolgt im 1. Quartal 2017.

Mit dem im Jahr 2013 verabschiedeten Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz wurde ein organisiertes und qualitätsgesichertes Screeningprogramm gefordert. Die Änderung des Testverfahrens ist nun ein erster Teilbeschluss im Rahmen der Weiterentwicklung der Früherkennungsmaßnahmen. Weitere Teilbeschlüsse, welche zum Ende des Jahres geplant sind, umfassen beispielsweise das Einladungsverfahren, qualitätssichernde Maßnahmen und eine neue Versicherteninformation über den Nutzen und die Risiken der Screening-Teilnahme. Darmkrebs zählt mit rund 64.000 Neuerkrankungen und etwa 26.000 Todesfällen pro Jahr zu den häufigsten onkologischen Erkrankungen in Deutschland. Während die Erkrankung im Frühstadium meist heilbar ist, stehen die Prognosen für Patienten, die stationär behandelt werden müssen, nach wie vor schlecht. Grundsätzlich haben Versicherte daher ab einem Alter von 50 Jahren Anspruch auf ein Darmkrebsfrüherkennungsprogramm. Neben der Beratung beim Arzt zählt hierzu auch der Test auf okkultes Blut im Stuhl sowie die präventive Koloskopie. Experten bezeichnen die

Vorsorgekoloskopie als „die sicherste und effektivste Früherkennungsmaßnahme“. Problematisch ist jedoch, dass viele Versicherte aus Angst vor der Untersuchung, Scham oder aufgrund des Nichtvorhandenseins abdomineller Schmerzen die Vorsorgemöglichkeit nicht nutzen. Der Erfolg zum Beispiel der Darm-Check-Kampagne in Baden-Württemberg belegt, wie wichtig ein bundesweites Einladungsverfahren wäre.

Neurologen/Psychiater/Psychotherapeuten – DAK bietet IV-Vertrag für psychisch Kranke

Am 1. Mai 2016 startete mit „Veovita“ ein bundesweiter Vertrag zur Integrierten Versorgung (IV) für psychisch Kranke der DAK-Gesundheit. Das Angebot richtet sich an Versicherte der Kasse, die unter Depressionen und Angststörungen leiden. Ziel ist ein schneller Zugang zur Therapie, wodurch eine rasche Stabilisierung der Patienten erreicht, Fehlzeiten reduziert und Krankenhausaufenthalte vermieden werden sollen. Hierfür arbeiten Hausärzte, Therapeuten, Fachärzte und erforderlichenfalls auch die Krankenhäuser eng zusammen. Die Behandlung nach dem verhaltenstherapeutischen Ansatz erfolgt in Einzel- oder Gruppensitzungen sowie telefonisch und per E-Mail. Im Vergleich zur klassischen Psychotherapie ist das Konzept überaus flexibel, da sich die Terminplanung und Dauer am Bedarf und Lebensrhythmus der Patienten ausrichten und in akuten Krisen eine engmaschigere Betreuung möglich ist. Die Patienten können jederzeit und ohne Wartezeiten ihren Veovita-Berater kontaktieren, der über eine psychologische Ausbildung verfügt. Therapieergänzend kommen qualitätsgeprüfte Online-Angebote zum Einsatz, mit denen die Patienten auch nach der Therapie selbstständig weiterarbeiten können. Die Therapie startet innerhalb von drei Wochen. Zuvor erfolgt bereits ein umfassendes Diagnosegespräch.

Das Veovita-Konzept kommt in Nord- und Ostdeutschland bereits seit einem Jahr erfolgreich zum Einsatz, was die DAK zu einer bundesweiten Ausdehnung bewogen hat. Nur in Baden-Württemberg soll es kein Angebot geben. Grund ist, dass es hier bereits mit dem Facharztvertrag für Psychotherapie ein ähnliches Angebot der DAK in Kooperation mit MEDI und mehreren Berufsverbänden gibt. Verbesserte Angebote für Menschen mit Depressionen, Burnout und Angststörungen sind angesichts der oft langen Wartezeiten auf einen Therapieplatz dringend erforderlich. Gerade bei psychischen Krankheiten ist der Leidensdruck sehr groß. Ferner gibt es auch volkswirtschaftliche Gründe. So belegt der aktuelle Gesundheitsreport der DAK, dass sich die Zahl der Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen in den vergangenen 18 Jahren mehr als verdreifacht hat.

Urologen – Die Jungensprechstunde kommt

Der Berufsverband der Deutschen Urologen e.V. (BDU) und die Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V. setzen sich bereits seit Jahren für eine bessere Gesundheit von männlichen Schülern und Jugendlichen ein. Über die Broschüre „Starke Infos für Jungen“ und die Webseite www.jungensprechstunde.de sollen die Information und gesundheitliche Bildung verbessert werden. Nun soll das Angebot durch eine sogenannte Jungensprechstunde ergänzt werden. Ziel ist es, den Jungen bereits in der Pubertät einen ärztlichen Ansprechpartner zu bieten. Im April 2016 starteten die ersten Fortbildungen auf den Regionalkongressen in Münster, Augsburg, Ludwigshafen und Berlin. Diese umfassen sowohl die Inhalte (u. a. zu altersgerechten Impfungen, darunter auch zur HPV-Impfung für Jungen) als auch die logistische Integration des neuen Angebots in die Praxis. Mittlerweile werden auch zertifizierte Impfkurse angeboten. Letztere sind Voraussetzungen für die Abrechnung der Impfungen über die Kassenärztlichen Vereinigungen. Interessierte Urologen erhalten nähere Informationen auch zu den Terminen unter der Website www.bund-der-urologen.de oder unter www.urologenportal.de/Newsboard.

Im Vergleich zu den Frauen wurde die Männergesundheit in Deutschland in der Vergangenheit vernachlässigt. Seit geraumer Zeit engagieren sich deshalb die Urologen auf diesem Gebiet. Im Gegensatz zu Frauen lassen sich Männer mit gesundheitlichen Angeboten meist deutlich schwerer erreichen. So kommt beispielsweise eine von GlaxoSmithKline durchgeführte Umfrage zu dem Ergebnis, dass Männer Nachholbedarf in Sachen Gesundheitsbewusstsein haben. Über ein Drittel der Männer sucht erst dann einen Arzt auf, wenn sie sich wirklich krank fühlen. Rund 83 % der Frauen hingegen besuchen regelmäßig den Arzt, um Vorsorgeuntersuchungen oder den Check-up 35 in Anspruch zu nehmen. Aus diesem Grunde wollen nun die Urologen bereits bei den Jugendlichen ansetzen, deren Gesundheitsbewusstsein verbessern und Angst und Hemmungen vor dem Arztbesuch abbauen. Ziel ist es, analog zum Frauenarzt für Mädchen und Frauen, einen festen Ansprechpartner für Jungen und Männer zu etablieren.

ZAHNÄRZTE

Neustart der Online-Plattform CIRS

Bereits 2011 startete die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) das Pilotprojekt „Jeder Zahn zählt!“, im Rahmen dessen Zahnärzte unerwünschte Ereignisse aus ihrem Praxisalltag austauschen können. Auf dieser Grundlage ging die BZÄK und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) im Jahr 2014 eine Kooperation ein mit dem Ziel „Jeder Zahn zählt!“ in das Berichts- und Lernsystem „Critical incident reporting system“ (CIRS) dent – „Jeder Zahn zählt!“ zu überführen. Die Onlineplattform hierzu wurde nun vorgestellt (www.cirsdent-jzz.de) und bietet Zahnärzten folgende Chancen:

- Veröffentlichung von Berichten über kritische Ereignisse in der Berichtsdatenbank, um andere Zahnärzte auf ursächliche Fehlermöglichkeiten aufmerksam zu machen sowie von kommentierten Hinweisen zur Fehlervermeidung.
- Sammlung aller Berichte in einer Datenbank.
- Tipps zur Fehlervermeidung bestimmter Fehlertypen aus der Zahnarztpraxis.

Durch die Informationen und Berichte, welche von Zahnärzten selbst eingestellt werden sowie durch den Austausch untereinander, können Zahnärzte von den Erfahrungen anderer profitieren. Dadurch soll die Patientensicherheit erhöht und die Versorgungsqualität insgesamt verbessert werden. Bei der Fehlerberichterstattung, der Kommentierung der Berichte und beim Austausch mit Kollegen sichert das System Anonymität zu. Hierfür hat jede vertragszahnärztliche Praxis automatisch einen individuell anonymisierten Registrierungsschlüssel zugeteilt bekommen. Ein spezielles Fachberatungsgremium übernimmt die Anonymisierung der eingestellten Berichte und deren Freischaltung.

Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seiner Richtlinie über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement Standards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme fest. Diese können von der Onlineplattform „CIRS dent – Jeder Zahn zählt!“ erfüllt werden. Seit Beginn der Betriebszeit können etwa 4.000 registrierte Nutzer, 100 Berichte und 200 Kommentare verzeichnet werden. Das Fehlerberichtssystem ergänzt die im medizinischen Bereich bereits vorhandenen Berichtssysteme wie beispielsweise das Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausarztpraxen oder das Modellprojekt „CIRS-AINS“, welches der Berufsverband Deutscher Anästhesisten (BDA) gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin sowie dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) entwickelt hat. Auch die Apothekerkammern Nordrhein und Westfalen-Lippe haben eine gemeinsame Initiative zur Umsetzung des Fehlermeldesystem „CIRS-Pharmazie“ beschlossen.

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: Gesundes Kinzigtal weiter auf Erfolgskurs

Das Modellprojekt Gesundes Kinzigtal in Baden-Württemberg wird auch weiterhin von einem Vertrag zur Integrierten Versorgung mit der AOK profitieren. Darauf haben sich AOK Baden-Württemberg und die Managementgesellschaft Gesundes Kinzigtal GmbH geeinigt. Der neue, unbefristete Vertrag tritt rückwirkend zum 1. Januar 2016 in Kraft und löst somit den alten, bereits im Jahr 2005 geschlossenen Vertrag ab. Elemente des neuen (und alten) Vertrags sind:

- Sektorenübergreifendes Versorgungsmanagement
- Case Management
- Verhaltens- und verhältnisbezogene Prävention und Gesundheitsförderung
- Förderung der Gesundheitsbildung der Versicherten (health literacy)
- Zielvereinbarungen zwischen Arzt und Patient

Des Weiteren gibt es Neuerungen in Bezug auf die Vollbereinigung der vertragsärztlichen Vergütung ab dem Jahr 2017. Das entsprechende Budget für die vertragsärztlichen Leistungen der eingeschriebenen AOK-Versicherten (alle budgetierten Leistungen innerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung sowie alle extrabudgetären Einzelleistungen; Berechnung auf Basis der vier vorangegangenen Quartale) wird komplett an die Managementgesellschaft ausgegliedert. Die bislang bestehende Budgetverantwortung für die AOK-Versicherten einschließlich des Modells zur Berechnung des Deckungsbeitrags (Differenz zwischen den zu erwartenden Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und den tatsächlichen Kosten für die Versorgung der AOK-Versicherten der Region Kinzigtal) wird beibehalten. Ferner bestimmt die Managementgesellschaft eine eigene Vergütungsstruktur für die kooperierenden Vertragsärzte und Psychotherapeuten und es erfolgt eine Harmonisierung mit den Verträgen des AOK-Hausarzt-Programms (Hausarztzentrierte Versorgung) und des AOK-Facharzt-Programms. So schließen sich der Vertrag zur Integrierten Versorgung im Kinzigtal und die Selektivverträge der AOK Baden-Württemberg künftig nicht mehr aus. Versicherte können sich parallel in die Modelle einschreiben. Hierdurch wird die Steuerungs- und Koordinationsfunktion der Vertragsärzte im Kinzigtal weiter aufgewertet.

Das bereits seit fast elf Jahren bestehende Vollversorgungsmodell „Gesundes Kinzigtal“ kann bundesweit als Vorzeigeprojekt betrachtet werden. Die wissenschaftliche Begleitforschung belegt, dass das Modell dazu beiträgt, die Über- und Unterversorgung der Versicherten zu reduzieren und die Ergebnisqualität zu verbessern. Profiteure sind insbesondere chronisch kranke und ältere Versicherte. Erst vor Kurzem hat auch das Medizinische Qualitätsnetz Ärzteinitiative Kinzigtal e. V., welches Mitgesellschafter der Gesundes Kinzigtal GmbH ist, als bundesweit erstes Netz die höchste Anerkennungsstufe (Basisstufe II) erreicht. Ein absolutes Novum ist nun die Ausgliederung des Budgets gekoppelt an die Möglichkeit, ein eigenes Vergütungssystem zu etablieren. Ziel der Initiatoren ist es, mit dem noch zu entwickelnden Honorarsystem Bürokratie abzubauen und die Prävention zu stärken. Die Entwicklung der Honorarstruktur, die mehr Pauschalen enthalten soll, erfolgt in Zusammenarbeit mit den kooperierenden Ärzten.

Hessen: Terminservicestelle verschlingt über 1.000.000 €

Am 23. Januar 2016 ging der neue Terminservice für GKV-Patienten, welcher auf eine Bestimmung des Versorgungsstärkungsgesetzes zurückgeht, pünktlich an den Start. Nach etwa sieben Wochen (bis zum 9. März 2016) hat die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Hessen eine erste Bilanz aus der Inbetriebnahme der Terminservicestellen gezogen:

- Insgesamt ist eine deutlich geringere Patientennachfrage zu erkennen als erwartet. Es konnten 1.297 erfolgreich vermittelte Termine verzeichnet werden.
- Am Tag kontaktierten durchschnittlich etwa 126 Patienten die Terminservicestelle. Hiervon konnten circa 39 Termine vermittelt werden.
- Es gab insgesamt 4.227 Anrufer, von denen viele allerdings ohne Überweisung oder mit Überweisungen ohne Code angerufen und somit nicht die Bedingungen für eine Terminvermittlung erfüllt haben. Diese Patienten wurden dann lediglich zum allgemeinen Procedere und den gesetzlichen Rahmenbedingungen informiert.
- Für die Einrichtung und den Unterhalt im Jahr 2016 hat die KV insgesamt Ausgaben von rund 1 Mio. € eingeplant. Die geringe Nachfrage führt zu reinen Vermittlungskosten pro Termin von etwa 107 €.

Aufgrund der schwachen Nachfrage sieht sich die KV Hessen in ihrer Kritik an der Einführung der Terminservicestelle bestätigt. Diese sei eine rein politisch motivierte Entscheidung ohne Kosten-Nutzen-Rechnung gewesen. Die hohen Kosten seien völlig unökonomisch und würden nun in der Patientenversorgung fehlen.

Auch unter den Fachärzten herrscht Unzufriedenheit, da die im Voraus gemeldeten freien Termine für das jeweilige Quartal in den Praxen geblockt werden und dann nicht mehr für die Patienten zur Verfügung stehen, die ohne vorherige Vermittlung mit Terminwünschen in den Praxen anrufen. Dies waren für die ersten drei Monate knapp 40.000 gemeldete Termine, welche überwiegend nicht benötigt wurden. Da die von den Terminservicestellen nicht vergebenen Termine erst fünf Tage vorher wieder an die Praxen zurückgegeben werden, ist eine rasche Vermittlung durch die Praxis oft nicht mehr möglich, weshalb diese folglich auf den Ausfallkosten pro frei bleibendem Termin sitzen bleiben. Die KV Hessen hofft nun, dass der wirkliche Terminbedarf der Servicestelle für die kommenden Quartale anhand der vorliegenden Zahlen zukünftig genauer gesteuert werden kann.

Auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat 100 Tage nach der Inbetriebnahme der gesetzlich vorgeschriebenen Terminservicestellen eine eher nüchterne Bilanz gezogen. Die Auswertung der Inanspruchnahme des neuen Services in den elf Kassenärztlichen Vereinigungen, die mit dem eTerminservice arbeiten – einem von der KV Telematik GmbH (KVTG) entwickelten Tool zur Verwaltung und Vermittlung der Termine –, ergab folgendes Bild: Insgesamt wurden innerhalb des Zeitraums von 100 Tagen bundesweit rund 19.000 Facharzt-Termine vermittelt. Die KBV schätzt die Zahl der bundesweit von allen KVen vermittelten Termine auf über 31.000. Diese Anzahl ist in Relation zu den pro Jahr über 550 Millionen Behandlungsfällen und über einer Milliarde Arzt-Patienten-Kontakten im ambulanten Bereich äußerst gering. Angesichts der geringen Anzahl der vermittelten Termine ist die KBV der Überzeugung, dass das kostenträchtige Instrument der Terminservicestellen obsolet ist. Wirklich dringende Termine wurden und werden weiterhin von den Ärzten direkt vermittelt.

Nordrhein: AOK-Hausärzte-Strukturvertrag aufgewertet

Bereits seit Oktober 2014 läuft der Hausärzte-Strukturvertrag zwischen der AOK Rheinland/Hamburg und der KV Nordrhein. Die Vertragspartner haben nun wesentliche Änderungen des Vertrags beschlossen, die am 1. April 2016 in Kraft getreten sind (vgl. Infobox).

Änderungen des AOK-Hausärzte-Strukturvertrags

- **Aufhebung der bisherigen Budgetierung bei den diagnoseabhängigen Betreuungspauschalen:** Die Begrenzung auf 7,50 € pro Behandlungsfall und Quartal entfällt. Auf diese Weise soll dem besonderen Aufwand der Hausärzte in Zusammenhang mit der Versorgung multimorbider Patienten Rechnung getragen werden.
- **Einführung einer neuen Honorarposition:** Zum 1. April dürfen die teilnehmenden Hausärzte eine einmalige extrabudgetäre, kontaktabhängige Aufwandspauschale in Höhe von fünf Euro ansetzen. Diese wird dann gewährt, wenn bei einem Patient erstmalig eine gesicherte Diagnose aus einer der insgesamt 67 Indikationsgruppen codiert wird. Die KV Nordrhein setzt die Pauschale, die den Mehraufwand der Ärzte bei der Diagnosestellung neuer Krankheiten abdecken soll, automatisch zu.
- **Aktualisierung der Indikations- und Diagnoseübersicht:** Der Katalog wurde um 81 Diagnosen erweitert (Neuaufnahme von 267 Diagnosen und Streichung von 186 Diagnosen).
- **Verringerung des administrativen Aufwands:** AOK-Versicherte müssen seit 1. April 2016 ihre Teilnahme (vorerst) nicht mehr schriftlich bestätigen. Hausärzte sind jedoch nach wie vor verpflichtet, die Patienten über den Vertrag bzw. dessen Inhalte aufzuklären.

Der Vertrag zielt insbesondere auf die hausärztliche Betreuung multimorbider Patienten in der häuslichen Umgebung/in Pflegeheimen ab. Dabei ist auch die Optimierung der Arzneimittelversorgung ein wichtiger Bestandteil. Neben den Betreuungspauschalen und der kontaktabhängigen Aufwandspauschale werden Hausbesuche, Dringlichkeitsbesuche, Pflegeheimbesuche, das Überleitungsmanagement und der Arzneimittelcheck gesondert vergütet. Teilnahmeberechtigt sind Haus- und Kinderärzte. Voraussetzung ist die Teilnahme an vier Qualitätszirkeln pro Jahr.

Gegenwärtig nehmen bereits 2.500 Hausärzte an dem Strukturvertrag teil. Durch die Verbesserungen ist damit zu rechnen, dass diese Anzahl weiter ansteigen wird. Die Teilnahme an Hausarztverträgen ist für die Ärzte nicht nur mit Honorarvorteilen verbunden, sondern bringt im Vergleich zur kollektivvertraglichen Versorgung auch Planungssicherheit. In Nordrhein-Westfalen haben mittlerweile nahezu alle GKV-Versicherten Zugang zur Hausarztzentrierten Versorgung (HzV). Auch bundesweit ist die HzV weiter auf Erfolgskurs. Dem Deutschen Hausärzteverband zufolge sind aktuell knapp vier Millionen Versicherte und über 16.500 Hausärzte in die HzV-Vollversorgungsverträge eingeschrieben (mit steigender Tendenz). Dabei haben die bisherigen Evaluationen gezeigt, dass sich diese Versorgungsform hinsichtlich der Qualität und der Kosten auszeichnet. So konnten Krankenhauseinweisungen und doppelte Facharztbesuche reduziert werden, während sich die eingeschriebenen Patienten gleichzeitig besser betreut fühlen.

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.

EU-weiter Fälschungsschutz für Arzneimittel kommt 2019

Nach der Veröffentlichung der EU-Verordnung 2016/161 zum Schutz vor Arzneimittelfälschungen am 9. Februar 2016 im Amtsblatt der Europäischen Union haben die Mitgliedsstaaten nun die Aufgabe, die entsprechenden Vorgaben innerhalb einer dreijährigen Frist umzusetzen. Die Verordnung sieht vor, dass die Verpackungen der Arzneimittel künftig mit einer Vorrichtung gegen Manipulationen versehen sein müssen. Ferner hat jedes verschreibungspflichtige Arzneimittel ein individuelles Erkennungsmerkmal in Form eines zweidimensionalen Barcodes zu tragen. Letzterer beinhaltet eine Seriennummer, die unter anderem einen Produktcode, eine nationale Kostenerstattungs- und Identifizierungsnummer (in Deutschland gemeinsam in der Pharmazentralnummer abgebildet), die Chargennummer und das Verfalldatum enthält. Mit Ausnahme der Omeprazol Hartkapseln (bei denen es in der Vergangenheit zu vermehrten Problemen mit Fälschungen kam) fallen OTC-Arzneimittel nicht unter die Vorgaben. Umgekehrt gibt es auch Ausnahmen für verschreibungspflichtige Medikamente (z. B. Homöopathika und Radionuklidgeneratoren).

Nach der Einführung des verpflichtenden neuen EU-Sicherheitslogos für Internetapotheken reagiert die Europäische Union (EU) auch mit der neuen Verordnung auf die starke Zunahme beim Handel mit Arzneimittelfälschungen. Hierdurch entsteht nicht nur ein wirtschaftlicher Schaden, es können sich auch ernsthafte Gefahren für die Patienten ergeben. Denn die Fälschungen enthalten oft minderwertige, falsch dosierte, keine oder sogar gesundheitsgefährdende Wirkstoffe. Die FDA (Food and Drug Administration, behördliche Lebensmittelüberwachungs- und Arzneimittelzulassungsbehörde der Vereinigten Staaten) schätzt den Anteil der weltweit gefälschten Arzneimittel auf mehr als 10 %.

Für die Pharmazieunternehmen bedeutet die EU-Verordnung sowohl technische als auch wirtschaftliche Herausforderungen. Auch Großhändler und die Apotheken sind betroffen. Dank der bereits Anfang 2013 gestarteten Initiative securPharm, einem gemeinsamen Sicherungssystem von Pharma-, Großhandels- und Apothekerverbänden, ist Deutschland jedoch bereits einen Schritt voraus. Mit der Umsetzung durch die nationalen Stakeholder-Organisationen, dem Data-Matrix-Code, getrennten Datenbanken für Pharmazieunternehmen und Apotheken sowie dem vorgesehenen End-to-End-Überprüfungssystem erfüllt das securPharm-System dabei die Vorgaben der EU-Verordnung. Arzneimittelhersteller erzeugen eine Seriennummer, die in einer Datenbank erfasst und in Form eines Data-Matrix-Codes auf der Verpackung angebracht ist.

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.

Cyberkriminalität: Neue Dimensionen

Die Cyberattacken auf Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen im März dieses Jahres zeigen, dass die Cyberkriminalität auch vor dem Gesundheitswesen nicht Halt macht. Zwar gab es offenbar keinen Zugriff auf die Patientendaten. Bei den betroffenen Kliniken kam es jedoch zu erheblichen Behinderungen des Betriebs beziehungsweise der Patientenversorgung. Die Cyberangriffe charakterisierten sich wie folgt:

- Viren wie Locky oder TeslaCrypt machen den Kriminellen den Zugang zum IT-System frei.
- Die Verschlüsselungstrojaner (sog. Ransomware) verschlüsseln alle erreichbaren Dateien und Programme. Der zugehörige Schlüssel ist nur den Cyberkriminellen bekannt.
- Die Kriminellen fordern Lösegeld für die „Rückentschlüsselung“.

Angesichts der steigenden Gefahr durch Cyber-Kriminelle, die auch Arztpraxen ins Visier nehmen könnten, warnt auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vor einem sorglosen Umgang mit dem Internet. Das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) rät, nicht auf solche Lösegeldforderungen der Cyber-Erpresser einzugehen. So verweigern die Erpresser offenbar trotz Bezahlung oft die versprochene Entschlüsselung der Daten. Betroffene sollen stattdessen den Bildschirm mit der Erpressungsnachricht fotografieren und Anzeige erstatten.

Vor diesem Hintergrund sollten Praxisinhaber einige wichtige Grundregeln im Umgang mit dem Internet beachten und diesbezüglich unbedingt ihre Mitarbeiter sensibilisieren:

- Betriebssystem, Internetbrowser und sämtlich genutzte Software sollten stets auf dem aktuellsten Stand gehalten werden.
- Eine aktuelle Antiviren-Software sollte installiert werden.
- Es sollten keine unbekannten und/oder verdächtigen E-Mail-Anhänge oder Links in E-Mails geöffnet werden, ohne zuvor die Identität des Absenders geprüft zu haben (Vorsicht, auch E-Mail-Adressen können gefälscht/missbraucht werden).
- Regelmäßige Datensicherungen (Backups) der wichtigen Daten auf verschiedenen - nicht dauerhaft an den Praxiscomputer angeschlossenen - Speichermedien sollten vorgenommen werden, um bei Bedarf eine Wiederherstellung zu ermöglichen.

Bei Fragen rund um das Thema „Sicheres Surfen im Internet“ können sich Praxen meistens auch an ihren Praxisverwaltungssystemhersteller oder KV-SafeNet-Provider wenden.

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

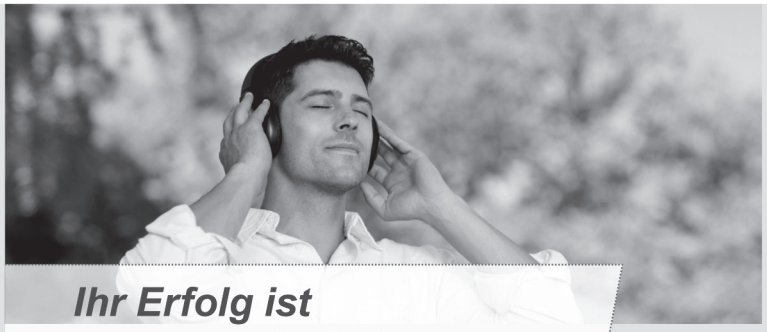
Was wir für Sie tun können:

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 2016

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 2016

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

2016 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:
Sonja Miltschuh

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