

1

Jahrgang 2019

QUID

H.U.G. Quartalsinformation

In Zusammenarbeit mit  REBMANN
RESEARCH

Telematikinfrastruktur: Der Countdown läuft



Healthcare
Competition
Center



H.U.G.
**Betriebswirtschaftliche
Beratungsgesellschaft mbH**
Kesselstraße 17, 70327 Stuttgart
Postfach 60 02 63, 70302 Stuttgart

Tel. 0711-2489773
Fax 0711-282791
mail@hug-beratung.de
www.hug-beratung.de

Inhalt

Barometer :: Seite 3 – 5

- Telematikinfrastruktur: Der Countdown läuft
- DAK Digitalisierungsreport 2019 gibt weiterhin verhaltene Aussichten
- Zahl der Krankenkassen sinkt weiter
- Morbiditätsbedingter Behandlungsbedarf: Veränderungsraten für 2019 neu beschlossen

Talk :: Seite 5

- Medizinstudium – Neuregelungen zur Vergabe von Studienplätzen

Fachrichtung :: Seite 6 – 8

Augenärzte :: Optische Kohärenztomografie in den Leistungskatalog aufgenommen

Hausärzte :: Neue GOP für gesundheitliche Versorgungsplanung in der letzten Lebensphase

HNO & Gynäkologen :: Hörgeräte – HNO-Ärzte verkürzen den Versorgungsweg

:: Anspruch auf Zweitmeinung konkretisiert

Orthopäden :: Untersuchung der Knochendichte wird besser vergütet

Radiologen & Strahlentherapeuten :: Samstagzuschlag nun auch für Radiologen und Strahlentherapeuten

Urologen :: Bauchorten- und Uro-Genital-Screening am selben Tag berechnungsfähig

Zahnärzte :: Grenze für die Anstellung von Zahnärzten erhöht

Regional :: Seite 8 – 10

- Baden-Württemberg – Start für Tele Dermatologie-Anwendung
- Nordrhein – NRW geht voran mit der Landarztquote

International :: Seite 10

- Elektronische Patientenakte (ePA) auf europäischer Ebene

Trend :: Seite 10 – 11

- Techniker Krankenkasse erprobt erstmals E-Rezept
- Krankschreibung per WhatsApp möglich
- Gesundheitskiosk verzeichnet erste Erfolge

H.U.G. :: Seite 12 – 13

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

Fortbildungsveranstaltungen :: Seite 14

Ärztestammtische :: Seite 15

Über H.U.G. :: Seite 16

- Healthcare Competition Center

Impressum

QUID ist eine Co-Produktion von H.U.G Beratungsgesellschaft mbH und der REBMAN RESEARCH GmbH & Co KG. Ziel der quartalsweise erscheinenden Publikation ist es, die niedergelassenen Heilberufler über relevante ökonomische, rechtliche und steuerliche Entwicklungen in komprimierter Form zu informieren und damit eine zusätzliche Hilfestellung für das Praxismanagement zu geben. H.U.G Beratungsgesellschaft mbH ist dabei für die Hinweise für das Praxismanagement verantwortlich, während REBMAN RESEARCH auf ökonomische Marktanalysen im Bereich der Heilberufe spezialisiert ist (siehe hierzu auch www.rebmann-research.de). Die Angaben in diesem QUID erfolgen nach sorgfältiger Prüfung und nach bestmöglichem Wissen. Die Herausgeber haften nicht für deren Richtigkeit und für Schäden nur dann, wenn diese auf Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zurückzuführen sind.

Wenden Sie sich bei Rückfragen bitte an:

H.U.G

Betriebswirtschaftliche

Beratungsgesellschaft mbH

Kesselstraße 17, 70327 Stuttgart

Postfach 60 02 63, 70302 Stuttgart

Tel. 0711-2489773

Fax 0711-282791

mail@hug-beratung.de

www.hug-beratung.de

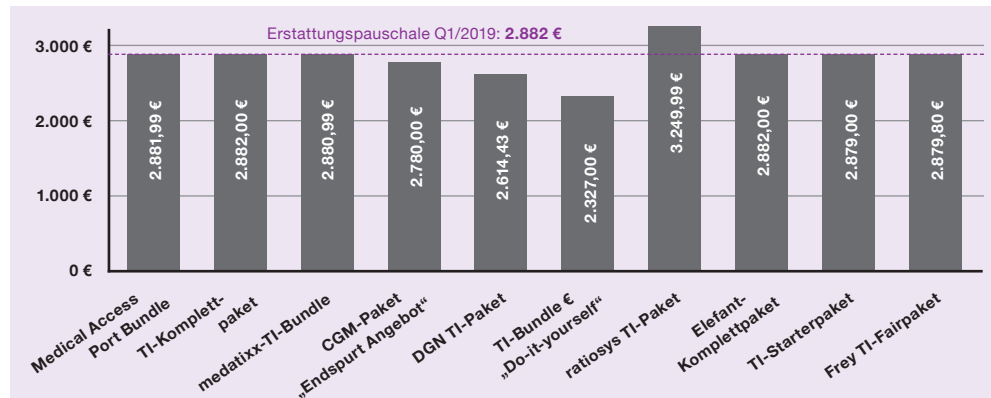
Barometer

Das Barometer zeigt wichtige Daten, die im letzten Quartal im Zusammenhang mit Haus-, Fach- und Zahnärzten sowie Apothekern veröffentlicht wurden. Sie fundieren die Beratung und erlauben eine bessere Einschätzung der aktuellen ökonomischen Entwicklung in dieser Branche.

Telematikinfrastruktur: Der Countdown läuft

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt sind erst rund die Hälfte der deutschen Praxen an die Telematikinfrastruktur angeschlossen. Schuld sind unter anderem Verzögerungen der Industrie bei der technischen Entwicklung und Zertifizierung sowie Kompatibilitätsprobleme bei der Anbindung an die Praxisverwaltungssysteme. Zwar hat sich die Lage mit der Verlängerung der gesetzlichen Frist für die Anbindung auf den 30. Juni 2019 etwas entspannt. Trotzdem besteht die Verpflichtung, die TI-Anbindung bis spätestens Ende März 2019 in Auftrag zu geben.

Abb. 1 – Preise TI-Starterpakete (Anbietervergleich)



Quelle: KBV & Anbieter; Stand 4.3.2019 – Angaben ohne Gewähr Grafik: REBMANN RESEARCH

Eine positive Entwicklung zeigt sich bei den TI-Erstattungspauschalen. Erst Mitte vergangenen Jahres wurden die Förderpauschalen für die Erstausrüstung der Komponenten durch die Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) nach oben angepasst, da sich eine deutliche Diskrepanz zwischen den quartalsweise festgelegten Förderbeträgen und den Marktpreisen der Komponenten abgezeichnet hatte. Die ursprünglich vorgesehene Erstattungspauschale für Konnektor und Kartenterminal in Höhe von 1.155 € wurde um rund 1.000 € auf

2.154 € erhöht. Diese finanzielle Nachbesserung war dringend notwendig, da die wettbewerbsbedingte Absenkung des Preisniveaus der Komponenten im erwarteten Umfang ausgeblieben war. Inzwischen konnte die KBV neben der Fristverlängerung auch einen sogenannten Komplexitätszuschlag für die Anbindung größerer Praxen durchsetzen. Der Zuschlag gilt rückwirkend zum 1. Oktober 2018 und wird von den Kassenärztlichen Vereinigungen für die Einbindung weiterer stationärer Kartenterminals zusätzlich zur Erstausrüstungspauschale einmalig ausbezahlt. Praxen mit mehr als drei Ärzten/Psychotherapeuten erhalten 230 € und Praxen mit mehr als sechs Ärzten/Psychotherapeuten 460 € (die Anzahl der Mitarbeiter bemisst sich anhand kumulierter Vollzeitäquivalente).

Aktuell sind lediglich vier zertifizierte Konnektoren und zwei stationäre Kartenterminals am Markt verfügbar (Stand 4.3.2019). Die Anbieterpreise für die momentan erhältlichen TI-Starterpakete liegen zwischen 2.327 € und 3.249 € und sind somit bei einer Gesamtförderpauschale (TI-Pauschale + Starterpauschale) in Höhe von 2.882 € (1. Quartal 2019) mit einer Ausnahme kostendeckend (vgl. Abb.). Zusätzlich erhalten die Praxen für den laufenden Betrieb bzw. die Wartung und Updates eine Pauschale von 248 €/Quartal. Ferner werden für den Praxisausweis (SMC-B Smartcard) 23,25 €/Quartal und Karte sowie für den eArzt ausweis (HBA Smartcard) 11,63 €/Quartal und Karte erstattet.

Zum gegenwärtigen Stand ist die Finanzierung der technischen Komponenten der TI (mit Ausnahme eines Anbieters) kostendeckend. Der organisatorische Mehraufwand in der Übergangszeit, der sich infolge technischer Probleme und der Parallelverwaltung der Kartenlesesysteme in den Praxen ergeben kann, dürfte jedoch in vielen Fällen nicht ausreichend abgedeckt sein. Zudem ist anzunehmen, dass eine wettbewerbsbedingte Preissenkung weiterhin ausbleiben und die Erstattungspauschale auch in Zukunft das Richtmaß für die Preisentwicklung bleiben wird. Die großen Primärsystemanbieter (Praxisverwaltungssoftware) haben den Markt weitestgehend unter sich aufgeteilt. Trotz Interoperabilität zwischen den Systemen ist mit einer Markentreue unter den Ärzten und Zahnärzten zu rechnen.

Eine aktuelle Übersicht über die verfügbaren Komponenten, Preise und Informationen zu den Starterpaketen finden Sie zum Download unter: www.atlas-medicus.de/ti-komponenten

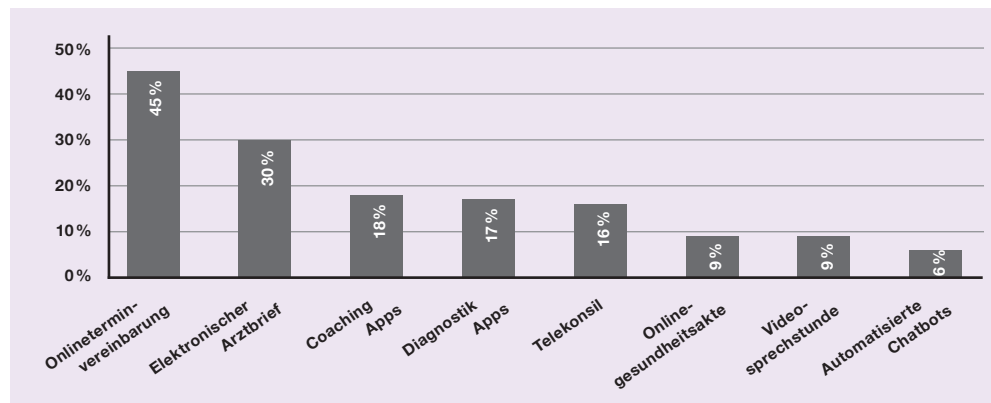
DAK Digitalisierungsreport 2019 gibt weiterhin verhaltene Aussichten

Das Jahr 2018 hätte durch die Lockerung des Fernbehandlungsverbots ein Katalysator für die Digitalisierung und insbesondere die Fernbehandlung sein können. Der Digitalisierungsreport 2019 der DAK Gesundheit zeigt jedoch weiterhin ein anderes Bild.

Im Rahmen der jährlich durchgeführten Studie werden Ärzte dazu befragt, wie sie über die Digitalisierung des Gesundheitswesens denken. Ziel ist es, neben der Erfassung der Ist-Situation auch Trends sowie Treiber und Hürden digitaler Versorgungslösungen in der Arbeitswirklichkeit von Medizinern in Deutschland zu identifizieren. Mit der aktuellen Umfrage, die im Befragungszeitraum vom 1.9.–31.10.2018 stattfand, wurden insgesamt 920 Datensätze ausgewertet und folgende Ergebnisse erzielt:

- Zu den beiden häufigsten Versorgungsangeboten, mit denen die Ärzte bereits zu tun hatten, zählen die Onlineterminvereinbarung (45 %) sowie der elektronische Arztbrief (30 %).
- Die geläufigste digitale Versorgungslösung ist die Onlinevideospreechstunde, deren Bekanntheitsgrad im Vergleich zum vergangenen Jahr noch einmal um 3 % auf 87 % zugenommen hat. Eine bemerkenswerte Zunahme hinsichtlich der Bekanntheit verzeichnet auch die Onlinegesundheitsakte, die im Vergleich zum Vorjahreswert von 52 % auf 74 % gestiegen ist.
- Der Anteil jener Ärzte, die die E-Gesundheitsakte und Onlinevideospreechstunde tatsächlich in der Praxis nutzen, ist allerdings mit 9 % verschwindend gering.
- Mit Coaching-Apps, Diagnostik-Apps und dem Telekonsil hatten bereits rund 16 bis 18 % der Ärzte zu tun, mit automatisierten Chatbots lediglich 6 %.

Abb. 2 – Bereits vorherrschende Versorgungsangebote in der Praxis



Quelle: DAK Digitalisierungsreport Grafik: REBMANN RESEARCH

Nichtsdestotrotz gibt es viele Ärzte, die digitale Lösungen begrüßen: So sprachen sich 71 % z. B. für eine E-Gesundheitsakte aus, die Medikamente des Patienten automatisch auf Wechselwirkungen überprüft. Darüber hinaus befürworteten 62 % eine telefonische Patientensteuerung in die benötigten Versorgungsebenen.

Über 70 % der Befragten gehörten zu der Gruppe mit 10 Jahren und mehr Berufserfahrung; der Gruppe mit 5 Jahren und weniger Berufserfahrung waren nur ca. 10 % zugehörig. Auch wenn dies

die aktuelle Altersverteilung im Arztberuf widerspiegelt, stellt die Studie damit schwerpunktmäßig das Meinungsbild der älteren Mediziner dar, die der Digitalisierung tendenziell kritischer gegenüberstehen. Den Medizinerinnen allerdings generell eine digitalisierungsfeindliche Haltung zuzuschreiben, wäre nicht richtig. Vielmehr sollte beachtet werden, dass es in Sachen E-Health zum Teil noch erhebliche technische und rechtliche Probleme und offene Fragen gibt. So fehlen den Ärzten z. B. bisher haftungsrechtliche Sicherheiten darüber, ob eine Patientenakte komplett oder unvollständig ist. Hilfreich wäre daher – wie im internationalen Vergleich bereits vorhanden – eine ganzheitliche digitale Gesundheitsstrategie und die Definition von Standards für Gesundheitsakten.

Zahl der Krankenkassen sinkt weiter

Seit der Einführung des Gesundheitsfonds hat sich die deutsche Krankenkassenlandschaft nachhaltig verändert. Während die Versicherten im Jahr 1970 noch von 1.817 gesetzlichen Krankenkassen versorgt wurden, schrumpfte diese Zahl zum 1.1.2018 auf 110. Dies geht aus einer Erhebung des GKV-Spitzenverbands hervor.

Auslöser der Entwicklung war zunächst der wachsende wirtschaftliche Druck, der dazu führte, dass sich immer mehr Krankenkassen zusammenschlossen. Die fusionierenden Kassen zielten darauf ab, dank der damit verbundenen Effizienzsteigerungen (z. B. in Form einer gemeinsamen Verwaltung) Zusatzbeiträge und damit eine drohende Abwanderung ihrer Versicherten zu vermeiden. Vor allem aufgrund der guten konjunkturellen Lage, der abnehmenden Arbeitslosenzahl und den damit zusammenhängend wachsenden Beitragseinnahmen blicken mittlerweile viele Kassen auf ein dickes Finanzpolster. Als Motor der Fusionen rücken somit weniger wirtschaftliche Zwänge als die Aufteilung des Versichertenmarktes von rund 73 Mio. Versicherten und eine möglichst gute Positionierung im Wettbewerb in den Vordergrund. Marktführer ist momentan die Techniker Krankenkasse mit mehr als 11 Mio. Versicherten, dicht gefolgt von der BARMER (vgl. Infobox).

Die fünf größten gesetzlichen Krankenkassen

- Techniker Krankenkasse: 11,1 Mio. (1/2019)
- AOK Bayern: 4,6 Mio. (8/2018)
- Barmer: 9,1 Mio. (1/2019)
- AOK Baden-Württemberg: 4,4 Mio. (9/2018)
- DAK Gesundheit: 5,7 Mio. (9/2018)

Morbiditätsbedingter Behandlungsbedarf: Veränderungsdaten für 2019 neu beschlossen

Der Bewertungsausschuss hat die Veränderungsdaten für die Anpassung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs neu beschlossen. Anlass ist die Beanstandung des Klassifikationsmodells

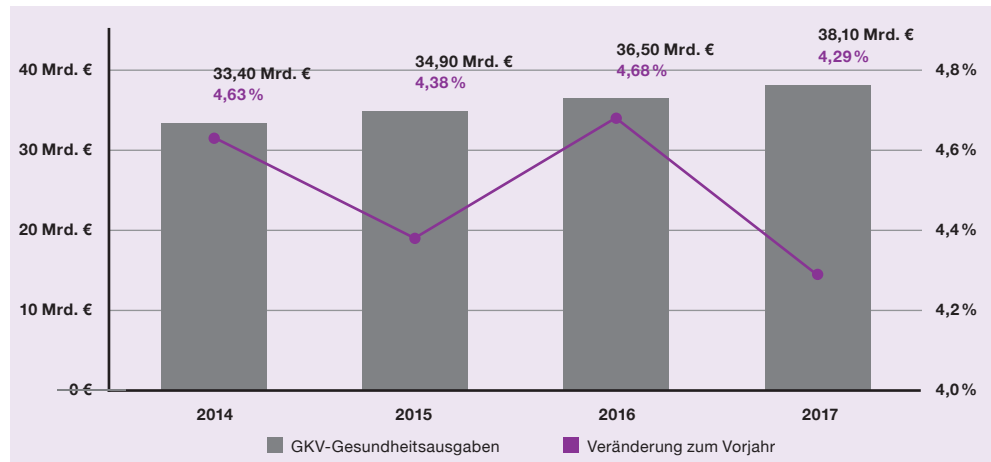
und des Beschlusses zu den damit berechneten Veränderungsraten vom Oktober 2018 durch das Bundesgesundheitsministerium (BMG). Das Berechnungsmodell wurde zwar erst im vorausgegangenen August durch den Erweiterten Bewertungsausschuss beschlossen, war allerdings von Beginn an umstritten. Kernpunkt des Beschlusses war die Anpassung der diagnosebezogenen Veränderungsraten aufgrund von außergewöhnlichen Prävalenzänderungen von Diagnosen. Das BMG sah hierin aber einen zu großen Eingriff in die regionale Verhandlungshoheit. Aufgrund der Klage der KBV und des GKV-Spitzenverbandes, die keine aufschiebende Wirkung hat, war der Bewertungsausschuss zum erneuten Beschluss des Klassifikationsmodells gezwungen.

Nach der Neuberechnung sind die demografiebezogenen Raten gänzlich unverändert. Die diagnosebezogenen Raten haben sich leicht aufgrund der Berücksichtigung der außergewöhnlichen Prävalenzsteigerungen erhöht. Deren Prüfung und Bewertung bleibt den Gesamtvertragspartnern überlassen.

Werden diagnose- und demografiebezogene Raten zu gleichen Teilen gewichtet, erhöht sich die Gesamtvergütung um insgesamt 70 Mio. €. Der Einigung der KBV und des GKV-Spitzenverbandes zufolge wird es zudem eine Anhebung des Orientierungswertes um 1,58 % auf 10,8226 Cent geben, was einem Honorarplus von 550 Mio. € entspricht.

In den letzten vier Jahren sind die Gesundheitsausgaben in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung annähernd linear mit jeweils rund vier Prozent jährlich gestiegen. Auch für das Jahr 2018 ist ein Anstieg in dieser Größenordnung zu erwarten.

Abb. 3 – Gesundheitsausgaben für ärztliche Behandlungen und Veränderung zum Vorjahr



*ohne Früherkennung, Impfungen, Dialyse-Sachkosten Quelle: BMG Grafik: REBMANN RESEARCH

Talk

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

Medizinstudium – Neuregelungen zur Vergabe von Studienplätzen

Anfang Dezember 2018 einigte sich die Kultusministerkonferenz auf einen Entwurf des Staatsvertrags für die Hochschulzulassung zum Medizinstudium. Bis zum 31.12.2019 hat der Gesetzgeber Zeit, verfassungsrechtliche Neuregelungen zur Vergabe der Studienplätze zu leisten. Der Anlass hierfür: Eine Urteilsverkündung des Ersten Senats erklärte das bisherige Verfahren zur Vergabe von Studienplätzen für teilweise mit dem Grundgesetz unvereinbar. Die Vergabe der Studienplätze – auf Grundlage der geforderten Neuregelungen – soll frühestens ab dem Sommersemester 2020 erfolgen.

Aus dem Urteil gingen folgende Eckpunkte hervor:

- Das Auswahlverfahren der Hochschulen (AdH) bleibt unverändert. Das AdH wird sich weiterhin auf 60 % belaufen (20 % der zur Verfügung stehenden Studienplätze können für die Vorabquote vorbehalten werden)
- Die Abiturbestenquote wird von 20 auf 30 % erhöht
- Die Eignungsquote von 10 % wird neu eingeführt
- Die bislang existierende Wartezeitquote entfällt

In Deutschland besteht ein unverändert hohes Interesse am Studium der Humanmedizin. Die Zahl der Bewerber übersteigt generell die zur Verfügung stehenden Studienplätze. So wurden im Wintersemester 2018/19 insgesamt 43.631 Bewerber registriert, für die lediglich 9.232 Studienplätze zur Verfügung standen (fünf Bewerber auf einen Studienplatz). Die sogenannte Wartezeitquote ermöglichte es 20 % der Bewerber, den Studiengang nach einer gewissen Zeit anzutreten. Diese Wartezeitquote wird künftig durch die sogenannte Eignungsquote (10 %) ersetzt. Welche genauen Kriterien hierfür verwendet werden, ist aktuell noch unklar. Allerdings sollen schulnotenunabhängige Kriterien Berücksichtigung finden, damit Bewerber, unabhängig von ihren Abiturnoten, bessere Chancen auf einen Medizinstudienplatz bekommen.

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.

AUGENÄRZTE

Optische Kohärenztomografie in den Leistungskatalog aufgenommen

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die optische Kohärenztomografie (OCT) und Therapiesteuerung bei Netzhauterkrankungen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen. Damit kann das nicht invasive Verfahren in Zukunft ambulant erfolgen. Die Anwendung der OCT steht Augenärzten künftig für Patienten mit einer neovaskulären altersbedingten Makuladegeneration oder einem Makulaödem in Verbindung mit einer diabetischen Retinopathie zur Verfügung. Damit können krankhafte Veränderungen der Netzhaut erkannt werden, bevor sie eine Sehverschlechterung hervorrufen. Außerdem ermöglicht die neue Leistung eine gezieltere Überprüfung des Therapieverlaufs durch verbesserte Steuerung der intravitrealen operativen Medikamenteneingabe und reduziert die Anzahl der intravitrealen Injektionen sowie das damit verbundene Infektionsrisiko. Details sind in der Richtlinie Methoden Vertragsärztliche Versorgung nachzulesen.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat für die Prüfung nun zwei Monate Zeit. Die Vergütung ist anschließend innerhalb von sechs Monaten vom Bewertungsausschuss festzulegen. Erst danach steht die Leistung für Patienten zur Verfügung und kann von den Augenärzten abgerechnet werden.

HAUSÄRZTE

Neue GOP für gesundheitliche Versorgungsplanung in der letzten Lebensphase

Der Bewertungsausschuss hat die Versorgungsplanung von Heimbewohnern in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen. Für die gesundheitliche Versorgungsplanung – die Beratung von Heimbewohnern in der letzten Lebensphase – gibt es seit Januar eine Vergütung für die Beteiligung von Ärzten. Von der neuen Leistung profitiert insbesondere die hausärztliche Versorgung, zu deren Schwerpunkt die palliative Versorgung gehört.

Im Rahmen der gesundheitlichen Versorgungsplanung entwickeln qualifizierte Berater der Pflegeheime oder der Einrichtung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung in Einbezug der Interessen der meist älteren Heimbewohnern Vorstellungen über Art, Ausmaß und Intensität von

pflegerischen und medizinischen Maßnahmen in der letzten Lebensphase und während des Sterbeprozesses. Dabei tauscht sich der Berater regelmäßig mit dem behandelnden Arzt aus. Teil der Aufgabe des durch die Einrichtung bestimmten Beraters ist auch die Besprechung von Notfallsituationen sowie die Thematisierung von Vorsorgeinstrumenten wie die Patientenverfügung und die Vorsorgevollmacht. In medizinisch komplexen Fällen ist neben dem Berater u. U. die persönliche Beteiligung des Arztes in Form einer Fallbesprechung notwendig. Hierfür erhalten die Ärzte über die GOP 37400 (100 Punkte, 10,82 €) eine Vergütung. Diese erfolgt vorerst extrabudgetär für die Dauer von zwei Jahren.

Nach §132g SGB V können nicht nur stationäre Pflegeheime, sondern auch Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase ihren Patienten zur Verfügung stellen. Die freiwillige Inanspruchnahme durch die Versicherten wird über die Krankenkasse finanziert. Weitere Details über die Inhalte und Anforderungen der Versorgungsplanung regelt eine Vereinbarung des GKV-Spitzenverbandes mit den Vereinigungen der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtungen und der Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung. Diese Vereinbarung ist gleichzeitig auch die Grundlage für die Berechnungsfähigkeit der neuen GOP 37400.

HNO & GYNÄKOLOGEN

Hörgeräte: HNO-Ärzte verkürzen den Versorgungsweg

Seit Ende 2018 haben Versicherte der Ersatzkassen TK, Barmer, DAK, KKH, hkk und HEK die Möglichkeit, ihr Hörgerät direkt über eine HNO-Praxis zu beziehen. Ein zeitintensiver Anschaffungsprozess wird dadurch erspart – Behandlung, Anschaffung und Nachsorge erfolgen über den HNO-Arzt aus einer Hand. Der hierbei entstehende „verkürzte Versorgungsweg“ soll eine Ergänzung zur herkömmlichen Hörgeräteversorgung darstellen.

Der Vertrag des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) trat zum 1.12.2018 in Kraft. Seitdem nehmen rund 300 HNO-Praxen am Versorgungsangebot teil. Der Trend soll sich in Zukunft weiter fortsetzen. Aufgrund der engen Zusammenarbeit mit den Hörakustik-Meisterbetrieben kann den Versicherten eine qualitativ hochwertige Versorgung gewährleistet werden. Zudem haben die Versicherten die Möglichkeit, zwischen mindestens fünf digitalen und aufzahlungsfreien Hörgeräten, die medizinisch und technisch auf dem neuesten Stand sind, zu entscheiden. Anspruch auf diese Versorgung haben allerdings ausschließlich Volljährige, die bei einer der genannten Ersatzkassen versichert sind.

Allein in Deutschland leiden etwa 15 Mio. Menschen unter einem Hörproblem. Da das Hören jedoch der wichtigste Sinn für die menschliche Wahrnehmung ist, kann ein eingeschränkter Hörsinn zu erheblichen Einschränkungen im Alltag führen. Grundsätzlich steht allen gesetzlich

Krankenversicherten, die unter einer Schwerhörigkeit leiden, ein Hörgerät zu. Für Kinder und Jugendliche sind sie zuzahlungsfrei. Für volljährige GKV-Versicherte fallen maximale Zuzahlungen von 10 € auf ein aufzahlungsfreies Hörgerät an. Der Ausstattungsanspruch sowie die Erstattungsbeiträge sind durch das Hilfsmittelverzeichnis des GKV-Spitzenverbandes geregelt.

Anspruch auf Zweitmeinung konkretisiert

Nach langen Verzögerungen hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) endlich die erste Richtlinie zum lange geplanten Zweitmeinungsverfahren eingeführt. Patienten haben künftig die Möglichkeit, vor Operationen an den Gaumen- und/oder Rachenmandeln (Tonsillektomie, Tonsillotomie) sowie vor Gebärmutterentfernungen (Hysterektomien) eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung einzuholen. Diese darf künftig als neue ambulante Leistung von den Ärzten abgerechnet werden. Weitere Eingriffe sollen folgen. Ziel ist es, das Risiko einer zu weiten Indikationsstellung zu verringern und die ausführliche Beratung des Versicherten zur Notwendigkeit des Eingriffs und den Behandlungsalternativen sicherzustellen. Die Richtlinie regelt unter anderem:

- Der indikationsstellende Arzt muss die Patienten rechtzeitig (mindestens 10 Tage vor einer Operation) auf ihr Zweitmeinungsrecht hinweisen.
- Erforderliche Qualifikationen:
 - eine für den jeweiligen Eingriff entsprechende Facharztbezeichnung und
 - eine mindestens 5-jährige ganztägige Tätigkeit (Teilzeittätigkeiten sind zu addieren) im entsprechenden Fachgebiet in einem Bereich der unmittelbaren Patientenversorgung und
 - Kenntnisse über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung (die Diagnostik, Therapie und Therapiealternativen betreffend) durch Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung/Nachweis der erforderlichen Fortbildungspunkte sowie entweder durch Vorliegen einer Weiterbildungsbefugnis oder einer akademischen Lehrbefugnis
- Außerdem:
 - Eine Zweitmeinung darf nicht von Ärzten erbracht werden, die ein wirtschaftliches Interesse an der Durchführung des Eingriffs haben könnten.
 - Für die Zweitmeinung zugelassene Ärzte: zugelassene oder ermächtigte Ärzte; nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, die nur zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen; an ermächtigten Einrichtungen, zugelassenen MVZ oder an zugelassenen Krankenhäusern tätige Ärzte – alle vorbehaltlich der erforderlichen Qualifikation; eine Genehmigung der zuständigen KV ist erforderlich.
- Aufgaben der Ärzte im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens: u. a. Überprüfung der Indikation zum empfohlenen Eingriff, Beratung über Therapie- und Handlungsalternativen, Information des Patienten über fehlende/nicht verwendbare relevante Untersuchungsergebnisse, Information des indikationsstellenden Arztes (Zustimmung des Patienten erforderlich), Erstellung eines Zweitmeinungsberichts (auf Wunsch des Patienten)
- Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landeskrankenhausgesellschaften benennen die zugelassenen Zweitmeiner künftig auf speziellen Informationsplattformen. Zur Information der Patienten soll es künftig ein Merkblatt auf der Webseite des G-BA geben.

Zum genauen Zeitpunkt, ab wann das Zweitmeinungsverfahren tatsächlich zur Verfügung steht, gibt es noch keine konkreten Angaben. Vom Zweitmeinungsverfahren ausdrücklich ausgenommen sind maligne Erkrankungen wie Tumore. Die Richtlinie ist seit Ende 2018 in Kraft. Die Höhe der extrabudgetären Vergütung der GOP 01645 für die Aufklärung und Beratung im Zusammenhang mit einem ärztlichen Zweitmeinungsverfahren im Einheitlichen Bewertungsmaßstab beträgt laut Bewertungsausschuss 75 Punkte (8,12 €) und kann durch den indikationsstellenden Arzt einmal im Krankheitsfall abgerechnet werden.

Der Rechtsanspruch der GKV-Patienten auf eine unabhängige Zweitmeinung wurde im Rahmen des Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) 2015 im SGB V verankert. Das Zweitmeinungsverfahren soll der Neuregelung des § 27b SGB V zufolge bei planbaren Eingriffen Anwendung finden, die als besonders „mengenanfällig“ gelten. Aufgabe des G-BA ist es, diese Eingriffe zu benennen sowie die jeweiligen indikationsspezifischen Anforderungen an die Abgabe der Zweitmeinung sowie an die Erbringer einer Zweitmeinung zu definieren.

ORTHOPÄDEN

Untersuchung der Knochendichte wird besser vergütet

Laut Beschluss des Bewertungsausschusses erhalten Ärzte für die Durchführung von Untersuchungen der Knochendichte (osteodensitometrische Untersuchung) seit Januar 2019 mehr Geld. Die Vergütung steigt von bislang 17 auf 29 €. Die Punktzahl der GOP 34600 und 34601 zur Bewertung der Knochendichtemessung wird jeweils auf 268 (zuvor 161) angehoben. Zur Finanzierung der angehobenen Bewertung wird auch die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung entsprechend erhöht. Die GOP 34601 wird bereits extrabudgetär vergütet.

RADIOLOGEN & STRAHLENTHERAPEUTEN

Samstagszuschlag nun auch für Radiologen und Strahlentherapeuten

Nach Beschluss des Bewertungsausschusses, können Radiologen und Strahlentherapeuten seit Januar 2019 den Samstagszuschlag nach der GOP 01102 berechnen. Bislang war für diese Facharztgruppe am Samstag nur die Behandlungsleistung abrechenbar. Dem Beschluss zufolge erhalten Fachärzte für diagnostische Radiologie und Strahlentherapie für die Behandlung von Patienten an Samstagen zwischen 7 und 14 Uhr ab sofort einen Zuschlag in Höhe von 10,76 € (101 Punkte).

Der Bewertungsausschuss setzt mit dem Beschluss einen gerichtlichen Vergleich um, dem KBV und GKV-Spitzenverband zu Beginn des Jahres zugestimmt hatten. Radiologen und Strahlentherapeuten hatten Anfang 2018 vor dem Sozialgericht Marburg geklagt.

Eine Übersicht über alle Fachgruppen die zur Abrechnung des Samstagzuschlags berechtigt sind, findet sich auf der Website der KBV unter: www.kbv.de/html/1150_38635.php

UROLOGEN

Bauchaorten- und Uro-Genital-Screening am selben Tag berechnungsfähig

Seit Januar 2019 können das Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen (abrechenbar seit Anfang 2018, GOP 01748, 148 Punkte, 16,01 €) und eine Uro-Genital-Sonografie (GOP 33043) von Urologen am selben Behandlungstag durchgeführt und abgerechnet werden. Aufgrund entfallender Wechselzeiten wird ein direkt anschließendes Screening mit einem Abschlag von 8 Punkten auf 79 Punkte bewertet, da Patienten nicht an zwei verschiedenen Tagen einbestellt werden müssen. Somit können sich auch Patienten den erneuten Weg in die Praxis sparen.

Der Bewertungsausschuss hat den zuvor bestehenden Abrechnungsausschluss aufgehoben, da Urologen grundsätzlich zum Screening auf Bauchaortenaneurysmen zugelassen sind. Die Früherkennung von Bauchaortenaneurysmen wurde Ende 2016 als neue Vorsorgeleistung eingeführt. Gesetzlich krankenversicherte Männer haben seither ab einem Alter von 65 Jahren einen einmaligen Anspruch auf ein derartiges Ultraschallscreening.

Der G-BA hat hierzu eine begleitende Versicherteninformation erstellt, welche die ärztliche Aufklärung unterstützt und den von einem Bauchaortenaneurysma betroffenen Patienten eine informierte Entscheidung über das weitere Vorgehen ermöglicht. Details sind in der Richtlinie Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen nachzulesen (wie z.B. die Anforderungen an eine qualitätsgesicherte Durchführung der Ultraschalldiagnostik).

Eine Evaluation ist vom Gemeinsamen Bundesausschuss erstmals drei Jahre nach Inkrafttreten der Richtlinie durch eine unabhängige wissenschaftliche Institution vorgesehen. Eine aktuelle Registerstudie in Schweden stellt allerdings bereits heute den Mehrwert des Screenings in Frage. Die schwedischen Forscher betrachten den Nutzen als marginal und sehen eine nicht zu unterschätzende Gefahr der Überdiagnose und Überbehandlung. Erste Beurteilungen für Deutschland sind Anfang nächsten Jahres zu erwarten.

ZAHNÄRZTE

Grenze für die Anstellung von Zahnärzten erhöht

Niedergelassene Vertragszahnärzte in Einzelpraxen oder Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) können ab sofort drei bzw. mit Begründung vier angestellte Zahnärzte in Vollzeit oder mit entsprechender Verteilung in Teilzeit anstellen. Das haben Verhandlungen zwischen der Kassen-

zahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und dem GKV Spitzenverband (GKV-SV) ergeben. Die Neuregelung trägt zu einer patientenorientierten Versorgung sowie zu einer verbesserten Praxisorganisation bei und schafft flexiblere Arbeitsbedingungen für die im Team tätigen Ärzte.

Die KZBV konnte mit der Regelung ihre Forderung durchsetzen, einen Wettbewerbsnachteil gegenüber den zahnärztlichen Medizinischen Versorgungszentren (zMVZ) auszugleichen. Die steigende Anzahl an zMVZ macht den Zahnarztpraxen immer mehr zu schaffen, u. a. deshalb, weil sie im Gegensatz zu Einzel- und Mehrbehandlerpraxen hinsichtlich der Anzahl der angestellten Zahnärzte nicht limitiert sind. Weitere Forderungen der KZBV, um die Wettbewerbsnachteile der Einzel- und Mehrbehandlerpraxen gegenüber den zMVZ abzuschwächen, liegen in der Beschränkung der Gründungsberechtigung von Krankenhäusern für reine zMVZ. Auch der Gesundheitsausschuss des Bundesrats fordert, dass die Gründung eines MVZ für ein Krankenhaus nur noch dann erlaubt sein soll, wenn dieses „einen fachlichen oder räumlichen Bezug zum Versorgungsauftrag des MVZ“ hat und der Versorgungsanteil in der betreffenden Fachgruppe höchstens 25% beträgt.

Die Anstellung in Einzelpraxen und BAG war aufgrund der Vorgaben des Bundesmantelvertrages – Zahnärzte (BMV-Z), der Regelungen zur Art und Umfang der Versorgung sowie Vorschriften zur Durchführung der Behandlung festlegt, bislang auf maximal zwei angestellte Zahnärzte in Vollzeit begrenzt. In der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung ist es bereits seit mehreren Jahren möglich, drei bzw. bei überwiegend medizintechnischen Leistungen in der Praxis bis zu vier Ärzte anzustellen.

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 – Start für Tele dermatologie-Anwendung

Mit Genehmigung der Landesärztekammer ist in Baden-Württemberg ein weiteres telemedizinisches Modellprojekt angelaufen. Im Rahmen des Projekts ist eine Ferndiagnose inkl. Beratung bei Hautproblemen via Smartphone-App möglich. Die App wurde von Ärzten und Wissenschaftlern des Deutschen Krebsforschungszentrums, des Nationalen Centrums für Tumorerkrankungen (NCT) sowie der Universitäts-Hautklinik Heidelberg entwickelt.

- **Funktionsweise:** Patienten machen mit dem Smartphone drei Fotos ihrer betreffenden Hautstelle, die dann per „AppDoc“ (erhältlich im Apple App Store bzw. Google Play Store) automatisch an einen Teledermatologen weitergeleitet wird. Alternativ ist eine Weiterleitung des Bildes per Onlineformular auf der Website www.online-hautarzt.net möglich. Zudem muss der Nutzer einige Fragen zu möglichen Symptomen beantworten. Der Patient erhält dann innerhalb von 48 Stunden eine qualifizierte ärztliche Erstmeinung sowie eine Handlungsempfehlung.
- **Vergütung:** Die dermatologische Diagnose per App ist nur als Selbstzahlerleistung verfügbar. Teilnehmende Hautärzte können die Leistung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abrechnen. Die Kosten für den Patienten liegen bei 24,95 €.
- **Datenschutz und -sicherheit:** Die Weitergabe der Daten erfolgt verschlüsselt und der Nutzer bleibt anonym.

Die Initiatoren versprechen sich von der Dermatologie-App eine Abmilderung der Versorgungsprobleme, die aufgrund des Hausärztemangels und der damit verbundenen (teilweise monatelangen) Wartezeiten auf einen Hautarzttermin entstehen. Gleichzeitig wird mit dem Expertenrat auch eine Aussage zur Dringlichkeit getroffen. Dies ist insbesondere bei der Hautkrebstdiagnose wichtig. Das Projekt ist zunächst auf eine Dauer von zwei Jahren begrenzt und wird wissenschaftlich unter anderem hinsichtlich der Qualität der Versorgung evaluiert.

Nordrhein – NRW geht voran mit der Landarztquote

In Folge des Beschlusses vom Dezember 2018 hat das Kabinett die Rechtsverordnung zum Landarztgesetz Nordrhein-Westfalen (NRW) verabschiedet, die Regelungen für das veränderte Auswahlverfahren zum Medizinstudium festlegt. Damit wird NRW das erste Bundesland sein, das die Landarztquote für Hausärzte umsetzt. Vorgesehen ist eine Landarztquote außerdem in Bayern, Sachsen-Anhalt und Rheinland-Pfalz.

Ab dem Wintersemester 2019/20 werden dem Beschluss zufolge 7,6 % der Medizinstudienplätze, der acht medizinischen Fakultäten in NRW, für die Landarztquote reserviert. Zwar ist es möglich, bis zu 20 % der Medizinstudienplätze über Vorabquoten zu vergeben. Jedoch sind 12,4 % bereits für ausländische Staatsangehörige, den Sanitätsoffizierdienst der Bundeswehr oder außergewöhnliche Härtefälle vorbestimmt. Onlinebewerbungen werden erstmals ab dem 31. März 2019 möglich sein. In dem Antrag können auch Wünsche hinsichtlich des Studienorts angegeben werden. Die ersten Auswahlgespräche sollen im Juni starten.

Bedingungen für den Erhalt eines Studienplatzes über die Landarztquote ist die Verpflichtung zu einer zehnjährigen Hausarztstätigkeit in einer unterversorgten Region im Anschluss an die Facharztausbildung. Bei Vertragsverletzungen drohen empfindliche Geldstrafen (in Höhe der

Kosten des Medizinstudiums bzw. rund 250.000 €). Die Rechtsverordnung regelt ein zweistufiges Auswahlverfahren durch das ein überdurchschnittliches Abitur nicht mehr die einzige Voraussetzung ist, um Medizin studieren zu können.

- In Stufe 1 bilden der Abiturschnitt und der Test für Medizinische Studiengänge (TMS) gewichtet mit je 30% sowie einschlägige Berufserfahrung mit 40% eine Rangliste.
- In Stufe 2 wird mit den verbliebenen 340 Bewerbern aus Stufe 1 ein Auswahlgespräch geführt, anhand dessen in Gesprächssituationen und Simulationen Eigenschaften und Fähigkeiten wie Patientenorientierung, Empathie und Sozialkompetenz ermittelt werden.

Als Ergebnis des zweistufigen Auswahlverfahrens ergibt sich eine über die Zulassung entscheidende Gesamtrangliste. Verantwortlich für das Auswahlverfahren ist das Landeszentrum Gesundheit (LZG) in Bochum, das eine Evaluation der Studienplatzvergabe durchführen wird. Das Verfahren erfolgt vorab der regulären Vergabe der Studienplätze.

Insbesondere in den ländlich geprägten Regionen in NRW zeichnet sich mit Blick auf die Altersstruktur der Mediziner ein zum Teil massiver Hausarztmangel ab. Mehr als die Hälfte der 11.500 Hausärzte in NRW haben bereits die Altersgrenze von 55 Jahren überschritten und 11 % sind bereits älter als 65 Jahre. Allein 2016 sind 450 Hausärzte aus der Versorgung ausgeschieden. Hinzu kommt, dass sich lediglich rund 10 % der Absolventen für die Facharztweiterbildung im Bereich Allgemeinmedizin entscheiden. Noch weniger interessieren sich im Anschluss für die Niederlassung in einem unterversorgten Gebiet.

Indessen kommt insbesondere von Seiten der Ärzteverbände und der Medizinstudierenden Kritik. Sie fordern anstelle der Quote eine Erhöhung der Zahl der Studienplätze in Kombination mit einem verbesserten Auswahlverfahren bei der Studienplatzvergabe sowie eine Steigerung der Attraktivität der Arbeits- und Lebensbedingungen in den ländlichen Regionen. Eine Quote bürge aus ihrer Sicht die Gefahr, dass die „Quotenärzte“ künftig als Mediziner „zweiter Klasse“ degradiert würden. Ferner überfordere die Zehnjahresverpflichtung viele Nachwuchsmediziner, weshalb mit hohen Abbruch- und Wechselquoten sowie vielen juristischen Konflikten (bezüglich der Vertragsstrafen) zu rechnen sei. Kritik gilt auch der Beschränkung der Regelung auf die Allgemeinmediziner. In der Tat fehlen in ländlichen Regionen auch Kinderärzte, hausärztliche Internisten sowie zunehmend fachärztliche Grundversorger.

International

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

Elektronische Patientenakte (ePA) auf europäischer Ebene

Begünstigt durch die Einführung der Telematikinfrastruktur wird gleichzeitig die Entwicklung von digitalen Anwendungen wie der elektronischen Patientenakte (ePA) vorangetrieben. Laut Entwurf des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) sollen ab 2021 alle gesetzlich Versicherten ihre Gesundheitsdaten in der elektronischen Patientenakte selbst verwalten können. Nach Einwilligung des Patienten können so künftig gesundheitsrelevante Daten sicher und schnell zwischen den verschiedenen Akteuren (Ärzten, Apotheken, Krankenhäusern) ausgetauscht werden.

Um einen Austausch von Gesundheitsdaten auch über die europäischen Ländergrenzen hinweg zu gewährleisten, hat die Europäische Kommission Anfang Februar 2019 Empfehlungen für ein einheitliches Austauschformat für elektronische Patientenakten veröffentlicht. Gerade für Pendler und Reisende wäre dies von Vorteil, sollte eine ungeplante medizinische Behandlung fern der Heimat notwendig werden. Grundlage für die Authentifizierung und Identifizierung der EU-Bürger bildet die eIDAS-Verordnung (Verordnung (EU) Nr. 910/2014). Diese regelt die grenzüberschreitende Nutzung elektronischer Identifizierungsmittel, gewährleistet einen sicheren Zugang zu Onlinediensten und die Versicherten erhalten so über ihre nationale Identifizierung auch einen Zugang zu Gesundheitsdiensten bzw. Gesundheitsdaten anderer EU-Staaten. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt allerdings ist die Kompatibilität der verschiedenen ePA-Systeme in vielen Fällen noch nicht gegeben. Erste Bemühungen der Mitgliedsstaaten für gemeinsame Standards gab es bereits 2008. Sowohl die Patientenakten (Patient Summary) als auch die elektronische Verschreibung von Medikamenten (E-Prescription) wurden angeglichen. Mit dem Ziel eines intraoperablen Austausches sollen nun auch die Bereiche Laboruntersuchungen, Krankenhausentlassberichte und die medizinische Bildgebung standardisiert werden. Die technischen Spezifikationen für den Datenaustausch müssen während des Prozesses ebenfalls definiert werden. Ziel ist es, die Voraussetzungen für eine einheitliche Verarbeitung der Gesundheitsinformationen zwischen den landesspezifischen Gesundheitsinformationssystemen zu schaffen.

Die EU-Kommission hat zu diesem Zweck bereits einige IHE-Profile (Integrating the Healthcare Enterprise) definiert, die sich für die grenzüberschreitende Kommunikation zwischen den verschiedenen elektronischen Gesundheitsdiensten bzw. -anwendungen eignen. Die IHE-Profile legen fest, welche Standards zum Austausch bzw. zur Verarbeitung von Informationen zwischen den Systemen (z. B. Arztpraxis-Krankenhaus) unabdingbar sind. Zudem empfiehlt die

Europäische Kommission länderübergreifende Gespräche mit allen beteiligten Akteuren, um den iterativen Prozess der ePA-Gestaltung gemeinsam weiterzuentwickeln und zu verbessern.

Die Etablierung der elektronischen Patientenakte in Deutschland ist ein weiterer wichtiger Schritt in Sachen Digitalisierung des Gesundheitswesens. Die kürzlich von der EU veröffentlichten Empfehlungen sind jedoch für die ePA in Deutschland noch Zukunftsmusik. Nicht nur, dass die Entwicklung der digitalen Patientenakte im Vergleich zu den europäischen Nachbarn noch in den Kinderschuhen steckt. Auch die Kritik an der Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH (gematik), die Ende 2018 die Spezifikationen für die ePA veröffentlicht hat, wächst zunehmend. Laut Bundesverband Gesundheits-IT – bvitg e.V. haben Experten zahlreiche Hürden für die Umsetzung der geforderten Spezifikationen identifiziert.

Darüber hinaus wird auch der Mehrwert der digitalen Akte für den Patienten infrage gestellt. So sind bisher die Verwaltung und Ergänzung der gesundheitsrelevanten Patientendaten noch nicht abschließend geklärt und die Akte dient lediglich als Speicherort. Im Hinblick auf eine Vernetzung über die Ländergrenzen hinweg bemängelt der bvitg e.V. ferner, dass eine IHE-konforme Verwendung nicht möglich ist. International bewährte Lösungen können folglich nicht integriert werden. Gleiches gilt für bereits bestehende Krankenhausnetze. Eine Überarbeitung und Neustrukturierung der ePA scheint unausweichlich, will man mit der Anwendung einen Mehrwert für die Beteiligten schaffen.

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.

Techniker Krankenkasse erprobt erstmals E-Rezept

Die Techniker Krankenkasse (TK) startete am 1. Februar 2019 für die Dauer von 18 Monaten ein neues Pilotprojekt zur Einführung des elektronischen Rezeptes (E-Rezept). Das Projekt ist vorerst auf die Modellregion Hamburg-Wandsbek begrenzt. Nach Beendigung soll das E-Rezept jedoch Schritt für Schritt in die Gesundheitskarte der TK und perspektivisch in die Gesundheitskarten aller Bundesbürger integriert werden.

Voraussetzung für die Teilnahme am Projekt ist die Einwilligung des Patienten sowie der Besitz eines Smartphones. Der Versicherte erhält vom Arzt über eine Ende-zu-Ende verschlüsselte App einen QR-Code sowie ein Abbild des bislang bekannten Papierrezepts für verschriebene

Medikamente. Zur Einlösung in der Apotheke wird anschließend der QR-Code gescannt, sodass das verordnete Medikament abgegeben werden kann. Die Herausforderung liegt nicht in der technischen Realisierung, sondern in der Einigung auf eine gemeinsame Schnittstelle, derer es bedarf, um das System allen Versicherten zur Verfügung zu stellen.

Das Modellprojekt der TK ist bundesweit der erste Versuch, elektronische Verordnungen zu testen. Bislang wird dies durch die Rahmenverträge von Apothekern, Ärzten und Kassen unterbunden, die Verordnungen in Papierform vorschreiben. In Zukunft soll die elektronische Verordnung jedoch auch außerhalb von genehmigten Modellprojekten stattfinden können. Dies soll das aufgrund der jüngsten Vorkommnisse mit gefälschten oder verunreinigten Medikamenten vorgelegte „Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV)“ regeln. Das Bundeskabinett hat für das im Bundesrat zustimmungspflichtige Gesetz am 30.1.2019 neue Vorgaben zur Einführung des E-Rezeptes beschlossen. Nach Inkrafttreten des GSAV, das für Mitte des Jahres 2019 vorgesehen ist, haben Apotheker, Ärzte und Kassen sieben Monate Zeit zur Aushandlung der nötigen Regelungen für das E-Rezept.

Auch in Baden-Württemberg soll noch in diesem Jahr ein Pilotprojekt namens GERDA zur Erprobung des E-Rezeptes starten. Der Druck, die Rahmenbedingungen für eine bundesweite Einführung zu schaffen, wird also weiter steigen.

Krankschreibung per WhatsApp möglich

Seit Dezember 2018 können sich Arbeitnehmer bei Erkältungen per WhatsApp krankschreiben lassen. Möglich macht dies der Firmengründer und Rechtsanwalt Dr. Can Ansay mit seinem Hamburger Startup AU-Schein.de. Der Dienst richtet sich sowohl an gesetzlich Versicherte als auch an Privatpatienten. Die Kosten für die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) von 9 € muss der Arbeitnehmer selbst tragen. Die Zahlung kann per PayPal, Kreditkarte oder Sofortüberweisung erfolgen.

Rechtsanwalt Ansay zufolge muss eine AU in dieser Form sowohl vom Arbeitgeber als auch von der Krankenkasse akzeptiert werden. Dies sei auch durch Rechtsgutachten bestätigt. Gesetzlich geregelt ist eine AU in der Tat nicht. Der Arbeitnehmer muss lediglich gewährleisten, dass seine Arbeitsunfähigkeit den Arbeitgeber bzw. den richtigen Ansprechpartner vor Arbeitsbeginn erreicht. Ermöglicht wurde dieses digitale Angebot durch die beim Ärztetag im Mai 2018 beschlossene Lockerung des Fernbehandlungsverbots. Um der Möglichkeit des Missbrauchs vorzubeugen, ist die AU per WhatsApp nur zweimal pro Kalenderjahr und für maximal drei Tage möglich.

Geht es nach dem Firmengründer Ansay, so sind Erkältungen optimal für eine Fernbehandlung geeignet, da Arbeitnehmer in der Regel keinen Arzt aufsuchen würden, wenn sie keine AU

bräuchten bzw. keine Komplikationen auftreten. Zahlreiche Mediziner beurteilen das hingegen anders und sehen die ärztliche Sorgfaltspflicht durch das Angebot verletzt. So sei beispielsweise bei der Diagnostik einer Erkältung das übliche Abhören des Patienten per Fernbehandlung nicht möglich. Darüber hinaus machen sie auf den fragwürdigen Datenschutz des verwendeten Messengerdienstes aufmerksam und verweisen auf bereits vorhandene sichere technische Lösungen speziell für die Telemedizin.

Gesundheitskiosk verzeichnet erste Erfolge

Der Gesundheitskiosk in Hamburg-Billstedt stellt seit Januar 2017 ein niederschwelliges Beratungsangebot für Patienten aus sozial schwächeren Stadtteilen dar. Gut die Hälfte der Bewohner der Stadtteile Billstedt und Horn haben einen Migrationshintergrund. Die Deutschkenntnisse sind oftmals schlecht, die Arbeitslosigkeit hoch und chronische Krankheiten weit verbreitet. Ärzte vor Ort sind mit dem Patientenaufkommen zunehmend überfordert. In den beiden Stadtteilen stehen für 1.000 Einwohner im Schnitt nur 1,25 Ärzte zur Verfügung.

Aus dieser Not heraus entstand die Idee zum Gesundheitskiosk. Bereits seit über einem Jahr finden die Patienten hier intensive, kostenfreie Beratung durch medizinisch ausgebildetes und multilinguales Personal (neben Deutsch sind Türkisch, Russisch und Farsi häufig vertretene Sprachen in den Stadtteilen). Der Kiosk findet seit seiner Einführung große Akzeptanz. Die vier Vollzeitstellen beraten die Patienten zumeist zu den Themen Gewichtsreduktion, Ernährung und Raucherentwöhnung sowie zu psychosozialen Fragen. Ferner finden die Patienten Rat bei der Arztsuche sowie zu medizinischen Befunden. Darüber hinaus nehmen laut eigenen Angaben mehr als 1.000 Patienten an Behandlungsprogrammen zu chronischen Erkrankungen wie Diabetes, koronare Herzkrankheit oder Asthma teil. Das beteiligte Personal koordiniert außerdem die weiterführende Behandlung sowie die Vermittlung zu Einrichtungen und Vereinen.

Ziel ist es, durch Entlastung der Ärzte bestehende Versorgungslücken zu schließen sowie die Gesundheitsförderung und Prävention zu stärken. Verantwortlich für den Aufbau und die Steuerung des Gesundheitskiosks ist neben der AOK Rheinland/Hamburg unter anderem das Netzwerk „Gesundheit für Billstedt/Horn UG“. Das Projekt wird noch bis Ende nächsten Jahres vom Innovationsfonds mit insgesamt 6,3 Mio. € gefördert. Die AOK erhofft sich durch Einsparungen und die Beteiligung weiterer Krankenkassen eine langfristige Finanzierung des Projekts über das Jahr 2019 hinaus. (Mehr zu diesem Thema: www.gesundheit-bh.de)



Unternehmensphilosophie & Geschichte

Gute Zusammenarbeit lässt Ihren Erfolg wachsen.

Vom Experten für Experten: Sie sind im Medizinbereich tätig und wissen, wovon Sie reden. Genauso sind wir Profis auf unserem Fachgebiet: der finanziellen Beratung von Angehörigen der Heilberufe.

Gegründet wurde das Unternehmen im Jahre 1988 von Rolf Huttenlocher und Martin Graf. Das gesamte Beratungsteam verfügt über fundiertes Know-how – damit Ihr Erfolg stets weiter wächst!

Unternehmen Online

Ist es nicht beruhigend, stets einen unabhängigen und erfahrenen Berater an der Seite zu haben?

Unser Service endet nicht mit dem Beratungsgespräch – er geht noch weiter. Wo Andere aufhören, fangen wir erst an. Rund um die Uhr stehen Ihnen die Beratungsangebote auf unserer Website zur Verfügung.

Profitieren Sie von unserer Onlineterminvereinbarung, aktuellen Mandantennews, Seminaarauskünfte und zahlreichen weiteren Infos.



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

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



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!



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 2019

Von der Landesärztekammer Baden-Württemberg anerkannte Fortbildungen für Ärzte und Zahnärzte

Referenten:

Martin Graf

Geschäftsführer H.U.G Betriebswirtschaftliche Beratungsgesellschaft mbH,
Anerkannter RKW-Berater
Lehrbeauftragter der Hochschule für Gesundheitswesen DHBW
Dozent IBG Institut

Dragisa Macos

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

Burkhard Bedei

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

Ulrike Hespeler

Assessorin der Landesärztekammer Baden-Württemberg

Kooperation?

Die Zukunft des niedergelassenen Arztes liegt in der Kooperation.

Seminarinhalt:

- Kooperationsformen unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten
- Abrechnungsproblematik der einzelnen Kooperationsformen
- Der Weg zur richtigen Kooperation
- Wertsicherung der Praxis
- Nachfolgeregelung durch Kooperationsformen

Abendseminar:

von 19:00 bis 21:00 Uhr

3
Fortbildungs-
punkte

Praxis oder Klinik?

Die wirtschaftlichen Gegebenheiten zur Selbständigkeit sind so günstig wie noch nie.

Seminarinhalt:

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

Abendseminar:

von 19:00 bis 21:00 Uhr

3
Fortbildungs-
punkte

Die Termine sowie den Veranstaltungsort erfahren Sie bei uns.

■ ■ ■ Ärztstammtische 2019

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



2019 haben Sie so gute Möglichkeiten wie noch nie, eine berufliche Veränderung vorzunehmen!

Bei einer kulinarischen Tischrunde erfahren Sie alles Wichtige zum Thema

- Teilzulassung mit Angestelltenverhältnis,
- Vollzulassung,
- Juniorpartner,
- Finanzierung,
- öffentliche Fördermittel.



Welche Kooperation ist sinnvoll?

Bei einer kulinarischen Tischrunde erfahren Sie alles Wichtige zum Thema

- Kooperationsformen,
- Honorarauswirkungen,
- Betriebswirtschaftliche Gestaltungsmöglichkeiten.



Praxisabgabe und Nachfolge rechtzeitig planen!

Bei einer kulinarischen Tischrunde erfahren Sie, wie und wann man rechtzeitig beginnt die Nachfolge zu planen.

Nutzen Sie unser Know-how!



Healthcare Competition Center

H.U.G
Betriebswirtschaftliche
Beratungsgesellschaft mbH

Kesselstraße 17, 70327 Stuttgart
 Postfach 60 02 63, 70302 Stuttgart
 Fon +49 711 / 2489773
 Fax +49 711 / 282791
 E-Mail mail@hug-beratung.de

Unternehmensgründung:

1988

Geschäftsführer:

Martin Graf

Beraterteam:

Martin Graf, Dragisa Macos,

Achim Bacher

Vertragsarztexperte:

Burkhard Bedei

Seminarorganisation:

Susanne Ullrich

Sekretariat:

Hakibe Elezi

Healthcare/Gesundheitswesen

- Hausärzte
- Fachärzte
- Zahnärzte
- MVZ
- Apotheker
- Tageskliniken ambulant/stationär
- Kliniken
- Krankengymnasten/Physiotherapeuten
- Sonstige Heilberufsangehörige

Competition/Wettbewerb

- Einzelpraxis
- Berufsausübungsgemeinschaft örtlich/überörtlich
 - BGB Gesellschaft
 - Partnerschaftsgesellschaft
 - Medizinisches Versorgungszentrum
- Organisationsgemeinschaft
 - Praxisgemeinschaft
 - Gerätegemeinschaft
 - ausgelagerte Praxistätigkeit

Center/Schaltstelle

- Controlling
- Liquiditätsplanung
- Unternehmensbewertung
- Basel II/Rating
- Existenzgründung
- Betriebsübergabe
- RKW-Beratung
- Öffentliche Förderung
- Finanzierung
- Leasing
- Altersvorsorge
- Fortbildung
- Zulassungswesen/Kassenrecht
- Abrechnungsanalyse
- anerkannte LÄK – BW Fortbildungsveranstaltungen



Healthcare Competition Center

H.U.G

Betriebswirtschaftliche
Beratungsgesellschaft mbH

Kesselstraße 17, 70327 Stuttgart

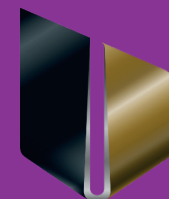
Postfach 60 02 63, 70302 Stuttgart

Tel. 0711-2489773

Fax 0711-282791

mail@hug-beratung.de

www.hug-beratung.de



german
brand
award
2018
winner

QUID

H.U.G Quartalsinformation