3

Jahrgang 2012

QUID

H.U.G Quartalsinformation

In Zusammenarbeit mit REBMANN RESEARCH

Stimmung auf dem Tiefpunkt

Nina Koesling – Fotolia.com

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 – 5
- Honorar-Schiedsspruch des eBA: Stimmung auf dem Tiefpunkt
- Arzneimittelausgaben 2011 in Ost und West auf Talfahrt
- MVZ-Survey: Unterschiede zwischen Stadt und Land

Talk :: Seite 5 – 6
- Praxisgemeinschaften: Patientenidentität von bis zu 50 % führt nicht zu automatischer Missbrauchsunterstellung
- Krankenversicherungspflicht mit Spätfolgen

Fachrichtung :: Seite 7 – 9
- Allgemeinärzte:
  Der Hausarzt kommt mit dem Bus
  Hausärzte arbeiten erfolgreich mit Online-Coach-Modell
- Fachärzte:
  Vertrag für Augen-Vorsorgeuntersuchung bei Kleinkindern
  Kardiologen: Vorreiter bei der Telemedizin
- Zahnärzte:
  Angestelltentätigkeit immer beliebter

Regional :: Seite 9 – 10
- Richtungsweisender Hausarztvertrag in Bremen
- Sachsen lockt Hausarztnachwuchs mit Ungarn-Stipendium

International :: Seite 11
- Deutsch-polnisches Telemedizin-Projekt geht in die „Echtphase“
- Großbritannien: Ärztemangel auf der Insel

Trend :: Seite 12 – 13
- Die „Wiederbelebung“ der Integrierten Versorgung
- Gesundheitsunternehmen:
  Personal wird zunehmend zum Engpassfaktor

H.U.G informiert :: Seite 13 – 11
- Betriebliche Altersvorsorge / Mitarbeiter Aufklärung zwingend notwendig
- Aufbau Altersvorsorge / Steuerliche Förderungen nutzten Vorteile für Männer noch im Jahr 2012 sichern
- Das neue Zulassungsrecht sowie das Verfahren der Praxisübergabe im gesperrten Planungsbereich

H.U.G :: Seite 16
- Unternehmensphilosophie & Geschichte
- Unternehmen Online
- Was wir für Sie tun können

Fortbildungsveranstaltungen 2012 :: Seite 18

Ärztestammtische 2012 :: 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 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.

Honorar-Schiedsspruch des eBA: Stimmung auf dem Tiefpunkt

Der Erweiterte Bewertungsausschuss (eBA) hat in seiner Sitzung am 30. August 2012 beschlossen, dass der Orientierungspunktwert im kommenden Jahr um 0,9 % von derzeit 3,5048 auf 3,5363 Cent steigen soll. Dies ergibt für die rund 140.000 Vertragsärzte für 2013 ein Honorarplus von insgesamt rund 270 Mio. €. Bezogen auf den einzelnen Mediziner bedeutet dies einen Mehrerlös von durchschnittlich 1.800 €.

Während der GKV-Spitzenverband seine Zustimmung gab, lehnte die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) den Vorschlag ab. Letztendlich war die Stimme des Ausschussvorsitzenden Professor Jürgen Wasem entscheidend. Die Ausgangspositionen im Vorfeld waren äußerst divergierend, weshalb der Streit um die Honorare zwischen Kassen und Ärzten bereits seit Wochen schwelte. Die KBV war in die Verhandlungen mit der Forderung gestartet, die ärztlichen Honorare um 3,5 Mrd. € zu erhöhen. Der GKV-Spitzenverband hingegen bestand auf einer Absenkung des Orientierungspunktwertes auf 3,25 Punkte bzw. des Gesamthonorars um rund 2,2 Mrd. €. Aus Sicht der KBV handelt es sich bei der geplanten geringfügigen Honorarerhöhung um „rechtswidriges Verhalten“. Denn im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) beschloss der Gesetzgeber, ein leistungsgerechtes Vergütungssystem in Form einer neuen vereinfachten Vertragsgebührenordnung ab 2009 einzuführen, wobei gleichzeitig eine Verlagerung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen vorgesehen war. Die Punktwerterhöhung gemäß Schiedsspruch würde diese gesetzlichen Bestimmungen jedoch unterlaufen. Die KBV argumentiert, dass seit dem Jahr 2008 weder die Inflation noch die steigenden Praxiskosten Berücksichtigung gefunden hätten. Hierdurch würde es zu einem „realen Einkommensverlust in Höhe von 10 %“ kommen.

Die Ärzteschaft hat nun massiven Protest angekündigt. Auf einer am 1. September einberufenen Sondervertreterversammlung, an der nach Angaben der KBV rund 700 Ärzte teilnahmen, sprachen sich die Delegierten einstimmig dafür aus, beim zuständigen Landessozialgericht Berlin/Brandenburg Klage gegen den Beschluss des eBA einzureichen. Gleichzeitig forderte die KBV das Gesundheitsministerium auf, den Beschluss rechtlich prüfen zu lassen. Rein theoretisch hätte der Bundesgesundheitsminister die Befugnis, eine Revision des eBA-Entscheids zu veranlassen. Auch die KVen, die Bundesärztekammer und die Ärzteverbände sind über die geringe Steigerung enttäuscht und drohen zum Teil damit, bei ausgeschöpftem Regelleistungsvolumen künftig keine zusätzlichen Leistungen zu erbringen, bzw. die Wartezeiten für die Patienten zu verlängern. Daneben sind urlaubsbedingte Praxisschließungen oder gezielte Praxisschließungen durch gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen sowie bundesweite Aktionstage geplant, die den Druck auf die regionalen Honorarverhandlungen erhöhen sollen. Abgesehen von dem Ärger über den Honorarentscheid dürfte sich auch das von der Honorarentscheidung ausgehende Signal für den ärztlichen Nachwuchs als fatal erweisen.

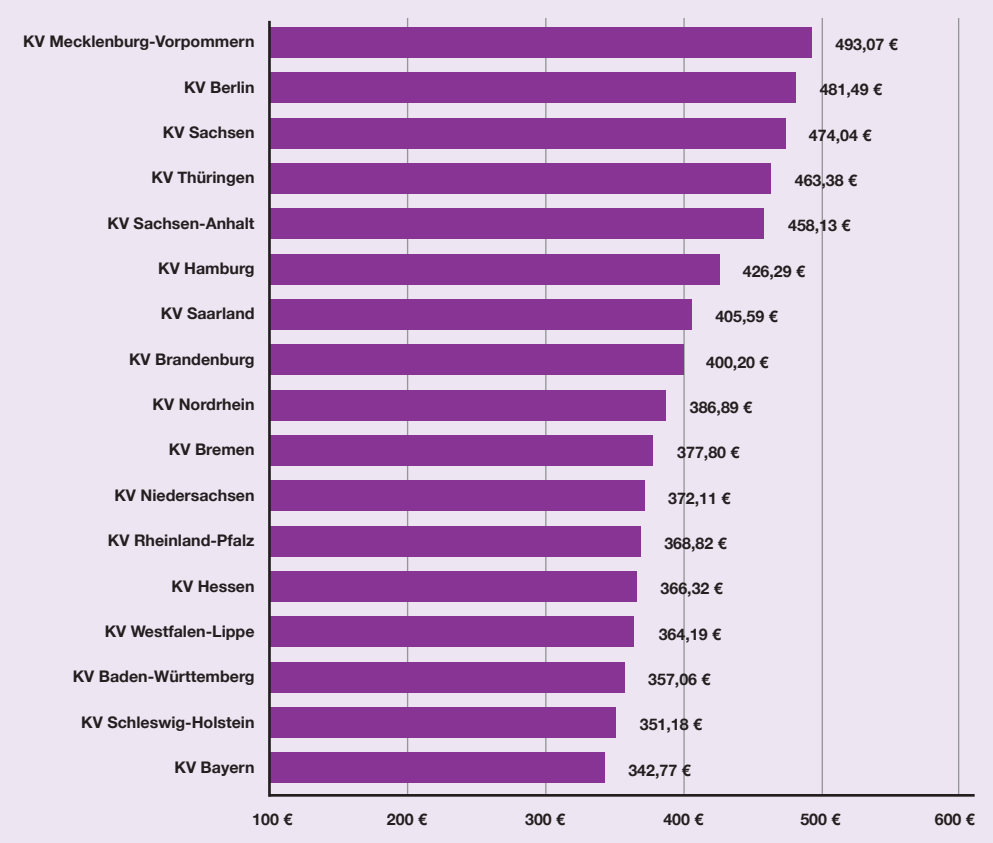
Arzneimittelausgaben 2011 in Ost und West auf Talfahrt

Im vergangenen Jahr konnte die Gesetzliche Krankenversicherung trotz steigendem Arzneimittelumsatz erstmals seit 2004 wieder rückläufige Arzneimittelausgaben verzeichnen. Dies geht aus dem aktuellen Arzneimittel-Atlas hervor, der jährlich im Auftrag des Verbands der forschenden Arzneimittelhersteller (vfa) beim Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) in Auftrag gegeben wird. Dem Bericht zufolge erhöhte sich der Arzneimittelumsatz von 2010 auf 2011 um 0,7 % auf insgesamt 32,15 Mrd. € während diesbezüglich die GKV-Ausgaben um fast 4 % auf 26,89 Mrd. € sanken. Die Einsparungen bei den Arzneimitteln sind auf gesetzliche Eingriffe, u. a. den gesetzlichen Zwangsrabatt sowie auf groß angelegte Rabattverträge zurückzuführen. Bereits seit August 2010 greift der Preisabschlag für die Hersteller in Höhe von 16 %. Daneben zeigt auch das Anfang 2011 in Kraft getretene Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG) eine entlastende Wirkung für die GKV. Diese schlägt sich z. B. im Bereich der patentgeschützten Medikamente nieder, die bislang für rund 48 % der gesamten Arzneimittelausgaben verantwortlich waren. Hier konnten u. a. über eine Neustrukturierung der Patentabläufe und die Stärkung des Herstellerwettbewerbs trotz Mehraufwendungen von ca. 426 Mio. € Kosteneinsparungen von ca. 640 Mio. € realisiert werden. Weitere Einsparungen in Höhe von 727 Mio. € ergaben sich durch den Einsatz von größeren Arzneimittelpackungen und Generika. Der höchste Kostensenkungseffekt ist jedoch mit 1,7 Mrd. € auf die gesetzlichen und kassenindividuellen Rabatte zurückzuführen. Mittlerweile fallen laut IGES 53,3 % aller verordneten Tagesdosen unter einen Rabattvertrag.

Die IGES-Studie zeigt ferner, dass sich die Unterschiede zwischen den neuen und alten Bundesländern langsam nivellieren. Dennoch liegen die Arzneimittelausgaben in Ostdeutschland nach wie vor höher als in Westdeutschland (vgl. Abbildung). An vorderster Stelle bei den Pro-Kopf-Ausgaben lag Mecklenburg-Vorpommern mit 493 € pro Versichertem, gefolgt von Berlin (481 €), Sachsen (474 €) und Thüringen (463 €). Die geringsten Arzneimittelausgaben verzeichnete Bayern, wo durchschnittlich nur 343 € je GKV-Versicherten ausgegeben wurden. Mit Ausnahme von Sachsen, wo die Ausgaben 2011 gegenüber 2010 um 0,1 % zunahmen, sanken die Arzneimittelausgaben

der Gesetzlichen Krankenversicherung in allen Bundesländern auf bundesdurchschnittlich 388 € je Versicherten. Fachleute erklären das Ost-West-Gefälle bei den Arzneimittelausgaben mit der Altersstruktur der Bevölkerung. So beherbergen die neuen Bundesländer überdurchschnittlich viele alte Menschen, was mit einer vergleichsweise großen Anzahl an chronischen Erkrankungen und somit einer höheren Medikationsrate verbunden ist. Die Ausgaben in Berlin lassen sich durch die vergleichsweise hohe Rate an HIV-Erkrankten erklären, deren medikamentöse Behandlung besonders kostspielig ist. So schwankten die durchschnittlichen Ausgaben für die HIV-Versorgung je GKV-Versicherten in den meisten Bundesländern zwischen 3 und 8 €, während sie sich in Berlin auf 51 € beliefen.

Arzneimittelausgaben je GKV-Versicherten 2011

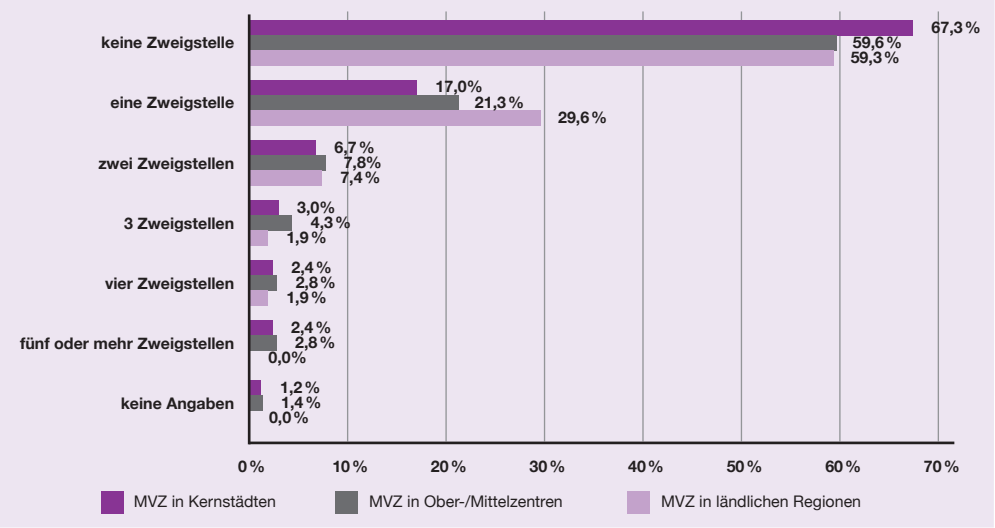


Quelle: www.arzneimittel-atlas.de Grafik: REBMANN RESEARCH

MVZ-Survey: Unterschiede zwischen Stadt und Land

Der Anfang Juli veröffentlichte MVZ-Survey 2011 der Kassenärztlichen Bundesvereinigung belegt, dass Medizinische Versorgungszentren (MVZ) insbesondere in ländlichen Gebieten eine zunehmende Rolle spielen. Hinsichtlich der Rentabilität der MVZ halten immerhin 58 % der Umfrageteilnehmer die MVZ-Gründung für „lohnenswert"; 10 % bezeichnen sie als „nicht lohnenswert". Interessant sind ferner die Ergebnisse der Studie bezüglich der Motivation einer MVZ-Gründung. Während im Jahr 2005 ganze 84,6 % der Befragten mit der MVZ-Gründung eine Stärkung ihrer Position auf dem ambulanten Markt bezweckten, sank dieser Anteil nun auf 59,4 %. 58,2 % gaben die „Steigerung der Effizienz", 51,7 % die „besseren Marketingmöglichkeiten" und 35,5 % die Wertsteigerung der Praxen als Gründungsmotiv an. Das Gründungsmotiv „Entlastung bei Verwaltungsaufgaben" konnte gegenüber 2005 mit einem Anstieg von 26,0 % auf 37,0 % am deutlichsten zulegen. Auffallend ist, dass mehr als ein Drittel (35,4 %) aller Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) eine Zweigpraxis betreibt. Insbesondere MVZ in ländlichen Regionen machen dabei von dieser Kooperationsform Gebrauch, um eine wohnortnahe Grundversorgung der Bevölkerung zu garantieren (vgl. Abb. „Anzahl der Zweigstellen"). So verfügen knapp 30 % der ländlichen MVZ über eine Zweigstelle. Städtische MVZ hingegen setzen vermehrt auf eine Spezialisierung. Während fast 62 % der MVZ in der Stadt einen Schwerpunkt gebildet haben, liegt dieser Anteil bei den ländlichen MVZ bei knapp 56 %.

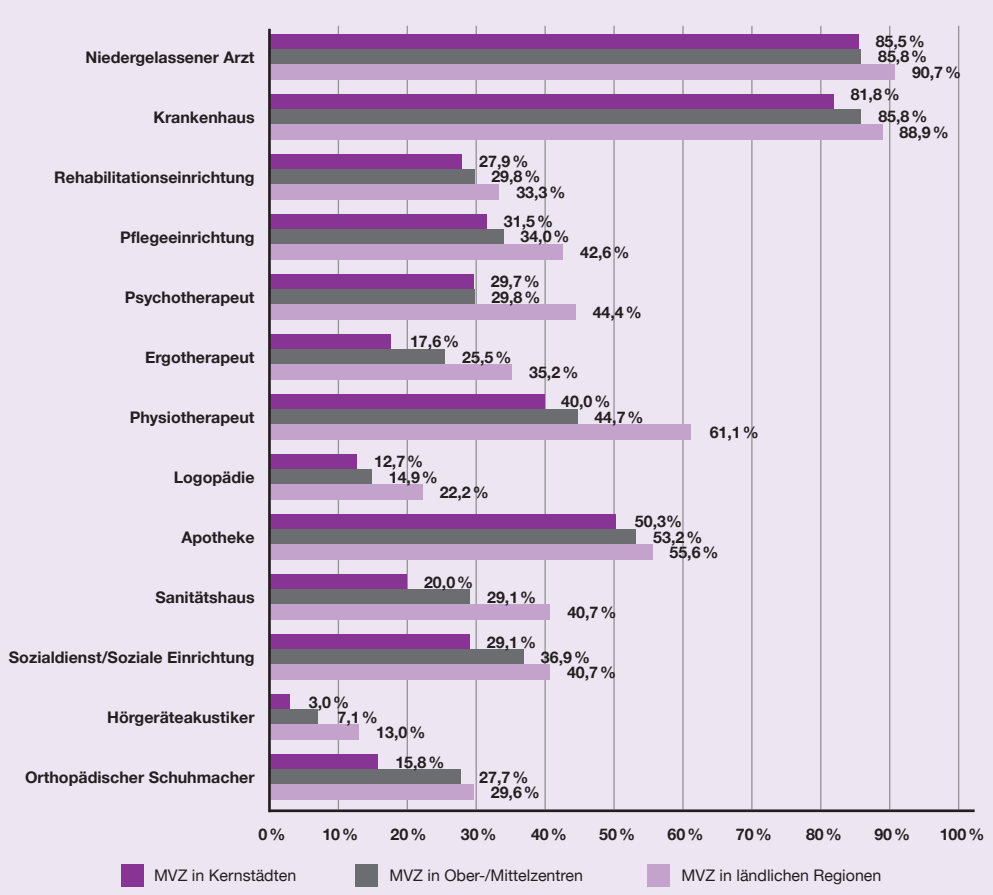
Anzahl der Zweigstellen



Quelle: KBV, MVZ-Survey 2011 Grafik: REBMANN RESEARCH

Der Ausbau der MVZ-Zweigpraxen auf dem Land zeigt, dass mit den MVZ ein wirksames Instrument geschaffen wurde, das gerade in ländlichen Regionen zur Aufrechterhaltung der Versorgung beiträgt. Eine wichtige Rolle hierbei spielt auch die Kooperation mit anderen Leistungserbringern, die bei den MVZ auf dem Land aufgrund der strukturellen und demografischen Rahmenbedingungen besonders ausgeprägt ist (vgl. Abb. „Kooperationshäufigkeit“).

Kooperationshäufigkeit



Quelle: KBV, MVZ-Survey 2011 Grafik: REBMANN RESEARCH

Dennoch besteht hier weiter großer Handlungsbedarf. So stellen z. B. die Hausbesuche für rund 55,6 % der ländlichen MVZ nach wie vor eine Herausforderung dar, da sie regelmäßig eine Patientenpopulation mit höherem Durchschnittsalter zu versorgen haben. Im Vergleich hierzu lag diese Quote in Kernstädten bei nur 33,9 %. Insgesamt wachsen die MVZ seit ihrer Einführung langsam aber kontinuierlich. Im 1. Quartal 2011 belief sich ihre Gesamtzahl auf 1.700.

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 management-relevanten Entscheidungen.

Praxisgemeinschaften: Patientenidentität von bis zu 50 % führt nicht zu automatischer Missbrauchsunterstellung

Das Landessozialgericht Celle hat entschieden, dass Praxisgemeinschaften erst bei einem Anteil gemeinsamer Patienten in Höhe von mehr als 50 % automatisch ein Honorargestaltungsmissbrauch unterstellt werden kann (vgl. Az.: L 3 KA 103/08). Beläuft sich der Anteil gemeinsamer Patienten einer Praxisgemeinschaft zwischen 20 und 50 % ist im Einzelfall zu entscheiden. Die Klage richtete sich gegen die KV, die nach einer erweiterten Plausibilitätsprüfung zum Quartal I/2002 eine Patientenidentität von 43,77 % festgestellt hatte. Die Vertragsärzte hatten dabei die Behandlungsleistungen für die überwiegende Anzahl der gemeinsam behandelten Patienten als eigene Leistungen abgerechnet. Daneben kamen auch Vertretungsleistungen und (in geringem Umfang) Bereitschaftsdienste zum Ansatz. Die KV hatte deshalb das Honorar um insgesamt 6.992,76 € berichtigt. Zwar ist nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) bei fachidentischen Praxisgemeinschaften eine Patientenidentität von nur 20 % und bei fachübergreifenden Praxisgemeinschaften von lediglich 30 % zulässig. Die Richter sahen aufgrund der Sachlage jedoch keinen Missbrauch und damit keine Handhabe für eine Honorarkürzung. Laut Gericht konnte nicht nachgewiesen werden, „dass die Ärzte tatsächlich wie die Mitglieder einer Gemeinschaftspraxis zusammenarbeiten“. Denn die Ärztin konnte belegen, dass insgesamt nur 16 % der gemeinsamen Patienten möglicherweise auf eine Abstimmung der Fehltage mit dem Kollegen zurückzuführen waren. Die restlichen Übereinstimmungen hatten sich infolge einer berechtigten (Urlaubs-)Vertretung bzw. des Bereitschaftsdienstes ergeben. Das Urteil des LSG Celle dürfte für Erleichterung bei den Praxisgemeinschaften sorgen. Denn wie die Richter verdeutlicht haben, ist bei einem Anteil identischer Patienten von bis zu 50 % nicht mehr rein nach der Statistik, sondern nach der Sachlage im Einzelfall zu entscheiden. Unzulässig sind jedoch nach wie vor auch im geringerem Umfang „konstruierte“ Abrechnungsmodelle, die z. B. auf eine doppelte Abrechnung der Ordinationsgebühr etc. oder eine Erhöhung der fallzahlbezogenen Budgets der einzelnen Praxen abzielen.

Krankenversicherungspflicht mit Spätfolgen

Die Zahl der Deutschen ohne Krankenversicherungsschutz sinkt. Nach Angaben des Statistischen Bundesamts ging die Zahl der Bundesbürger, die nicht über eine Krankenversicherung verfügte, im Jahr 2011 auf 137.000 (bzw. 0,2 % der Bevölkerung) zurück. Gegenüber dem Jahr 2007, in dem in Deutschland die Krankenversicherungspflicht eingeführt wurde, bedeutet dies einen Rückgang um 30 %. Damals waren noch 196.000 Menschen ohne Krankenversicherungsschutz. Gegenwärtig fallen insbesondere Selbstständige einschließlich mithelfender Familienangehöriger und Erwerbslose unter die nicht versicherten Bürger. 15 % der Nichtversicherten haben ein Alter von über 64 Jahren. Ein Drittel der Betroffenen verfügt über keinen berufsqualifizierenden Ausbildungsabschluss. Bei mehr als 50 % der Personen ohne Krankenversicherungsschutz liegt das monatliche Nettoeinkommen unter 1.500 €. Bei einem Sechstel der nicht versicherten Personen handelt es sich um Personen, die ihren Angaben zufolge gar kein Einkommen erzielen oder hauptberuflich als selbstständige Landwirte tätig sind.

Die Tatsache, dass immer mehr Bürger im Krankheitsfall unter dem solidarischen Rettungsschirm der GKV Unterschlupf finden, ist auf den ersten Blick begrüßenswert. Auf den zweiten Blick jedoch vermögen die höheren Versicherungsquoten die bestehenden sozialen Probleme nicht zu kaschieren. Denn die sinkende Zahl der Nichtversicherten darf nicht mit einem höheren Wohlstand gleichgesetzt werden. Dies belegen eindrucksvoll die Beitragsrückstände der GKV, die sich mittlerweile auf einen Schuldenberg von über 1,77 Mrd. € (Stand: Juni 2012) angehäuft haben. Immer häufiger lassen die Kassen die rückständigen Beiträge eintreiben. Medien berichten in diesem Zusammenhang von einem geradezu sprunghaften Anstieg der Vollstreckungen. So nahmen die Vollstreckungen allein bei den bundesweit ausgerichteten Kassen von 1,3 Mio. Fällen im Jahr 2010 auf 1,6 Mio. im vergangenen Jahr zu. Betroffen sind häufig Kleinselbstständige, die mit der Zahlung des Mindestbeitrags zur GKV überfordert sind. Der monatliche Mindestbeitrag beträgt derzeit je nach Krankengeldanspruch rund 293 bis 305 € und kann bei Bedürftigkeit auf 195 bis 203 € reduziert werden.

Die ohnehin angespannte Situation säumiger Beitragszahler erschwert sich zusätzlich dadurch, dass die Kassen ab dem zweiten Rückstandsmonat verpflichtet sind, einen fünfprozentigen Säumniszuschlag anzusetzen. Die Rechtmäßigkeit des Zuschlags wurde mittlerweile vom Bundessozialgericht in Kassel bestätigt (vgl. Infobox). Da die Ansprüche der Kassen in einer Zeitpanne von 30 Jahren geltend gemacht werden können, geraten – bedingt durch die hohen Verzugszinsen – säumige Beitragszahler oft in eine „Schuldenspirale“ an deren Ende auch die Privatinsolvenz stehen kann. Verbraucherschützer und Gewerkschaften fordern deshalb ein Eingreifen der Politik, um den betroffenen Bevölkerungsgruppen einen bezahlbaren Krankenversicherungsschutz zu ermöglichen. Dieser könnte sich z. B. am tatsächlichen Einkommen des Versicherten bemessen.

Urteil des Bundessozialgerichts (Az.: B 12 KR 3/11 R).
Das Bundessozialgericht in Kassel (BSG) hat entschieden, dass ein Säumnisaufschlag von 5 % auf rückständige Krankenkassenbeiträge verfassungskonform ist. Den Erläuterungen des GKV-Spitzenverbandes zufolge, sieht das Gesetz vor, dass der Zuschlag nur auf die Beiträge selbst erhoben werden darf, was zu einem jährlichen Zinssatz von 60 % führt.

Geklagt hatte ein gesetzlich versicherter, selbstständiger Restaurator, der über ein monatliches Einkommen von lediglich rund 600 € verfügt. Er argumentierte, die Höhe des Zuschlags sei „strafbarer Wucher“ und hatte statt 5 % nur den sonst in der öffentlichen Verwaltung üblichen Säumniszins von einem Prozent bezahlt. Das BSG hingegen begründete, dass es sich hierbei um ein „sachlich gerechtfertigtes Druckmittel“ handele, weil die Kassen säumigen Zahlern nicht kündigen dürfen und durch die Rückstände hohe Verwaltungskosten entstünden. Der Kläger plant nun einen Gang vor das Bundesverfassungsgericht.

Grundsätzlich haben die Beitragsschuldner trotz allem einen gesetzlichen Anspruch auf medizinische Versorgung. Dieser beschränkt sich jedoch auf bestimmte Früherkennungsuntersuchungen, Akutfälle, Schmerzen, Schwangerschaft und Mutterschaft (vgl. § 163a, SGB V). Während bei einer Krankenhausbehandlung im Grunde davon auszugehen ist, dass es sich um eine „unaufschiebbare“ Maßnahme handelt, die von den Kassen zu tragen ist, haben die niedergelassenen Ärzten die Folgen des Systemdefizits der Gesetzlichen Krankenversicherung direkt „auszubaden“. Sie haben darüber zu entschieden, ob der Patient abgewiesen oder behandelt wird. Die Entscheidung dürfte in beiden Fällen nicht einfach sein: Die Regelung sieht vor, dass der Patient bei einer Behandlung in finanzielle Vorleistung tritt und das Geld anschließend von der Kasse zurückerstattet bekommt. Fraglich ist jedoch, ob die säumigen Beitragszahler, die zudem unter einer dringend behandlungsbedürftigen Erkrankung leiden, überhaupt über die für die Behandlung notwendigen liquiden Mittel verfügen.

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

Der Hausarzt kommt mit dem Bus

In Niedersachsen steht ein Pilotprojekt vor dem Start: Hausärzte werden künftig mithilfe eines Kleinbusses mit Spezialausstattung Patienten in unterversorgten Gebieten medizinisch versorgen. Als Fahrzeug soll ein VW-Bus dienen, der mit EKG, Defibrillator sowie Sono-Gerät und entsprechender IT zur Übertragung von Daten ausgestattet ist. Dabei ist vorgesehen, dass die Ärzte während der normalen Praxiszeiten und auch außerhalb der Notdienstzeiten quer durch den Landkreis Hausbesuche (die auch durch die Kollegen in den Praxen veranlasst sein können) bei Patienten vornehmen. Eventuell kann das Modell auch Abhilfe für sieben Dörfer im Landkreis schaffen, die über gar keinen Hausarzt verfügen. Generell ist die Versorgung per Bus für jene – insbesondere ältere – Patienten gedacht, die nicht mehr ausreichend mobil sind, um den nächstgelegenen Hausarzt aufzusuchen. Mit der Beschränkung auf diese Zielgruppe soll gleichzeitig den niedergelassenen Kollegen die Sorge genommen werden, dass der Hausärztebus den noch bestehenden Praxen Patienten abwerben könne.

Bei dem Projekt, das insgesamt auf drei Jahre angelegt ist, handelt es sich um eine Kooperation der AOK und der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (Übernahme der Kosten der Ausrüstung des Fahrzeugs), VW (Zurverfügungstellung des Fahrzeugs), T-Systems (Finanzierung der IT), des Landkreises Wolfenbüttel (Träger der laufenden Kosten) und des Landes (Übernahme der Evaluation). Einige Hausärzte haben bereits Interesse an einer Tätigkeit als „mobile Ärzte“ angemeldet. Noch könnte das Projekt an der mangelnden Zustimmung der Ärztekammer Niedersachsen (ÄKN) scheitern, denn im Gegensatz zu Ärzten aus der EU ist für deutsche Ärzte gemäß „§ 17, Absatz 4 die ärztliche Tätigkeit im Umherziehen berufswidrig“. Somit ist eine Zustimmung der ÄKN nach § 32, Absatz 3 Plicht. Offen ist ferner die Form der Finanzierung. Diese könnte über einen IV-Vertrag oder einen Strukturvertrag nach § 73 a SGB V laufen. Des weiteren besteht auch bezüglich der Internetverbindung zwischen dem Hausärztebus und den Praxen der Niedergelassenen noch Entwicklungsbedarf (z. B. bezüglich der Übermittlung der Patientendaten und des Problems der Schnittstellen der unterschiedlichen EDV-Systeme).

Das Projekt reiht sich in eine zunehmende Anzahl an Modellversuchen ein, die u.a. über Mobilitätskonzepte die Versorgung der Bevölkerung in ländlichen und vom Ärztemangel betroffenen Regionen sicher stellen soll. So werden z. B. Schulbusse zum Transport von Patienten eingesetzt oder Kassenärztliche Vereinigungen betreiben eigene Hausarztpraxen. Daneben entstehen Hausarztzentren oder kommunale Ärztehäuser mit je nach Wochentag wechselnder Facharztbesetzung. Mittel- bis langfristig wird sich somit eine Vielfalt regionaler Versorgungslösungen herausbilden, die wiederum für andere betroffene Regionen als Vorbild dienen können.

Hausärzte arbeiten erfolgreich mit Online-Coach-Modell

Bundesweit bieten mittlerweile rund 1.000 Hausärzte ihren Patienten die internetbasierten Trainingsprogramme der HausMed eHealth Services GmbH (siehe Infobox) an. Der sogenannte Online-Coach kommt therapiebegleitend zum Einsatz und deckt gegenwärtig die Gebiete Rauchen, Übergewicht, Rückengesundheit, Stress, Depression, Bluthochdruck und Diabetes ab. Die evidenzbasierten, leitlinientreuen und pharmaneutralen zwölfwöchigen Trainingsprogramme sollen den Patienten über Aufklärung, Prävention und Betreuung helfen, bestimmte Gesundheitsziele durch Änderung des Lebensstils zu erreichen. Die Programme bieten personalisierte Inhalte, zielgerichtete Übungen und eine laufende Erfolgskontrolle (tägliche SMS-Erinnerungen, wöchentliches Feedback per Email, sowie gegebenenfalls auch Anrufe durch den Arzt). Voraussetzung für die Teilnahme der Patienten ist eine Eingangsuntersuchung durch den Hausarzt. Die Kosten für das Programm werden von den Kassen erstattet. Die Ärzte erhalten eine Aufwandsentschädigung. Die Coaching-Programme verlaufen in mehrfacher Hinsicht überaus erfolgreich. So nimmt sowohl die Zahl der anbietenden Ärzte als auch jene der teilnehmenden Patienten ständig zu. Eine Begleitstudie der TU München für den Bereich der Gewichtsreduktion hat dabei gezeigt, dass das Programm sehr effektiv sowie herkömmlichen Diät-Programmen überlegen ist. Für die Hausarztpraxen können die Programme eine zeitliche Entlastung bringen. Nähere Informationen zu den Programmen sind unter www.hausmed.de erhältlich.

HausMed eHealth Services GmbH

Die HausMed eHealth Services GmbH wurde 2010 als Initiative des Deutschen Hausärzteverbandes gegründet. In einem interdisziplinären Team aus Ärzten, Psychologen, Gesundheitspädagogen und E-Learning-Experten baut das junge Berliner Unternehmen ein innovatives Angebot im Bereich E-Health auf. HausMed bietet mit dem HausMed Coach einen verlässlichen Partner zur nachhaltigen Gesundheitsförderung und Prävention von Krankheiten sowie zur Verbesserung der Situation chronisch Kranker. Die internetbasierten 12-wöchigen Verhaltensschulungs-Programme begleiten die Teilnehmer dabei, ihre Gesundheitsziele zu erreichen.

Quelle: Deutscher Hausärzteverband e.V: Presseinfo vom 12.07.2012

FACHÄRZTE

Vertrag für Augen-Vorsorgeuntersuchung bei Kleinkindern

Die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) hat mit der Techniker Krankenkasse (TK) und der Knappschaft einen neuen Vertrag nach § 73a SGB V über die augenärztliche Vorsorgeuntersuchung bei Kleinkindern geschlossen. Anrecht auf das neue Angebot der Kasse haben alle bei der TK versicherten Kinder im Alter zwischen dem 31. und 42. Lebensmonat. Seit dem 1. Juli können Eltern mit ihren Kindern somit direkt einen Augenarzt zur Wahrnehmung des Vorsorgeangebots aufsuchen. Dieses umfasst folgende vertragsgemäßen Leistungen:

- Anamnese des Kindes, ophtalomologische Familienanamnese,
- Sichtung evtl. Vorbefunde des Kinderarztes
- Visusbestimmung (monokular R und L mit altersgemäßer Methodik, bei Nystagmus auch binokular)
- objektive Refraktionsbestimmung (mit Skiaskopie und fakultativ zusätzlich Autorefraktometrie)
- eine Untersuchung auf Stellung der Motilität
  – Hirschberg- und Brückner-Test
  – Abdeck- und Aufdecktest
  – Motilität in die 4 Sekundärpositionen
  – Stereotest
- morphologische Untersuchung (Vorderabschnittsbeurteilung)
- Funduskopie in Miose
- Abschlussgespräch: Befunderläuterung, Beratung zur Sehentwicklung

Die neue Vorsorgeuntersuchung kann bei jedem augenärztlichen Vertragsarzt in Westfalen-Lippe durchgeführt werden. Eine spezielle Teilnahmeerklärung ist nicht erforderlich. Pro Untersuchung erhalten die Augenärzte ein zusätzliches Honorar in Höhe von 20 €, das außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung gewährt wird. Voraussetzung ist die Verpflichtung zur Terminvergabe innerhalb von sieben Werktagen und zur Einhaltung einer maximalen Wartezeit in der Praxis von 30 Minuten. Das neue Angebot zielt insbesondere auf eine frühe Feststellung eventueller Amblyopien ab. Wird sie im frühen Kindesalter rechtzeitig erkannt, gibt es gute Behandlungsmöglichkeiten zur Erlangung der optimalen Sehfähigkeit.

Kardiologen: Vorreiter bei der Telemedizin

In Deutschland werden immer mehr Telemedizinprojekte im kardiologischen Bereich aufgelegt. Während es sich dabei oft um kleine Modellversuche mit geringen Patientenpopulationen handelt, hat nun die IKK Südwest unter dem Namen „IKK Herzstark“ eines der umfangreichsten deutschen Projekte zur telemedizinischen Versorgung von Herzinsuffizienzpatienten gestartet. Rund 1.200 Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz der NYHA-Stufen II bis IV aus Hessen, Rheinland-Pfalz und dem Saarland sollen künftig von dem Programm profitieren. Bereits seit dem 1. April haben die Patienten die Möglichkeit, sich einzuschreiben. Zur Überwachung der Teilnehmer dienen je nach Erkrankungsbild eine Waage, ein Blutdruckmessgerät und ein 12-Kanal-EKG. Die Resonanz der bereits teilnehmenden Patienten ist nach Angaben der Kasse bislang sehr gut.

Die Datenverarbeitung und Kommunikation erfolgt über den Kooperationspartner „SHL Telemedizin“. Das telemedizinische Zentrum informiert die Fach- und Hausärzte und bietet gemeinsam mit der IKK Südwest Informationsveranstaltungen an. Das Projekt wird durch die Universität Hamburg wissenschaftlich evaluiert. Gerade für Patienten mit Herzinsuffizienz versprechen sich Fachleute von der Telemedizin einen besonderen Nutzen hinsichtlich einer qualitativ hochwertigen und gleichzeitig kostengünstigen Versorgung. In diesem Zusammenhang sind die wissenschaftliche Begleitung des Projekts der IKK Südwest und die geplante große Teilnehmerzahl zu begrüßen. Denn hierdurch besteht die Möglichkeit, endlich repräsentative Ergebnisse hinsichtlich der Kosten-Nutzen-Relation des Telemedizinprojekts zu erhalten. Bisherige Studien haben diesbezüglich sehr differierende Aussagen getroffen. So hatten die schlechten Ergebnisse der deutschen TIM-HF-Studie in der Vergangenheit zu einem erheblichen „Dämpfer“ für die Telemedizin geführt. Sollten nun die Wissenschaftler zu einem positiven Ergebnis kommen, ist für die Telemedizin mit einem weiteren Aufschwung zu rechnen. Auch der Gesetzgeber hat mit dem Versorgungsstrukturgesetz grundsätzlich den Weg für eine Vergütung durch die Krankenkassen geebnet.

ZAHNÄRZTE

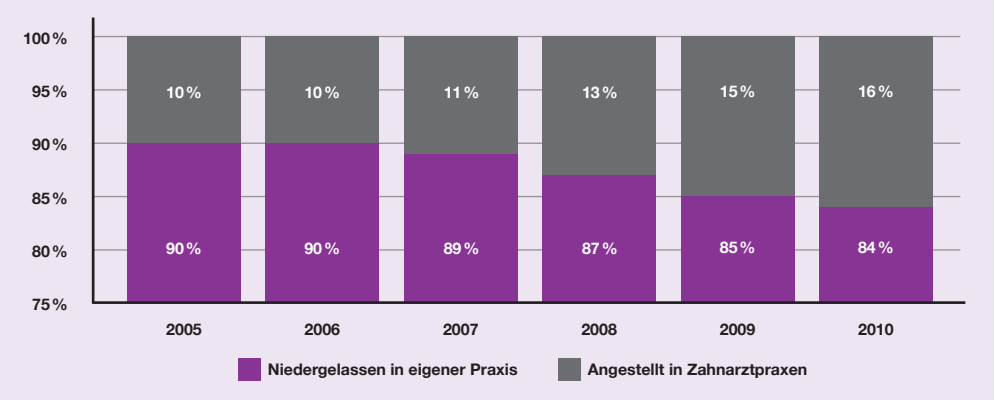
Angestelltentätigkeit immer beliebter

In deutschen Zahnarztpraxen arbeiten immer mehr angestellte Zahnärzte. Insgesamt nahm der Anteil der angestellten Zahnmediziner an allen in einer Praxis tätigen Zahnärzten von 10 % im Jahr 2005 auf 16 % im Jahr 2010 zu (vgl. Abbildung). Grundsätzlich ist der Anteil der Medizinerinnen, die sich für eine Angestelltentätigkeit entscheiden, größer als jener ihrer männlichen Kollegen. Dem Statistischen Jahrbuch der Bundeszahnärztekammer 2010/2011 zufolge, stieg die Zahl der angestellten Zahnärztinnen zwischen 2002 und 2010 von 3.399 auf 6.514. Doch auch männliche Zahnmediziner entdecken die Vorteile einer Anstellung, wie die Zunahme der angestellten männlichen Zahnärzte von 2.791 auf 3.777 im Betrachtungszeitraum belegt. Damit erhöhte sich zwischen 2002 und 2010 der Anteil der Angestellten an allen in einer Praxis tätigen Zahnärzten

bei den Frauen von 15,1 % auf 24,5 % und bei den Männern von 7,2 % auf 9,8 %. Insgesamt nahm die Zahl der Zahnärztinnen zwischen 2002 und 2010 von 19.060 auf 20.088 zu, während jene der Zahnärzte von 35.800 auf 34.595 leicht abnahm.

Die zunehmende Attraktivität einer Angestelltentätigkeit lässt sich sowohl mit einer geplanten Familiengründung als auch einer ausgeglicheneren Work-Life-Balance erklären. Daneben bietet die Anstellung gerade jungen Zahnmedizinern/-medizinerinnen eine ideale Gelegenheit, sich auf eine spätere eigene Niederlassung vorzubereiten. Interessant ist jedoch die Entwicklung bei den männlichen angestellten Zahnärzten. Sie verdeutlicht, dass für die nachfolgende Zahnmediziner-Generation flexible Konzepte vonnöten sind, die auf eine bessere Vereinbarkeit von Privat- und Berufsleben abzielen. Eine ähnliche Entwicklung lässt sich bei den ambulant tätigen Ärzten verzeichnen.

Anteilige Entwicklung Zahnärztinnen und Zahnärzte nach Berufsausübungsform



Quelle: gbe-bund.de Grafik: REBMANN RESEARCH

Regional

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

Richtungsweisender Hausarztvertrag in Bremen

In Bremen hat der Hausärzteverband mit der DAK, der Barmer, der HEK und der KKH-Allianz einen HzV-Vollversorgungsvertrag nach § 73b SGB V geschlossen, der am 1. Januar 2013 honorarwirksam wird. Er kam aufgrund eines Schiedsspruches zustande. Ein Vertrag mit der TK konnte bereits zu einem früheren Zeitpunkt geschlossen werden. In diesem Vertrag wurde eine kontaktunabhängige Patientenpauschale von 60 € vereinbart. Hinzu kommt gegebenenfalls ein Sonografie-Zuschlag von 6 €. Die kontaktunabhängige Patientenpauschale soll dazu beitragen, dass die Patienten nicht wieder einbestellt werden, wenn dies nicht notwendig ist. Die KV Bremen hätte ebenfalls gerne mit den vdek-Kassen ihren Add-on-Vertrag geschlossen, der schon seit Jahren mit der AOK Bremen/Bremerhaven besteht. Der Hausärzteverband und die KVHB konkurrieren seit Jahren mit den beiden Modellen um die Gunst der Ärzte und Patienten. Beide Parteien streiten noch darüber, ob die Datenübertragung über die hausärztliche Vertragsgemeinschaft rechtens ist. Hierzu wird eine Entscheidung des Datenschutzbeauftragten abgewartet. Von insgesamt 400 Hausärzten in Bremen erfüllen ca. 170 die Anforderungen des TK-Vertrages. Bisher nehmen daran ca. 100. Hausärzte teil. Ähnliche Teilnehmerzahlen werden auch für den neuen Vertrag ab 2013 erwartet.

Dem Bremer Hausärzteverband ist es als erstem Verband gelungen mit den Krankenkassen eine kontaktunabhängige Patientenpauschale zu vereinbaren. Eine Umfrage der Barmer GEK im Jahr 2010 bei 1,7 Millionen Versicherten ergab, dass jeder Versicherte rund 18-mal im Jahr zum Arzt geht. Gerade mal 8 Minuten Zeit bleiben dem Arzt dann für jeden Patienten. Vor diesem Hintergrund kann dieser HzV-Vertrag für die Zukunft richtungsweisend sein, wenn es gelingt die Anzahl der Arztbesuche zu reduzieren und dafür die Qualität der einzelnen Arztbesuche zu steigern.

Sachsen lockt Hausarztnachwuchs mit Ungarn-Stipendium

Im Kampf gegen den Hausärztemangel hat die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Sachsen eine innovative Ausbildungsinitiative für angehende Hausärzte entwickelt. Sächsische Abiturienten, die sich verpflichten, nach dem Studium und der Facharztweiterbildung für mindestens fünf Jahre in Sachsen hausärztlich tätig zu werden, erhalten die Möglichkeit eines Medizinstudiums in Ungarn. Im Rahmen des Förderprogramms übernimmt die KV zunächst für bis zu 20 deutsche Studenten die Studiengebühren an zwei ausgewählten ungarischen Universitäten. Bei der Bewerberauswahl wird neben der persönlichen und fachlichen Eignung der Kandidaten auf deren enge Bindung an Sachsen Wert gelegt. Sofern später keine Niederlassung in Sachsen erfolgt, sind die Stipendiaten zur Rückerstattung der Kosten verpflichtet.

Gegenwärtig läuft die Vorbereitung der Vertragsverhandlungen zwischen der KV und den Universitäten. Daneben initiiert die KV Sachsen an sächsischen Gymnasien bereits Informationsveranstaltungen, die Bewerber für das Studienjahr 2013/14 ansprechen sollen. Auch die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen ist an dem neuen Modell interessiert, will aber zunächst den Modellversuch in Sachsen abwarten. Das Modell der KV Sachsen ist Erfolg versprechend, da auf diese Weise Abiturienten angesprochen werden können, die für den Arztberuf besonders motiviert sind, jedoch aufgrund des strengen Numerus Clausus (NC) in Deutschland keine Chance auf einen Studienplatz haben. Erste Interessenten für das Studienjahr 2012/13 haben sich bereits bei der KV Sachsen gemeldet.

In Ungarn gibt es mittlerweile einen großen „Markt“ für deutsche und andere ausländische Medizinstudenten. Die Medizinstudiengänge an den ungarischen Universitäten, die auf Englisch und zum Teil sogar auf Deutsch angeboten werden, gelten als qualitativ sehr gut und besonders praxisbezogen. Die Studiengebühren sind jedoch sehr hoch (vgl. Infobox).

Medizinstudium in Ungarn

- In Ungarn gibt es mittlerweile zahlreiche medizinische Studienangebote speziell für deutsche Studenten. Vorreiter ist die renommierte Semmelweis Universität für Medizinische Wissenschaften in Budapest, die bereits seit 1983 deutsche Medizinstudenten unterrichtet. Weitere Studienmöglichkeiten bieten die Universität Szent-Györgyi in Szeged und die Universität Pécs/Fünfkirchen (beide in Südungarn).
- Neben dem Humanmedizinstudium werden auch Studienmöglichkeiten im Bereich Zahn- und Veterinärmedizin geboten
- Es gibt keinen Numerus Clausus als Zugangsbeschränkung
- Bis zum 3. Studienjahr sind keine Ungarisch-Kenntnisse erforderlich (Unterrichtssprache ist Deutsch oder Englisch)
- In einem Vorbereitungsjahr können gegebenenfalls in Deutschland beim Abitur abgewählte Fächer (Chemie, Biologie, Physik) nachgearbeitet werden
- Der Unterricht erfolgt praxisnah und in Kleingruppen
- Ein Wechsel auf eine deutsche Universität ist nach dem Physikum möglich
- Ungarische Diplome und Dr.-Titel werden in den EU-Ländern anerkannt
- Kosten (Semmelweis-Universität):
  - Bewerbungs- und Immatrikulationsgebühren jeweils 200 €
  - Studiengebühren pro Semester für das 1. und 2. Studienjahr: 6.500 € und für das 3. bis 6. Studienjahr: 5.900 €
  - Zusätzliche Gebühren für die Propädeutikkurse parallel zum deutschsprachigen vorklinischen Humanmedizinstudium 2. und 3. Semester: jeweils 800 und 4. Semester: 1.500 €
- Mehr Informationen unter: www.ungarnstudium.hu

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.

Deutsch-polnisches Telemedizin-Projekt geht in die „Echtphase“

Mit dem deutsch-polnischen Telemedizin-Netzwerk des Vereins „Telemedizin Euroregion Pomerania“ geht eines der größten europäischen telemedizinischen Netzwerke an den Start. Die Modellregion Pomerania mit rund 3,7 Mio. Menschen umfasst 11 Städte und Kreise in Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg, die polnische Region Westpommern, einschließlich Szczecin (Stettin) sowie die schwedische Region Skåne. Das Netzwerk verbindet insgesamt 35 deutsche und polnische Krankenhäuser. Ziel des Projekts ist u.a. die Sicherstellung einer wohnortnahen und qualitativ hochwertigen Rund-um-die-Uhr-Versorgung der Bevölkerung für Tumor-, Herz-, Schlaganfall- und Unfallpatienten sowie Patienten aus den Bereichen Urologie, HNO und Augenheilkunde. Ergänzend stehen die Telepathologie und Teleradiologie zur Verfügung. Künftig soll das Netzwerk zehn Telemedizinanwendungen umfassen. Daneben werden neue Anwendungsfelder der Telemedizin erprobt. Nachdem die Investitionen in das Projekt weitgehend abgeschlossen sind und die technische Infrastruktur gegeben ist, sollen während der nun laufenden Betriebsphase die telemedizinischen Projekte und technischen Standards überprüft und gegebenenfalls Verbesserungen vorgeschlagen werden. Im Bereich der Urologie finden bereits grenzüberschreitende Tumorkonferenzen statt. Aus technischer Sicht besteht, die Möglichkeit, dass sich bis zu 52 Stationen an der Telemedizin-Konferenz beteiligen können.

Das Projektvolumen, des von der Europäischen Union (EU) mit 11,4 Mio. € geförderten und auf fünf Jahre angelegten Modellvorhabens beläuft sich auf insgesamt 13,4 Mio. €. Rund zwei Mio. € stellen die Projektpartner zur Verfügung. Mit dem Ausbau des telemedizinischen Netzwerks will die EU die Voraussetzungen für ein zukunftsfähiges Versorgungskonzept schaffen. Die sich abzeichnende demografische Entwicklung verbunden mit einem Anstieg der alters- und wohlstandsbedingten Krankheiten und die zunehmende Unterversorgung insbesondere in ländlichen Regionen erfordern dringend innovative Versorgungskonzepte. Die Vorteile der Telemedizin liegen in der wohnortnahen und gleichzeitig qualitativ hochwertigen Versorgung. Ferner bietet die grenzüberschreitende Zusammenarbeit von Medizinern und Technikern weitere Potenziale.

Großbritannien: Ärztemangel auf der Insel

Die Gesundheitssysteme in Deutschland und Großbritannien leiden offenbar unter ähnlichen Problemen. So werden sich voraussichtlich innerhalb der kommenden fünf Jahre über 10.000 britische Hausärzte des staatlichen Gesundheitsdienstes National Health Service (NHS) altersbedingt in den Ruhestand verabschieden. Dies ergab die aktuelle Studie „Primary Care: Today and Tomorrow” des Deloitte Centre for Health Solutions. Von den gegenwärtig für den NHS praktizierenden rund 41.400 „General Practitioners“ sind bereits 22 % über 55 Jahre alt. Dabei gibt es – wie in Deutschland – massive Nachwuchsprobleme, die angesichts der Überalterung der britischen Gesellschaft, des zunehmenden Anteils angestellter und teilzeitbeschäftigter Ärzte und der steigenden Nachfrage nach Krankenversorgung in Zukunft zu massiven Versorgungsengpässen führen können.

Die Gründe liegen dem Consulting-Unternehmen zufolge u.a. in der Einsparpolitik der britischen Regierung, die zu Kürzungen beim Gesundheitsetat führten. Auch für die kommenden fünf Jahre soll sich das jährliche Wachstum des NHS-Budgets auf lediglich 0,4 % beschränken. Infolge der immer knapperen finanziellen Ressourcen können die lokalen Gesundheitsbehörden ausscheidende Hausärzte oft nicht durch Nachwuchsärzte ersetzen. Auch die Ärzte selbst bleiben nicht von finanziellen Restriktionen verschont. Ende Juni 2012 legten zehntausende Haus- und Klinikärzte für einen Tag ihre Arbeit nieder. Mit dem ersten Streik seit 1975 protestierten die Mediziner gegen die von der Regierung geplante Absenkung der ärztlichen Pensionsansprüche um 15 bis 20 %.

In der Vergangenheit konnte das britische Gesundheitssystem die Nachwuchsprobleme zum Teil durch einen jährlich steigenden Anteil an ausländischen Medizinern kompensieren. Nach Angaben des britischen Gesundheitsministeriums ist bereits jeder dritte im NHS beschäftigte Arzt ausländischer Herkunft, was zu immer mehr Kommunikationsproblemen führt. Nun hat das Gesundheitsministerium angekündigt, die für den Gesundheitsdienst arbeitenden ausländischen Mediziner – einschließlich der aus den EU-Ländern stammenden Ärzte – einem Sprachtest zu unterziehen. In diesem Zusammenhang befürchtet das Deloitte Centre eine weitere Verschärfung des Hausarztmangels. Letztendlich reagiert das Ministerium mit den geplanten Sprachtests jedoch auf die steigenden Zahlen an z. T. massiven Behandlungsfehlern, die sich aus den ungenügenden Sprachkenntnissen ausländischer Ärzte ergaben.

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.

Die „Wiederbelebung“ der Integrierten Versorgung

Die Einführung der Integrierten Versorgung (IV), die sich durch die qualitätsgesicherte und fach- sowie sektorenübergreifende Behandlung bestimmter Krankheitsbilder auszeichnete, klang vielversprechend. Doch was als regelrechter Boom begann, geriet nach der Abschaffung der Anschubfinanzierung zum 31. Dezember 2012 schnell zum „Auslaufmodell“. Obwohl integrierte Versorgungsmodelle für die Kassen ein Mittel darstellen, sich im Wettbewerb über Qualitätsverbesserungen zu profilieren, wurden viele Verträge nicht verlängert und die Zahlen stagnieren (vgl. Tabelle).

Entwicklung der Integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V

	2008	2009	2010	2011
Verträge (brutto)	6.400	6.262	6.374	6.339
Teilnehmer	1.661.283	1.635.270	1.771.949	1.926.133
Ausgaben	1.225.064.973	1.224.214.367	1.353.068.055	1.352.305.185

Quelle: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

Neben der mangelnden Finanzierungsbasis bei oft erheblichen Anfangsinvestitionen und unsicherer späterer Ertragslage halten Experten auch den – im Verhältnis zu den meist kleineren Verträgen mit nur wenigen Leistungserbringern – anfallenden großen administrativen Aufwand für ein Hindernis.

Die Pro Versorgung AG, eine Tochter des Deutschen Hausärzteverbandes hat nun innovative Versorgungsmodelle in Form neuer Konzepte zur Integrierten Versorgung (IV) erarbeitet. Die Modelle, die sich zunächst auf die Indikationen Pflege, Rheuma und Diabetes mellitus beschränken sind dabei sowohl interdisziplinär – unter Einbeziehung der Haus- und Fachärzte – als auch sektorenübergreifend (ambulante und stationäre Krankenversorgung, Pflegedienste und Pflegeheime) ausgerichtet. Die Umsetzung der neuen Konzepte ist für das Jahr 2013 geplant. Gegenwärtig laufen die ersten Verhandlungen mit den Krankenkassen. Eine strategische Partnerschaft konnte bereits mit der AXA Krankenversicherung AG geschlossen werden. Auch im Bereich der Pflege besteht schon seit längerem eine Vereinbarung mit dem Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa), gemeinsam sektorübergreifende Versorgungsformen zu entwickeln.

Die Wiederbelebung der IV durch den Hausärzteverband ist ambitioniert, zumal der Verband mit der Integration der Fachärzte sowie der Krankenhäuser und Pflegedienste/-einrichtungen sowohl seine fachbezogenen als auch die sektoralen Grenzen verlässt. Andererseits dürften dem Hausärzteverband bei der Entwicklung und Umsetzung der Modelle die umfangreichen Erfahrungen mit den Hausarztverträgen und den entsprechenden Abrechnungs-, Datenmanagement- und Qualitätssicherungssystemen zugutekommen. Mit Blick auf die Sicherstellung der Versorgung der Zukunft sind integrierte Konzepte mit Sicherheit aussichtsreich. Denn aufgrund insgesamt beschränkter Ressourcen und zunehmender Nachfrage im Gesundheitswesen bilden integrierte Versorgungskonzepte eine Möglichkeit, gleichzeitig Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsreserven zu heben. Diese Meinung teilt auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem neuesten Gutachten (vgl. Infobox).

Sondergutachten: Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen stationärem und ambulantem Sektor

Forderungen der Gutachter zur Integrierten Versorgung

- Sektorenübergreifende Orientierung als notwendige Bedingung integrierter Versorgungsformen
- Einbeziehung der Disease Management Programme als Elemente der IV
- Verbesserung des im Zusammenhang mit der IV notwendigen Bereinigungsverfahrens der ambulanten ärztlichen Vergütung.
- Einführung einer verpflichtenden Evaluation der IV-Projekte
- Priorisierung von populationsbezogenen (indikationsübergreifenden) Versorgungskonzepten und von jenen, die den Pflegebereich mit einbeziehen.
- Schaffen finanzieller Anreize für die Krankenkassen in Form zinsverbilligter Darlehen aus einem Kapitalfonds: Die Darlehen sind nach spätestens 5 Jahren zurückzuführen. Ergibt die Evaluation klare Verbesserungen des gesundheitlichen Outcomes, ist ein teilweiser Rückzahlungsverzicht (finanziert aus dem Gesundheitsfonds) angedacht.

Gesundheitsunternehmen: Personal wird zunehmend zum Engpassfaktor

Der aktuellen „Healthcare-HR-Trendstudie 2011“ des Beratungsunternehmens Kienbaum zufolge wird der Mangel an Personal zu einem immer größeren Problem für die Unternehmen der Gesundheitswirtschaft. Kienbaum hatte im Rahmen der Untersuchung ca. 300 Geschäftsführer und Personalverantwortliche aus den Bereichen Krankenhaus (30 %), Medizinproduktunternehmen (60 %) und Pharmaindustrie (10 %) befragt. Als gegenwärtig größte Herausforderung und gleichzeitigen Erfolgsfaktor identifizieren die Autoren die erfolgreiche Besetzung von Schlüsselpositionen mit geeigneten Mitarbeitern. Die Führungsqualität und die Attraktivität als Arbeitgeber nannten 43 bzw. 38 % als weitere wichtige aktuelle Themen. Rund die Hälfte der Befragten berichtete, dass sich der zunehmende Fachkräftemangel im Gesundheitswesen bei ihnen „stark“ oder „eher stark“ auswirke. Mit 12 % ist nur eine Minderheit „eher schwach“ davon betroffen. 79 % der befragten Unternehmen gehen davon aus, dass die Arbeitsattraktivität in den kommenden fünf Jahren eine zentrale Rolle spielen wird.

Auch anderen Experteneinschätzungen zufolge wird sich der Fachkräftemangel im Gesundheitswesen in den kommenden Jahren weiter verschärfen, da sich die Branche insgesamt in einem Boom befindet. Gegenwärtig arbeiten nach Aussage des Gesundheitsministeriums rund 5 Mio. Beschäftigte im deutsche Gesundheitswesen und erzielen dabei einen Gesamtumsatz von 260 Mrd. €, was rund 11 % der gesamten deutschen Wirtschaftsleistung ausmacht. Dementsprechend rasant entwickelt sich auch die Nachfrage nach geeigneten Arbeitskräften. Einer Studie der Beratungsgesellschaft PricewaterhouseCoopers (PwC) werden bereits im Jahr 2020 knapp 56.000 Ärzte und mehr als 140.000 Pflege- sowie andere nichtärztliche Fachkräfte fehlen. Bis zum Jahr 2030 soll der Personalmangel den Prognosen zufolge auf über 950.000 Fachkräfte anwachsen.

H.U.G informiert

Betriebliche Altersvorsorge / Mitarbeiter Aufklärung zwingend notwendig

Wie Sie wissen, haben alle Arbeitnehmer und Auszubildende, die nach dem Tarifvertrag für medizinische Fachangestellte angestellt sind, ein Anrecht auf Betriebliche Altersvorsorge. Des Weiteren ist der Arbeitgeber verpflichtet die Mitarbeiter über die Möglichkeit der Betrieblichen Altersvorsorge durch Entgeltumwandlung aufzuklären.

Immer wieder scheiden Mitarbeiter aus der Praxis aus oder nach den Sommerfeien werden neue Auszubildende eingestellt. Bitte setzten Sie sich diesbezüglich mit ihrem H.U.G-Berater in Verbindung. Wir werden dann die Betriebliche Altersvorsorge für Ihre Mitarbeiter und Auszubildende einrichten und die notwendige Aufklärung vornehmen.

Aufbau Altersvorsorge / Steuerliche Förderungen nutzten Vorteile für Männer noch im Jahr 2012 sichern

Ab 1. Januar 2013 wird in der gesamten Versicherungsbranche die Tarife bei Versicherungen von männlich / weiblich auf sogenannte UNISEX-Tarife umgestellt. Dies bedeutet, dass die Männerwelt in Zukunft im Bereich der Altersvorsorge deutlich schlechter abschneiden wird, da in den neuen Tarifen die Lebenserwartung der Frauen, die deutlich länger ist wie bei Männern, mit einkalkuliert wird.

Insofern ist es sinnvoll, sich noch im Jahr 2012 die attraktiven Tarife zu sichern. Die gilt natürlich auch bei der staatlich geförderten Rürup-Rente.

Setzten Sie sich diesbezüglich mit Ihrem H.U.G-Berater in Verbindung.

Das neue Zulassungsrecht sowie das Verfahren der Praxisübergabe im gesperrten Planungsbereich

Das im Wesentlichen zum 1. Januar 2012 in Kraft getretene GKV-Versorgungsstrukturgesetz hat in vielen Bereichen zu gravierenden Veränderungen im Vertragsarztrecht geführt. Im Folgenden sollen die Bereiche

- Zulassungsvarianten,
- Praxisübergabemöglichkeiten im gesperrten Planungsbereich

näher beleuchtet werden.

Aktuelle Zulassungsvarianten

Seit dem 1. Januar 2012 ergeben sich, je nach Versorgungsgrad i. R. der gesetzlichen Bedarfsplanung, bei Nachweis der persönlichen Voraussetzungen, abgesehen von den sich aus Gesetz und Richtlinien ergebenden Ausnahmevarianten, drei unterschiedlich ausgestaltete Zulassungsmöglichkeiten.

Bei einem

a) Versorgungsgrad bis 99,9% besteht weiterhin ein Rechtsanspruch auf uneingeschränkt Zulassung mit vollem oder halbem Versorgungsauftrag (= Voll- sowie Teilzulassung).

b) Versorgungsgrad von 100% bis zum Zeitpunkt der Feststellung und Veröffentlichung von Zulassungsbeschränkungen aufgrund von Überversorgung (Versorgungsgrad bis 109,9%) kann der Zulassungsausschuss die angestrebte Voll- oder Teilzulassung „ befristen“.

c) Versorgungsgrad von 110% und mehr und Anordnung von Zulassungsbeschränkungen aufgrund von Überversorgung im jeweiligen Planungsbereich. Zulassungsmöglichkeit nur auf der Basis eines Ausschreibungs- und Auswahlverfahrens gemäß § 103 SGB V sowie verschiedener Ausnahmetatbestände aus denen sich keine nennenswerten Zulassungsmöglichkeiten ergeben.

Gesetz und Zulassungsverordnung für Vertragsärzte enthalten keine konkreten Vorgaben über den Befristungszeitraum; dieser ist vom Zulassungsausschuss im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen festzulegen. Nach der Gesetzesbegründung sind bei der Festlegung des Befristungszeitraumes die Interessen des zur Zulassung anstehenden Arztes/Psychotherapeuten zu berücksichtigen. So muss es z.B. möglich sein, die mit der Praxisgründung typischerweise verbundenen Investitionskosten während der Laufzeit der befristeten Zulassung zu refinanzieren.

Sofern die Zulassungsausschüsse überhaupt von dieser Zulassungsvariante Gebrauch machen, ist vermutlich davon auszugehen, dass die Befristung der Zulassung an das Erreichen eines bestimmten Lebensalters des Arztes/Psychotherapeuten oder an das Ende der beruflichen Tätigkeit als Vertragsarzt gebunden wird.

Für befristet erteilte Zulassungen besteht von gesetzeswegen keine Möglichkeit der Praxisveräußerung. Eine Befristung der Zulassung wäre auch in denjenigen Fällen zulässig, in denen eine Neuzulassung auf der Basis einer partiellen Öffnung eines zuvor aufgrund von Überversorgung gesperrten Planungsbereiches erteilt wird oder ein Anstellungsverhältnis auf Antrag in eine Zulassung überführt werden soll. Für den Fall der Umwandlung einer bereits bestehenden sogenannten „Job-Sharingzulassung sowie Sonderbedarfszulassung“ in eine uneingeschränkte Regelzulassung, kommt eine nachträgliche Befristung nicht in Betracht. Da es für den vertragszahnärztlichen Bereich keine Zulassungsbeschränkungen mehr gibt, kommt für Zahnärzte eine Zulassungsbefristung nicht zum Tragen.

Praxisübergabe in einem für die Arztgruppe gesperrten Planungsbereich

Nach den gesetzlichen Bestimmungen (= § 103 Abs. 4 SGB V i.d.F. des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21. Dezember 1992) kann, wenn die Zulassung eines Vertragsarztes-/psychotherapeuten aufgrund von

- Tod, Verzicht auf die Zulassung oder Entziehung

endet, und der Planungsbereich, in welchem sich der Vertragsarztsitz befindet, aufgrund von Überversorgung gesperrt ist und die Praxis von einem Nachfolger weitergeführt werden soll, der Vertragsarztsitz auf Antrag des Vertragsarztes oder seiner zur Verfügung über die Vertragspraxis berechtigten Erben bis zum 31. Dezember 2012 durch die Kassenärztliche Vereinigung zum Zweck der Nachfolgezulassung zur Ausschreibung gebracht werden. Eine Ausschreibung findet unter Berücksichtigung der Vorgaben des Bundessozialgerichts allerdings nur dann statt, wenn der ausscheidende Vertragsarzt-/psychotherapeut zum Antragszeitpunkt tatsächlich unter einer bestimmten Anschrift noch in nennenswertem Umfang vertragsärztlich tätig ist. Ein die persönlichen Voraussetzungen nachweisender geeigneter Arzt musste nach diesen Vorgaben zugelassen werden, wobei auch eine in diesem Zusammenhang stehende Verlegung der Vertragspraxis i.d.R. genehmigt worden ist.

- Praxisübergabemöglichkeit ab dem 1. Januar 2013 – Abbau von Überversorgung

Mit dem neuen § 103 Abs. 3a SGB V ist, abweichend von der seitherigen Regelung, der Antrag auf Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes im gesperrten Planungsbereich nicht an die KV sondern an den Zulassungsausschuss zu richten. Der Zulassungsausschuss hat nunmehr die Aufgabe zu prüfen ob auf eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen verzichtet werden kann. Der Zulassungsausschuss kann den Antrag also ablehnen, wenn eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist. Im Rahmen seiner Prüfung hat der Ausschuss die wirtschaftlichen Gesichtspunkte zu berücksichtigen; letzteres gilt insbesondere für noch im Aufbau befindliche sogenannte Jungpraxen.

Eine Ablehnungsmöglichkeit ist in den Fällen, losgelöst von Versorgungsgesichtspunkten, dann nicht gegeben, wenn es sich bei dem vorgesehenen Praxisnachfolger um

- den Ehegatten, Lebenspartner oder ein Kind des bisherigen Vertragsarztes oder
- um einen angestellten Arzt bzw. Psychotherapeut des bisherigen Praxisinhabers,
- oder einen auf Job-Sharingbasis zugelassenen Vertragsarzt-/psychotherapeut

handelt (= 2er BAG). Ohne eine solche Regelung würde der auf Job-Sharingbasis Zugelassene aufgrund der Auflösung der bestehenden BAG kraft gesetzes seine Zulassung verlieren, was nicht gewollt ist. Nach dem Gesetzestext würde aber auch der in einer größeren BAG tätige Job-Sharer von vorerwähnter Privilegierungsregelung erfasst werden und zwar auch dann, wenn er noch keine fünf Jahre auf vorgenannter Basis vertragsärztlich tätig geworden ist.

Hat der Zulassungsausschuss den Antrag auf Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens a) aus Versorgungsgründen oder b) weil keine fortführungsfähige Vertragspraxis mehr besteht, abgelehnt, so hat die Kassenärztliche Vereinigung nur im Falle a) dem Vertragsarzt oder seinen zur Verfügung über die Praxis berechtigten Erben eine Entschädigung in Höhe des Verkehrswertes der Praxis zu zahlen.

Ob es zu nennenswerten Ablehnungen kommen wird, darf allerdings bezweifelt werden. Dies deshalb, weil der Gesetzgeber nur für diesen Entscheidungsbereich das Abstimmungsverfahren im Zulassungsausschuss geändert hat. Die Ablehnungsentscheidung kann der Ausschuss – abweichend von den Vorgaben in § 96 Abs. 2 S. 6 SGB V, welche vorsehen, dass bei Stimmengleichheit ein Antrag als abgelehnt gilt – mit Wirkung vom 1. 1. 2013 nur mit der Mehrheit der Stimmen im Zulassungsausschuss beschließen, wobei zu beachten ist, dass der Ausschuss aus je drei Vertretern der Krankenkassen sowie der Ärzteschaft besteht.

Hat der Zulassungsausschuss dem Antrag auf Einleitung eines Nachbesetzungsverfahren zugestimmt, so hat die KV den Vertragsarztsitz in den für ihre amtlichen Bekanntmachungen vorgesehenen Blättern unverzüglich auszuschreiben. Das weitere Verfahren entspricht der bislang praktizierten Vorgehensweise.

Ein Widerspruchsverfahren (Vorverfahren) ist von gesetzeswegen im Genehmigungsfall nicht vorgesehen. Klagen gegen die Genehmigungsentscheidung haben keine aufschiebende Wirkung. Nach der Gesetzesbegründung soll hierdurch gewährleistet werden, dass bei einem positiven Votum des Ausschusses die Versorgung der Versicherten weiter gewährleistet ist und nicht durch ein Klageverfahren ggf. über einen längeren Zeitraum ausgesetzt werden würde.

Für den Fall, dass mehrere Bewerber sich um die Fortführung der Vertragspraxis bewerben, hat der Zulassungsausschuss seine Auswahlentscheidung auf der Basis der gesetzlich vorgegebenen Auswahlkriterien zu treffen.

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 2012

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?

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

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

Die Termine sowie den Veranstaltungsort erfahren Sie bei uns.

Ärztestammtische 2012

Für unsere Mandanten sind wir gerne bereit vor Ort einen Ärztestammtisch 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-Versorgungs-strukturgesetz 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!

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,
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

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