

4

Jahrgang 2012

QUID

H.U.G Quartalsinformation

In Zusammenarbeit mit  REBMAN RESEARCH

Regionale Honorarverhandlungen: Kassen gehen in die Blockade



Healthcare Competition Center

H.U.G.

Betriebswirtschaftliche

Beratungsgesellschaft mbH

Kesselstraße 17, 70327 Stuttgart

Postfach 60 02 63, 70302 Stuttgart

Tel. 0711-2489773

Fax 0711-282791

mail@hug-beratung.de

www.hug-beratung.de

Inhalt

Barometer :: Seite 3 – 5

- Krankenkassen blockieren regionale Honorarverhandlungen
- Medizinklimaindex: Die Stimmung unter den Mediziner sinkt
- Einigung zwischen KBV und GKV:
Bundeseinheitliche Regelung bei Heilmittelbedarf kommt
- Ambulante spezialärztliche Versorgung:
Umsetzung im „Schneckentempo“

Talk :: Seite 5 – 7

- „Generation Y“ – neue Wertvorstellungen
bei den Nachwuchsärzten
- Telemedizin – Kein negativer Einfluss
auf Arzt-Patienten-Beziehung
- Negative Trendwende bei der PKV?
- KBV kämpft gegen die Bürokratie

Fachrichtung :: Seite 8 – 10

- Allgemeinärzte: Privates hausärztliches Versorgungsmodell
zur Pharmakotherapie läuft gut an
- Fachärzte: Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapie:
PNP-Vertrag wird „scharfgeschaltet“
- Fachärzte: Augenärzte warnen vor künftiger Unterversorgung
- Zahnärzte: „Schluss mit lustig“ –
Verfassungsbeschwerde gegen GOZ

Regional :: Seite 10 – 12

- Bayern: Radiologen und Labormediziner
- Bayern: Neuer HVM
- Baden-Württemberg: Gesundes Kinzigtal ist „gesünder“
- Niedersachsen: KV gründet Hausarztpraxis

International :: Seite 12 – 13

- „Düse“ statt Krise: Deutsche Gesundheitsausgaben laufen
gegen den Trend
- Interpol und Weltzollorganisation: Erfolgreicher Schlag
gegen Arzneimittelfälschungen

Trend :: Seite 13 – 14

- Zunehmende Probleme mit der Berufshaftpflicht
- Personalmangel in der Medizin erfordert kreative Modelle

H.U.G :: Seite 16 – 17

- Unternehmensphilosophie & Geschichte
- Unternehmen Online
- Was wir für Sie tun können

Fortbildungsveranstaltungen 2013 :: Seite 18

Ärztestammtische 2013 :: Seite 19

Über H.U.G :: Seite 20

- Healthcare Competition Center

Impressum

QUID ist eine Co-Produktion von H.U.G Beratungsgesellschaft mbH und der REBMAN 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 REBMAN 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

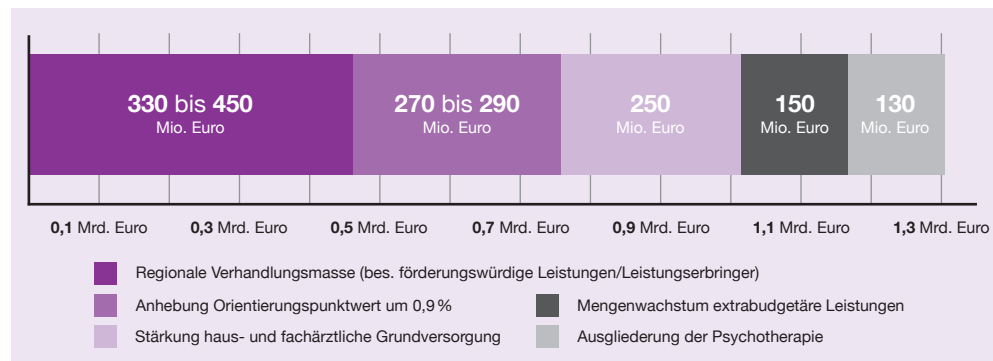
Barometer

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.

Krankenkassen blockieren regionale Honorarverhandlungen

Selten verliefen die Honorarverhandlungen zwischen Vertragsärzten und Kassen so zäh wie dieses Jahr. Dennoch konnten sich die Vertreter des erweiterten Bewertungsausschusses (EBA) nach mehrmaligem Anlauf am 9. Oktober entgegen allen Erwartungen auf einen Kompromiss verständigen, der den Ärzten laut EBA ein Honorarplus in Form eines „Korridorbetrags zwischen 1,15 und 1,27 Mrd. Euro bringen soll. Wie viele Mittel letztendlich in den KVen ankommen, steht noch nicht fest. Denn die größte „Scheibe“ des ausgehandelten Honorars ist Verhandlungsgegenstand beim gegenwärtigen Versuch der Umsetzung/Anwendung der Empfehlungen des Bewertungsausschusses bezüglich der diagnose- und demografiebezogenen Veränderungsdaten auf regionaler Ebene

Ergebnisse des EBA-Honorarkompromisses



Quelle: EBA und BWA-Beschlüsse Grafik: REBMAN RESEARCH

Die Vertragsärzte, aus deren Sicht im Beschluss wichtige Forderungen nicht umgesetzt wurden und auch die Anhebung des Orientierungspunktwertes mit 0,9% eher dürrig ausgefallen war, hatten deshalb ihre Hoffnungen auf die Regionalverhandlungen gesetzt.

Doch offenbar starten hier – wie zuvor auf Bundesebene – die Vertragspartner mit teilweise überzogenen Positionen. Somit findet gegenwärtig der leidige Honorarstreit auf regionaler Ebene seine Fortsetzung. Vielerorts nehmen die Kassen bei den regionalen Honorarverhandlungen eine Blockadehaltung ein. So beklagt z.B. die Allianz deutscher Ärzteverbände, dass die Kassen offenbar die Verhandlungen bewusst zum Scheitern bringen, um Schiedssprüche herbeizuführen. Die Kassen wiederum halten die Forderungen der Ärztevertreter in einigen Regionen schlichtweg für „überzogen“. Dies gilt mancherorts in gleicher Weise für die Kassen selbst. So kann das Angebot der Kassen in **Hamburg** offenbar nicht einmal die Preissteigerungen des vergangenen Jahres abdecken. In **Bayern** beantragten die Kassen nach lediglich drei Verhandlungswochen die Einleitung eines Schiedsverfahrens. Grund waren die Forderungen der KV über Zuschläge für „regionale Besonderheiten der Kosten- und Versorgungsstruktur“. Auch in **Sachsen** wurden die Verhandlungen für gescheitert erklärt. In **Sachsen-Anhalt** und **Berlin**, wo von Seiten der KVen Honorarsteigerungen um rund 20% bzw. 17% im Raum stehen, sinken die Aussichten auf eine Einigung. In anderen KVen wie z.B. **Brandenburg**, **Westfalen-Lippe** und in **Nordrhein** wurde in Sachen Verhandlung gerade erst gestartet. Bislang einziger „Lichtblick“ bildet **Schleswig-Holstein**, wo offenbar ein „konstruktives“ Verhandlungsklima herrscht.

Medizinklimaindex: Die Stimmung unter den Medizinern sinkt

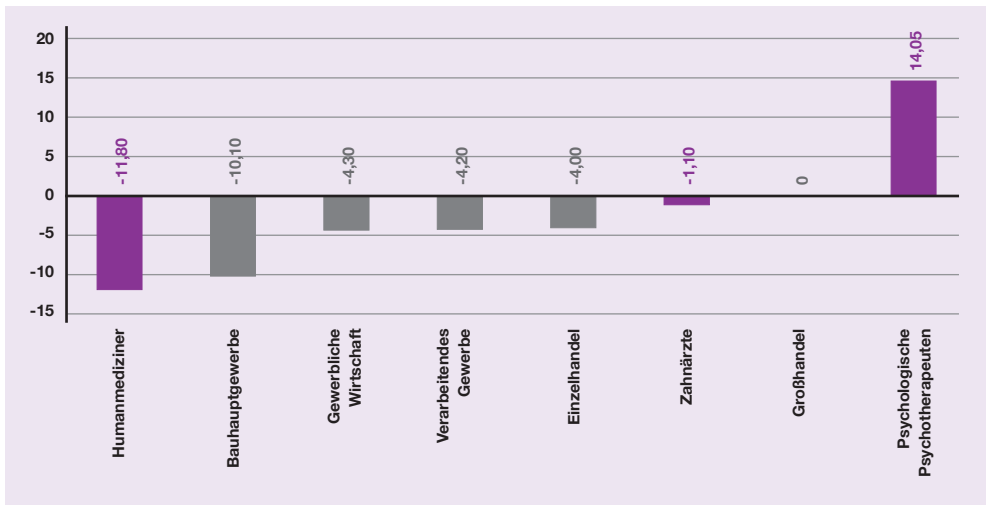
Die Ergebnisse des Medizinklimaindex Herbst 2012 belegen, dass sich die Stimmung unter den Humanmedizinern, Zahnärzten und psychologischen Psychotherapeuten deutlich verschlechtert hat. Während der Wert im Frühjahr noch bei -5,1 lag, sank er aktuell auf -11,8. Nur gut ein Viertel aller befragten Berufsgruppen (26,6%) schätzt gegenwärtig die individuelle wirtschaftliche Lage als „positiv“ ein, während 22,1% diese als „schlecht“ und über die Hälfte (51,3%) als „befriedigend“ bezeichnen. Dabei erwarten lediglich 10% eine Verbesserung der Situation im kommenden Halbjahr. Rund 38,4% gehen von einer Verschlechterung der Lage aus und etwa die Hälfte (51,3%) erwartet keine Veränderungen. Allerdings ergeben sich zum Teil deutliche Unterschiede bei den befragten Berufsgruppen. Im Einzelnen fiel die Umfrage wie folgt aus:

- Bei den Humanmedizinern fiel der Index mit -18,7% besonders schlecht aus. Sie beurteilen jeweils mit einem gleichen Anteil von 24,6% ihre aktuelle wirtschaftliche Lage als „gut“ bzw. „schlecht“, während rund die Hälfte (50,8%) zufrieden mit der Situation ist. Ganze 45,6% sehen die Aussichten für das kommende Halbjahr pessimistisch, während 46,2% eine konstante und 8,2% eine positive Entwicklung erwarten.
- Wie bereits bei den vorigen Erhebungen fällt die Stimmung bei den Zahnärzten deutlich besser aus. Der Medizinklimaindex liegt hier mit -1,1 nur im leicht negativen Bereich. 25,6% der Zahnmediziner halten ihre gegenwärtige wirtschaftliche Lage für „gut“, 53,5% für stabil und 20,9% für schlecht. Dabei erwarten die Zahnmediziner mit 61,5%, dass sich bezüglich der

wirtschaftlichen Situation im kommenden Halbjahr keine Veränderung ergeben wird. 20,9 % gehen von einer Verschlechterung und 14 % von einer Verbesserung aus.

- Noch besser liegen bei einem Index von 14,5 % die Einschätzungen der Psychologischen Psychotherapeuten, bei welchen 37,5 % von einer positiven, 53,1 % von einer befriedigenden und nur 9,4 % von einer negativen wirtschaftlichen Lage berichten. Jeweils 18,8 % sind der Auffassung, dass sich die Situation verbessern bzw. verschlechtern wird, und 62,5 % gehen davon aus, dass sich keine Veränderungen ergeben.

Geschäftsklima im Vergleich



Quelle: Medizinklimaindex; IFO-Geschäftsklimaindex Grafik: REBMAN RESEARCH

Nachdem sich die Stimmung innerhalb der Ärzteschaft im Frühjahr 2012 noch deutlich aufgeheitelt hatte, ist aktuell wieder die gegenteilige Entwicklung zu beobachten. Hierbei zeigt der Vergleich mit dem IFO-Geschäftsklimaindex, dass die Humanmediziner die (kommende) wirtschaftliche Lage sehr viel pessimistischer einschätzen als andere Berufsgruppen (vgl. Abbildung). Ein Grund hierfür könnte in den erst vor kurzem abgeschlossenen Honorarverhandlungen liegen, in welche die Kassen mit einer Forderung nach einer Honorarabsenkung gestartet waren. Zwar konnten die Krankenkassen diese Forderung nicht durchsetzen, trotzdem blieben auch die Vertragsärzte bei dem durch den erweiterten Bewertungsausschuss geschlossenen Kompromiss weit hinter ihren ursprünglichen Forderungen zurück. Hinzu kommt, dass nun die Kassen vielerorts die regionalen Honorarverhandlungen blockieren. All dies dürfte Grund genug sein, den Vertragsärzten die Stimmung deutlich zu „vermiesen“.

Medizinklimaindex

- Der Medizinklimaindex wird seit dem Jahr 2006 halbjährlich im Auftrag der Stiftung Gesundheit, Hamburg, von der Gesellschaft für Gesundheitsmarktanalyse mbH erhoben.
- Vorbild ist der Geschäftsklimaindex für die gewerbliche Wirtschaft des Instituts für Wirtschaftsforschung e.V., München (IFO), der als ein Indikator für die aktuelle wirtschaftliche Lage und die Erwartungen der Gewerblichen Wirtschaft für das jeweils anstehende Halbjahr dient.
- Befragt werden dementsprechend niedergelassene Ärzte, Zahnärzte und Psychologische Psychotherapeuten nach der Einschätzung ihrer aktuellen wirtschaftlichen Lage sowie den Erwartungen für das kommende Halbjahr.

Einigung zwischen KBV und GKV: Bundeseinheitliche Regelung bei Heilmittelbedarf kommt

Chronisch oder dauerhaft kranke Patienten können sich bundesweit auf Erleichterungen bei den Heilmitteln einstellen: Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben sich darauf geeinigt, dass die betreffenden Patienten nun in allen Bundesländern langfristige Genehmigungen für Heilmittel erhalten sollen, und entsprechende Regelungen getroffen.

Die gesetzliche Grundlage für die Langzeitverordnungen wurde mit dem Versorgungsstrukturgesetz geschaffen und besteht bereits seit Anfang 2012. Aufgrund der fehlenden Detailregelungen wurde die Langzeitverordnung jedoch bislang nicht flächendeckend umgesetzt. Die Einigung von KBV und GKV ist sowohl aus Patienten- als auch aus Arztsicht zu begrüßen. Schwerkranke Patienten mit entsprechendem Heilmittelbedarf müssen nun die Genehmigungen für die Heilmittelversorgung nicht immer wieder von Neuem beantragen und für die Ärzte sinkt die Wahrscheinlichkeit eines Regresses. Grund ist, dass KBV und GKV beschlossen haben, dass für alle Kassenärztlichen Vereinigungen, die das Ausgabenvolumen 2011 überschritten haben, ihre tatsächlichen Ausgaben als neue Grundlage für das Jahr 2013 zum Ansatz kommen. Im umgekehrten Fall gilt für 2013 das für das Vorjahr vereinbarte Volumen.

Ambulante spezialärztliche Versorgung: Umsetzung im „Schneckentempo“

Das Versorgungsstrukturgesetz sieht vor, dass die Details über die Inhalte der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV), die Anforderungen an die Leistungserbringer, die Qualitätssicherung sowie die Regelung des Überweisungsverbots vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) in einem Richtlinienbeschluss bis Ende 2012 auszuarbeiten sind. Am 20. Dezember 2012 soll nun ein erster Richtlinienentwurf für drei ausgewählte onkologische Indikationen in der Plenumsitzung vorgelegt werden. Der GBA plant ferner, die ASV auch in der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie zu berücksichtigen.

Der onkologische Bereich wurde deshalb ausgewählt, weil dort erstens die sichersten Diagnosen vorliegen und zweitens Mengenausweitungen eher unwahrscheinlich sind. Darüber hinaus gibt es gegenwärtig bei der Krebsbehandlung nach Auskunft des Berufsverbandes Niedergelassener Hämatologen und Onkologen schon vorbildhafte Kooperationen zwischen ambulantem und stationärem Sektor. Laut Verband werden bereits über die Hälfte aller Chemotherapien bei Vertragsärzten vorgenommen; ferner gibt es über 600 onkologische Privatpraxen, die bereits heute Teil der Organkrebszentren sind.

Selbst wenn der Entwurf auf Zustimmung stoßen sollte, besteht aufgrund des dann folgenden Stellungnahmeverfahrens keine Möglichkeit mehr, die Richtlinie den gesetzlichen Vorgaben entsprechend noch bis Ende 2012 zu beschließen. Die Verzögerungen bei der ASV waren voraussehbar, denn schließlich bildet sie eines der meistdiskutierten Themen bereits im Vorfeld des Versorgungsstrukturgesetzes. So befürchten niedergelassene Fachärzte einen „Verdrängungswettbewerb“ durch die Kliniken. Ferner sehen Kritiker aufgrund der fehlenden Mengenbegrenzung unkalkulierbare Leistungsausweitungen und Kosten voraus.

Das überaus sensible Thema ASV fordert somit vom GBA viel Fingerspitzengefühl sowie praktikable Regelungen. Andernfalls droht die mit dem neuen Leistungsbereich bezweckte verbesserte Verzahnung von ambulantem und stationärem Bereich – wie bereits der Vorläufer des jetzigen § 116 b – zu scheitern.

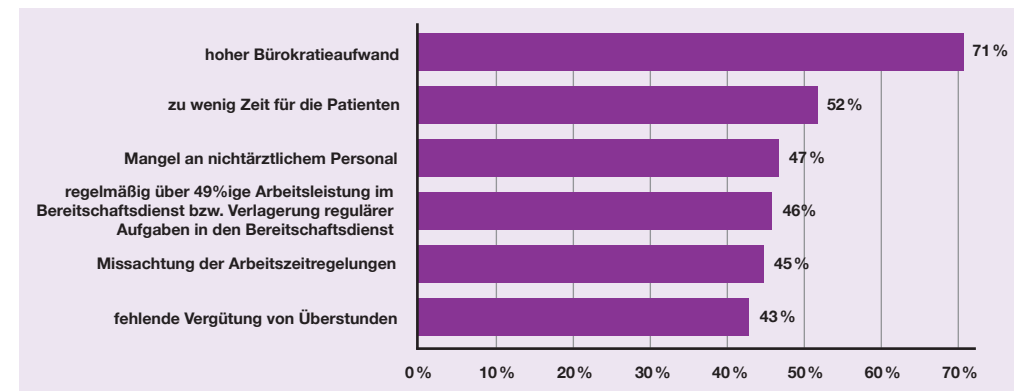
Talk

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

„Generation Y“ – neue Wertvorstellungen bei den Nachwuchsärzten

Die Diskussionen um effektive Lösungen zur Bekämpfung des zunehmenden Ärztemangels kommen immer wieder auf denselben Nenner: Eine Lösung des Problems ist langfristig nur dann möglich, wenn die Strukturen der medizinischen Berufsausübung in Einklang mit den Wertvorstellungen der nachrückenden Ärztegeneration gebracht werden können. Denn mittlerweile haben sich die Vorstellungen der neuen Ärztegeneration hinsichtlich der Art der Berufsausübung sehr stark gewandelt. Dies hängt auch mit dem immer weiter steigenden Frauenanteil in der Medizin zusammen. Inzwischen sind 70 % der Studienanfänger in der Medizin weiblich. Studien, wie z. B. die aktuelle Umfrage des Hartmannbundes unter Assistenzärzten über ihre berufliche Situation, bestätigen diesen Wandel und zeigen auf, was an gegenwärtigen Arbeitsbedingungen die Nachwuchsärzte am meisten stört (vgl. Abbildung).

Was stört Assistenzärzte am meisten an den gegenwärtigen Arbeitsbedingungen?

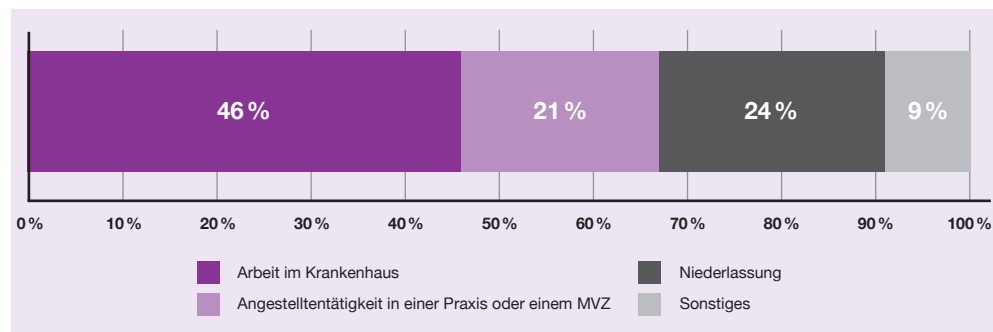


Quelle: Hartmannbund Grafik: REBMANN RESEARCH

Ferner bestehen Probleme bezüglich der Vereinbarkeit von Familie und Beruf. So bieten 60 % der Arbeitgeber kein Kinderbetreuungsangebot. 49 % der Ärztinnen mit Nachwuchs berichten von Nachteilen bezüglich der Weiterbildungszeit und -inhalte infolge der Schwangerschaft. Auch bei der Weiterbildung im Allgemeinen gibt es Probleme: 79 % der Befragten haben vor Beginn der Weiterbildung kein strukturiertes Weiterbildungskonzept erhalten. 60 % konnten die zu erbringenden Weiterbildungsinhalte nicht problemlos gemäß den Anforderungen der Ärztekammer durchführen, 42 % konnten die Weiterbildung nicht in der Regelarbeit durchführen.

Die Studie belegt auch, dass die Assistenzärzte später eine Angestelltentätigkeit vorziehen. 46 % planen, im Krankenhaus zu arbeiten, 21 % wollen als Angestellte in einer Praxis oder einem MVZ arbeiten und nur 24 % haben vor, sich niederzulassen.

Geplante Form der späteren Berufsausübung von Assistenzärzten



Quelle: Hartmannbund Grafik: REBMAN RESEARCH

Die Umfrageergebnisse sind nicht überraschend. Auch frühere Untersuchungen haben gezeigt, dass die nachrückende Ärztegeneration mehr Wert auf eine ausgeglichene „Work-Life-Balance“ legt und eine Angestelltentätigkeit mit geregelten Arbeitszeiten gegenüber der weitaus risikoreicheren Niederlassung bevorzugt. Gefordert sind nun die Arbeitgeber und die Selbstverwaltung. Sie müssen flexible Arbeitszeitmodelle mit planbaren und verlässlichen Arbeitszeiten und flankierenden Möglichkeiten zur Kinderbetreuung schaffen. Daneben werden in Zukunft auch strukturierte Weiterbildungskonzepte eine wichtige Rolle im Wettbewerb um die immer knapper werdenden Mediziner spielen.

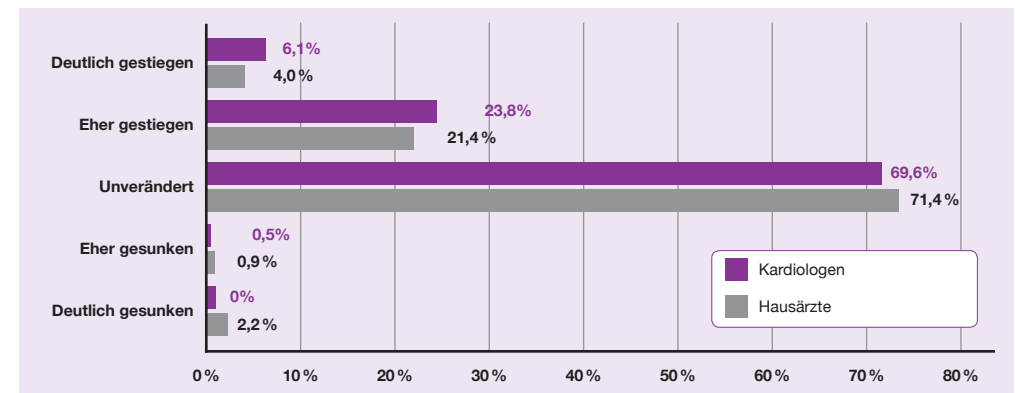
Telemedizin – Kein negativer Einfluss auf Arzt-Patienten-Beziehung

Die Arzt-Patienten-Beziehung ist für eine optimale Patientenbetreuung unerlässlich. Über die rein medizinische Versorgung hinaus dient sie dem Zweck, Patienten bei der Krankheitsbewältigung und im Versorgungsprozess zu unterstützen und zu begleiten. Die wichtigste Grundlage der Arzt-Patient-Beziehung besteht in gegenseitigem Vertrauen, welches sich im Verlaufe persönlicher Begegnungen und Kommunikation entwickelt und festigt. Im Rahmen derzeit 288 verschiedener telemedizinischer Projekte und Dienste in Deutschland findet jedoch kein persönlicher Kontakt zwischen Telemediziner und Patient statt, da die Versorgung und Überwachung der Patienten über räumliche Grenzen hinweg auf elektronischem Kommunikationswege aus der Ferne erfolgen.

Die Vermutung, dass die persönliche, vertrauensvolle Beziehung zwischen Arzt und Patienten so auf der Strecke bleiben könnte, liegt nahe. Dies wurde jetzt aber durch eine aktuelle Studie des Instituts Arbeit und Technik (IAT/Westfälische Hochschule) widerlegt.

Die Untersuchung zeigt, dass die Arzt-Patienten-Beziehung nicht unter der Telemedizin leidet, sondern im Gegenteil durch telemedizinische Betreuung gestärkt werden kann. Dies gilt gleichermaßen für das Patientenverhältnis zum Haus- oder Facharzt. So gab mit 71,4 % die überwiegende Mehrheit der im Rahmen der Studie befragten Patienten an, dass sich das Vertrauensverhältnis zu ihrem Hausarzt infolge des Telemonitorings verändert habe. 4,0 % sahen eine positive Entwicklung und 21,4 % berichteten von einer Verbesserung des Verhältnisses. Lediglich 3,1 % empfanden einen negativen Einfluss der Telemedizin.

Veränderung des Vertrauens in Zusammenhang mit der Telemedizin – Vergleich zwischen Kardiologen und Hausärzten



Quelle: Institut Arbeit und Technik (IAT), Forschung Aktuell 10/2012 Grafik: REBMAN RESEARCH

Bezogen auf die Fachärzte war der positive Einfluss der telemedizinischen Überwachung sogar noch etwas stärker ausgeprägt. Nicht nur die behandelnden Ärzte, sondern auch die Telemediziner selbst, mit denen die Patienten lediglich telefonischen Kontakt hatten, genießen der Umfrage zufolge hohes Vertrauen: 94 % der befragten Patienten gaben an, „großes Vertrauen“ in sie zu haben. Auch die befragten Ärzte empfanden das Telemonitoring nicht als nachteilig für die Arzt-Patienten-Beziehung. Die Fachärzte lobten insbesondere die Patientenschulungen, dank derer die Kompetenz der Patienten gestiegen war. Die Auswertung zeigt klar, dass die Hausärzte für die Patienten der erste und damit wichtigste Ansprechpartner bleiben.

Die Studienergebnisse widerlegen grundsätzliche und auf Ärzteseite herrschende Vorurteile, dass die Telemedizin erstens das Vertrauensverhältnis zum Patienten belastet und zweitens zu einem Verlust von Patienten führe. Hier ist noch viel Aufklärungsarbeit nötig. Denn in der zukünftigen medizinischen Versorgung wird die Telemedizin eine unverzichtbare Rolle spielen. Aus strategischer Sicht sollten sich somit die Niedergelassenen möglichst schnell auf die damit verbundenen Möglichkeiten einlassen. Dies schafft künftige Wettbewerbsvorteile zum Nutzen aller Involvierten.

Bisher ist der Marktanteil der Telemedizin jedoch noch vergleichsweise gering, da die Anwendungen nicht gesetzlich und flächendeckend in der Regelversorgung verankert sind. Bei dem Großteil handelt es sich um Pilotprojekte, die nach der Förderphase häufig nicht weiter finanziert werden. Derzeit sind die Abrechnungsmöglichkeiten telemedizinischer Leistungen auf Integrierte Versorgungsverträge sowie eine Abrechnungsziffer im Operationen- und Prozedurenschlüssel für das Schlaganfall-Telekonsil begrenzt. Mit dem am 1. Januar dieses Jahres in Kraft getretenen Versorgungsstrukturgesetz wurde die Hinzufügung telemedizinischer Dienstleistungen zum einheitlichen Bewertungsmaßstab beschlossen. Welche Leistungen in welchem Umfang jedoch zukünftig von den niedergelassenen Ärzten tatsächlich bei den Krankenkassen abgerechnet werden können, wird derzeit noch vom Gemeinsamen Bundesausschuss geprüft.

Negative Trendwende bei der PKV?

Der aktuelle Zahlenbericht des Verbands der Privaten Krankenversicherungen (PKV) zeigt ein eher pessimistisches Bild. So erwartet die PKV für das laufende Jahr zwar ein leichtes Plus bei den Beitragseinnahmen von 3,4 % (auf insgesamt 35,9 Mrd. Euro). Gleichzeitig rechnen die privaten Versicherer jedoch mit einer relativ starken Erhöhung der Leistungsausgaben um 4,8 % auf 23,9 Mrd. Euro. Damit liegt der erwartete Anstieg deutlich über der allgemeinen Preissteigerungsrate. Auch hinsichtlich der Mitgliederzahlen zeichnet sich eine negative Trendwende ab. So berichtete der Verband der PKV allein im ersten Halbjahr 2012 von einem Rückgang bei den Vollversicherten um insgesamt 15.300. Im Vergleich dazu konnten im vergangenen Jahr noch 80.900 neue Vollversicherte gewonnen werden. Besser sieht die Lage bei den Zusatzversicherungen aus: Hier ließ sich

im ersten Halbjahr 2012 eine Zunahme um 86.300 auf 22,6 Mio. Policen beobachten. Trotzdem fiel auch in diesem Geschäftsbereich der Zuwachs geringer als im Vorjahr (+118.700 Policen) aus.

Als Erklärung für das schleppende Geschäft nennt der Verband die ab dem 21. Dezember 2012 verbindliche Umstellung auf die Unisextarife. In diesem Zusammenhang gehen die Versicherer davon aus, dass viele potenzielle Kunden ihre Entscheidungen vertagt haben. Sollte dies der Fall sein, werden zumindest die männlichen Neukunden mit der Tarifumstellung eine Verteuerung hinnehmen müssen. So berichtet die Hallesche Krankenversicherung, dass die Unisex-Tarife für Männer um bis zu 20 % teurer werden. Auch für Frauen ist keine Ersparnis zu erwarten. Denn die Versicherungen kalkulieren vorsichtiger, um künftige starke Beitragserhöhungen zu vermeiden. Denn insbesondere die Beitragserhöhungen sorgen bereits seit längerem für anhaltende Kritik an der PKV.

KBV kämpft gegen die Bürokratie

Rund 15 % ihrer Arbeitszeit verbringen Ärzte der Umfrage des Ärztemonitors 2012 zufolge mit bürokratischen Aufgaben. Als Maßnahme gegen den zunehmenden bürokratischen Aufwand in Arztpraxen hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) nun im Internet ein interaktives Portal geschaffen. Vertragsärzte und Psychotherapeuten können dort Beiträge zum Thema Bürokratie an die KBV weiterleiten. Diese sollen sowohl Erfahrungen und Kritik als auch Vorschläge zu einer Verminderung überflüssiger administrativer Pflichten umfassen.

Das Portal ist über das sichere Netz der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV Safenet), das insbesondere für die Online-Abrechnung genutzt wird, erreichbar. Sofern ein Arzt das KV Safenet nicht nutzt, hat er die Möglichkeit, seine Beiträge über die zuständige KV an die KBV weiterzuleiten. Alle Vorschläge der Ärzte werden von der KBV überprüft und innerhalb einer Zeitspanne von rund 14 Tagen beantwortet. Gute Ideen zur Bürokratiebekämpfung werden auf dem Portal veröffentlicht. Weitere Informationen sind für die Anwender von KV Safenet erhältlich unter <http://buerokratieabbau.kv-safenet.de>

Motiv der KBV ist es, mit dem Kampf gegen den Kostentreiber Bürokratie gleichzeitig gegen den Nachwuchsmangel in der Medizin vorzugehen. Denn die Belastung mit administrativen Aufgaben wirkt neben der Angst vor Regressen und dem allgemeinen – mit einer Praxisgründung oder -übernahme verbundenen – unternehmerischen Risiko auf junge Ärzte besonders abschreckend (vgl. Artikel: Generation Y – neue Wertvorstellungen bei den Nachwuchsärzten). Die überbordende Bürokratie steht seit September 2012 auch im Fokus des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA), der vor der Einführung neuer Maßnahmen eine Ex-ante-Ermittlung der damit verbundenen „Bürokratiekosten“ vornimmt.

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

Privates hausärztliches Versorgungsmodell zur Pharmakotherapie läuft gut an

Das Modell zur „Privaten hausärztlichen Versorgung“ (PHV) zeigt bereits drei Monate nach dem bundesweiten Start erste Erfolge. Bei der PHV handelt es sich um ein Kooperationsprojekt zwischen der hausärztlichen Vertragsgemeinschaft (HÄVG) und den privaten Krankenversicherungen AXA und Gothaer. Nachdem sich die PHV in dem seit Juli 2011 laufenden Modellversuch in Nordrhein bewährt hatte, schalteten die Initiatoren das Projekt im September bundesweit frei. Seitdem haben sich bis Ende November bereits 2.500 Hausärzte eingeschrieben.

Das Motiv des Modells liegt in einer Verbesserung der Effektivität und Effizienz der hausärztlichen Versorgung insbesondere im Bereich der Arzneimitteltherapie. Zu diesem Zweck kommen folgende Instrumente zum Einsatz:

- **Arzneimittel-Check:** Sofern Patienten dauerhaft mehr als sechs verschreibungspflichtige Medikamente einnehmen, können sie jährlich eine spezielle Beratung des Hausarztes in Anspruch nehmen. Dieser prüft die Medikamente und optimiert die Therapie. Die Kosten in Höhe von 87,73 Euro zuzüglich 44,88 Euro bei erforderlicher Einbindung einer Bezugsperson werden von den beiden Versicherungen erstattet.
- **Pharmaberatung:** Patienten sollen hierbei auf preisgünstigere Präparate, (z. B. Rabatt-Arzneimittel) umgestellt werden. Die Pharmaberatung kann zweimal pro Jahr mit jeweils 26,22 Euro abgerechnet werden.

Geplant ist, die PHV auch im kommenden Jahr fortzuführen. Darüber hinaus sind langfristig Kooperationen mit weiteren privaten Versicherungsunternehmen angedacht.

Auch andere hausärztliche Versorgungsmodelle – wie beispielsweise der Vollvertrag zur hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg – zeigen, dass gerade im Bereich der Pharmakotherapie große Potenziale hinsichtlich einer Qualitäts- und gleichzeitig Wirtschaftlichkeitsverbesserung liegen. Mit der demographischen Entwicklung und der damit verbundenen Häufung der Zahl chronischer Erkrankungen nehmen auch die im Zusammenhang mit der Polymedikation stehenden Probleme zu. Experten gehen davon aus, dass bereits gegenwärtig rund 7 Mio. Menschen in

Deutschland dauerhaft täglich fünf oder mehr Arzneimittel einnehmen und somit das Kriterium der Polymedikation erfüllen. Dabei werden die Medikamente in den meisten Fällen von verschiedenen Ärzten verordnet, wodurch eine Abstimmung oft unterbleibt. Damit erhöht sich jedoch das Risiko unerwünschter Nebenwirkungen. Hinzu kommt, dass viele Patienten nicht darüber informiert sind, dass die Einnahme mehrerer Medikamente mit einem gesteigerten Risiko für unerwünschte Nebenwirkungen einhergeht. Eine Untersuchung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiO) vom Sommer 2012 zeigt, dass nur rund die Hälfte der Befragten (49,3 %) von ihrem Hausarzt über das Risiko der Mehrfacheinnahme von Medikamenten aufgeklärt wurde.

FACHÄRZTE

Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapie: PNP-Vertrag wird „scharfgeschaltet“

Der Selektivvertrag für Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapie (PNP) in Baden-Württemberg soll zum ersten Januar an den Start kommen. AOK und Medi Baden-Württemberg gehen davon aus, dass das für die entsprechenden Fachgruppen erforderliche Quorum in den kommenden Wochen erreicht wird und somit die Voraussetzung für die Umsetzung des Vertrags erfüllt ist. Der Vertrag wurde bereits im Herbst 2011 unterzeichnet. Die zunächst zögerliche Beteiligung der Ärzte hatte jedoch das Inkrafttreten immer wieder hinausgeschoben. Am 1. Juli 2012 starteten deshalb die Initiatoren zunächst mit dem Modul Psychotherapie, wo im Gegensatz zu den anderen Fachgruppen damals bereits die erforderliche Teilnahmequote erreicht werden konnte. Gegenwärtig nehmen über 400 Psychotherapeuten an dem Vertrag teil, in den sich mittlerweile 1.400 Versicherte beider Kassen eingeschrieben haben.

Fallwertrechner

- Für interessierte Ärzte bietet der Medi-Verbund auf seiner Website einen Fallwertrechner zum downloaden.
- Für die Fächer Psychiatrie und Neurologie können Ärzte ihre Praxiswerte eintragen und erhalten dann eine Berechnung des Honorars, das sie im Rahmen des PNP-Vertrags erzielt hätten. Ferner wird der durchschnittliche Fallwert berechnet.

Der PNP-Vertrag ist nach den Verträgen mit den Kardiologen und Gastroenterologen der dritte Vollversorgungsvertrag, den Medi mit der AOK und der Bosch-BKK geschlossen hat. Seine Umsetzung erwies sich deshalb als schwierig, weil zunächst der Anreiz eines deutlichen Honorarvorteils gegenüber der kollektivvertraglichen Versorgung gefehlt hatte. So waren aufgrund von Honorarnachbesserungen im Kollektivvertrag weitere Verhandlungen mit den Kassen und eine Korrektur der selektivvertraglichen Honorare für Nervenärzte, Neurologen und Psychiater erforderlich (vgl. Tabelle).

Mit der Nachbesserung bestehen nun klare Vorteile für die teilnehmenden Fachärzte. Unter anderem tragen die Kassen das Morbiditätsrisiko und die Mediziner unterliegen keiner Fallzahlbegrenzung. Hinzu kommt, dass das Honorarsystem des Selektivvertrages eine weitgehende Planungssicherheit erlaubt und nicht gedeckelt ist.

Wichtige Nachbesserungen des PNP-Vertrags

Neurologie (wirksam für Neurologen und Nervenärzte)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Diagnostikzuschlag in Höhe von 30 Euro ■ Ist im gleichen Behandlungsjahr eine Zweitdiagnostik notwendig, wird sie mit 18,50 Euro vergütet (max. ein Zuschlag je Quartal).
Psychiatrie (wirksam für Psychiater und Nervenärzte)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vergütung psychiatrischer Gespräche in Einheiten zu jeweils zehn Minuten mit 17,50 Euro (max. 5 x pro Tag, max. 30 pro Quartal; auch beim Erstkontakt neben der Grundpauschale abrechenbar).
Kombination Neurologie und Psychiatrie (wirksam für Nervenärzte)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Möglichkeit sowohl von neurologischen als auch psychiatrischen Leistungen bereits beim ersten Patientenkontakt einschließlich der neurologischen Grundpauschale von 37 Euro. ■ Werden eine neurologische und eine psychiatrische Zusatzpauschale im selben Quartal abgerechnet, ist nur eine Überweisung erforderlich, die beide Gebiete umfasst. ■ Neurologische Zusatzpauschalen und psychiatrische Zusatzpauschalen können bei entsprechenden Diagnosen auch am selben Tag abgerechnet werden. Eine zusätzliche Abrechnung des psychiatrischen Gesprächs an diesem Tag ist nicht möglich.

Quelle: Medi, Informationsveranstaltung zu den Modulen Neurologie und Psychiatrie des § 73c PNP Vertrages

Als nächsten Schritt planen die beiden Kassen und Medi die Umsetzung des Orthopäden-Vertrags sowie Selektivverträge für weitere Facharztgruppen. Ein weiteres großes Ziel besteht in der Verknüpfung des Hausarztvertrages mit den Facharztverträgen. Dabei hoffen die Initiatoren auf politischen Rückenwind in Form einer Rücknahme der seit 2010 bestehenden Restriktionen für Selektivverträge spätestens ab der kommenden Legislaturperiode.

FACHÄRZTE

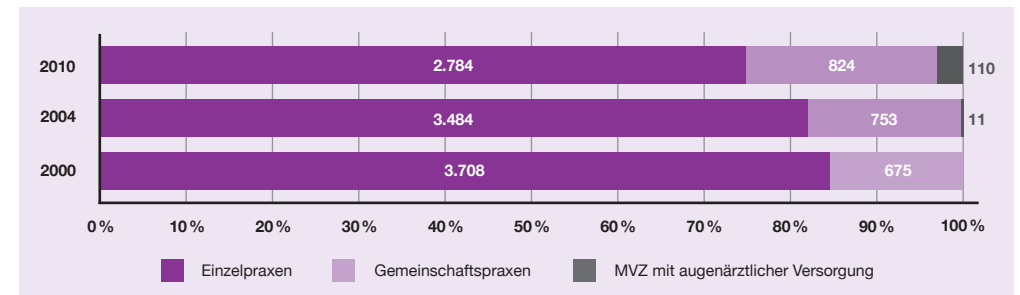
Augenärzte warnen vor künftiger Unterversorgung

Das im September 2012 vorgelegte Weißbuch der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) prognostiziert bis zum Jahr 2030 einen Anstieg der ophthalmologischen Behandlungen um 35 % und damit auch einen entsprechend erhöhten Bedarf an Augenärzten. Grund ist die demografische Entwicklung der Bevölkerung, welche sich in besonderer Form im augenärztlichen Behand-

lungsbedarf niederschlägt. So treten Augenerkrankungen gerade bei älteren Menschen deutlich häufiger als bei jungen auf. Dem Bericht zufolge befand sich im Jahr 2010 bereits jeder zweite 70- bis 80-Jährige in augenärztlicher Behandlung. Allein für die Altersgruppe 60+ rechnet die DOG mit einem Anstieg der Behandlungsfälle um 7,7 Mio. bis zum Jahr 2030. Auch im stationären Bereich lässt sich eine zunehmende Nachfrage beobachten. Hier stieg die Anzahl der Augenoperationen zwischen 2005 und 2010 um 20 %.

Die DOG warnt davor, dass die zukünftige Nachfrage nicht mit den vorhandenen Ressourcen bedient werden kann. So zeigt das Weißbuch auch, dass im augenärztlichen Leistungsbereich in der Zeitspanne von 2000 bis 2010 eine massive Umstrukturierung stattfand, die sowohl zu einer Effizienzsteigerung als auch zu einer Leistungsverdichtung führte. Die Zahl der Einzelpraxen ging um rund 25 % und jene der ophthalmologischen Krankenhausbetten um 30 % zurück. Im Gegenzug nahmen die Gemeinschaftspraxen sowie Medizinischen Versorgungszentren mit augenärztlicher Versorgung zu. Der DOG zufolge hat gegenwärtig jeder ambulant tätige Augenarzt durchschnittlich 5.459 Patientenkontakte pro Jahr zu bewältigen. 5,4 % der gesamten ambulanten Behandlungsfälle gehen auf das Konto der Augenärzte, die damit einen der meistfrequentierten Fachbereiche stellen.

Zunahme der Kooperationen bei den Augenärzten



Quelle: DOG, Weißbuch zur Situation der ophthalmologischen Versorgung in Deutschland, September 2012

Grafik: REBMAN RESEARCH

Dies macht deutlich, dass die prognostizierte steigende Mengenentwicklung künftig nicht ohne einen weiteren Ausbau der Kapazitäten bewältigt werden kann. Problematisch ist in diesem Zusammenhang, dass auch die Ophthalmologen, wie andere Fachgruppen, von dem Problem der Überalterung betroffen sind. Somit wird die Zahl der Augenärzte zwischen 2010 und 2020 um rund 5 % schrumpfen, trotz einer geschätzten konstanten Zahl von rund 200 Neuniederlassungen pro Jahr.

ZAHNÄRZTE

„Schluss mit lustig“ – Verfassungsbeschwerde gegen GOZ

Der Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa (BDIZ EDI) hat am 9. November 2012 über eine Sindelfinger Kanzlei eine Verfassungsbeschwerde gegen die vor kurzem novellierte Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) 2012 beim Bundesverfassungsgericht in Karlsruhe eingereicht. Grund der Beschwerde ist die unterbliebene Erhöhung des Punktwertes in der GOZ.

Eigentlich sollte die neue GOZ die wirtschaftliche Situation der deutschen Zahnärzte verbessern, denn schließlich war die erste Reform des Regelwerks nach 24 Jahren als (zumindest teilweiser) Honorarausgleich für die zwischenzeitlichen Kostensteigerungen gedacht. Nun beklagen jedoch die Zahnärzte, dass die GOZ-Novelle, die trotz heftiger Proteste mit geringen inhaltlichen Änderungen in Kraft getreten war, aufgrund der unterbliebenen Anhebung des Punktwerts ihnen keinen akzeptablen Ausgleich für die Kostensteigerungen und die Inflation böte. Auch ein im Auftrag der Bayerischen Landeszahnärztekammer (BLZK) erstelltes Rechtsgutachten kam zu dem Ergebnis, dass die neue GOZ weder mit dem Zahnheilkundengesetz noch mit dem Grundgesetz vereinbar sei, da weder die Geldentwertung noch das als erforderlich anerkannte Honorar von 194 Euro pro Behandlungsstunde Berücksichtigung fänden und somit die im Gesetz vorgesehene „angemessene Vergütung“ nicht gewährleistet sei. Das Gutachten geht dabei von einer Verletzung des Grundrechts der Berufsfreiheit der Zahnärzte aus. Daneben hält es Verstöße gegen das Zahnheilkundengesetz für gegeben, weil viele GOZ-Gebührensätze niedriger als die entsprechende vertragszahnärztliche Vergütung liegen. Insgesamt sind 63 Gebührenpositionen aufgeführt, die selbst bei Anwendung des 2,3-fachen Satzes noch unter den GKV-Honoraren liegen.

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.

Bayern: Radiologen und Labormediziner

Die Vertreterversammlung (VV) der KV Bayern hat eine neue Bereitschaftsdienstordnung (BDO) beschlossen. Ziel ist es, hierdurch ein zukunftsfähiges Konzept für den allgemeinen ärztlichen Bereitschaftsdienst zu schaffen, der auch in Bayern immer stärker unter den Folgen der Überalterung der Ärzte und dem Ärztemangel leidet. Die neue BDO bringt folgende Änderungen mit sich:

- Einbeziehung der bislang vom Bereitschaftsdienst befreiten Fachrichtungen wie Radiologen oder Laborärzte
- Festlegung der Altersgrenze für die Bereitschaftsdienstpflicht auf 62 Jahre
- Limitierung der Zahl der jährlich zu leistenden Wochenenddienste auf maximal sechs
- Erweiterung der bislang üblichen Bereitschaftsdienstzeiten auf die Nächte von Montag bis Freitag von jeweils 18 Uhr bis 8 Uhr des Folgetages, wodurch die Regelungen des kollegialen Vertretungsdienstes entfallen
- Bildung größerer Dienstgruppenbereiche, die mindestens 15 Mediziner umfassen
- Einrichtung fachärztlicher Bereitschaftsdienste (Augenärzte, Chirurgen/Orthopäden, Frauenärzte, HNO-Ärzte sowie Kinder- und Jugendärzte) mit mindestens sechs Mitgliedern bei Vorliegen eines entsprechenden Sicherstellungsbedarfs
- Möglichkeit der Gründung zentraler Bereitschaftsdienstpraxen, sofern hierfür zusätzliche Mittel von den Kassen bereitgestellt werden.

Ganze anderthalb Jahre hat die VV der KV Bayern für die Entwicklung der neuen BDO aufgebracht. Dies ist ein Indiz für die dahinterstehende Problematik. Denn einerseits sollte die Notfallversorgung der Bevölkerung auch an den Wochenenden sichergestellt werden, andererseits wollte die KV die Mediziner hinsichtlich der Zahl der Dienste entlasten. Dies gelang nur über die Einbeziehung der bislang befreiten Fachgruppen. Um mangelnde Qualifikationen auszugleichen, sind Übergangsfristen vorgesehen, in denen die Möglichkeit besteht, entsprechende Fortbildungen zu besuchen. Noch ist die neue BDO nicht in Kraft, da hierfür die Zustimmung des Bayerischen Gesundheitsministeriums eingeholt werden muss.

Bayern: Neuer HVM

Die Kassenärztliche Vereinigung in Bayern hat eine Änderung des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) beschlossen. Dabei stützt sich die neue Honorarverteilungssystematik nach wie vor auf eine Honorarobergrenze in Form der bislang üblichen RLV und QZV. Auch der Sicherstellungszuschlag für Hausärzte bleibt erhalten. Maßnahmen zur Umsetzung der im neuen EBM ab 1. Juli 2013 vorgesehenen speziellen Förderung der allgemein- sowie fachärztlichen Grundversorgung sollen erst im ersten Halbjahr 2013 erfolgen.

Ab dem 1. Januar 2013 gelten folgende Neuregelungen:

- Zur Bemessung der RLV und QZV kommen künftig die aktuellen Fallzahlen des jeweiligen Abrechnungsquartals zum Ansatz. Bei der Umstellung der Systematik erhalten die Ärzte Planungssicherheit in Form von „Garantiefallwerten“ für die RLV (95 %) und QZV (85 %).
- Der neue HVM sieht die Bildung von Fachgruppentöpfen vor, die sich anhand des ausgezahlten Honorars des Jahres 2011 (einschließlich der Konvergenzzahlungen an die einzelnen Fachgruppen) bemessen. Die KV hält an der asymmetrischen Verteilung des Honorarzuwachses fest.
- Künftig tritt bei einer Fallzahlüberschreitung von mehr als 3 % ein „Frühwarnsystem“ in Form einer Begrenzung in Kraft. Damit soll die Mengenausweitung unterbunden werden. Hierbei werden Überschreitungen aus der Mengensteuerung künftig aus dem eigenen Honorartopf der jeweiligen Fachgruppe gespeist.
- Die nach drei Altersklassen differenzierten Fallwerte haben künftig ganzjährige Gültigkeit, wodurch die Mitteilung einer individuellen Obergrenze vor Beginn des jeweiligen Quartals obsolet ist.

Wie viele andere KVen auch hat die KV Bayern auf eine „Radikalreform“ ihres HVM verzichtet und stattdessen die RLV-/QZV-Systematik beibehalten. Dies bietet nicht nur den Vertragsärzten, sondern auch der KV selbst gewissermaßen „Planungssicherheit“. Denn die KVen haben zwar durch das Versorgungsstrukturgesetz die Hoheit über die Verteilung der Honorare auf regionaler Ebene wiedererlangt, die Beschränkung in Form der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) erlaubt jedoch keine allzu großen „Experimente“ beim HVM, sofern größere Umverteilungen innerhalb der Vertragsärzteschaft vermieden werden sollen.

Baden-Württemberg: Gesundes Kinzigtal ist „gesünder“

Rund sechs Jahre nach seinem Start schreibt das Projekt „Gesundes Kinzigtal“ weiter Erfolgsgeschichte. So belegt der aktuelle Evaluationsbericht, dass sich das Modell zur Integrierten Versorgung (IV) gleich in mehrfacher Weise nachweislich bewährt hat:

- Verringerte Mortalität: In den ersten beiden Jahren nach Einschreibung in das Versorgungsmodell liegt die Sterblichkeitswahrscheinlichkeit bei 1,76 % und damit mehr als die Hälfte niedriger als in der Vergleichsgruppe der Nicht-Teilnehmer (3,74 %).
- Hoher Akzeptanzgrad der Teilnehmer: Gemessen am Indikator des Krankenkassenwechsels, waren eingeschriebene Patienten deutlich zufriedener als andere. Während bei den Teilnehmern des Projektes nur 2,8 % einen Kassenwechsel vornahmen, lag dieser Prozentsatz bei der Vergleichsgruppe bei 4,4 %.
- Kostenneutralität: Hinsichtlich der Kostenwirkung ist das Modellprojekt im Vergleich zur kollektivvertraglichen Versorgung um 151 Euro pro Kopf und Jahr etwas günstiger.

Die umfangreiche Studie umfasste zwei Vergleichsgruppen mit jeweils 4.596 Patienten. Bereits im vergangenen Jahr bescheinigte ein Vergleich der Kennzahlen des Modellprojektes mit den Zahlen des Barmer GEK Krankenhausreports 2011 dem Kinzigtalprojekt deutliche Qualitätsvorteile bei der Betreuung psychisch Kranker, was u. a. zu einer Verringerung der Zahl der Krankenhausaufenthalte geführt hatte. Aufgrund der guten Ergebnisse planen die Initiatoren des Projekts im kommenden Jahr eine Übertragung auf andere Regionen Deutschlands. Mittlerweile besteht auch in Holland reges Interesse an dem IV-Projekt.

Die wichtigste Botschaft, die sich aus der Evaluation des IV-Projekts ziehen lässt, ist die Erkenntnis, dass Modellprojekte ausreichend Zeit benötigen, um sich zu bewähren. Hierauf sollten insbesondere die politischen Akteure hingewiesen werden, die hinsichtlich innovativer Versorgungsmodelle oft vorschnell einen Schlussstrich setzen. Dies gilt u. a. für die Hausarztzentrierte Versorgung, bei welcher sich die im Rahmen des Versorgungsstrukturgesetzes eingeführten Restriktionen als starker Hemmschuh erweisen.

Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat sich in seinem jüngsten Sondergutachten für eine „Aufhebung der ökonomischen Beschränkungen der Selektivverträge“ ausgesprochen. Die Begründung lautet, dass der Nachweis von Kosteneinsparungen schon bei Abschluss eines Selektivvertrages realitätsfern und innovationshemmend sei.

Niedersachsen: KV gründet Hausarztpraxis

Ab dem kommenden Jahr soll im Emsland die landesweit erste KV-eigene Hausarztpraxis ihre Pforten öffnen. Geplant ist, die Praxis in ein noch zu errichtendes Geschäftshaus in der Ortsmitte von Sögel unterzubringen. Bei der Eigeneinrichtung der KV Niedersachsen handelt es sich um ein Modellprojekt, das Abhilfe gegen die ärztliche Unterversorgung schaffen soll. Nach Angaben der KV fehlen im Emsland gegenwärtig 18 Hausärzte, um einen Versorgungsgrad von 100 % zu erreichen. Insgesamt stehen den rund 314.000 Einwohnern 182 niedergelassene Hausärzte gegenüber. Der Versorgungsgrad liegt bei nur 87 %. Mit der Eigeneinrichtung erhofft sich die KV eine Verbesserung der Situation. Die Auswahl des Standortes der KV-Eigeneinrichtung fiel auf Sögel, weil dort aufgrund des besonders hohen Altersdurchschnitts der Allgemeinmediziner demnächst fünf von zwölf Hausärzten aus der Versorgung ausscheiden werden. Bislang gibt es jedoch noch keinen Anwärter auf die KV-Hausarztpraxis.

Der Aufbau KV-eigener Praxen stellt eines der Instrumente dar, die das Versorgungsstrukturgesetz gezielt zur Bekämpfung des Ärztemangels in ländlichen Regionen vorsieht. Die Eigeneinrichtungen haben den Vorteil, dass sie niederlassungswilligen Medizinern zunächst einen risikofreien Einstieg in die ambulante Tätigkeit in Form einer Voll- oder Teilzeitangestelltentätigkeit erlauben. Die Investitionskosten für den Kauf und die Ausstattung der Praxis entfallen ebenso wie die laufenden Kosten für das Praxispersonal. Beides wird von der KV gestellt. Die Erfahrungen in Thüringen, wo bereits vor 2012 KV-eigene Praxen bestanden, zeigen, dass dieses Modell durchaus Aussicht auf Erfolg hat. Oft haben die dort zunächst von der KV angestellten Ärzte nach einer gewissen Anlaufzeit ihre Vorbehalte und Ängste gegenüber einer eigenen Praxis verloren und Einrichtungen selbst übernommen.

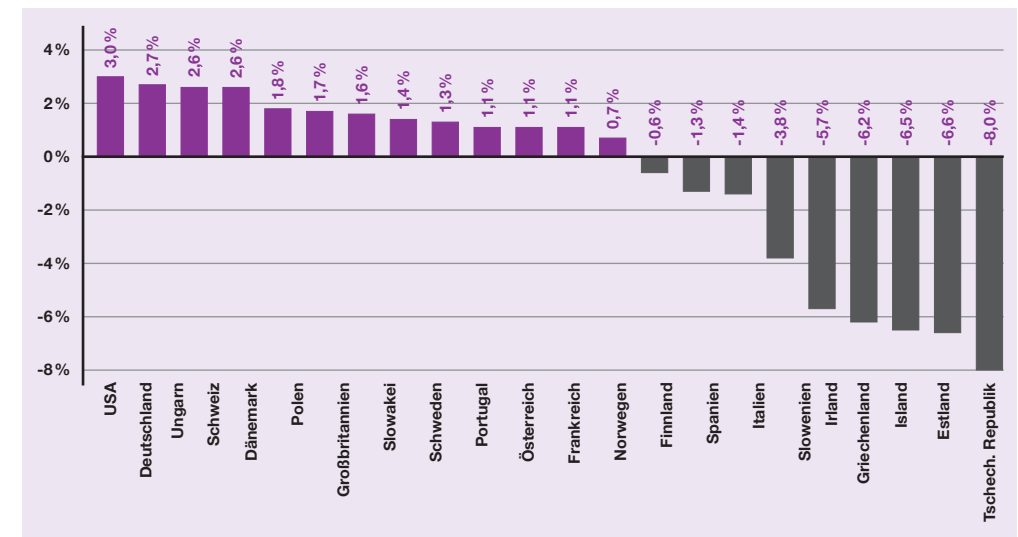
International

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

„Düse“ statt Krise: Deutsche Gesundheitsausgaben laufen gegen den Trend

Der aktuellen Studie der OECD „Health at a Glance: Europe 2012“ zufolge haben die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben innerhalb der Europäischen Union im Jahr 2010 durchschnittlich um 0,6 % abgenommen. In Deutschland hingegen legten die Ausgaben trotz der Krise im Vergleich zu den Vorjahren sogar überdurchschnittlich zu. Während hierzulande die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben zwischen 2000 und 2009 durchschnittlich um 2,0 % pro Jahr stiegen, erhöhten sie sich im Jahr 2010 inflationsbereinigt um 2,7 %. Den stärksten Rückgang bei den Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben verzeichneten den neuesten OECD-Daten zufolge die Tschechische Republik mit -8 %, Irland (-7,9 %), Estland (-6,6 %), Island (-6,5 %) und Griechenland (-6,2 %).

Entwicklung der realen Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben ausgewählter OECD-Staaten (2009–2010)



Die OECD warnt vor den Folgen der sinkenden Gesundheitsausgaben. Noch hat die Krise keine messbaren Auswirkungen auf den in der Studie erfassten Gesundheitszustand der Bevölkerung gezeigt. So hat sich z.B. die Lebenserwartung bei der Geburt allein in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (EU) von 1980 bis 2010 um mehr als sechs Jahre auf 79 Jahre erhöht. Dies liegt jedoch daran, dass hier lediglich das Jahr 2010 erfasst wurde. In der Regel stellen sich die Folgen von Einschnitten in der Gesundheitsversorgung erst mittel- bis langfristig ein, da – wie der OECD-Bericht zeigt – zunächst bei den Gesundheits- und Vorsorgeprogrammen (u. a. Impfkampagnen, Aufklärung über gesunde Ernährung etc.) gespart wird. Indessen zeigen Untersuchungen in den Krisenländern, dass das sinkende Haushaltseinkommen der Bevölkerung zu einem nachlassenden Gesundheitsbewusstsein und -verhalten führt. Die Zahl der Depressionen, Drogenabhängigen und HIV-Neuinfektionen steigt ebenso wie jene der Krankenhauseinweisungen.

Interpol und Weltzollorganisation: Erfolgreicher Schlag gegen Arzneimittelfälschungen

Nach Auskunft des Zollkriminalamts (ZKA) und des Bundeskriminalamts (BKA) wurden im Rahmen einer gezielten von Interpol und der Weltzollorganisation initiierten einwöchigen Aktion gegen den Handel mit gefälschten Arzneimitteln im Herbst 2012 allein in Deutschland 68.000 Tabletten und Kapseln sowie Potenz-, Verhütungs- und Schlankheitsmittel, klassische Schmerzmittel und Antidepressiva durch den deutschen Zoll beschlagnahmt. Insgesamt 100 Staaten waren an der Aktion beteiligt. Die internationale Polizeiorganisation Interpol berichtet von insgesamt 3,75 Mio. gefälschten Tabletten, deren Wert sich auf ca. 8 Mio. Euro beläuft. Damit wurde bei der Aktion, die bereits zum fünften Mal stattfand, ein neuer Rekord hinsichtlich des Marktwerts der beschlagnahmten Arzneimittel erreicht. Neben der Beschlagnahmung der Medikamente kam es zur Festnahme von 79 Verdächtigen. Daneben wurden 18.000 Internetseiten, über die die gefälschten Medikamente abgesetzt wurden, geschlossen.

Aufgrund der immer häufigeren Fälschungen bildet die Eindämmung des Vertriebs gefälschter Arzneimittel mittlerweile eine der zentralen Aufgaben der Zollfahndung. Gegenwärtig nehmen insbesondere die Fälschungen bei leistungssteigernden und muskelaufbauenden Präparaten und Lifestyle-Arzneimitteln (z. B. Haarwuchsmittel, Appetitzügler etc.) zu. Die Ermittler warnen nicht nur vor den von gefälschten Präparaten ausgehenden Gesundheitsrisiken, sondern auch vor der Malware, die regelmäßig über die Internetseiten von Anbietern gefälschter Medikamente verbreitet wird. In diesem Zusammenhang besteht ein hohes Sicherheitsrisiko, da die persönlichen Nutzerdaten bzw. die Zahlungsdaten oft missbraucht werden. In Deutschland läuft bereits ein Pilotprojekt gegen Arzneimittelfälschungen, das die Umsetzung der europäischen Richtlinie zum Schutz vor Fälschungen vorantreiben soll. So ließ bereits im Sommer 2012 ein erster Hersteller einen DataMatrix-Code auf eine Arzneimittelcharge aufdrucken. Ab kommendem Jahr sollen die Codes dann von den Apotheken geprüft werden.

Trend

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

Zunehmende Probleme mit der Berufshaftpflicht

Seit Jahren steigen die Ausgaben der Versicherungen für Schadensaufwendungen in Zusammenhang mit der ärztlichen Berufsausübung. So erhöhte sich der mittlere Aufwand bei den Großschäden in der Arzthaftpflicht nach Auskunft des Gesamtverbands der Deutschen Versicherungswirtschaft von 1,33 Mio Euro in den Jahren 1995 bis 1999 auf 1,76 Mio. Euro in der Zeitspanne 2000 bis 2003. Als Folge haben sich auch die Beiträge für die Berufshaftpflicht für Ärzte in Deutschland zum Teil erheblich verteuert. Nun scheinen sich einige Fachbereiche und Einrichtungen für die Versicherer offenbar überhaupt nicht mehr zu lohnen. Einem Bericht der Ärztezeitung zufolge ziehen sich die Versicherungen zunehmend aus dem Geschäft mit medizinischen Leistungsanbietern zurück. So sind u. a. immer weniger Versicherungen bereit, mit den Krankenhäusern zusammenzuarbeiten. Andere haben bereits Verträge mit Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit Humangenetikern aufgekündigt.

Als besonders kritisch stufen die Assekuranzen die Fachrichtungen Humangenetik, Gynäkologie mit Geburtshilfe und die kosmetische Chirurgie ein. Als Gründe ihres Rückzugs aus dem Geschäft mit den medizinischen Leistungserbringern nennen die Versicherer folgende Entwicklungen:

- Anstieg bei den großen Schadensfällen: im ambulanten Bereich bis zu 5 Mio. Euro und im stationären Bereich bis zu 11 Mio. Euro
- Anstieg der Zahl der gemeldeten Schadensfälle: ein verändertes Bewusstsein innerhalb der Bevölkerung sowie eine bessere (rechtliche) Unterstützung führen dazu, dass auch mehr Schadensfälle gemeldet werden
- Höhere Ansprüche infolge steigender Lebenserwartung

Nach Aussage des Verbands Deutscher Versicherungsmakler (VDVM) in Hamburg ist die Zahl der Versicherungen, die bereit sind, auch riskante Fachrichtungen mit schwereren Risiken zu versichern, seit 2012 nur noch gering. Brancheninsider befürchten nun eine Entwicklung wie in den USA. Dort sind bestimmte Fachrichtungen innerhalb ganzer Regionen nicht mehr vertreten, weil es keine Möglichkeit eines Versicherungsschutzes gibt.

Personalmangel in der Medizin erfordert kreative Modelle

Der Fachkräftemangel ist auch im medizinischen Bereich ein großes Thema. Nicht nur in der Pflege fehlt Personal – auch im ärztlichen Bereich herrscht gravierender Mangel, insbesondere in den Kliniken. Der Pflegereport 2030 der Bertelsmann Stiftung prognostiziert bis zu 500.000 offene Stellen im Pflegebereich insgesamt. PricewaterhouseCoopers (PwC) warnt – das augenblickliche Versorgungsniveau vorausgesetzt – vor rund 33.000 unbesetzten Arzt-Vollzeitstellen im Jahr 2020. Laut der Studie fehlen bis zum Jahr 2030 sogar 106.000 Ärzte insgesamt.

Die Gründe dafür sind vielfältig. Einerseits ist der Ärztemangel natürlich dem demografischen Wandel und den sich verändernden sozioökonomischen Gegebenheiten geschuldet, aber auch die Arbeitsbedingungen, Arbeitszeiten und die hohen Anforderungen und Belastungen sowie die ungenügende Vereinbarkeit von Familie, Freizeit und Beruf spielen in diesem Zusammenhang eine nicht unerhebliche Rolle, insbesondere auch unter dem Aspekt, dass der Frauenanteil unter den Medizinerinnen in den Kliniken einen großen Anteil einnimmt. So sind beispielsweise 70 % der Erstsemester-Studenten in der Medizin Frauen.

Im ambulanten Bereich versucht beispielsweise das neue Versorgungsstrukturgesetz den Arztberuf attraktiver zu machen und die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu verbessern. So können sich Vertragsärztinnen künftig nach der Geburt eines Kindes zwölf anstatt wie bisher sechs Monate vertreten lassen. Was die Kindererziehungszeiten anbelangt oder auch die Pflege von Angehörigen, besteht die Möglichkeit, über bestimmte Zeiträume Entlastungsassistenten zu beschäftigen.

Im Klinikbereich sind ebenfalls Modelle und Möglichkeiten gefragt, um Stellen mit Ärzten zu besetzen, Ärzte zurückzuholen oder zu halten. Ein Modell, um Assistenz- und Fachärzten eine Perspektive zu bieten, haben zwei wissenschaftliche Mitarbeiter der Universität Witten/Herdecke entwickelt. Raphael Tsoukas und Maren Bongartz gründeten das Internetportal artzinteilzeit.de. Das Portal stellt sozusagen eine Jobsharing-Plattform für Ärzte/Ärztinnen dar. Das bedeutet, es werden zwei Ärzte an eine Klinik vermittelt, die sich eine Stelle teilen möchten. Die Vorteile für beide Seiten liegen auf der Hand: Die Stelle ist im Gegensatz zu einer Teilzeitstelle durchgängig besetzt, die kontinuierliche Patientenversorgung wird somit gewährleistet, Team und Kollegen werden entlastet und es gibt Einsparungen an Kosten und Zeit in der Personalrekrutierung. Für die Mediziner selbst stellt vor allem die hohe Flexibilität bei den Arbeitszeiten einen großen Anreiz dar.

Wie schwierig sich die Suche nach Personal im ärztlichen Bereich gestaltet, zeigt sich auch an den kreativen Maßnahmen, die zur Rekrutierung getroffen werden: So setzt beispielsweise das Klinikum Bielefeld den QR-Code in Stellenanzeigen ein, der auf ein Video zur Personalwerbung leitet. Das Klinikum Bremen-Ost und viele weitere Krankenhäuser gehen ebenfalls neue Wege und haben sich von den branchenüblichen Arbeitszeitstrukturen gelöst. Sie bieten zudem verschiedene Teilzeitmodelle an.

Auch klassische, aus der freien Wirtschaft bekannte Aktivitäten wie die Personalsuche über Headhunter kommen bei der Suche nach Mediziner mehr und mehr zum Einsatz.



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, Seminaarauskünfte und zahlreichen weiteren Infos.



Wir beraten Sie bei der Entscheidungsfindung individuell, objektiv und kompetent.

**Mehr darüber unter:
www.hug-beratung.de**



**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

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!

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 2013

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

Rolf Huttenlocher

Prokurist H.U.G Betriebswirtschaftliche Beratungsgesellschaft mbH,
Anerkannter RKW-Berater

Dragisa Macos

Prokurist H.U.G Betriebswirtschaftliche Beratungsgesellschaft mbH,
Anerkannter RKW-Berater

Burkhard Bedei

langjähriger Mitarbeiter der KV-Nord-Württemberg,
Mitautor unterschiedlichster Fachliteratur

Klaus Vossler

Steuerberater

Ulrike Hespeler

Assessorin der Landesärztekammer Baden-Württemberg

Kooperation?

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

3
Fortbildungs-
punkte

Praxis oder Klinik?

Es ist davon auszugehen, dass in den nächsten 20 Jahren ca. 50.000 Ärzte aus der ambulanten Versorgung ausscheiden. Man sollte sich daher rechtzeitig über seine eigene Zukunft Gedanken machen.

Seminarinhalt:

- Einstiegsvarianten in Kooperationsformen
- Anstellungsmodelle
- Praxisübernahme
- Öffentliche Förderung
- Finanzierungsformen

Abendseminar:

von 19:00 bis 21:00 Uhr

3
Fortbildungs-
punkte

Die Termine sowie den Veranstaltungsort erfahren Sie bei uns.

Ärztstammtische 2013

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



Klinik oder Praxis?

Bei einer kulinarischen Tischrunde erfahren Sie alles Wichtige zum Thema

- Einstieg,
- Kooperation,
- Zulassung
- und Finanzierung.



Welche Kooperation ist sinnvoll?

Bei einer kulinarischen Tischrunde erfahren Sie alles Wichtige zum Thema

- Kooperationsformen,
- Honorarauswirkungen,
- und GKV-Versorgungsstrukturgesetz 2012.



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!



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,

Rolf Huttenlocher, Achim Bacher

Vertragsarztexperte:

Burkhard Bedei

Seminarorganisation:

Susanne Ullrich, Janine Böttcher

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



Healthcare Competition Center

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