1

Jahrgang 2012

QUID

H.U.G Quartalsinformation

In Zusammenarbeit mit REBMANN RESEARCH

Dauerbaustelle vertragsärztliche Vergütung

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
- Vertragsärztliche Vergütung als „Dauerbaustelle“
– Kassenmilliarden wecken Begehrlichkeiten

Talk :: Seite 5 – 7
- Wieder Wirbel um Wartezeiten
- Private Krankenversicherung: Nichtzahler werden zum Problem
- Weg frei für die Delegation ärztlicher Tätigkeiten

Fachrichtung :: Seite 7 – 8
- Allgemeinärzte: Hausärzte und Pflege wollen kooperieren
- Fachärzte: Nachwuchsprobleme bei den ambulanten Gastroenterologen
- Zahnärzte: Zweiter Gesundheitsmarkt wird immer wichtiger

Regional :: Seite 9 – 10
- Baden-Württemberg: Rückgang bei den Prüfverfahren
- Bayern: Unzufriedenheit mit geschiedstem Hausarztvertrag
- Sachsen schnürt Paket gegen den Ärztemangel
- Rheinland-Pfalz und Mecklenburg-Vorpommern: Vorreiter bei den neuen Honorarverteilungsmaßstäben

International :: Seite 10 – 11
- Gesundheitsausgaben gefährden Kreditwürdigkeit der Industriestaaten
- Sécurité Sociale in der Krise

Trend :: Seite 12
- Immer mehr Ärzte entscheiden sich für Privatarzttätigkeit
- Markt für Selbstmedikation: GKV-VStG stellt Weichen

H.U.G informiert :: Seite 13 – 11
- Welche Änderungen bringt das GKV-Versorgungsstrukturgesetz für Ärzte und Zahnärzte und zu welchem Zeitpunkt?
- Freiberufler-Rabatt: Kooperation Mercedes Benz – H.U.G

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.

Vertragsärztliche Vergütung als „Dauerbaustelle“

Die niedergelassenen Ärzte sollten sich längst an das „Diskontinuitätsprinzip“ der vertragsärztlichen Vergütungssystematik und die damit verbundene fehlende Planungssicherheit gewöhnt haben. Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG), das seit dem 1. Januar in Kraft ist, ergeben sich erneute, zum Teil weitreichende Umgestaltungen der Honorarsystematik. Mit wenigen Ausnahmen gilt für all diese Änderungen, dass sie nicht sofort, sondern erst schrittweise umgesetzt werden. Grund ist, dass das Gesetz die konkrete Ausgestaltung wichtiger Inhalte an die Selbstverwaltungsorgane übertragen hat. Einige wichtige Grundsätze stehen jedoch bereits fest (siehe Tabelle).

Ansatzpunkte	Änderungen
Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM)	■ Abkehr von den Vergütungspauschalen hin zu einer stärkeren Einzelleistungsvergütung: Aufwertung der Einzelleistungsvergütung sowohl in der haus- als auch in der fachärztlichen Versorgung (Umwandlung der Verpflichtung zur Vereinbarung von Grund- und Zusatzpauschalen in eine „Soll-Regelung“) ■ Beschränkung der Versichertenpauschalen auf Leistungen, die regelmäßig oder sehr selten erbracht werden und nur einen geringen Aufwand verursachen (somit keine Benachteiligung spezialisierter Ärzte) ■ Höhere Bewertung von Erstkontakten im Vergleich zu Folgebehandlungen (gilt nicht für Arztgruppen, bei denen eine solche Differenzierung sachwidrig wäre) ■ Differenzierung der Versichertenpauschalen nach Schweregrad der Erkrankung von chronisch Kranken zur besseren Abbildung des Behandlungsbedarfs bzw. -aufwands ■ Einführung von Einzelleistungen oder Leistungskomplexen für besonders förderungswürdige fachärztliche sowie telemedizinische Leistungen durch den Bewertungsausschuss ■ Umsetzung wird nicht vor dem Jahr 2014 erfolgen
Regionalisierung und Flexibilisierung der ärztlichen Honorare	■ Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) dürfen ab dem Jahr 2013 bei der Honorarverteilung wieder regionale Besonderheiten und Versorgungssituationen berücksichtigen ■ Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) legt hierbei den Rahmen fest, wie die Aufteilung der Gesamtvergütung in den haus- und fachärztlichen Topf, die Vorgaben zur Mengensteuerung und die Umsetzung einer Kalkulationssicherheit für die Ärzte bezüglich des zu erwartenden Honorars ■ Dabei entfällt die gesetzliche Verpflichtung zur Aufrechterhaltung der RLV und QZV, es besteht jedoch die Option, diese beizubehalten ■ Maßgebend für die Vereinbarung der Gesamtvergütungen ist der regionale Behandlungsbedarf in den einzelnen KVen. Zur Erfassung der regionalen Morbidität sind bereits im laufenden Jahr auf regionaler Ebene Vereinbarungen zur Dokumentation der Behandlungsdiagnosen zu treffen. Der regionale Behandlungsbedarf fließt jedoch frühestens ab dem Jahr 2013 in die Bemessung der Vergütungen mit ein. ■ Einige KVen haben bereits von der Neuregelung Gebrauch gemacht. Rheinland-Pfalz hat zum 1. April die RLV abgeschafft und führt die alten Individualbudgets wieder ein. Für diese ist eine Mengenbegrenzung vorgesehen, die sich anhand der tatsächlich erbrachten Leistungsmenge des Vorjahresquartals bemisst. Für die Grundpauschalen ist ein (weitgehend) fester Punktwert von 3,7 Cent im hausärztlichen und 3,2 Cent in der fachärztlichen Versorgung vorgesehen. Auch die KVen Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen haben sich bereits für einen neuen Honorarverteilungsmaßstab entschieden.
Spezialärztliche Versorgung als neuer Leistungsbereich	■ Neuer Leistungssektor mit Leistungsvergütung ohne Mengenbegrenzung ■ Abrechnung über die KV oder direkt mit den Kassen möglich ■ Krankenhäuser als gleichberechtigte (konkurrierende) Leistungserbringer ■ Bereinigung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung um die neuen Honorarbestandteile ■ Leistungen werden in einem noch zu erstellenden speziellen Katalog definiert (schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen, Erkrankungszustände mit geringen Fallzahlen und hochspezialisierte Leistungen) ■ Als Vergütungsgrundlage soll ein eigenes EBM-Kapitel dienen ■ Die Einzelheiten legt der Gemeinsame Bundesausschuss bis Ende 2012 fest
Aufhebung des Deckels beim Ambulanten Operieren	■ Aufhebung der mit dem GKV-Finanzierungsgesetz eingeführten Deckelung im ambulanten Bereich und somit Vergütung zu festen Preisen ohne Mengenbeschränkung (seit 1. Januar 2012)
Neue Vergütungsmöglichkeiten für Ärztenetze	■ Möglichkeit von Honorarzuschlägen bzw. eigener Honorarvolumen (über die bereits bestehenden Möglichkeiten im Rahmen von Selektivverträgen hinaus), sofern sie zur Verbesserung der ambulanten Versorgung beitragen ■ Die Voraussetzungsdetails sind noch von der KBV im Benehmen mit den Krankenkassen zu erarbeiten

Die größtenteils noch ausstehenden Detailfragen machen eine Einschätzung der künftigen Honorarverteilung schwierig. So werten zwar fast alle KVen die wiedererlangten größeren Mitspracherechte in Form der Regionalisierung als positiv, verweisen jedoch darauf, dass angesichts des auf 1,25 % beschränkten Honorarzuwachses ihr Verteilungsspielraum sehr eingeschränkt ist. Enttäuschung macht sich insbesondere in den KVen des Aktionsbündnisses „Länderübergreifender angemessener Versorgungsanspruch“ (LAVA) breit. Sie hatten bis zuletzt vergeblich um eine Konvergenz der Honorare gekämpft und beklagen nun die Festschreibung der regionalen Vergütungsunterschiede. Somit herrschen im KV-Vergleich sehr unterschiedliche Ausgangsbedingungen für die Vergütungsverhandlungen.

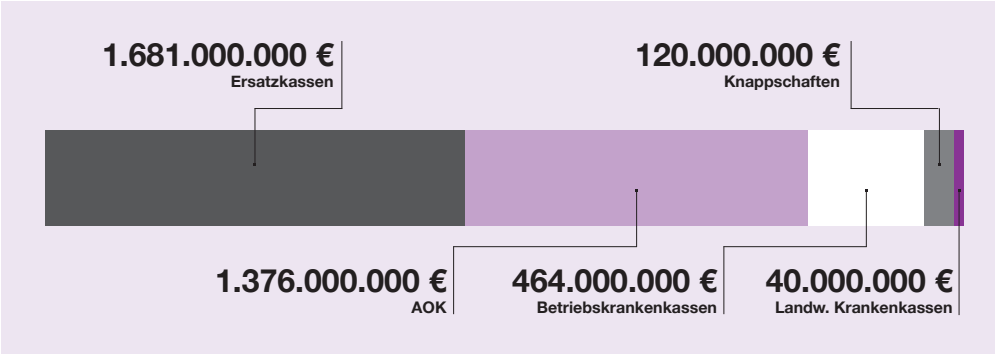
Für Letztere werden qualitativ hochwertige und effiziente regionale Versorgungskonzepte von zunehmender Bedeutung sein. Auch diesbezüglich nimmt der Druck aufgrund des anhaltenden Konsolidierungstrends auf dem GKV-Markt weiter zu. Insbesondere kleine regionale Kassen sind Opfer des steigenden Wettbewerbsdrucks und gehen in einer Fusion auf. Bereits heute konzentriert sich rund ein Drittel der gesamten GKV-Mitglieder in nur drei großen Kassen. 90 % der Versicherten entfallen auf die 30 größten Kassen Deutschlands. Die verbleibenden Großkassen kalkulierten hart. Sie unterstützen regionale Versorgungsmodelle nur dann, wenn sie hinsichtlich ihrer Kosten-Nutzen-Relation deutliche Vorteile aufweisen. Insofern ist die Machtkonzentration der auch vom Gesetz angestrebten Entwicklung regionaler Versorgungskonzepte eher abträglich.

Unabhängig davon, zeigen die Erfahrungen aus der Vergangenheit, dass Änderungen der Vergütungssysteme zwangläufig mit Umverteilungen einhergehen. Schließlich werden die Vergütungen – ob für Pauschalen oder Einzelleistungen oder für die neuen spezialärztlichen Leistungen – aus der morbiditätsorientierten und gedeckelten Gesamtvergütung gespeist. Ob die neue Honorarverteilungssystematik mehr Gerechtigkeit bringen wird als die alte, bleibt fraglich. Sicher ist, dass hierdurch – zumindest vorerst – kein zusätzliches Geld für die ambulante Versorgung zur Verfügung gestellt werden soll. Das bedeutet, dass auch die kommende Reform wieder Gewinner und Verlierer hervorbringen wird, sowohl hinsichtlich der einzelnen Regionen und Facharztgruppen als auch innerhalb der Fachrichtungen. Damit stehen die deutschen Vertragsärzte wieder einmal vor einer Reform der Reform, begleitet von einem entsprechenden administrativen Aufwand zur erneuten Umstellung der Abrechnung. Sollte es tatsächlich gelingen, die Morbidität künftig besser in der Verteilung der Gesamtvergütung sowie im EBM abzubilden, besteht jedoch zumindest für die Zukunft die Hoffnung auf eine verbesserte Verteilungsgerechtigkeit.

Kassenmilliarden wecken Begehrlichkeiten

Viele gesetzliche Krankenkassen horten offenbar hohe Millionenbeträge. Den Kennzahlen der Gesetzlichen Krankenversicherung zufolge ergab sich für das dritte Quartal 2011 bereits ein Überschuss von 3,94 Mrd. €. Insgesamt sollen etwa 30 Kassen über ausreichende Mittel verfügen, die eine Auszahlung von Prämien an insgesamt rund sieben Mio. Versicherte erlauben würden. Möglich wären hierbei Prämien in Höhe von 30, 50 oder sogar über 60 € pro Jahr. Das Gesundheitsministerium hat nun die Kassen zur Ausschüttung entsprechender Gelder an ihre Versicherten aufgefordert.

Reserven der Krankenkassen Ende 2011 in Mio. €

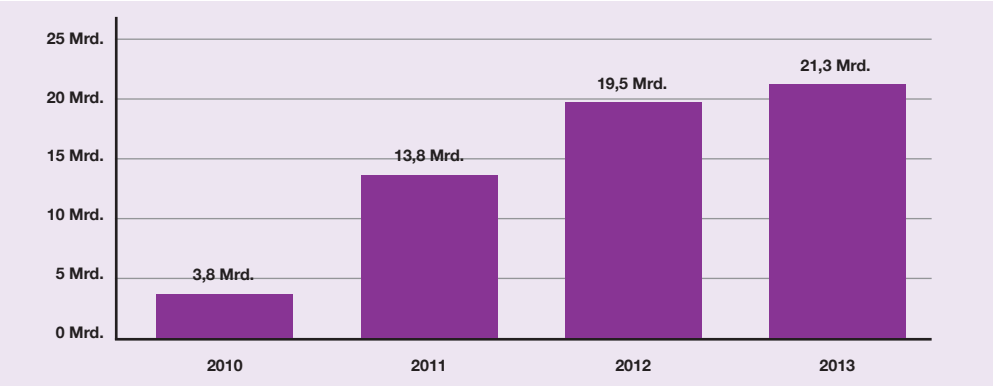


Quelle: dpa Grafiken: REBMANN RESEARCH

Bislang haben jedoch erst sieben gesetzliche Krankenkassen (HKK, BKKen Wirtschaft und Finanzen, PWC, R+V, A.T.U., Schwarzwald-Baar-Heuberg und die BKK Textilgruppe Hof) von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht. Lediglich eine Kasse, die Daimler BKK, ist der jüngsten Aufforderung des Ministers gefolgt und hat eine Prämienausschüttung in Höhe von 60 € pro Versichertem angekündigt. Indessen lehnen insbesondere die großen Kassen die Vorschläge des Gesundheitsministers vehement ab. Mit dem Hinweis auf eine mögliche künftige Verschlechterung ihrer finanziellen Situation wollen sie ein „Prämien-Jojo“ für ihre Versicherten vermeiden.

Nicht nur einige der gesetzlichen Krankenkassen, sondern auch der Gesundheitsfonds profitiert von einem dicken Finanzpolster, das schon bald die 20-Milliarden-Grenze überschreiten könnte. So prognostiziert das Kieler Institut für Weltwirtschaft (IfW) für das laufende Jahr einen Überschuss in Höhe von 5,7 und für 2013 von weiteren 1,8 Mrd. €. Die Zahlen des GKV-Schätzerkreises vom 12. Oktober 2011 liegen mit einem für das Jahr 2011 prognostizierten Überschuss von rund 4,4 Mrd. € niedriger. Von der vorhandenen Geldreserve sind ca. 5 Mrd. zweckgebunden. Rund 3 Mrd. € sind den Mindestreserven zuzuführen und weitere 2 Mrd. € als Sozialausgleich für Zusatzbeiträge sowie für die Finanzierung der Zusatzbeiträge von ALG-2-Empfängern bis zum Jahr 2014 gedacht. Da es voraussichtlich bald jedoch keine Krankenkasse mehr geben dürfte, die Zusatzbeiträge erhebt, sind diese Mittel zumindest gegenwärtig frei.

(Prognostizierte) kumulierte Reserven des Gesundheitsfonds 2010–2013



Quelle: Handelsblatt / Kieler Instituts für Weltwirtschaft (IfW) Grafiken: REBMANN RESEARCH

Die überschüssigen Mittel der Kassen und des Fonds geben Anlass zu Grundsatzdiskussionen bzw. Begehrlichkeiten: Das Gesundheitsministerium fordert eine entsprechende finanzielle Entlastung der Versicherten, die Kassen wiederum fühlen sich bevormundet, die KVen Westfalen-Lippe und Schleswig-Holstein bestehen auf einem Ausgleich des regionalen Ungleichgewichts bei der Vergütung ambulanter Leistungen, und die Krankenhäuser fordern eine Rücknahme der gesetzlich verordneten Sparmaßnahmen. Politiker der Opposition schlagen eine Senkung des Einheitsbeitragssatzes bzw. die Rückkehr zu kassenindividuellen Beitragssätzen oder die Abschaffung der Praxisgebühr und Zuzahlungen bei Medikamenten und Hilfsmitteln vor. Der DGB wiederum hält es für angemessen, den Arbeitnehmer-Sonderbeitrag von 0,9 % abzusenken, die Arbeitgeber halten eine Beitragssenkung um 0,5 Prozentpunkte für gerechtfertigt und die Pharmaindustrie wirft den umstrittenen Herstellerabschlag ins Feld.

So wollen die Bürger die Kassenüberschüsse verwenden…

Verbleib bei den Kassen für kommende Jahre: **50 %**

Prämienausschüttung an die Versicherten: **17 %**

Senkung der Beitragssätze: **30 %**

Quelle: Infratest dimap, Umfrage im Auftrag des ARD-Morgenmagazins (14./15.02.2012)

Bei all den Vorschlägen und Diskussionen darf nicht vergessen werden, dass die gegenwärtigen Überschüsse einer unerwartet guten konjunkturellen Entwicklung geschuldet sind. Dies bedeutet, dass sich die Finanzlage des Fonds sowie der Kassen sehr schnell wieder ändern könnte. Hinzu kommt, dass die finanziellen Belastungen des zum 1. Januar 2011 in Kraft getretenen Gesetzes zur Verbesserung der medizinischen Versorgung noch nicht absehbar sind. Entscheidungen über den Umgang mit den überschüssigen Mitteln sollen also mit Voraussicht getroffen werden, denn angesichts der wachsenden Nachfrage infolge der demografischen Entwicklung und des medizinischen Fortschritts kann selbst bei guter Konjunkturlage nicht von dauerhaften Überschüssen ausgegangen werden. Gesundheitsökonomen prognostizieren bereits für das Jahr 2014 ein GKV-Defizit in Höhe von knapp 10 Mrd. €.

Letztendlich besteht die Möglichkeit, dass die Forderungen aller Beteiligten in der Diskussion um die Verteilung der überschüssigen Mittel im Sande verlaufen. Denn das Finanzministerium fordert aktuell eine Kürzung des Bundeszuschusses für den Gesundheitsfonds, um die Neuverschuldung des Bundes zurückzuführen. Hierbei steht Medienberichten zufolge sogar eine dauerhafte Absenkung der Bundesmittel um 2 Mrd. € im Raum. Näheres wird spätestens Mitte März bekannt werden, wenn die Eckwerte für die Aufstellung des Bundeshaushalts 2013 und den Finanzplan bis 2016 feststehen.

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.

Wieder Wirbel um Wartezeiten

Eine aktuelle Studie der Universität Hamburg untersuchte den Einfluss verschiedener Variablen hinsichtlich der Wartezeiten auf einen Arzttermin bzw. der Wartezeit im Wartezimmer. Die Untersuchung stützte sich dabei auf eine Querschnittsbefragung des Bertelsmann Gesundheitsmonitors in den Jahren 2007 bis 2009. Neben dem Versichertenstatus untersuchten die Autoren auch die Auswirkungen des Einkommens und des Termingrundes auf die Wartezeiten. Dabei gelangte die Untersuchung zu dem Ergebnis, dass unter den drei Einflussfaktoren dem Versichertenstatus das größte Gewicht zukam.

Das Einkommen der Patienten zeigte relativ geringe Auswirkungen auf die Dauer der Wartezeit. Patienten mit einem Haushaltseinkommen von weniger als 500 € Monat mussten im Vergleich zur Gruppe mit einem Einkommen von über 2.000 € monatlich durchschnittlich einen Tag länger auf einen Hausarzttermin warten. Bei den Fachärzten fiel dieser Einfluss geringer aus und war erst ab einem Einkommen von über 5.000 € Monat deutlich sichtbar. Grundsätzlich profitierten Empfänger höherer Einkommen von leicht verkürzten Wartezeiten in den Wartezimmern der Arztpraxen.

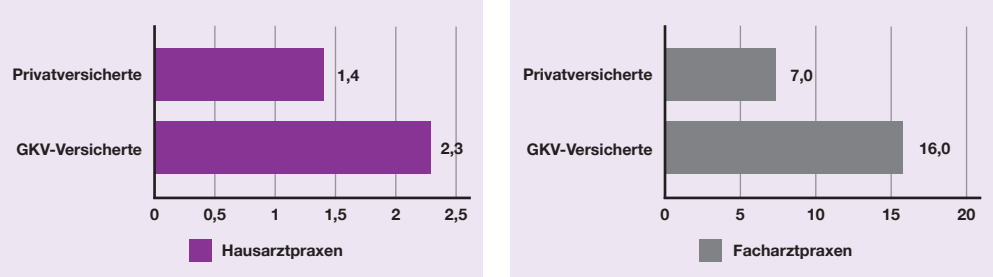
Auch der Grund des Arzttermins zeigte einen Einfluss auf die Wartezeiten. So wiesen Akutfälle einen Zeitvorteil von durchschnittlich einem Tag gegenüber chronisch Kranken sowie gegenüber jenen Patienten auf, die als Grund ihres Terminwunsches lediglich akute Beschwerden oder Sonstiges angaben. In den Wartezimmern ließ sich dann allerdings ein umgekehrter Zusammenhang beobachten. So mussten Patienten mit akuten Erkrankungen durchschnittlich vier bis fünf Minuten länger warten. Die Autoren der Studie erklären dies damit, dass dringende Akutfälle die Arztpraxis oft ohne vorherige Terminvereinbarung aufsuchen.

Die größten Auswirkungen auf die Wartezeiten gingen vom Versichertenstatus aus (vgl. Abbildung). Dieser fiel bei den Hausarztterminen mit 0,9 Tagen Zeitvorteil für die privat versicherten Patienten noch relativ gering aus. Anders ist jedoch die Situation im fachärztlichen Bereich: Hier warteten GKV-Versicherte mit durchschnittlich 16 Tagen neun Tage länger auf einen Termin als Privatversicherte. Bei der Wartezeit innerhalb der Hausarztpraxis hatten Privatversicherte gegenüber den Kassenpatienten einen durchschnittlichen Zeitvorteil von ca. zehn Minuten. Bei der in den Facharztpraxen verbrachten Wartezeit ergab sich ein Unterschied von rund sieben Minuten.

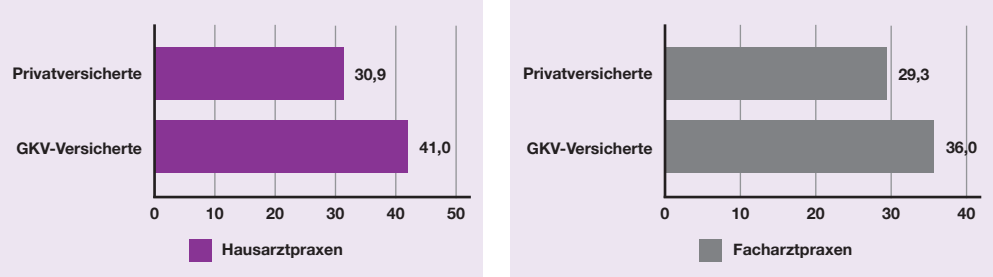
Die Autoren der Studie erklären die Unterschiede bei den Wartezeiten durch die Anreize, die von den verschiedenen Vergütungssystemen ausgehen: So liegt das Honorar für Privatpatienten durchschnittlich um das 2,28-fache über jenem für GKV-Patienten. Um einen Ausgleich bei den Wartezeiten zu schaffen, schlagen sie deshalb eine Angleichung der Vergütung oder alternativ die Einführung von Online-Terminsystemen vor, bei denen die Terminvergabe unabhängig vom Versichertenstatus oder Einkommen erfolgt. Diesbezüglich bestehen bereits erste Modellversuche in den USA, Kanada und in Großbritannien, deren Ergebnisse allerdings noch ausstehen.

Auch wenn die Wartezeiten bei den Privatversicherten kürzer ausfallen, lässt, sich hieraus nicht automatisch schlussfolgern, dass sie auch von einer höheren Behandlungsqualität profitieren. Die Hamburger Wissenschaftler planen deshalb eine weitere Studie, die den Einfluss des Versichertenstatus auf die Qualität der medizinischen Versorgung untersuchen soll. Erst dann lässt sich abschließend klären, ob in Deutschland eine Zweiklassenmedizin vorliegt oder nicht.

Auswirkungen des Versichertenstatus auf die Terminvergabe (in Tagen)



Auswirkungen des Versichertenstatus auf die Wartezeit im Wartezimmer (in Minuten)



Quelle: Universität Hamburg, Effect of Type of Insurance an Income on Waiting Time for Outpatient Care Grafiken: REBMANN RESEARCH

Private Krankenversicherung: Nichtzahler werden zum Problem

Die Private Krankenversicherung steht angesichts zunehmender Beitragsausfälle vor einem Problem. Laut Auskunft des Verbands der privaten Krankenversicherer blieben Ende September 2011 insgesamt 144.000 Mitglieder der Privaten Krankenversicherung ihren Betrag schuldig. Bedenklich ist, dass dabei deren Gruppe ständig wächst: Bereits im November 2010 überstiegen die Nichtzahler den Nettoneuzugang an Mitgliedern. Mittlerweise soll sich die Beitragsschuld insgesamt auf rund 550 Mio. € belaufen.

Da die privaten Krankenversicherer seit Einführung der Versicherungspflicht den nichtzahlenden Mitgliedern nicht kündigen dürfen, soll nun laut Medienangaben ein neuer „Nichtzahlertarif“ mit geringem Leistungsumfang Abhilfe schaffen. Einem Bericht der „Welt“ zufolge wird der geplante Billigtarif mit einer Monatsprämie von rund 100 € nur noch akute Krankheiten sowie Schwangerschaften abdecken. Geplant ist, säumige Prämienzahler nach erfolgloser zweifacher Mahnung automatisch in den neuen Tarif zu überführen.

Durch die Beitragsausfälle ergeben sich für die Krankenversicherer weitere Probleme. Schließlich sind es die zahlenden Mitglieder, welche die säumigen Versicherten über steigende Beiträge „quersubventionieren“. Durch die jüngsten, in einigen Fällen zum Teil massiven Beitragserhöhungen von 40 bis 60 % steht die Branche insgesamt in der Kritik. Hinzu kommt, dass insbesondere die älteren Mitglieder durch den Beitragsanstieg überproportional belastet werden und sich hierdurch die Gruppe der Nichtzahler zwangsweise weiter erhöht. Doch die PKV ist nicht ganz „unschuldig“ an dieser Entwicklung. Mit Lockangeboten haben viele Versicherungen mithilfe billiger Einstiegstarifen eine neue, nicht ausreichend zahlungskräftige Mitgliedergruppe geworben, welche die nachfolgenden Beitragssteigerungen finanziell nicht schultern konnte.

Weg frei für die Delegation ärztlicher Tätigkeiten

Nachdem das Bundesgesundheitsministerium die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten ohne Einschränkungen gebilligt hat, bestehen keine rechtlichen Hürden für die Modellversuche zur Delegation ärztlicher Tätigkeiten an Alten- und Krankenpflegekräfte mehr. Der Beschluss, Pflegekräften neue Aufgabenbereiche zu übertragen, wurde bereits mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz im Jahr 2008 gefasst. Der G-BA hatte dann im Oktober 2012 eine entsprechende Richtlinie verabschiedet. Die Modellversuche beschränken sich der Richtlinie entsprechend zunächst auf die Indikationsgebiete Bluthochdruck, Demenz, chronische Wunden sowie Diabetes mellitus 1 und 2. Die vorgesehene Kompetenzaufteilung sieht die Diagnose- und Indikationsstellung sowie die Festlegung eines Therapieplans durch den Arzt und die Therapie einschließlich der fachlichen, wirtschaftlichen und haftungsrechtlichen Verantwortung durch besonders qualifizierte Pflegekräfte vor. Die Richtlinie beinhaltet einen Überweisungsvorbehalt.

Die Reaktionen auf die neue Richtlinie sind nach wie vor gespalten. Während sie von den Pflegeverbänden ausdrücklich begrüßt wird, befürchten viele Ärzte eine Verschlechterung der Qualität der medizinischen Versorgung. Mit Blick auf die (drohenden) Versorgungsprobleme insbesondere auf dem Land sind jedoch neue Modelle dringend erforderlich. Dies hat auch der Gesetzgeber erkannt, der mit dem Versorgungsstrukturgesetz die Delegation ärztlicher Tätigkeiten ausdrücklich unterstützt. Dennoch ist zu erwarten, dass vor einer flächendeckenden Übertragung ärztlicher Tätigkeiten an Pflegekräfte noch viel Entwicklungsarbeit zu leisten ist, um die Versorgungsqualität im Rahmen der neuen Modelle zu garantieren und damit eine geeignete Vertrauensgrundlage zwischen Ärzten und Pflegepersonal zu schaffen.

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

Hausärzte und Pflege wollen kooperieren

Der Deutsche Hausärzteverband (HÄV) und der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa) planen die Entwicklung sektorübergreifender Versorgungsformen zur besseren Vernetzung von Hausärzten mit Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten. Zu diesem Zweck sollen verschiedene Vertragslösungen entwickelt werden, wie z. B. eine koordinierte Betreuung von Pflegeheimpatienten durch mehrere Hausärzte einer Region, spezielle gemeinsame Angebote für pflegende Angehörige und ein verbessertes Case-Management durch spezielle Pflegeberater zur Überleitung zwischen stationärer Versorgung und Pflege.

Der HÄV sieht in den geplanten Angeboten wichtige Tätigkeitsfelder für die speziell qualifizierten arztentlastenden Praxismitarbeiterinnen (EVA, VeraH, AgNES). Die Verhandlungspartner gehen davon aus, dass es noch im laufenden Jahr zum Abschluss konkreter Verträge kommen wird. Die Entwicklung funktionsfähiger Kooperationsstrukturen zwischen hausärztlicher Versorgung und Pflege und insbesondere der Abbau der zwischen diesen Bereichen bestehenden Kommunikationsdefizite birgt viel Potenzial. So erfordert bereits die rein personelle Bewältigung des prognostizierten Zuwachses an Pflegebedürftigen unkonventionelle Versorgungslösungen.

Auch das Bundesgesundheitsministerium setzt sich für eine Intensivierung der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegeeinrichtungen ein. Zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen in Heimen sollen im Rahmen der geplanten Pflegereform künftig rund

77 Mio. € pro Jahr bereitgestellt werden. In diesem Zusammenhang sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet werden, aktive Kooperationen zwischen Heimen und Ärzten zu organisieren. Ferner sind monetäre Anreize für Hausbesuche vorgesehen. Ziel ist die Verhinderung von Krankenhausaufenthalten.

FACHÄRZTE

Nachwuchsprobleme bei den ambulanten Gastroenterologen

Im Bereich der ambulanten Gastroenterologie bestehen dem Berufsverband niedergelassener Gastroenterologen (bng) zufolge ernste Nachwuchsprobleme. Der bng stützt seine Aussage auf eine 14 Landesärztekammern umfassende Studie. Dementsprechend sank die Zahl der Absolventen zwischen 2007 bis 2010 um rund ein Fünftel. Dabei waren die männlichen Prüflinge, die eine gastroenterologische Weiterbildungsprüfung absolvierten, weitaus mehr von dem Rückgang betroffen als die weiblichen. Insgesamt beläuft sich jedoch der Frauenanteil unter den niedergelassenen Gastroenterologen mit rund 11 % nach wie vor auf einem konstant niedrigen Niveau.

Der Dachverband aller Gastroenterologen Deutschlands beziffert die Gesamtzahl sämtlicher ambulant und stationär tätigen Gastroenterologen auf über 3.800 Ärzte. Davon sind rund 30 % dem ambulanten Bereich zugeordnet. Die Ursachen für die Nachwuchsprobleme liegen nach Auffassung des bng in der langen Ausbildungszeit, den intensiven beruflichen Anforderungen sowie dem Niederlassungsrisiko.

Insgesamt zeichnen sich nicht nur im Bereich der Gastroenterologie, sondern auch in anderen fachärztlichen Gebieten zunehmend Nachwuchssorgen ab. Zwar zielt das seit 1. Januar geltende Versorgungsstrukturgesetz darauf ab, den Nachwuchsmangel insbesondere in ländlichen Gebieten zu beheben, jedoch ist hier laut Auffassung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung frühestens bis zum Jahr 2015 mit einem Entlastungseffekt zu rechnen. Grund ist, dass die Ausarbeitung wesentlicher Inhalte des Gesetzes (wie z. B. die Reformierung der Bedarfsplanung) den Selbstverwaltungsgremien übertragen wurde. Diese müssen nun zunächst trag- und konsensfähige Konzepte entwickeln.

ZAHNÄRZTE

Zweiter Gesundheitsmarkt wird immer wichtiger

Einer aktuellen Studie des Darmstädter WifOR-Instituts und des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) zufolge spielen individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) eine immer bedeutendere Rolle in deutschen Zahnarztpraxen. Während der entsprechende Umsatzanteil gegenwärtig noch bei 29,6 % liegt, prognostizieren die Studienautoren, dass die Selbstzahlerleistungen im Jahr 2030 ca. 39,8 % (bzw. 10,76 Mrd. €) der Zahnarztumsätze ausmachen werden. Damit gehen sie von einem jährlichen Wachstum des Selbstzahlersegments um 2,39 % aus, was jenes des GKV-Marktes mit 0,88 % deutlich übertrifft. Als Grund nennt die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) das gestiegene Bewusstsein innerhalb der Bevölkerung „für den Wert gesunder Zähne“.

Das Potenzial des sog. zweiten Gesundheitsmarkts scheint somit insbesondere für die Zahnärzte weiterhin sehr groß zu sein. Im Gegensatz zu den niedergelassenen Ärzten weisen die Selbstzahlerleistungen in Zahnarztpraxen aufgrund der Einschränkungen der GKV-Leistungen in diesem Bereich bereits seit langem eine große Bedeutung auf. Dies stellt angesichts der aktuellen Debatte um die Seriosität der IGeL-Angebote einen deutlichen Vorteil dar.

Die Studie zeigt ferner die Bedeutung der Dentalbranche für den Arbeitsmarkt auf. Auf jede deutsche Zahnarztpraxis entfallen durchschnittlich neun Arbeitsplätze. Insgesamt umfassten Zahnarztpraxen, Dentallabore und Vertriebseinrichtungen für Dentalprodukte im vergangenen Jahr bereits rund 410.000 Erwerbstätige. Bis zum Jahr 2030 wird hier ein Zuwachs um 18,6 % (+ 76.000 Arbeitsplätze) prognostiziert.

Regional

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

Baden-Württemberg: Rückgang bei den Prüfverfahren

Die Zahl der Prüfverfahren und Arzneimittelregresse bei den Vertragsärzten in Baden-Württemberg ist seit dem Jahr 2005 deutlich zurückgegangen. Dies geht aus einer Stellungnahme des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren auf Anfrage der Grünen hervor. So sank die Zahl der Prüfverfahren von 962 im Jahr 2005 auf nur noch 412 im Jahr 2008. Trotz rückläufiger Wirtschaftlichkeitsprüfungen stieg jedoch die Anzahl der verhängten Arzneimittelregresse von 115 im Jahr 2005 auf 153 im Jahr 2008 und 139 im Jahr 2009 an. Während der Gesamtregresswert im Jahr 2008 noch 3,8 Mio. € betrug, erhöhte er sich 2009 auf rund 4 Mio. €. Heilmittelregresse gab es im Jahr 2009 in 49 Fällen mit einem Gesamtvolumen von 500.000 €.

Aus Sicht der Vertragsärzte sind die rückläufigen Prüfverfahren positiv. Dennoch gehen von diesem Wirtschaftlichkeitsinstrument – insbesondere angesichts steigender Regresszahlen – weiterhin sehr abschreckende Wirkungen aus. Dies hängt auch mit den überaus langen Widerspruchsverfahren zusammen. So sind beispielsweise 55 der insgesamt 100 Widersprüche aus dem Jahr 2005 nach wie vor nicht entschieden. Im Jahr 2008 fällt die Bilanz noch schlechter aus: Hier sind noch 136 der insgesamt 139 Widerspruchsverfahren offen. Aus diesem Grunde ist die Neuregelung des Versorgungsstrukturgesetzes ausdrücklich zu begrüßen: Sie sieht vor, dass bei einer erstmaligen Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 % noch kein Regress, sondern zunächst eine individuelle Beratung erfolgt.

Bayern: Unzufriedenheit mit geschiedstem Hausarztvertrag

Der seit dem gescheiterten Systemausstieg rund 14 Monate schwelende Streit zwischen den bayerischen Hausärzten und der AOK wurde nun durch eine Entscheidung des Schiedsamtes beendet. Damit gibt es in Bayern wieder – ähnlich wie in Baden-Württemberg – einen flächendeckenden Vollversorgungsvertrag im hausärztlichen Bereich. Auf den neuen Vertrag findet noch das alte Recht Anwendung, das im Gegensatz zu den aktuellen Bestimmungen keine Gegenfinanzierung der zusätzlichen Honorare über direkte Einsparungen im Rahmen der Verträge verlangt.

Die Vergütungsstruktur des Vertrages lehnt sich an den jüngst mit den BKKen geschlossenen Hausarztvertrag an und stützt sich auf eine kontaktunabhängige Grundpauschale in Höhe von 40 € sowie zusätzliche Vergütungen u. a. für die Betreuung chronisch kranker oder älterer Menschen und Palliativpatienten sowie für Hausbesuche und Präventionsleitungen. Um einer zu großen finanziellen Belastung der AOK Bayern vorzubeugen, gilt künftig eine Budgetregelung mit einer im Vergleich zum alten Vertrag deutlich niedrigeren Fallwertobergrenze.

Der ehemalige Vorsitzende des bayerischen Hausärzteverbandes Hoppentaler beziffert das Honorarplus des neuen Vertrags auf 11 € je Patient und Quartal. Er verweist jedoch auf das Risiko einer Budgetüberschreitung, die sich aus seiner Sicht bei hohen Einschreibequoten in Zusammenhang mit den relativ gut honorierten Einzelleistungen schnell ergeben könnte. Die dann vorgesehene Kürzung der Grundpauschale würde zu einer unerwünschten Honorarumverteilung zwischen den teilnehmenden Ärzten führen. Für Unzufriedenheit von Seiten der Hausärzte sorgt ferner die Tatsache, dass sich sowohl alle AOK-Versicherten als auch die Ärzte neu einschreiben müssen.

Der Schiedsspruch macht deutlich, dass die „goldenen Zeiten“ für die Hausarztverträge endgültig vorbei sind. Zwar handelt es sich noch um einen Vertrag nach altem Recht, das Schiedsamt hat aber dennoch zugunsten der „finanziellen Gesundheit“ der AOK entschieden. Auch wenn die erneute Einschreibung der Patienten bei den teilnehmenden Hausärzten zu einem unverhältnismäßig hohen administrativen Aufwand führt, dürfte sich die Teilnahme aus Sicht des bayerischen Hausarztverbandes jedoch trotz der Schlechterstellung im Vergleich zum früheren Vertrag lohnen.

Sachsen schnürt Paket gegen den Ärztemangel

Im Kampf gegen den Ärztemangel hatte das Land Sachsen bereits im Jahr 2010 eine ressortübergreifende Arbeitsgruppe gegründet. Das sächsische Kabinett hat nun basierend auf den Empfehlungen der Arbeitsgruppe einen Maßnahmenkatalog zur Sicherung der ärztlichen Versorgung beschlossen. Das Paket umfasst u. a. folgende Punkte:

- Bessere Vergütung von Hausärzten in ländlichen Regionen und deren Entlastung durch weitere Delegation nichtärztlicher Tätigkeiten
- Errichtung eines Sonderkontingentes von 20 Studienplätzen für angehende Hausärzte innerhalb der bestehenden Kapazitäten (Förderung von 20 Studenten mit maximal 1.000 €/Monat, wenn sie sich für eine Arbeit als Hausarzt auf dem Lande verpflichten)
- Änderung der Medizin-Studieninhalte zugunsten des Faches Allgemeinmedizin
- Abschaffung der ZVS für die Vergabe der Studienplätze in der Humanmedizin

Darüber hinaus besteht bereits seit 2009 die Koordinierungsstelle „Ärzte für Sachsen“ der sächsischen Landesärztekammer. Die Stelle informiert bundesweit Medizinstudenten und Ärzte über alle Fördermöglichkeiten bzw. Maßnahmen gegen den Ärztemangel in Sachsen. Gegenwärtig fehlen im Freistaat Sachsen nach Informationen der dortigen Kassenärztlichen Vereinigung bereits 356 Hausärzte (insbesondere in ländlichen Gebieten).

Insgesamt bietet das sächsische Maßnahmenpaket nicht viele Neuerungen. Teilweise sind die Vorschläge bereits seit Jahren in Erprobung, teilweise sind sie durch das am 1. Januar in Kraft getretene Versorgungsstrukturgesetz bereits geltendes Recht. Aus diesen Gründen wundert es nicht, dass die Resonanz auf den sächsischen Kabinettsbeschluss eher verhalten ausfällt. Kritik gilt insbesondere dem Studienplatzsonderkontingent. Dieses wird aus Sicht der Landesärztekammer rechtlich und politisch kaum durchsetzbar sein. Hinzu kommt der Einwand, dass sich Medizinstudenten in der Regel nicht gleich zu Beginn des Studiums, sondern erst sehr viel später für eine bestimmte Fachrichtung entscheiden. Statt des Kontingents fordert die Ärztekammer deshalb Investitionen zur Schaffung zusätzlicher Studienplätze.

Rheinland-Pfalz und Mecklenburg-Vorpommern: Vorreiter bei den neuen Honorarverteilungsmaßstäben

Als erste Kassenärztliche Vereinigung (KV) hat sich die KV Rheinland Pfalz (KV RLP) von der Honorarverteilung auf Basis der Regelleistungsvolumen (RLV) verabschiedet. Damit hat sie von der Möglichkeit des seit 1. Januar geltenden GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (VStG) Gebrauch gemacht, auf regionaler Ebene eigene Honorarverteilungsmaßstäbe (HVM) festzulegen und sich von den RLVs zu trennen. Bereits ab 1. April 2012 sollen statt der RLV wieder Individualbudgets gelten. Für diese ist eine Mengenbegrenzung vorgesehen, die sich anhand der tatsächlich erbrachten Leistungsmenge des Vorjahresquartals bemisst. Für die Grundpauschalen ist künftig ein (weitgehend) fester Punktwert von 3,7 Cent in der hausärztlichen und 3,2 Cent in der fachärztlichen Versorgung vorgesehen.

Mit dem neuen HVM will die KV RLP Honorarsteigerungen künftig „... wieder in vollem Umfang an die Praxen weitergegeben“. Trotz dieser positiven Nachricht müssen sich die Vertragsärzte in Rheinland-Pfalz darauf einstellen, dass es infolge der geänderten Systematik zu Honorarumverteilungen zwischen den einzelnen Fachgruppen kommen kann. Die KV will diese jedoch auf maximal 5 % beschränken.

Auch die KV Mecklenburg-Vorpommern hat die Einführung eines neuen Honorarverteilungsmaßstabs beschlossen. Im Gegensatz zum HVM in Rheinland-Pfalz hält die KV jedoch an den RLV fest. Neu ist, dass sich die Fallzahl nicht länger anhand des Wertes des Vorjahresvergleichsquartals bemisst. Das Honorar ergibt sich demnach aus der Multiplikation der individuellen Fallzahl des aktuellen Quartals mit dem Fallwert. Letzterer ist facharztgruppenbezogen im HVM ausgewiesen und gilt jeweils für ein Jahr. Bei den Fallwerten der „Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen“, die unter Mitwirkung der entsprechenden Berufsverbände ermittelt wurden, wird in gleicher Weise verfahren.

Mit dem neuen HVM haben die Vertragsärzte in Mecklenburg-Vorpommern wieder mehr Möglichkeiten, Einfluss auf ihr Honorar im laufenden Quartal zu nehmen. Planungssicherheit wird dabei in Form der für die Dauer eines Jahres festen Fallwerte geschaffen. Die KV erhofft sich so Anreize für die Niederlassung von Nachwuchsärzten. Ob dies gelingt, ist fraglich: Obwohl die Honorarsituation Mecklenburg-Vorpommern im Bundesvergleich bereits überdurchschnittlich gut ausfällt, bestehen zum Teil massive Probleme bei der Suche nach Praxisnachfolgern.

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.

Gesundheitsausgaben gefährden Kreditwürdigkeit der Industriestaaten

Dem jüngsten Bericht „Mounting Medical Care Spending Could Be Harmful To The G-20‘s Credit Health“ der Rating-Agentur Standard & Poor‘s (S&P) zufolge gefährden die steigenden Gesundheitsausgaben in Kombination mit der demografischen Entwicklung langfristig die Top-Bonität der Industrienationen. Die Agentur stützt ihre Einschätzung auf eine Kostensimulationsstudie für den Zeitraum 2010 bis 2050, die gerade im kommenden Jahrzehnt ein starkes Wachstum der Gesundheitsausgaben und damit eine zunehmende Belastung der Staatshaushalte prognostiziert.

Dabei sollen laut S&P Europa, USA und Japan besonders betroffen sein. Die Simulationsrechnung zeigt, dass ab dem Jahr 2015 bereits einige Staaten mit einer gegenwärtig noch hohen Bonität von einer Herabstufung betroffen sein werden. Bis 2035 prognostiziert die Studie, dass im schlimmsten Fall keines der 49 wirtschaftlich stärksten Länder eine AAA-Bewertung mehr erhalten wird. Die Ratingagentur fordert deshalb die betreffenden Regierungen zu Reformen der Renten- bzw. Sozialsysteme auf.

Unter die Reformvorschläge fallen die „Vereinfachung“ und Digitalisierung des Gesundheitssystems, Maßnahmen gegen Leistungsmissbrauch, eine stärkere Privatisierung des Gesundheitswesens sowie ein „Zurückfahren des Umfangs und der Großzügigkeit“. Gerade der letzte Vorschlag ist jedoch mit Vorsicht umzusetzen. Denn die Zusammenhänge zwischen Gesundheitsbranche und Wirtschaft sind komplex. So hat das deutsche Gesundheitswesen insbesondere im Krisenjahr 2009 aufgrund seiner weitgehenden Konjunkturunabhängigkeit einen unverzichtbaren Beitrag zur Stabilisierung der Beschäftigung und der Binnenwirtschaft und damit zur Sicherung der Bonität geleistet. Ökonomen betrachten das Gesundheitssystem aus diesem Grund längst nicht mehr als reinen „Kostentreiber“, sondern stufen die „Gesundheitswirtschaft“ dank der steigenden Nachfrage auf dem ersten sowie zweiten Gesundheitsmarkt als eine der zukunftsträchtigsten Branchen der kommenden Dekaden ein. Investitionen in das System zeigen einen außerordentlich hohen Multiplikatoreffekt. Die Deutsche Industrie- und Handelskammer erwartet z. B. für das laufende Jahr 70.000 zusätzliche Stellen in der Gesundheitswirtschaft und damit den größten Stellenzuwachs aller Branchen.

Sécurité Sociale in der Krise

Während sich die Deutschen gegenwärtig eine Diskussion um die Verwendung von Milliardenüberschüssen bei den Gesetzlichen Krankenkassen und dem Gesundheitsfonds liefern steht der Nachbar Frankreich trotz zahlreicher Reformen vor einem massiven Finanzierungsproblem der Sécurité Sociale. Schuld sind die Auswirkungen der Finanzkrise, denn ähnlich wie in Deutschland hängen die sozialen Sicherungssysteme aufgrund ihrer überwiegenden Finanzierung durch die Beiträge der Arbeitgeber und -nehmer stark von der konjunkturellen Entwicklung ab. Im Jahr 2009 schloss die Sécurité Sociale mit einem Defizit von insgesamt 23,9 Mrd. € ab, von dem 11,4 Mrd. auf die Krankenversicherung entfielen.

Eigenbeteiligungen und Zuzahlungen bei der Sécurité Sociale

- Stationäre Behandlung: Zuzahlung von 18 € Tag
- Ambulante Behandlung: Eigenbeteiligung in Höhe von 30 % der Kosten
- Arzneimittelversorgung: Eigenbeteiligung von 35 – 85 %

Da sich die Regierung gegen eine Erhöhung der Arbeitgeberbeiträge ausspricht, sind insbesondere die Bürger und Patienten die Leidtragenden. Aufgrund der zunehmenden Einschränkung des Leistungsumfangs der Gesetzlichen Krankenversicherung haben sie in Form von Steuererhöhungen (z. B. auf Zins- und Kapitaleinkommen sowie auf Tabak, Alkohol und sogar auf Soda- und Colagetränke) sowie aufgrund steigender Zuzahlungen und Selbstbeteiligungen für die Finanzierungslücken aufzukommen. Da rund ein Drittel der Ärzte höhere Vergütungssätze als die gesetzlich festgelegten Tarife verlangen darf, können bei den Patienten weitere Kosten anfallen, insbesondere dann, wenn sie nicht über eine entsprechende Zusatzversicherung verfügen.

Trotz der bereits hohen Belastung der Bürger ist in Sachen Sparmaßnehmen noch kein Ende in Sicht. Nicht zuletzt aufgrund des Drucks aus Brüssel zum Schuldenabbau soll die Krankenversicherung bis Ende 2012 eine weitere Einsparauflage in Höhe von knapp 6 Mrd. erfüllen. Längst ist der finanzielle Druck auch bei den Ärzten angekommen. Die Krankenhausärzte haben mittlerweile einen Überstundenberg im Gegenwert von 600 Mio. € aufgebaut und die niedergelassenen Ärzte gegenwärtig mit einer Honorarabsenkung bei den technischen Leistungen zu kämpfen. Darüber hinaus wurde die für 2012 beschlossene Steigerungsquote für den ambulanten und stationären Bereich von 2,8 auf 2,5 % reduziert. Dementsprechend schlecht ist die Stimmung unter den Ärzten, die sich zunehmend einer „Perspektivlosigkeit“ beugen. Dies könnte mittelfristig zu ernsten Versorgungsproblemen führen. Denn ähnlich wie in Deutschland wird sich dann für die aus Altersgründen ausscheidenden Mediziner kaum noch Nachwuchs finden lassen

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.

Immer mehr Ärzte entscheiden sich für Privatarzttätigkeit

Den Angaben des Privatärztlichen Bundesverbandes (pbv) zufolge ist die Zahl der Privatärzte in Deutschland in den vergangenen Jahren laufend gestiegen. So geht der pbv anhand der Zahlen der vergangenen Jahre von einer durchschnittlichen Zunahme von rund 4 % pro Jahr aus. Damit wächst die Zahl der Privatärzte deutlich stärker als jene der gesamten Mediziner (+ 1,1 %). Gegenwärtig gibt es rund 11.000 Privatärzte in Deutschland. Der Verband erklärt den Zuwachs der Privatmedizin insbesondere mit den enttäuschenden Erfahrungen vieler Mediziner mit dem kollektivvertraglichen System.

Dennoch sollte der Schritt von der Kassen- in eine Privatpraxis wohlüberlegt erfolgen. Experten raten zu einem schrittweisen Übergang. Hilfreich für einen Umstieg sind beispielsweise der Ausbau eines umfassenden IGeL-Angebots und die Sensibilisierung des Patientenstamms für Selbstzahlerangebote. Ferner sollte der Praxisinhaber sich selbst, sein Team sowie die Praxisausstattung einer kritischen Überprüfung unterwerfen, da Privatpatienten und Selbstzahler grundsätzlich höhere Ansprüche an den Service und die Ausstattung stellen. Diesen Zweck erfüllt z. B. eine Patientenbefragung, die darüber hinaus auch ermitteln kann, wie viele Patienten der Praxis auch als reine Privatpatienten „treu“ bleiben würden. Nicht zuletzt ist eine betriebswirtschaftliche Analyse erforderlich, die Auskunft über evtl. notwendige Investitionen sowie die Auswirkungen des Umstiegs auf eine rein privatärztliche Tätigkeit hinsichtlich Umsatz und Gewinn gibt.

Hinweis
Die Bundesärztekammer (BÄK) kommt auf weitaus niedrigere Privatarztzahlen. So gab es ihrer Statistik zufolge im Jahr 2010 nur rund 3.300 Privatärzte. Die Abweichungen können sich dadurch ergeben, dass bei der BÄK lediglich die ambulanten Privatärzte erfasst sind. Zu den Privatärzten zählen jedoch auch die sogenannten Honorarärzte, die „zeitlich befristet freiberuflich auf Honorarbasis tätig sind“.

Markt für Selbstmedikation: GKV-VStG stellt Weichen

Seit dem 1. Januar 2012 dürfen die Gesetzlichen Krankenkassen ihren Versicherten auch rezeptfreie Arzneimittel erstatten. Ermöglicht wurde dies durch das neue Versorgungsstrukturgesetz, das erweiterte Satzungsleistungen der Kassen (u. a. in den Bereichen Vorsorge und Rehabilitation, künstliche Befruchtung, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln und häuslicher Krankenpflege) zulässt. Voraussetzung für die Erstattung rezeptfreier Medikamente ist eine Satzungsänderung der betreffenden Krankenkasse, wobei die Erstattung als eine „freiwillige Satzleistung“ aufzunehmen ist.

Einschränkend gilt, dass nur jene Medikamente erstattungsfähig sind, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nicht ausgeschlossen hat. Dies bedeutet, dass die Versicherten die Kosten u. a. für sog. Lifestylemedikamente (wie z. B. Haarwuchsmittel oder Appetitzügler) weiterhin selbst tragen müssen. Erstattet wurden bereits bislang rezeptfreie Arzneimittel für Kinder bis zum vollendeten zwölften Lebensjahr und für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sowie rezeptfreie Arzneimittel der sogenannten Ausnahmeliste des G-BA, die bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten.

Bei den Deutschen liegt die Selbstmedikation im Trend. Eine repräsentative Bevölkerungsbefragung („Die Bevölkerungsbefragung zur Gesundheit 2009“) des Landesinstituts für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA) zeigt, dass 38,7 % der 2.000 befragten Personen in den vorangegangenen vier Wochen ein nicht vom Arzt verordnetes Arzneimittel eingenommen hatten. Als Grund für die Selbstmedikation nannten 25 % mangelnde Zeit für einen Arztbesuch. 80 % hielten ihre Beschwerden für zu geringfügig, um damit einen Arzt zu konsultieren.

Für die Kassen eröffnen die erweiterten Satzungsleistungen neue Differenzierungsmöglichkeiten gegenüber der Konkurrenz. Als erste Kasse bietet die Techniker-Krankenkasse ihren Versicherten die Kostenerstattung für rezeptfreie – jedoch apothekenpflichtige – Arzneimittel (OTC) der besonderen Therapierichtungen Anthroposophie, Homöopathie und Phytotherapie an. Der erstattungsfähige Betrag beschränkt sich auf maximal 100 € pro Kalenderjahr und Versicherten. Zudem muss es sich um apothekenpflichtige Präparate handeln. Als Voraussetzung gilt die Vorlage eines Privatrezepts oder grünen Rezepts. Ferner müssen die Versicherten in Vorleistung treten.

H.U.G informiert

Unser Vertragsarztexperte Herr B. Bedei ,Autor des Buches „Der Arzt in der vertragsärztlichen Versorgung“, informiert.

Welche Änderungen bringt das GKV-Versorgungsstrukturgesetz für Ärzte und Zahnärzte und zu welchem Zeitpunkt?

Das VStG wurde wir geplant am 22. Dezember 2011 beschlossen und am 28. Dezember 2011 im Bundesgesetzblatt Nr. 70 S. 3016 veröffentlicht. Die einzelnen Gesetzesteile werden zu unterschiedlichen Zeitpunkten in Kraft treten = 1. Mai 2011, 23. September 2011, 1. Januar 2012, 1. Juli 2012. 1. Januar 2013 sowie 1. Januar 2014. Nachfolgend die für die Ärzteschaft wesentlichen Änderungen / Änderungszeitpunkte:

1. Versorgungssteuerung und Bedarfsplanung

Die Bedarfsplanung wird für Ärzte als auch für Zahnärzte beibehalten. Die Neuausrichtung der gesetzlichen Bedarfsplanung zielt auf die

– Neufestlegung der der Planung unterliegenden Arztgruppen,
– Neuberechnung der Verhältniszahlen,
– Flexibilisierung der Planungsräume sowie der
– Neudefinition des sogenannten Sonderbedarfs

ab. Der Gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen wird bis zum 31. Dezember 2012 eine neue Richtlinie zur Bedarfsplanung verabschieden.

1.1 Welche Arztgruppen sollen in die Bedarfsplanung eingebunden werden ?

Nach der aktuellen voraussichtlich bis 31. Dezember 2012 geltenden Bedarfsplanungs-RL werden 14 Arztgruppen – im wesentlichen Fachgebiete nach alter (Muster-) Weiterbildungsordnung – von der Bedarfsplanung erfasst. Nach den Vorstellungen der KBV sollen zukünftig alle für eine Zulassung in Betracht kommenden Fachgruppen (= 34) - nicht jedoch die „Schwerpunkte“ – in die Bedarfsplanung einbezogen werden.

1.2 Bestimmung der arztgruppenspezifischen Verhältniszahlen

Aktuelle Grundlage für die arztgruppenspezifische Feststellung von Unter- oder Überversorgung im jeweiligen Planungsbereich sind die jeweiligen Verhältniszahlen. Die Verhältniszahlen wurden zum 31. Dezember 1990 aus dem Verhältnis der Zahl der Einwohner zur Zahl der zugelassenen Kassenärzte für jeden Planungsbereich festgelegt. Ab dem 1. Januar 2013 sollen nach den KBV-Vorstellungen für jede Fachgruppe sogenannte Mittelwerte gebildet werden. Hierbei sollen vor allem auch Parameter wie die Demografie und die Morbidität berücksichtigt werden. Werden die gesetzlich vorgegebenen Grenzwerte über- oder unterschritten, so wird Über- oder Überversorgung festgestellt, was zu

– befristeten Zulassungen (= Zulassung ohne Veräußerungsmöglichkeit)
– Anordnung von Zulassungsbeschränkungen – nur für Ärzte – oder für den Fall von festgestellter Unterversorgung
– zu Honorarverbesserungen sowie Förderung von Zweigpraxisgenehmigungen

führt.

1.3 Flexibilisierung der Planungsräume = Zuschnitt

Räumliche Grundlage für die Ermittlung zum allgemeinen sowie örtlichen Stand der vertragsärztlichen Versorgung ist aktuell die kreisfreie Stadt, der Landkreis oder die Kreisregion. Diese, den örtlichen Versorgungsbedarf nicht darstellende starre Regelung wurde durch das VStG aufgehoben. Der Planungsraumzuschnitt könnte nach den Vorstellungen der KBV zukünftig wie folgt aussehen:

a) Planungsbereichsebene für die hausärztliche Versorgung

- = *Gemeindeverbünde*

Auf regionaler Ebene haben die Landesausschüsse die Möglichkeit kleinere Gemeindeverbände zu größeren Einheiten zu verbinden und umgekehrt größere Städte in kleinere Planungsräume aufzuteilen. Eine vergleichbare Regelung bestand bereits zu Beginn der Bedarfsplanung. Diese wurde in der Folge, aufgrund der nicht mehr gegebenen „einheitlichen Bedarfsplanung“, aufgegeben.

b) Planungsbereichebene für die wohnortnahe fachärztliche Versorgung z. B. für Augenärzte, Psychotherapeuten = Stadt- und Landkreise je nach Raumordnungsstruktur

Hier sind vier verschiedene Verhältniszahlen vorgesehen, welche auf regionaler Ebene je nach Versorgungsstruktur abgeändert werden können.

c) Planungsbereichebene- Sonderbereich I = spezielle fachärztliche Versorgung unter Einbeziehung der Pendlerströme -z. B. Fachgruppe „Diagnostische Radiologie“

d) Planungsbereichsebene - Sonderbereich II = Auftragnehmende Fachärzte wie z. B. Laborärzte, Pathologen = Planungsraum KV-Bereich.

Ob vorgenannte Gliederungssystematik, gegen die sich bereits jetzt schon massiven Widerstand abzeichnet, so umgesetzt wird, wird sich Mitte des Jahres zeigen. Bis dahin soll ein erster Entwurf der neuen Bedarfsplanungs-RL vorliegen.

1.4 Sonderbedarfsfeststellungen = Zulassungen

Die Vorgaben in den derzeitigen Bedarfsplanungs-RL werden an das aktuelle Weiterbildungsrecht angepasst. Bei der Bedürfnisprüfung soll zukünftig nicht auf das Fachgebiet sondern auf die **Facharztkompetenz** z. B. Rheumatologie abgestellt werden.

2. Praxisverlegung

Der Zulassungsausschuss darf ab dem **1. Januar 2012** den Antrag eines Vertragsarztes/ Vertragszahnarztes nur noch dann genehmigen, wenn sich die Versorgungssituation am Ort des Praxissitzes nicht verschlechtert. Dies gilt auch für die Verlegung von Praxissitzen in **Medizinische Versorgungszentren**; aber auch im Zusammenhang mit der Übernahme einer Vertragspraxis im gesperrten Planungsbereich. Ärzte, die eine Zulassung anstreben, haben gegenüber einem MVZ unter bestimmten Bedingungen ein Vorkaufsrecht für Vertragsarztsitze.

3. Praxisübernahme-/ fortführung im gesperrten Planungsraum

Wenn die Zulassung eines Vertragsarztes in einem Planungsraum, für den Zulassungsbeschränkungen aufgrund von Überversorgung angeordnet sind, durch Tod, Verzicht oder Entziehung endet und die Praxis von einem Nachfolger weitergeführt werden soll, entscheidet ab dem **1. Januar 2013 der Zulassungsausschuss** auf Antrag des Vertragsarztes oder seiner zur Verfügung über die Praxis berechtigten Erben, ob ein Nachbesetzungsverfahren durchgeführt werden soll. Hat der Zulassungsausschuss dem Antrag entsprochen, so hat die Kassenärztliche Vereinigung den Vertragsarztsitz unverzüglich auszuschreiben. Für Vertragsärzte mit **befristeter Zulassung** ist eine Nachbesetzungsmöglichkeit auf vorerwähnter Basis von vornherein **ausgeschlossen**. Wird der Antrag vom Zulassungsausschuss abgelehnt so kann eine Ausschreibung nicht mehr erfolgen. Der ausscheidende Vertragsarzt erhält in diesem Fall von der KV einen Preis in Höhe des Verkehrswertes der Praxis. Dies gilt auch dann, wenn er im Fall der Ausschreibung der Praxis keinen Käufer für seine Praxis findet. Für den Fall, dass die zur Übernahme anstehende Vertragspraxis vom Ehegatten, Lebenspartner, einem Kind, angestellten Arzt oder einem Vertragsarzt mit dem die Praxis bislang gemeinschaftlich auf Job-Sharingbasis betrieben worden ist, übernommen werden soll, besteht eine Ausschreibungsverpflichtung. Sollte im Nachhinein ein anderer Bewerber als der Ehegatte usw. die Vertragspraxis weiterführen wollen, so kann der Zulassungsausschuss die Nachbesetzung auch noch zu diesem Zeitpunkt ablehnen, wenn eine Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist.

Im Nachbesetzungsverfahren sind weiterhin die wirtschaftlichen Interessen der in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätigen Vertragsärzte/-psychotherapeuten zu berücksichtigen; d. h. der ausscheidende Arzt kann grundsätzlich nachbesetzt werden. Die Vertragspraxis kann für den Fall der Beendigung der Vertragsarzttätigkeit auch in der Form weitergeführt werden, dass ein bereits zugelassener Vertragsarzt den Vertragsarztsitz übernimmt und die vertragsärztliche Tätigkeit durch einen **angestellten Arzt in seiner Praxis weiterführt**, sofern Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen. Bislang bestand diese Möglichkeit nur für ein MVZ. Die seitherige **MVZ-Regelung ist m.W.v. 1. Januar 2012** insoweit verändert worden, als ein MVZ bei dem die Mehrheit der Geschäftsanteile und der Stimmrechte nicht bei Ärzten liegt, die in dem MVZ als zugelassene Vertragsärzte/-psychotherapeuten tätig sind, gegenüber den übrigen Bewerbern für eine ausgeschriebene Praxisnachfolge **nachrangig** zu berücksichtigen ist. Der Zulassungsausschuss trifft seine Entscheidung über eine Ausschreibungsnotwendigkeit mit einfacher Stimmenmehrheit. Bei Stimmengleichheit, ist abweichend von sonstigen Abstimmungsvorgaben, dem Antrag auf Ausschreibung der Vertragspraxis stattzugeben. Ein Widerspruchsverfahren (Vorverfahren gemäß § 78 SGG) findet nicht statt. Klagen gegen einen Beschluss des Zulassungsausschusses, mit dem einem Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahren entsprochen wurde, haben keine aufschiebende Wirkung. Es erscheint sehr zweifelhaft, ob von der Möglichkeit der Ausschreibungsablehnung häufig Gebrauch gemacht wird.

4. Möglichkeit der Erteilung einer „befristeten Zulassung“

Mit Wirkung vom 1. Januar 2012 ergeben sich im Hinblick auf die **Zulassungsvarianten** drei Versorgungsebenen

- uneingeschränkte Voll- oder Teilzulassung am Ort /Arztgruppe der Wahl bei einem **Versorgungsgrad** im jeweiligen Planungsraum **bis 99,9 %;**
- ab einem Versorgungsgrad von **100 % bis 109,9 % kann** der Zulassungsausschuss die **Zulassung befristen**.
- Zulassungsbeschränkungen werden bei einem **Versorgungsgrad von 110 %** und mehr für den Planungsraum/ derArztgruppe angeordnet. Verfahren s. lfd. Nr. 3.

Eine befristete Zulassung kann gemäß gesetzlicher Vorgaben nicht zur Ausschreibung gebracht werden. Einem Nachfolger ist es allerdings unbenommen, über den Weg der Sonderbedarfszulassung nach den Bedarfsplanungs-RL eine Anschlusszulassung zu erreichen.

5. Wegfall der Residenzpflicht

Bestand bislang keine Residenzverpflichtung für Vertragsärzte deren Vertragsarztsitz in einem unterversorgten Gebiet begründet worden ist. Mit Wirkung vom **1. Januar 2012** wurde die Residenzpflicht insgesamt aufgehoben.

6. Lockerung der Vorgaben zur Präsenzpflicht zum 1. Januar 2012

Nach dem neuen Verordnungstext (§ 20 Abs. 1 Ärzte-ZV) steht ein Beschäftigungsverhältnis oder eine andere nicht ehrenamtliche Tätigkeit der Eignung für die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit dann nicht mehr entgegen, wenn der Arzt/Zahnarzt unter **Berücksichtigung der Dauer und zeitlichen Lage** der anderweitigen Tätigkeit den Versicherten in dem seinem Versorgungsauftrag (= Voll- bzw. Teilzulassung) entsprechenden Umfang persönlich zur Verfügung steht und insbesondere in der Lage ist, **Sprechstunden zu den** in der vertragsärztlichen/-vertragszahnärztlichen Versorgung **üblichen Zeiten** anzubieten. Nach den Vorgaben in den Bundesmantelverträgen (= § 17) wurde der vorgen. Versorgungsgrad bei Vollzulassung dadurch erfüllt, dass der Vertragsarzt an seinem Vertragsarztsitz persönlich **mindestens 20 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden** zur Verfügung steht. (Teilversorgungsauftrag mindestens 10 Stunden wöchentlich.) Es bleibt abzuwarten ob aufgrund der gesetzlichen Neuregelung der Präsenzpflicht, die Bundesmantelvertragsvorgaben einerseits sowie die 13 Stundenregelung für eine zulässige anderweitige Tätigkeit außerhalb der Zulassung, eine Änderung erfahren.

7. Umwandlung eines Anstellungs- in ein Zulassungsverhältnis

Auf Antrag des zugelassenen Vertragsarztes kann ab dem **1. Januar 2012** eine genehmigte Anstellung eines Arztes vom Zulassungsausschuss in eine Zulassung umgewandelt werden, sofern der Umfang der vertragsärztlichen Tätigkeit des angestellten Arztes einen **ganzen oder halben Versorgungsauftrag** entspricht. Beantragt der anstellende Vertragsarzt **nicht zugleich die Durchführung eines Ausschreibungsverfahrens** so wird der **bisher angestellte Arzt Inhaber der Zulassung.**

8. **Umwandlung eines Zulassungs- in ein Anstellungsverhältnis**
   Verzichtet ab dem **1. Januar 2012** ein Vertragsarzt in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auf seine Zulassung, um bei einem Vertragsarzt als angestellter Arzt tätig zu werden, so hat der Zulassungsausschuss die Anstellung zu genehmigen, „wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen"; eine Fortführung der Praxis ist nicht möglich. Die Nachbesetzung der Stelle eines angestellten Arztes ist auch dann möglich, wenn Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind. Gleiches gilt für MVZ- sofern sie bis zum 31. Dezember 2011 bereits zugelassen waren- Nachrangproblematik siehe lfd. Nr. 3 -.
9. **Erleichterung für die Eröffnung einer Zweigpraxis**
   Es ist ab dem **1. Januar 2012** nicht mehr notwendig, dass die an weiteren Orten angebotenen Leistungen in ähnlicher Weise auch am Vertragsarztsitz/Vertragszahnarztsitz angeboten werden. Es ist auch nicht notwendig, dass das Fachgebiet eines in der Zweigpraxis tätigen Arztes auch in der „Hauptpraxis" vertreten ist (Ausnahmen könnten ggf. noch in den Bundesmantelverträgen vereinbart werden). Anpassung des Gesetzes an die Vorgaben der höchstrichterlichen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts.
10. **Vereinbarung von Familie und Beruf**
    Ärztinnen, Zahnärztinnen, Psychotherapeutinnen können sich in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer **Entbindung bis zu einer Dauer von zwölf Monaten vertreten lassen.** Weiterhin darf ein Vertragsarzt/Vertragszahnarzt einen Vertreter oder einen Assistenten während der Zeiten der **Erziehung von Kindern bis zu einer Dauer von 36 Monaten** mit vorheriger Genehmigung durch die KV beschäftigen. Letztgenannter Zeitraum muss nicht zusammenhängend genommen werden. Auch für die **Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen** in häuslicher Umgebung ist eine Vertretungs- oder Assistentenbeschäftigungsmöglichkeit für die Dauer von 6 Monaten gegeben. KV sowie KZV können die Genehmigungszeiträume für Erziehung sowie Pflege auf Antrag verlängern.
11. **Eigeneinrichtungen der KVen sowie der Kommunen**
    Die Kassenärztlichen Vereinigungen können für unterversorgte Gebiete eigene Praxen betreiben, wenn ein Arztsitz auf anderem Wege nicht besetzt werden kann. Kommunen können mit Zustimmung der KV in begründeten Ausnahmefällen ebenfalls eine Einrichtungen zur unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten, unter Rückgriff auf angestellte in das Arztregister der KV eingetragene Ärzte, auf Ermächtigungsbasis zeitlich befristet betreiben.
12. **Delegation an nichtärztliche Fachkräfte**
    Das Versorgungsstrukturgesetz hat der KBV sowie den Krankenkassen den Auftrag erteilt bis zum 31. Dezember 2012 eine Liste von Leistungen zu erstellen, die auf Fachkräfte übertragen werden können.
13. **Änderungen auf der Honorierungsebene**
    a) **Honorarverteilung** geht von der Bundes- auf die Landesebene über.
    b) die ambulante spezialfachärztliche Versorgung wird erst zum 1. Januar 2013 umgesetzt. Die Honorierung erfolgt vorerst auf der EBM-Basis. Abrechnung kann gegen Auslagenersatz über die KV erfolgen; kann aber auch direkt zwischen Vertragsarzt und Krankenkasse vorgenommen werden.
    c) Die mit dem GKV-Finanzierungsgesetz eingeführte **Deckelung für extrabudgetäre** Leistungen wird wieder **aufgehoben**; d. h., dass **ambulante Operationen ab Januar 2012** zu festen Preisen und ohne Mengenbegrenzung honoriert werden.
    d) Die **Honorarsteigerung** bleibt für 2012 auf die bereits durch das GKV-Finanzierungsgesetzt 2010 festgelegte Honorarsteigerung von **1,25 %** bestehen.
    e) Statt nach Pauschalen können ärztliche Leistungen wieder vermehrt als Einzelleistung vergütet werden. Geseztliche Rahmenvorgaben hierfür sind gegeben.
    f) **Versichertenpauschalen** können künftig anhand der Alters- u. Krankheitsstruktur der Patienten weiter differenziert werden.
    g) Die Zuschlagsregelungen für **Praxiskooperationen** dürften zum 1. Juli 2012 eine Änderung erfahren (Abstufung ?)
    h) Aufnahme von **Leistungen der telemedizinischen** Versorgung bis zum 31. März 2012 in den EBM.

Freiberufler-Rabatt: Kooperation Mercedes Benz – H.U.G

Die Firma Mercedes Benz gewährt Freiberuflern bei der Anschaffung eines neuen Pkws einen Freiberufler-Rabatt in Höhe von 10 %. Für unsere Mandanten konnten wir diesen Freiberufler-Rabatt von derzeit 10 % auf 12 % erhöhen. Da das Fahrzeugleasing über den Hersteller oftmals ein Restwertrisiko beinhaltet, konnten wir mit unserem Leasingpartner, der Dr. Schmitt Leasing, Sonderkonditionen vereinbaren, sodass Sie bei der Anschaffung eines Fahrzeuges der Marke Mercedes Benz nochmals einen Rabatt von 2 % erhalten. Dies bedeutet, bei der Neuanschaffung eines Pkws erhalten Sie insgesamt einen Rabatt von 14 %

Sollten Sie an der Anschaffung eines Pkws Interesse haben, so setzten Sie sich bitte mit Ihrem H.U.G-Berater in Verbindung.

Das oben genannte Angebot gilt zunächst bei der Bestellung des Fahrzeuges bis 30.06.2012.

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