3

Jahrgang 2015

QUID

H.U.G Quartalsinformation

In Zusammenarbeit mit REBMANN RESEARCH

Gesetzliche Krankenkassen: zu weit hinausgelehnt?

© yanlev - Fotolia.com

HUG

*H*ealthcare *C*ompetition *C*enter

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

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

Inhalt

Barometer :: Seite 3 – 5
- Gesetzliche Krankenkassen: zu weit hinausgelehnt?
- eGK: Zeitplan kommt erneut ins Wanken
- Medizinstudium: Wartezeit auf historischem Höchststand
- MVZ – aktuelle Entwicklungen

Talk :: Seite 6
- Praxisinhaberinnen schneiden beim Gewinn schlecht ab
- Versandapotheken: EU-Logo soll für mehr Sicherheit sorgen

Fachrichtung :: Seite 6 – 9
Allgemeinärzte
- NäPa: Kompetenzerweiterung bei den Hausbesuchen

Fachärzte
- Orthopädie – IKK-Zweitmeinungsangebot für die Orthopädie kommt gut an
- Neurologie – Neurologen warnen vor demografischer Zeitbombe
- Rheumatologen/Hausärzte – Neuer Versorgungsvertrag für Rheumapatienten

Zahnärzte
- Zahnarztpatienten sehen Verbesserungsbedarf

Regional :: Seite 9 – 10
- Baden-Württemberg: Modellvorhaben zur häuslichen Krankenpflege hat sich bewährt
- Nordrhein: Honorar 2015 beschlossen
- Hessen: Neue Niederlassungsförderung ist zielführend

International :: Seite 11
- USA: Zulassung für Gentest „to go“

Trend :: Seite 11
- Personalisierte Medizin ist im Kommen

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

Fortbildungsveranstaltungen 2015 :: Seite 14

Ärztestammtische 2015 :: Seite 15

Über H.U.G :: Seite 16
- Healthcare Competition Center

Impressum

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

Wenden Sie sich bei Rückfragen bitte an:
H.U.G
Betriebswirtschaftliche
Beratungsgesellschaft mbH
Kesselstraße 17, 70327 Stuttgart
Postfach 60 02 63, 70302 Stuttgart

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

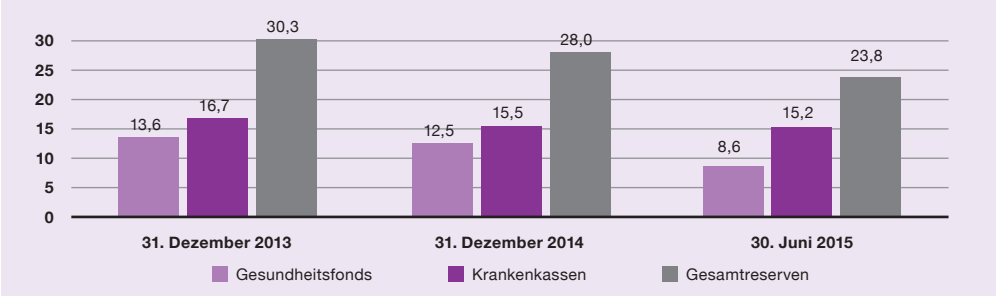
Barometer

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

Gesetzliche Krankenkassen: zu weit hinausgelehnt?

Die vorläufigen Finanzergebnisse des ersten Halbjahrs 2015 belegen, dass die Gesetzliche Krankenversicherung finanziell nach wie vor relativ gut aufgestellt ist – auch wenn die Rücklagen gegenüber Ende 2014 weiter gesunken sind. So summierten sich die Reserven von Kassen und Gesundheitsfonds dem vorläufigen Finanzergebnis zufolge zum Ende des ersten Halbjahrs 2015 auf insgesamt 23,8 Mrd. Euro. Hiervon entfielen rund 15,2 Mrd. Euro auf die 124 Gesetzlichen Krankenkassen (vgl. Abbildung 1).

Abb. 1 – Entwicklung der Reserven in der Gesetzlichen Krankenversicherung (in Mrd. Euro)



Quelle: BMG Grafik: REBMANN RESEARCH

Auch die Deutsche Bundesbank geht in ihren Prognosen davon aus, dass sich der Negativtrend bei den GKV-Finanzen fortsetzt. Hierbei gelten jedoch unterschiedliche Einschätzungen bezüglich der Entwicklung des Gesundheitsfonds und der finanziellen Situation der Krankenkassen. In ihrem Monatsbericht vom Juli 2015 prognostiziert die Bundesbank für das laufende Jahr ein Gesamtdefizit von 2,5 Mrd. Euro im Fonds. Berücksichtigt man allerdings den Effekt der für 2015 geltenden Absenkung des Bundeszuschusses um 2,5 Mrd. Euro, wäre somit das eigentliche Ergebnis des Fonds ausgeglichen. Sollte sich die positive Entwicklung bei dem Arbeitsmarkt und der Lohnsumme fortsetzen, rechnet die Bundesbank mit einer geringeren Deckungslücke.

Was die Finanzentwicklung bei den Gesetzlichen Krankenkassen anbelangt, ist damit zu rechnen, dass auch in Zukunft die Ausgaben dauerhaft stärker als die Einnahmen wachsen. Die vorläufigen Finanzergebnisse des ersten Halbjahrs 2015 bestätigen diesen Trend. Die Ausgaben der GKV (rund 106,58 Mrd. Euro) überstiegen die Einnahmen in Höhe von rund 106,09 Mrd. Euro um rund 490 Mio. Euro. Der Grund für die Diskrepanz erklärt sich dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) zufolge dadurch, dass der von den Kassen erhobene durchschnittliche Zusatzbeitrag bei lediglich 0,83 % und damit 0,07 Prozentpunkte unter dem bislang geltenden Beitrag von 0,9 % lag. Ohne diese Maßnahmen hätte die GKV laut Bundesgesundheitsministerium insgesamt mit einem Überschuss abgeschnitten. Das Ergebnis der Kassen für das Gesamtjahr 2015 hängt von der Entwicklung des durchschnittlichen Zusatzbeitrages ab. Sollte der aktuelle Wert Bestand haben, wäre laut Bundesbank mit einem Defizit in Höhe von rund einer Milliarde Euro zu rechnen.

Für wirtschaftlich gut aufgestellte Kassen mit entsprechenden Finanzreserven bietet ein niedriger Zusatzbeitrag ein Instrument im Wettbewerb um die Versicherten. Da sich die Rücklagen der GKV zum Teil jedoch sehr ungleich verteilen, verfügen nicht alle Kassen über diese Möglichkeit. Nachdem bereits 57 der insgesamt 124 Gesetzlichen Krankenkassen das erste Quartal 2015 mit einem Defizit abgeschlossen hatten, waren zum 1. Juli 2015 zwei weitere Krankenkassen gezwungen, ihren Zusatzbeitrag anzuheben.

Nun hat sich die Lage der Kassen weiter verschlechtert. Nachdem Ersatz-, Innungs- und Betriebskrankenkassen bereits Ende des ersten Quartals ins Minus gerutscht waren, gaben jüngst auch die Allgemeinen Ortskrankenkassen (insgesamt 24 Mio. Versicherte) einen Verlust von rund 112 Mio. Euro für das erste Halbjahr 2015 bekannt. Ende 2014 verbuchte der Kassenverbund noch einen Überschuss von 167 Mio. Euro. Ende des ersten Quartals 2015 lag das Plus bei 36 Mio. Euro. Die AOK führt die Entwicklung auf den deutlichen Ausgabenanstieg mit rund 4 % zurück, der insbesondere auf den Entwicklungen in den Bereichen Arzneimittel und stationäre Behandlung beruht. Noch konnte das Defizit aus den Finanzrücklagen der Kasse ausgeglichen werden.

Die Zeiten, in denen die Gesetzlichen Krankenkassen vor dem „Luxus-Problem“ der Verwendung ihrer immer größeren Überschüsse standen, sind endgültig vorbei. Mit der Absenkung der Zusatzbeiträge, Prämienzahlungen und dem teilweise umfassenden Leistungsangebot über den GKV-Katalog hinaus haben sich nun die Kassen offenbar zu weit hinausgelehnt. Angesichts der erwarteten Ausgabenwirkungen der jüngsten Reformen ist damit zu rechnen, dass die teilweise noch vorhandenen Finanzpolster schnell schrumpfen und die Beitragszahler durch steigende Zusatzbeiträge belastet werden.

Gegenwärtig erheben elf der 123 Gesetzlichen Krankenkassen einen Zusatzbeitrag über 0,9 %. Dies könnte sich bald ändern. So rechnet der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen

bereits zum Jahreswechsel mit einem Anstieg des durchschnittlichen Wertes um 0,2 bis 0,3 Prozentpunkte. Das Bundesversicherungsamt prognostiziert bis 2020 einen Zusatzbeitrag von insgesamt 2,2 bis 2,3 %.

Das Bundesgesundheitsministerium gibt sich trotz allem zuversichtlich. Sollte sich jedoch die konjunkturelle Lage in Deutschland verschlechtern, ist mit massiven Finanzierungsproblemen zu rechnen. Leidtragende wären dann die Beitragszahler, die aufgrund des „eingefrorenen" Arbeitgeberanteils die steigenden Zusatzbeiträge allein zu schultern hätten.

eGK: Zeitplan kommt erneut ins Wanken

Für Mitte November 2015 waren großflächige Online-Tests der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) in den Regionen Nordwest (Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein und Rheinland-Pfalz) und Nordost (Bayern, Sachsen) vorgesehen. Insgesamt rund 1.000 Ärzte, Psychotherapeuten und Krankenhäuser sollten in den beiden Regionen die ersten Online-Anwendungen der eGK erproben.

Für die Online-Tests muss das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) die Sicherheit der technischen Komponenten prüfen und abnehmen. Nun meldet die verantwortliche Betreibergesellschaft gematik, dass die Prüfungstermine beim BSI von den beteiligten Industrieunternehmen nicht eingehalten werden können. Der Grund liegt laut gematik an Lieferverzögerungen der dezentralen Komponenten der Telematikinfrastruktur, wie etwa dem Konnektor, welcher für die sichere Netzanbindung der Praxen und Krankenhäuser benötigt wird, und den Kartenlesegeräten. Dem Bundesverband Gesundheits-IT zufolge begründet sich die Verzögerung jedoch durch kürzlich vom BSI veröffentlichte neue Sicherheitsanforderungen, die die betreffenden Unternehmen umsetzen müssen. So müsse u. a. die Hardware gegen ein physisches „Anbohren" und Ausspionieren abgesichert werden. Ebenso wurden höhere Anforderungen an die Sicherheit der Lieferketten beim Transport der Geräte vom Hersteller in die Praxen gestellt. Laut gematik soll die Testphase nun voraussichtlich im ersten Quartal 2016 beginnen.

Sollten die für Mitte November 2015 vorgesehenen Online-Tests nicht fristgerecht eingehalten werden, kommt auch der Zeitplan des E-Health-Gesetzes ins Wanken. Betroffen ist z. B. der für den 1. Juli 2016 vorgesehene Start des Online-Abgleichs der Versichertenstammdaten. Auch die rechtssichere elektronische Unterschrift ist gegenwärtig noch nicht leistbar, weshalb ebenfalls der für Mitte 2016 geplante Start des elektronischen Arztbriefs in Frage steht.

Problematisch ist zudem, dass das Gesetz Sanktionen für nicht eingehaltene Fristen vorsieht. Ärzten und Kassen drohen zum Teil erhebliche Strafen, wenn sie sich nicht an den Zeitplan halten. Die Politik wird daher aufgefordert, die Verzögerungen von Industrieseite bei der geplanten Fristsetzung im E-Health-Gesetz zu berücksichtigen. Das Gesetz wird derzeit im Bundestag beraten und soll Anfang 2016 in Kraft treten.

Medizinstudium: Wartezeit auf historischem Höchststand

Laut der Stiftung für Hochschulzulassung werden nach Abzug einer Vorabquote (berücksichtigt werden besondere Bewerbergruppen wie z. B. Ausländer und Härtefälle) 20 % der Studienplätze in der Humanmedizin an die Abiturbesten, 20 % an Bewerber nach der angesammelten Wartezeit und 60 % von den Hochschulen selbst nach dem Ergebnis eines hochschuleigenen Auswahlverfahrens vergeben. Zudem gelten innerhalb der einzelnen Quoten unterschiedliche Regeln für die generelle Auswahl und für die Entscheidung über den Studienort.

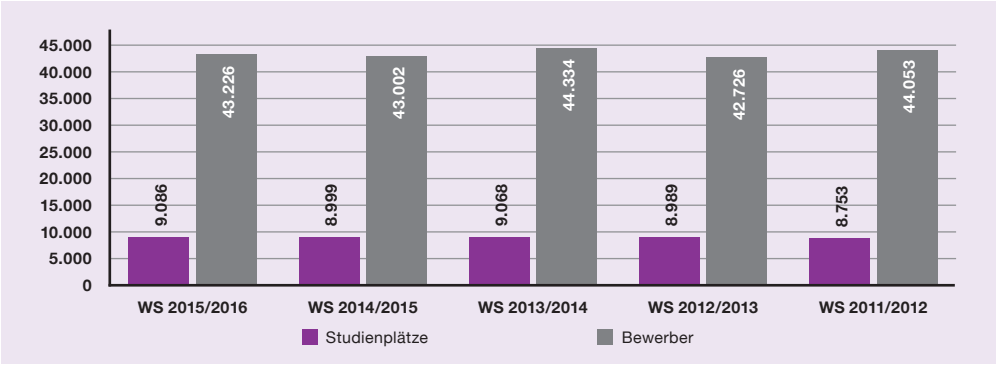
Potenzielle Medizinstudenten, die nicht zu den Abiturbesten zählen, müssen jedoch immer länger auf ihren Studienplatz warten. Laut der Stiftung für Hochschulzulassung beläuft sich die aktuelle Wartezeit für die Zulassung zum Wintersemester bei einer Abiturnote von mindestens 3,3 auf 14 Semester. Im Vergleich hierzu beträgt die Regelstudienzeit im Fach Humanmedizin an den meisten deutschen Hochschulen zwölf Semester und drei Monate, ist also kürzer als die gegebenenfalls notwendige Wartezeit. Das Verwaltungsgericht Gelsenkirchen hatte jedoch bereits im Jahr 2011 Wartezeiten, welche die Dauer des Regelstudiums überschreiten, für unzumutbar erklärt (AZ 6 L 942/11). Nun soll das Bundesverfassungsgericht Karlsruhe bis Ende des Jahres prüfen, ob das Hochschulrahmengesetz entsprechend angepasst werden muss.

Der Marburger Bund wie auch die Bundesärztekammer haben sich für eine Reform der Studienplatzvergabe im Fach Medizin ausgesprochen. So sollten neben der Abiturnote und den bisherigen Auswahlverfahren weitere Kriterien wie psychosoziale Kompetenzen, soziales Engagement, einschlägige Berufserfahrung oder Motivation für die Auswahl herangezogen werden. Aufgrund des Ärztemangels sei es zudem dringend erforderlich, die Zahl der Studienplätze bundesweit um mindestens 10 % zu erhöhen.

Im Wintersemester 2014/2015 haben sich auf die rund 9.100 Studienplätze in der Humanmedizin mehr als 43.000 Abiturienten beworben (vgl. Abbildung 2). Damit kommen fast fünf Bewerber auf einen angebotenen Studienplatz. Es ist daher auch nicht verwunderlich, dass sich die potenziellen Medizinstudenten nach alternativen Studienmöglichkeiten im Ausland umschauen. Neben den deutschsprachigen Studiengängen in Österreich und Ungarn bieten immer mehr osteuropäische Länder englischsprachige Studiengänge speziell für Ausländer an. Auch hierzulande haben private Anbieter den „Markt für Medizinstudierende" entdeckt, was sich in einer Gründungswelle bei den sogenannten Medical Schools äußert. Diese bieten in Kooperation mit ausländischen Universitäten Studienplätze in Deutschland, für die die Studenten allerdings tief in die Tasche greifen müssen. Nicht nur dem Medizinischen Fakultätentag (MFT) sind die Medicals Schools ein

Dorn im Auge. Kritiker befürchten Qualitätsmängel, da über die Kooperation mit ausländischen Universitäten oft eine Akkreditierung und Begutachtung durch den Wissenschaftsrat umgangen werden.

Abb. 2 – Entwicklung des Studienplatzangebots sowie Bewerberzahl in der Humanmedizin



Quelle: www.hochschulstart.de Grafik: REBMANN RESEARCH

MVZ – aktuelle Entwicklungen

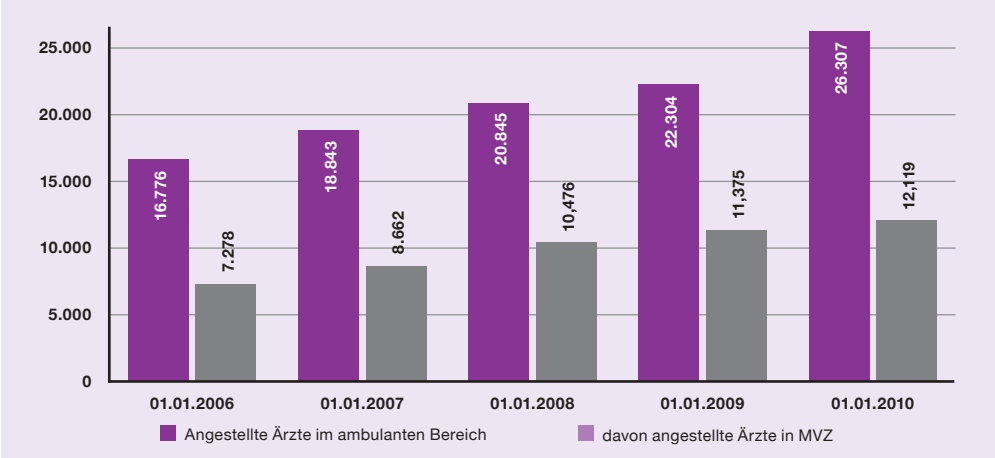
Der neuesten Statistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zufolge nimmt die Zahl der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) weiter zu. Ende 2014 gab es bundesweit insgesamt 2.006 Einrichtungen und damit 68 mehr als im Vorjahr. Im Zeitverlauf lässt sich jedoch hinsichtlich der Anzahl der Neugründungen eine Abschwächung erkennen.

Mit den MVZ wuchs auch die Zahl der dort arbeitenden Mediziner um gut 7 % auf knapp 12.800. Wie bereits in den Vorjahren beschäftigen die MVZ hauptsächlich angestellte Ärzte mit steigender Tendenz. Zum Stichtag gab es nur noch 80 MVZ (Vorjahr: 83), die ausschließlich mit Vertragsärzten arbeiteten, während 1.419 MVZ ausschließlich mit angestellten Ärzten arbeiteten (2013: 1.351). 484 MVZ arbeiteten sowohl mit Vertragsärzten als auch mit Angestellten (Vorjahr: 486).

Am häufigsten waren in den MVZ Hausärzte vertreten, gefolgt von den fachärztlichen Internisten und Chirurgen. Der Anteil der Klinik-MVZ sank weiter auf 37,8 % und lag damit unter dem Anteil der vertragsärztlichen MVZ mit 40,7 %. Sonstige Träger waren mit 20,9 % vertreten. Im Zeitverlauf lässt sich ein Trend zu immer größeren MVZ beobachten. Während im Jahr 2011 das durchschnittliche MVZ eine Größe von 5,5 Ärzten aufwies, stieg dieser Wert im Jahr 2013 auf 6,4. Bei der räumlichen Verteilung der MVZ fällt auf, dass mit 85,1 % der überwiegende Anteil der Einrichtungen in einer Kernstadt oder einem Ober- bzw. Mittelzentrum angesiedelt sind. Lediglich 14,9 % der MVZ befinden sich in ländlichen Gebieten. Bayern, Niedersachsen und Baden-Württemberg verfügen zahlenmäßig über den größten Anteil der MVZ.

Das Wachstum der MVZ deckt sich mit dem Trend zur Angestelltentätigkeit. Insgesamt nahm die Zahl der angestellten Ärzte im ambulanten Bereich zwischen 2010 und 2014 um rund 57 % und jene der in den MVZ angestellten Mediziner sogar um knapp 67 % zu (vgl. Abbildung 3). Viele nachrückende Ärzte sind immer weniger dazu bereit, die Arbeitslast, die Verantwortung und das Risiko zu tragen, die mit einer eigenen Niederlassung einhergehen. Angesichts der räumlichen Verteilung der MVZ stellt sich die Frage, ob diese Einrichtungen tatsächlich – wie erhofft – zu einer besseren Versorgung auf dem Land beitragen können, denn die Statistik legt nahe, dass sich MVZ insbesondere dort ansiedeln, wo eine hohe Patientendichte besteht. Hinzu kommt, dass insbesondere private Kliniken die MVZ nutzen, um über eine Steuerung der Einweisung ihre Auslastung zu erhöhen. Durch das jüngst verabschiedete GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, welches nun fachgruppengleiche Einrichtungen sowie kommunale MVZ erlaubt, ist in den kommenden Jahren wieder mit einer vermehrten MVZ-Gründungsaktivität zu rechnen.

Abb. 3 – Entwicklung der Zahl der angestellten Ärzte (gesamt und in MVZ)



Quelle: KBV; BÄK 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.

Praxisinhaberinnen schneiden beim Gewinn schlecht ab

Niedergelassene Ärztinnen erwirtschaften im Durchschnitt einen deutlich geringeren Gewinn aus ihrer Praxistätigkeit als ihre männlichen Kollegen. Das zeigt das aktuelle Praxis-Panel des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi). Gegenstand der Untersuchung waren Praxisdaten aus den Jahren 2009 bis 2011. Das ZI kam zu dem Ergebnis, dass weibliche Praxisinhaber mit einem jährlichen Durchschnittsgewinn von 104.600 Euro rund 64.200 Euro pro Jahr weniger erzielten als ihre männlichen Kollegen (168.800 Euro). Hierbei gab es zwar je nach Fachgruppe Unterschiede, die Medizinerinnen erreichten jedoch in keinem Fachgebiet den gleichen oder einen höheren durchschnittlichen Jahresüberschuss als die Mediziner.

Die Gründe liegen laut Zi darin, dass:

- Praxisinhaberinnen mit einer durchschnittlichen Jahresarbeitszeit von 2.116 Stunden rund 400 Stunden weniger arbeiten als männliche Praxisinhaber (2.520 Stunden).
- niedergelassene Medizinerinnen – mit Ausnahme der Fachbereiche Augenheilkunde, Gynäkologie und Dermatologie – geringere Anteile an Privatpatienten haben und so stärker von den GKV-Honoraren abhängig sind.
- Ärztinnen unabhängig von der Fachrichtung ihren Patienten mehr Zeit widmen und so einen geringeren Patientendurchlauf aufweisen als Ärzte.

Medizinerinnen sind in der Arbeitswelt offenbar mehrfach benachteiligt. Nach wie vor sind Frauen in den oberen Hierarchieebenen von Kliniken anteilsmäßig deutlich unterrepräsentiert und verfügen allgemein über schlechtere Karrierechancen. Nun belegt die Zi-Studie, dass Ärztinnen auch in finanzieller Hinsicht das Nachsehen haben. Die geringere durchschnittliche Jahresarbeitszeit lässt darauf schließen, dass Ärztinnen neben der Praxis regelmäßig nach wie vor eine größere Aufgabenlast im familiären Bereich tragen als männliche Ärzte. Hinzu kommt die Vermutung, dass sie besonderen Wert auf das emotionale Wohl des einzelnen Patienten und die Kommunikation legen. Dies lässt sich aus der Tatsache schließen, dass Praxisinhaberinnen durchschnittlich mehr Zeit pro Patient aufwenden und – wie die Zahlen des Zi ebenfalls belegen – weniger Leistungen je Patient abrechnen als die Praxisinhaber. So belief sich der durchschnittliche Aufwand je GKV-Patient bei den Ärztinnen auf 29,99 Euro versus 35,66 Euro bei den Ärzten. Auch die Einnahmen je GKV-Patient lagen mit 56,08 Euro etwas niedriger als jene der Mediziner mit 60,58 Euro.

Versandapotheken: EU-Logo soll für mehr Sicherheit sorgen

Ein neues EU-weit geltendes Sicherheitslogo für Internetapotheken soll den Online-Handel mit Arzneimitteln sicherer machen. Das neue Logo ist für die Internetapotheken und online tätigen Arzneimittelhändler Pflicht und muss gut sichtbar auf den Plattformen platziert werden. Es ersetzt das bislang in Deutschland geltende freiwillige Sicherheitslogo des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) – einer Behörde im Geschäftsbereich des Bundesgesundheitsministeriums. Ein Klick auf das Logo informiert den Online-Kunden darüber, ob der Internethändler über eine behördliche Erlaubnis zum Versandhandel mit Medikamenten verfügt. Jedes EU-Land ist verpflichtet, die nationalen legalen Arzneimittelhändler in einem Register zu erfassen. In Deutschland ist das Versandhandelsregister auf der Website des DIMDI hinterlegt, die ferner eine komplette Liste der deutschen Apotheken und Einzelhändler sowie Sicherheitstipps für den Online-Kauf von Medikamenten bietet. Durch die Integration einer entsprechenden Flagge kann der Nutzer leicht erkennen, in welchem EU-Land der Händler niedergelassen ist. Der Text ist in der jeweiligen Landessprache verfasst. Verbraucher sollten erst nach einer Überprüfung des Registereintrags des jeweiligen Händlers Arzneimittel online bestellen.

Durch den jährlich wachsenden Handel mit gefälschten Arzneimitteln entsteht nicht nur ein wirtschaftlicher Schaden, es können sich auch ernsthafte Gefahren für die Patienten ergeben, denn die Fälschungen enthalten dem DIMDI zufolge oft keine, falsch dosierte oder sogar gesundheitsgefährdende Wirkstoffe.

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

NäPa: Kompetenzerweiterung bei den Hausbesuchen

Seit dem 1. Juli 2015 sind Nichtärztliche Praxisassistenten (NäPa) bei ihren Hausbesuchen berechtigt, ein Langzeit-EKG abzunehmen. Die neue Leistung darf zusätzlich zu den bereits bestehenden Gebührenordnungspositionen (GOP) für die Hausbesuche der NäPa (GOP 03062 und 03063) zum Ansatz kommen. Zu diesem Zweck erfolgte eine Anpassung des Hausarzt-EBMs in

Form einer Ergänzung der Nr. 6 der Präambel 3.2.1.2 um die GOP 03322 („Aufzeichnung eines Langzeit-EKGs von mindestens 18 Stunden“). Die Präambel definiert alle Leistungen, die neben den Hausbesuchen abgerechnet werden dürfen. Voraussetzung für den Ansatz der neuen GOP ist, dass die NäPa bei ihrem Hausbesuch das Langzeit-EKG-Gerät mit der beendeten Aufzeichnung wieder abnimmt. Aufgrund der erst im Juni beschlossenen EBM-Änderung ist die neue Abrechnungsmöglichkeit aktuell noch nicht in allen Praxisverwaltungssystemen (PVS) hinterlegt. Obwohl ein paralleler Ansatz der obigen GOPs in den PVS deshalb noch ausgeschlossen ist, haben Vertragsärzte trotzdem die Möglichkeit, die Position abzurechnen. Denn generell gilt bei einer Vorgabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) für die PVS-Hersteller, dass die Praxissoftware so gestaltet sein muss, dass Ärzte die vom System automatisch vorgegebenen Regeln und Ausschlüsse für die einzelnen EBM-Ziffern notfalls außer Kraft setzen können.

Bereits zum ersten Januar 2015 wurde die Position der NäPa mit der Einführung der neuen Delegationsziffern und der Bereitstellung eines entsprechenden Honorarvolumens deutlich gestärkt. Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) wird nun die Delegation weiter gefördert. So ist künftig zu prüfen, „in welchem Umfang delegationsfähige Leistungen“ durch qualifiziertes Praxispersonal „erbracht und angemessen vergütet werden können“. Das GKV-VSG sieht in diesem Zusammenhang auch eine Anpassung des EBM vor. Darüber hinaus gelten die gesetzlichen Regelungen zur Delegation von Leistungen an Praxismitarbeiter nun auch für Psychotherapeuten. Künftig dürfen beispielsweise administrative Tätigkeiten, wie die Unterstützung des Psychotherapeuten bei der Erstellung eines Berichts oder eines Gutachtens sowie vorbereitende oder behandlungsergänzende Maßnahmen, delegiert werden. Laut GKV-VSG sind die Vorgaben im Bundesmantelvertrag zu überprüfen und im Hinblick auf Delegationsmöglichkeiten im psychotherapeutischen Bereich anzupassen.

FACHÄRZTE

Orthopädie – IKK-Zweitmeinungsangebot für die Orthopädie kommt gut an

Seit der Veröffentlichung des OECD-Rankings der Hüft- und Knieimplantate stehen deutsche Kliniken in der Kritik, teilweise medizinisch nicht indizierte Eingriffe an Patienten vorzunehmen. Als Reaktion hierauf bietet die IKK Südwest seit Herbst 2014 ihren Versicherten eine kostenlose orthopädische Zweitmeinung vor geplanten Hüft-, Knie- und Bandscheiben-OPs an. Ziel ist es, unnötige Operationen zu verhindern. Die Ergebnisse einer aktuellen Umfrage der Krankenkasse in Zusammenarbeit mit der Deutschen Hochschule für Prävention und Gesundheitsmanagement in Saarbrücken zeigen nun, dass das Angebot bei den Patienten gut ankommt:

- 90 % der Patienten sind mit dem Angebot sehr zufrieden.
- 70 % haben es bereits in Anspruch genommen.
- Rund 70 % haben sich für eine empfohlene alternative Therapie des Zweitgutachters entschieden.
- Nur 20 % haben die ursprünglich geplante Therapie des Erstbehandlers umgesetzt.

Überraschend sind die weiteren Ergebnisse der Umfrage: Über die Hälfte jener Patienten, die sich Rat von einem zweiten Arzt einholten, wurde nicht vom Erstbehandler auf die Möglichkeit des Einholens einer Zweitmeinung hingewiesen, und ein ebenso großer Anteil hat den behandelnden Arzt nicht über die fachliche Konsultation eines weiteren Arztes informiert. Ferner ist erstaunlich, dass trotzdem das Vertrauensverhältnis zum Erstbehandler in den meisten Fällen nicht beschädigt wurde, wenngleich sich die Patienten mehrheitlich gegen dessen ursprünglichen Therapievorschlag entschieden hatten. Der Umfrage zufolge sehen rund 91 % der Patienten, die dem Therapievorschlag des Zweitgutachters gefolgt sind, keine Veränderung im Arzt-Patienten-Verhältnis zum Erstbehandler. Eine weitere von den Asklepios Kliniken durchgeführte Umfrage vom April 2015 bestätigt, dass Ärzte mit der Erteilung einer Zweitmeinungsempfehlung generell noch sparsam umgehen. Im Durchschnitt haben die Erstbehandler nur 13 % ihrer Patienten die Einholung einer Zweitmeinung empfohlen. Selbst bei schweren Operationen, z. B. im Fall von Herzerkrankungen, erhielten lediglich 48 % der Befragten den Rat, eine Zweitmeinung einzuholen.

Zweitmeinungsrecht nach § 27 b SGB V

- Pflicht zur mündlichen Aufklärung mindestens zehn Tage vor dem geplanten Eingriff:
  - über das Zweitmeinungsrecht
  - sowie über das Recht auf Überlassung der Befundunterlagen aus der Patientenakte,
  - Hinweis auf Informationsangebote über geeignete Leistungserbringer.
- Kosten, die dem Arzt durch die Zusammenstellung/Überlassung der Unterlagen entstehen, trägt die Krankenkasse.
- Erbringer der Zweitmeinung rechnen ihre Leistungen gegenüber der GKV ab.
- Zur Erbringung einer Zweitmeinung berechtigt sind: zugelassene Ärzte und medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser, ermächtigte Ärzte und Einrichtungen sowie nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, die nur zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.
- Erbringer der Zweitmeinung müssen über eine besondere Expertise verfügen: Erfahrungen mit der Durchführung des jeweiligen Eingriffs, regelmäßige gutachterliche Tätigkeit in einem für die Indikation maßgeblichen Fachgebiet oder besondere Zusatzqualifikationen, die für die Beurteilung einer gegebenenfalls interdisziplinär abzustimmenden Indikationsstellung von Bedeutung sind.

Das jüngst verabschiedete GKV-Versorgungsstärkungsgesetz verankert nun das Recht auf eine Zweitmeinung für Versicherte bei bestimmten mengenanfälligen, planbaren Eingriffen oder in der medizinischen Rehabilitation. Die Definition der betreffenden Eingriffe/Behandlungen obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Die entsprechenden Richtlinien sollen bis Ende des Jahres feststehen. Ferner ist der behandelnde Arzt nun verpflichtet, die Patienten rechtzeitig vor einem geplanten Eingriff auf das Zweitmeinungsrecht hinzuweisen (vgl. Infobox). Die Kran-

kenkassen haben darüber hinaus nach wie vor die Möglichkeit, in ihren Satzungen zusätzliche Zweitmeinungsangebote für ihre Versicherten aufzunehmen.

Neurologie – Neurologen warnen vor demografischer Zeitbombe

Anlässlich des jüngsten Kongresses der aus zwei Fachgesellschaften neu gebildeten European Academy of Neurology (EAN) haben Neurologen vor einer Unterschätzung der Folgen der demografischen Entwicklung gewarnt. Durch die Überalterung der Bevölkerung in Europa nimmt die Häufigkeit neurologischer Erkrankungen, wie Schlaganfall, Demenz und Parkinson, stark zu. Demografische Berechnungen zeigen, dass der Anteil der über 65-jährigen Europäer bis zum Jahr 2060 mit 52 % auf mehr als das Doppelte steigen wird. Problematisch ist angesichts dieser Entwicklung, dass im Bereich der neurologischen Therapie und Forschung in ganz Europa offenbar keine ausreichenden Ressourcen zur Verfügung stehen. Bereits heute sind laut Angaben des European Brain Council 220,7 Mio. Europäer von mindestens einer neurologischen Erkrankung betroffen. Auf Seiten der Versorger gibt es jedoch lediglich rund 25.000 Neurologen, die sich mit vier bis 13 Neurologen je 100.000 Einwohner teilweise sehr ungleich auf die einzelnen Mitgliedsstaaten verteilen. Deutschland ist mit einem Wert von 7,4 im unteren Mittelfeld platziert.

Investitionen in die neurologische Forschung und Behandlung sind dringend angeraten. Die volkswirtschaftlichen Kosten neurologischer Krankheiten in Europa belaufen sich auf schätzungsweise rund 336 Mrd. Euro, wovon allein die Demenzerkrankungen für rund ein Drittel verantwortlich zeichnen. Die EAN fordert nun, die Neurowissenschaften mit einem „angemessenen“ Anteil des Acht-Milliarden-Euro-Förderprogramms der EU „Horizon 2020“ speziell zu fördern. Entsprechende Ressourcen vorausgesetzt, ist das Fach vergleichsweise gut auf die demografische Herausforderung vorbereitet. Nach Ansicht der Neurologen hebt sich die Disziplin gegenwärtig wie kaum eine andere durch einen hohen Innovationsgrad hervor.

Rheumatologen/Hausärzte – Neuer Versorgungsvertrag für Rheumapatienten

Die Barmer GEK und die Versorgungslandschaft Rheuma GmbH (ein gemeinsames Unternehmen des Berufsverbandes Deutscher Rheumatologen e.V. und des Deutschen Hausärzteverbandes e. V.) haben einen neuen Vertrag zur Versorgung von Rheumapatienten geschlossen. Startschuss für die Einschreibung von Versicherten ist der 1. Oktober 2015. Mediziner können ihre Teilnahmeerklärung bereits ab dem 1. August abgeben. Das neue Angebot gilt zunächst nur in Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen. Später ist eine bundesweite Einführung geplant. Der Vertrag umfasst folgende Leistungen:

- Der Hausarzt übernimmt die Koordination des gesamten Behandlungsprozesses und überweist Patienten mit Verdacht auf eine entzündlich rheumatische Erkrankung an einen teilnehmenden Rheumatologen.
- Rheumapatienten erhalten künftig binnen 14 Tagen einen Termin beim Rheumatologen; bei akuten Krankheitsschüben erfolgt die Terminvergabe umgehend.
- Bei der Therapie stimmen sich Rheumatologen und Hausärzte zeitnah ab.
- Bei Heranwachsenden sorgen „Überführungsgespräche“ für einen reibungslosen Übergang vom Kinder- und Jugendarzt hin zum Erwachsenenmediziner.
- Über die Einbindung von qualifizierten rheumatologischen Fachassistenten und Patientenschulungen werden die Rheumatologen entlastet.

Ziele des Vertrages sind die Verbesserung der Langzeitprognose der Patienten und das Vermeiden von Krankenhausaufenthalten. Dank einer zeitnahen Diagnosestellung zu Beginn der Erkrankung kann der Behandlungserfolg über eine zielgenaue Therapie verbessert werden. Spezielle Patientenschulungen sollen zudem den Umgang der Patienten mit der Erkrankung sowie den Verlauf positiv beeinflussen.

Der Rheuma-Vertrag fällt unter die sogenannten Versorgungslandschaften, mithilfe derer der deutsche Hausärzteverband an seine Hausarztverträge neuartige Modelle der Integrierten Versorgung andockt. Die Versorgungslandschaften, deren Organisation und Administration nach einem standardisierten Schema funktionieren, bestehen bereits für mehrere Indikationen. Basis der interdisziplinären und zum Teil auch sektorübergreifenden Verträge sind die jeweiligen Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung. An die teilnehmenden Mediziner werden im Vergleich zur kollektivvertraglichen Versorgung besondere Qualifikationsanforderungen gestellt, welche u. a. im Rahmen verpflichtender Fortbildungsveranstaltungen zu erlangen sind. Der große Vorteil der standardisierten Verträge des Hausärzteverbandes ist dabei, dass für alle Vertragspartner der Zeiteinsatz sowie die Kosten für die Verwaltung und Steuerung im Vergleich zu Einzelverträgen weitaus geringer sind. Der Hausärzteverband bzw. seine Tochter Pro Versorgung AG können hierbei die umfangreichen Erfahrungen mit dem Aufbau und der Verwaltung der Hausarztverträge einbringen. Die Patienten profitieren von definierten Behandlungspfaden und einer hochspezialisierten und qualitativ hochwertigen Versorgung.

ZAHNÄRZTE

Zahnarztpatienten sehen Verbesserungsbedarf

Die Bertelsmann-Stiftung hat anhand einer Datenerhebung im Online-Bewertungsportal „Weisse Liste“ und der darauf basierenden Portale von AOK, BARMER GEK, Techniker Krankenkasse und Bertelsmann BKK die Zufriedenheit von 9.259 Versicherten mit ihren Zahnärzten ermittelt. Hierbei wurden 7.817 Zahnärzte bewertet. Die bereits seit Februar 2012 und bis März 2015 laufende und vor kurzem veröffentlichte Studie zeigt eine hohe Patientenzufriedenheit. Insgesamt attestieren die Befragten den Zahnärzten ein angenehmes und freundliches Auftreten sowie Gründlichkeit bei der Durchführung der Untersuchungen, und auch das Praxispersonal vermittelt das Gefühl, willkommen zu sein.

Auch bei den Wartezeiten schneiden die Zahnärzte gut ab: Bei Schmerzen und bei Notfällen erhalten 71,7 % einen Termin noch am selben Tag. Insgesamt erhalten 54,5 % aller Patienten Termine innerhalb von zwei Tagen bis innerhalb einer Woche. Die Wartezeit beträgt in 93,6 % der Fälle bis zu maximal 30 Minuten. Nicht verwunderlich ist bei einer solch guten Bewertung, dass 82,5 % der Patienten den entsprechenden Zahnarzt wieder aufsuchen würden und 77,9 % ihren Zahnarzt weiterempfehlen. Trotz dieser guten Ergebnisse identifizierte die Untersuchung drei Bereiche, in denen die Patienten Verbesserungsbedarf sehen:

- Aufklärung über die Behandlungskosten: Nur 62 % der Befragten halten die Aufklärung ihres Zahnarztes über die Kosten als komplett verständlich und lediglich 63 % berichten von verlässlichen Kostenplänen. Darüber hinaus stimmten 8,1 % der Patienten „voll und ganz“ und weitere 7,2 % „eher“ der Frage zu, sich manchmal dazu gedrängt zu fühlen, kostenpflichtige Zusatzleistungen wahrzunehmen.
- Kommunikation: Nur 58 % aller Patienten gaben an, dass ihr Zahnarzt ihnen jeden Behandlungsschritt erklärt und damit eventuelle Ängste reduziert. Die Studienautoren kritisierten ferner, dass viele Zahnärzte die Regeln einer gleichberechtigten Kommunikation verletzen. Lediglich 42 % der Behandlungsgespräche wurden sitzend auf Augenhöhe mit dem Patienten geführt, oft liegen die Patienten bereits im Behandlungsstuhl.
- Diskretion am Empfang bezüglich finanzieller Angelegenheiten: Diesbezüglich lag die Unzufriedenheitsrate der Patienten bei 7,9 %. 23,3 % der Patienten zeigten sich „eher“ zufrieden.

Insgesamt bestätigen die Ergebnisse, dass die deutschen Zahnärzte „gute Arbeit leisten“. Für betroffene Praxen dürfte eine Behebung der kritisierten „Schwachstellen“ nicht allzu aufwändig sein und kann so zur weiteren Verbesserung des Arzt-Patienten-Vertrauensverhältnisses und einer erhöhten Weiterempfehlungsrate beitragen.

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: Modellvorhaben zur häuslichen Krankenpflege hat sich bewährt

Der in der häuslichen Krankenpflege-Richtlinie (RVhK) geregelte Verordnungsprozess gilt als bürokratisch und findet in der Praxis keine Anwendung. Aus diesem Grund startete in Baden-Württemberg im Juli 2014 ein Modellversuch zur Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 SGB V. Vertragspartner waren die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KV BW), der Verband der Ersatzkassen sowie vier ausgewählte Pflegestationen. Am Modellvorhaben beteiligt haben sich Vertragsärzte in den Modellregionen, Ersatzkassen (BARMER GEK, Techniker Krankenkasse, DAK-Gesundheit, Kaufmännische Krankenkasse) und Pflegedienste (Kirchliche Sozialstation Rheinfelden, Sozialstation St. Verena Waldshut Tiengen, Sozialstation Wendlingen am Neckar, Ökumenische Sozialstation Sindelfingen). Folgende Ziele wurden festgelegt:

- Vereinfachung des Verordnungsprozesses, Abkürzung des Genehmigungsverfahrens, Reduktion des Verwaltungsaufwandes,
- verbesserte Kooperation zwischen Vertragsarzt, Krankenkasse und Pflegedienst, Reduktion der Rückfragen,
- Erhöhung der Verantwortung von Pflegediensten aufgrund Mitentscheidung über Art und Umfang der Pflege, Verbesserung des gegenseitigen Vertrauens,
- Erhöhung der Patientenzufriedenheit, Optimierung der Versorgung mit Krankenpflege im häuslichen Umfeld,
- kostenneutrale Umsetzung.

Der Modellversuch endete am 31. Dezember 2014. Im Anschluss daran erfolgte eine Evaluation durch die Hochschule Esslingen, die zu folgenden Ergebnissen kam:

- Der aktuelle Richtlinienprozess wird in der Verordnungspraxis nicht angewandt, es haben sich Schattenprozesse etabliert. Zudem ist der derzeit gültige Verordnungsprozess mit hohem Arbeitsaufwand verbunden und wird den Bedürfnissen und der Lebenssituation der betroffenen Patienten nicht gerecht.
- Der Verordnungsprozess im Modellversuch ist weniger bürokratisch und wird insgesamt als weniger kompliziert betrachtet als der Prozess nach der RVhK. Lediglich 12,1 % der befragten Patienten gaben an, dass es sehr belastend war, sich um die Verordnung (Rezept) kümmern zu müssen. Im Vergleich hierzu lag dieser Anteil im Ist-Prozess nach der RVhK mit 29,5 % deutlich höher.

- In Bezug auf die Komplexität des Prozessablaufes insgesamt war der Unterschied noch höher. 13,8 % im Vergleich zu 37,7% der Patienten haben den Verordnungsprozess als sehr kompliziert empfunden. Auch die beteiligten Leistungserbringer (Ärzte, ambulante Pflegedienste) sahen insgesamt eine Verringerung des bürokratischen Aufwands aufgrund der Kooperation zwischen den beteiligten Akteuren.
- Laut Aussagen der Ärzte wurden die Versorgungsziele mit dem Modellprozess erreicht.
- Der Modellversuch verlief für die Ersatzkassen kostenneutral – die Maßnahmen waren angemessen.

Der Verband der Ersatzkassen kündigte an, die Ergebnisse des Modellversuchs auf der Bundesebene zu präsentieren, mit dem Ziel einer Überarbeitung des derzeitigen Verordnungsformulars. Innerhalb der letzten Jahre wurden viele verschiedene gesetzliche Möglichkeiten geschaffen, um neue Versorgungsstrukturen implementieren zu können – so auch die Modellvorhaben nach den §§ 63–65 SGB V, die Krankenkassen und ihre Verbände durchführen oder mit Leistungserbringern vereinbaren können, um z. B. die Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung weiterzuentwickeln. Modellvorhaben sind in der Regel auf max. acht Jahre befristet und müssen wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden. Die Studie der Hochschule Esslingen ist zwar nicht repräsentativ, dennoch ist es wahrscheinlich, dass sich im Falle einer umfassenderen Studie vergleichbare Resultate zeigen werden. Darüber hinaus besteht vermutlich die Möglichkeit einer Übertragbarkeit auf andere Bundesländer, Versicherte anderer Krankenkassen, andere ambulante Pflegedienste sowie andere niedergelassene Ärzte, da die gesetzlichen Regelungen bundesweit gelten und sich die Akteure in vergleichbaren Situationen befinden.

Nordrhein: Honorar 2015 beschlossen

In Nordrhein haben sich die Gesetzlichen Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Ende Juni endlich auf das Honorar 2015 verständigt. Insgesamt erhalten die Vertragsärzte und ärztlichen Psychotherapeuten ein Plus von 92,72 Mio. Euro gegenüber dem Vorjahr. Dies entspricht einer Steigerung um 3,2 %. Der Großteil der Honorarsteigerung resultiert aus der Umsetzung der Bundesvorgaben (Anhebung des Orientierungspunktwerts von 10,13 auf 10,27 Cent, Berücksichtigung der morbiditätsbedingten und demografischen Entwicklung sowie der Förderung der Grundversorgung bei Haus- und Fachärzten). 4,6 Mio. Euro sind den besonders förderungswürdigen Leistungen (u. a. besondere fachärztliche Leistungen und Förderung der Ärztenetze) vorbehalten. Hinzu kommt eine Anhebung des Punktwerts bei der Einzelleistungsvergütung. Das für die extrabudgetäre Gesamtvergütung bestimmte Honorar steigt um 9,6 Mio. Euro. Vereinbart wurde außerdem, dass alle bisherigen Einzelleistungsvergütungen und Sonderverträge fortgeführt und dass die bisherigen förderungswürdigen Leistungen in Höhe von 26,68 Mio. Euro bis Ende 2016 aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) finanziert werden.

Auch wenn das Ergebnis der Verhandlungen unter jenem des Vorjahrs lag (zwischen 2013 und 2014 war das Gesamthonorar um 4,9 % gestiegen), zeigt sich die KV Nordrhein nach den schwierigen Verhandlungen insgesamt zufrieden. So konnte sie unter anderem Einschnitte bei den förderungswürdigen Leistungen verhindern. Vor dem Hintergrund der im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vorgesehenen Honorarangleichung (unbegründete regionale Ungleichheiten bei den morbiditätsorientierten Gesamtvergütungen (MGV) sollen mit Wirkung zum 1. Januar 2017 beseitigt werden), die zu einer entsprechenden finanziellen Belastung der Kassen in Nordrhein führen wird, wollten Letztere die förderungswürdigen Leistungen zur Disposition stellen.

Hessen: Neue Niederlassungsförderung ist zielführend

In Hessen haben die Krankenkassenverbände und die Kassenärztliche Vereinigung (KV) eine neue gemeinsame Förderrichtlinie zur Niederlassung in unterversorgten Regionen erarbeitet und damit den ursprünglich vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration (HMSI) auf den Weg gebrachten Hessischen Gesundheitspakt weiterentwickelt. Die Richtlinie bezweckt eine besonders zielgenaue Unterstützung der Nachwuchsmediziner. Gefördert werden soll neben der Niederlassung in definierten unterversorgten Gebieten auch die Niederlassung in jenen Regionen, in denen in den kommenden Jahren Vertragsärzte altersbedingt ausscheiden werden.

Zur Bestimmung der Kriterien für förderungswürdige Fachrichtungen/Regionen wurde der aktuelle Bedarfsplan weiterentwickelt, wobei eine kleinteiligere Planung eine deutlich verbesserte Bedarfsgerechtigkeit garantiert. Die Mittel für die Umsetzung der neuen Richtlinie stammen aus dem gemeinsam von Kassen und KV finanzierten Strukturfonds (§ 105 Abs. 1a SGB V). Das jährlich zur Verfügung stehende Budget beläuft sich auf 800.000 Euro, was eine Förderung von bis zu 36 Hausarztsitzen und 27 Facharztsitzen (davon 20 für Kinder- und Jugendpsychiater) erlaubt. Geförderte Praxen profitieren von einer Unterstützung von bis zu 55.000 Euro, die in fünf Jahresraten zu jeweils 11.000 Euro ausbezahlt werden. Alternativ besteht die Möglichkei,t einen einmaligen Gesamtbetrag in Höhe von maximal 50.000 Euro zur Finanzierung hoher Anfangsinvestitionen abzurufen.

Die neue Förderrichtlinie basiert zudem auf einem vereinfachten Antragsverfahren mit zeitnaher Bearbeitung, um den bürokratischen Aufwand für die Ärzte überschaubar zu halten. Eine Antragsstellung ist jederzeit möglich. Anträge werden fortlaufend bearbeitet und geprüft. Die Richtlinie ist Teil der umfangreichen Nachwuchskampagne „Arzt in Hessen“ der KV. Letztere umfasst unter anderem die finanzielle Unterstützung der ärztlichen Famulatur und des praktischen Jahres sowie von Ärzten in Weiterbildung und bietet den Nachwuchsmedizinern umfassende Informations- und Beratungsangebote (vgl. www.arzt-in-hessen.de/kampagne).

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.

USA: Zulassung für Gentest „to go“

In den USA hat die Zulassungsbehörde FDA einen Gentest zugelassen, den Patienten selbst zuhause durchführen können. Demnach hat das in den USA ansässige Unternehmen 23anMe nun das Recht auf den Vertrieb eines Direct-to-Consumer-Tests für das Bloom-Syndrom. Das Bloom-Syndrom ist eine sehr seltene genetische Erkrankung, die das Chromosom 15 betrifft. Sie geht mit einem erhöhten Krebsrisiko, Teleangiektasien, proportiertem Minderwuchs, Schädeldeformationen und einer erhöhten Photosensibilität der Haut einher. Schätzungen zufolge liegt das Erkrankungsrisiko hierzulande bei etwa 1 : 50.000.

Zur Durchführung des Gentests erwirbt der Kunde ein Test-Kit, das die Utensilien zur Entnahme und zum Versand der Speichelproben enthält. Laut Vorgaben der FDA darf der Test nur dann abgegeben werden, wenn der Kunde gleichzeitig über die bestehenden Möglichkeiten der Konsultation eines Experten für klinische Molekulargenetik zum Austausch über das Testergebnis informiert wird. Die DNA wird in den unternehmenseigenen Laboren analysiert. Die Kunden können dabei jederzeit im Internet nachverfolgen, in welcher Bearbeitungsphase sich die abgegebene Probe befindet. Das Testergebnis ist dann mit einem persönlichen Login auf der Firmenwebsite abrufbar. Noch gibt es den Test in den USA allerdings nicht zu kaufen, da das Unternehmen dessen Markteinführung gemeinsam mit weiteren Gen-Tests plant.

In Deutschland verbietet das Gendiagnostikgesetz eine Abgabe von Direct-to-Consumer-Tests. Eine genetische Beratung darf nur durch besonders qualifizierte Ärzte erfolgen. In der Tat gehen mit einer Durchführung der Tests in Eigenregie ohne sachkundige und unabhängige ärztliche Beratung gewisse Risiken einher. Erstens bilden viele Gentests das persönliche Krankheitsrisiko nur unzureichend ab, da die Gründe für die Entstehung der Erkrankungen sehr komplex sein können. So hängen sie u. a. stark mit Umwelteinflüssen und anderen Genregulationsmechanismen zusammen. Bei monogenetischen Erkrankungen (Erkrankungen aufgrund einer einzelnen Mutation) hängt wiederum der Schweregrad der Erkrankung von vielen anderen Genen ab. Deshalb spricht sich der Deutsche Ethikrat klar gegen die im Internet erhältlichen Tests aus und fordert, Ärzte bei der Vermittlung von Ergebnissen genetischer Diagnostik zwingend einzubinden. Diskutiert wird ferner, wie in Zusammenhang mit den neuen Möglichkeiten der Gendiagnostik mit dem Recht auf „Nichtwissen“ des Einzelnen umzugehen ist.

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.

Personalisierte Medizin ist im Kommen

Seit dem 1. Juli 2015 haben an Lungenkrebs erkrankte Versicherte der Barmer GEK Anspruch auf eine aufwändige und kostspielige Diagnostik, die Basis einer personalisierten Lungenkrebstherapie ist. Zu diesem Zweck hat die bundesweit tätige Krankenkasse einen unbefristeten Vertrag zur integrierten Versorgung (IV) mit dem Uniklinikum Köln geschlossen. Das dort angesiedelte Centrum für Integrierte Onkologie (CIO) ist seit 2009 auf die personalisierte Lungenkrebstherapie spezialisiert. Das CIO ist Mitglied des seit 2010 bestehenden bundesweiten „Netzwerks Genomische Medizin“, das mittlerweile 220 Partner aus dem ambulanten und stationären Bereich umfasst. Das CIO untersucht die von den Partnereinrichtungen zugeschickten Gewebeproben und unterbreitet den behandelnden Ärzten individuelle Therapievorschläge für ihre Patienten. Hierbei besteht u. a. die Möglichkeit, noch nicht zugelassene Therapien im Rahmen klinischer Studien anzuwenden. Das CIO geht davon aus, dass sich das Konzept weiter verbreiten wird, um den Patienten flächendeckend eine genomische Diagnostik und personalisierte Therapie anbieten zu können.

Deutschlandweit wären hierzu rund 15 bis 20 Zentren erforderlich. Bereits bis Anfang 2016 sollen zu diesem Zweck Partnerschaften mit vier weiteren spezialisierten Hightech-Diagnostik-Zentren entstehen. Nachdem sich das Netzwerk über Jahre finanziell selbst – u. a. durch einen Zuschuss des nordrhein-westfälischen Wissenschaftsministeriums in Höhe von 3,5 Mio. Euro – getragen hat, wird künftig die Barmer GEK die Kosten für die Diagnostik und die Netzwerkarbeit übernehmen. Auch andere Krankenkassen haben bereits ihr Interesse bekundet.

Das Konzept bietet viele Vorteile. Erstens erlaubt es eine wohnortnahe Versorgung der sehr kranken Patienten (die sonst für die Diagnostik und Therapie zum Teil sehr weite Wege auf sich nehmen müssten) und zweitens ist eine viel präzisere Behandlung durch eine gezielte Arzneimittel-Therapie möglich. Diese ist effektiver als die sonst üblichen Chemotherapien und die Patienten profitieren in Form einer längeren Lebensdauer. Zudem lassen sich Kosten in Form unwirksamer Therapien vermeiden. Trotz der Vorteile der personalisierten Medizin ist diese bislang noch aus dem Regelleistungskatalog der Kassen ausgeschlossen. Mit der Barmer GEK übernimmt nun die zweite Kasse diese Leistungen für ihre Versicherten. Als erste Kasse hatte sich die AOK Rheinland/Hamburg zu dem neuen Angebot bereit erklärt. Grundsätzlich bietet es sich an, das Modell auch bei anderen onkologischen Erkrankungen anzuwenden. Ein erstes Netzwerk gibt es z. B. für gastrointestinale Tumore. Ein Netzwerk für Blasenkrebs und Mammakarzinom ist bereits in Planung.

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 2015

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
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

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 2015

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

2015 haben Sie so gute Möglichkeiten wie noch nie, eine berufliche Veränderung vorzunehmen!

Bei einer kulinarischen Tischrunde erfahren Sie alles Wichtige zum Thema

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

Welche Kooperation ist sinnvoll?

Bei einer kulinarischen Tischrunde erfahren Sie alles Wichtige zum Thema

- **Kooperationsformen,**
- **Honorarauswirkungen,**
- **Betriebswirtschaftliche Gestaltungsmöglichkeiten.**

Praxisabgabe und Nachfolge rechtzeitig planen!

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

Nutzen Sie unser Know-how!

HUG

Healthcare Competition Center

H.U.G
Betriebswirtschaftliche
Beratungsgesellschaft mbH

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

Unternehmensgründung:
1988

Geschäftsführer:
Martin Graf

Beraterteam:
Martin Graf, Dragisa Macos,
Achim Bacher

Vertragsarztexperte:
Burkhard Bedei

Seminarorganisation:
Susanne Ullrich

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