2

Jahrgang 2015

QUID

H.U.G Quartalsinformation

In Zusammenarbeit mit REBMANN RESEARCH

Boom bei den IGeL-Angeboten

© farmerdman - photolia.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
- Boom bei den IGeL-Angeboten
- Ärztestatistik 2014: Zahl der berufstätigen Mediziner steigt
- MKI Frühjahr 2015: Stimmungsaufschwung bei den Medizinern

Talk :: Seite 5 – 6
- Entwurf zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – aktuelle Anpassungen
- Studie: Bürger sehen kaum Probleme mit Wartezeiten

Fachrichtung :: Seite 7 – 9
Allgemeinärzte:
- Hausärzte/Kinder- und Jugendärzte – Aufwertung der Vergütung im Vertretungsfall

Fachärzte:
- Gynäkologen – „Pille danach“ passiert Bundesrat
- Hämatologen/Onkologen – mehr Delegation gefordert
- Internisten/Gastroenterologen – erfolgreiche Darmkrebsvorsorge

Zahnärzte:
- Erster Lehrstuhl für „Behindertenorientierte Zahnmedizin“

Regional :: Seite 9 – 10
- Baden-Württemberg: Facharztvertrag für Orthopädie läuft gut an
- Hessen: Gesundheitspakt wird fortgesetzt
- Nordrhein: Modellprojekt zum Überleitungsmanagement zwischen den Sektorengrenzen

International :: Seite 10 – 11
- Lieferengpässe bei Arzneimitteln – ein internationales Problem

Trend :: Seite 11
- Neues Krankenversicherungskonzept: gesundheits- und fitnessbezogene Daten gegen Boni

H.U.G informiert :: Seite 12 – 13
- Arzt und Firmenwagen – Wann ist mein Firmenwagen ein Firmenwagen?

H.U.G :: Seite 16 – 17
- Unternehmensphilosophie & Geschichte
- Unternehmen Online
- Was wir für Sie tun können

Fortbildungsveranstaltungen 2015 :: Seite 18

Ärztestammtische 2015 :: Seite 19

Über H.U.G :: Seite 20
- Healthcare Competition Center

Impressum

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

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

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

Barometer

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

Boom bei den IGeL-Angeboten

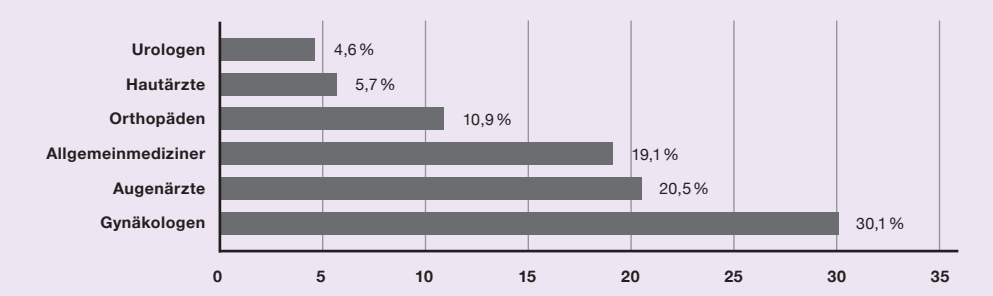
Gesetzlich versicherte Patienten erhalten von ihren Ärzten immer häufiger Angebote aus dem Selbstzahlerbereich. Dies belegt eine aktuelle repräsentative Erhebung des wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen (WIdO). So zeigt sich, dass bereits jeder dritte Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) innerhalb eines Zeitraums von einem Jahr ein IGeL-Angebot erhalten hat, was einer Gesamtzahl von rund 20 Millionen Versicherten entspricht. Damit hat sich das Angebot dieser Leistungen im Zeitverlauf deutlich erhöht. Während der sogenannte IGeL-Monitor für das Jahr 2001 noch eine Angebotsquote von 8,9 % ermittelte, belief sich diese 2012 bereits auf 29,3 %, um aktuell weiter auf 33,3 % anzusteigen. Doch nicht nur die Zahl der Angebote ist hoch, sondern auch jene der erbrachten Leistungen: In gut 72 % der Fälle nahmen die Versicherten die ihnen angebotene Selbstzahlerleistung auch tatsächlich wahr.

Dabei sind Frauen offenbar empfänglicher für IGeL, was sich in einer deutlich höheren Angebotsrate (41,8 %) im Vergleich zu den Männern niederschlägt (23,2 %). Wie bereits in der Vergangenheit zählen insbesondere Gynäkologen, Augenärzte, Orthopäden, Urologen und Hautärzte zu den häufigsten IGeL-Anbietern bzw. -Erbringern. Den fünf genannten Fachgruppen lässt sich mit 71,8 % der überwiegende Teil der IGeL-Angebote zuordnen, wobei die Gynäkologen „traditionell“ mit Abstand auf dem ersten Platz liegen (vgl. Abb. 1). Die Fachgruppenanteile schlagen sich auch in der Art der Selbstzahlerangebote nieder, die von den Ultraschalluntersuchungen (überwiegend zur Krebsfrüherkennung bei den Frauen) angeführt werden (vgl. Abb. 2).

Die Allgemeinmediziner und praktischen Ärzte stellen 19,1 % aller IGeL-Angebote. Setzt man jedoch die Angebotsanteile in Relation zur Größe der jeweiligen Fachgruppe, so kommt man zu dem Ergebnis, dass Fachärzte deutlich „IGeL-aktiver“ sind als Hausärzte. Laut WIdO übersteigt z. B. Anzahl der jährlichen durchschnittlichen Selbstzahlerangebote bei den Augenärzten jene der Allgemeinmediziner um das Siebenfache. Frauenärzte liegen beim fünffachen Wert und Orthopäden, Hautärzte und Urologen beim drei- bis vierfachen.

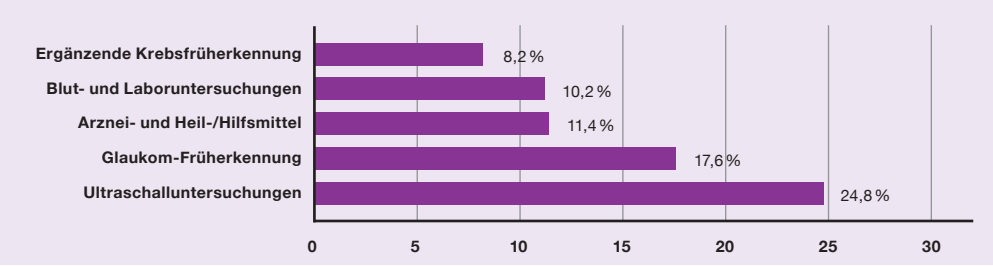
Seit Jahren mehren sich jedoch die kritischen Stimmen in Bezug auf die Selbstzahlerleistungen. IGeL-Gegner argumentieren, dass diese Leistungen vornehmlich den wirtschaftlichen Interessen der Ärzte dienen – statt in erster Linie einen Mehrwert für die Patienten zu bieten. So bemängelt auch die WIdO-Studie, dass sich die Selbstzahlerangebote insbesondere an einkommensstarke und gebildete Patienten richten.

Abb. 1 – Anteile der Fachgruppen an den IGeL-Angeboten



Quelle: WIdOmonitor 1/2015 Grafik: REBMANN RESEARCH

Abb. 2 – Die häufigsten IGeL-Angebote



Quelle: WIdOmonitor 1/2015 Grafik: REBMANN RESEARCH

Mit dem Anfang 2012 freigeschalteten Online-Informationsportal „IGeL-Monitor“ bezweckt der GKV-Spitzenverband eine gezielte Aufklärung der Patienten über den Nutzen der einzelnen Leistungen. Von den insgesamt über 360 im MEGO 2011 erfassten IGeL-Leistungen wurden auf der Internetseite bislang 38 von den Experten bewertet. Nur bei wenigen der bislang bewerteten Angebote kamen die Wissenschaftler allerdings zu einem positiven Ergebnis. Seitens der Fachärzteschaft wird das Portal hinsichtlich der Bewertungsverfahren und der Korrektheit der Einstufung der Leistungen jedoch zum Teil scharf kritisiert. Jedoch gibt es auch in der Ärzteschaft selbst eine kritische Debatte bezüglich des Nutzens von IGeL.

Auch bei den Patienten herrscht Misstrauen: Jeder vierte Befragte glaubt, dass die Arzt-Patienten-Beziehung durch die Selbstzahlerleistungen Schaden nimmt. Um das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient nicht zu gefährden, sollten deshalb Mediziner bei IGeL-Angeboten

unbedingt ihren Aufklärungs- und Informationspflichten nachkommen. Dies gilt nicht nur mit Blick auf die rechtlichen Folgen, sondern auch bezüglich des negativen Imageeffekts, der von einem inkorrekten ärztlichen Verhalten in Zusammenhang mit den ohnehin bereits in Verruf geratenen IGeL-Angeboten ausgehen kann. Die Studie zeigt, dass sich trotz der massiven Aufklärungskampagnen einige Ärzte offenbar nach wie vor nicht an die Regeln im Umgang mit IGeL halten:

- Laut WIdO erhielten nur 44,5 % der befragten IGeL-Patienten im Vorfeld der Erbringung der Leistung die vorgeschriebene schriftliche Vereinbarung.
- Ferner verzichteten die Ärzte bei 11,8 % auf die obligatorische Rechnung über die erbrachte IGeL-Leistung

IGeL – Marktvolumen und Preise 2014

- Erbrachte Leistungen: rund 17,4 Mio.
- Hochrechnung Makrtvolumen: rund 1,03 Mrd. Euro
- Preisspanne der IGeL-Angebote: 5 – 1.800 Euro; arithmetischer Mittelwert bei 65 Euro

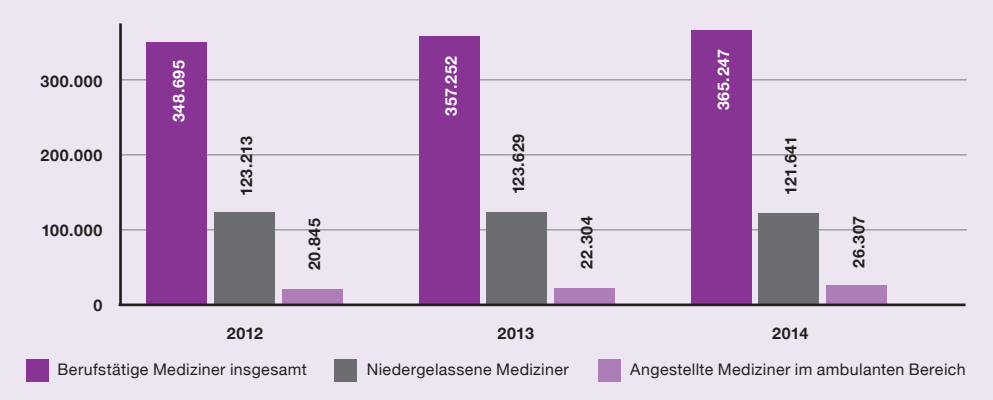
Zum richtigen Umgang mit den Selbstzahlerleistungen haben die Bundesärztekammer (BÄK) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung einen Ratgeber für Patienten und Ärzte herausgebracht („Selbst zahlen?"; www.kbv.de/media/sp/IGeL_Broschuere.pdf), an dem Ärzteverbände, Patientenorganisationen sowie das Deutsche Netzwerk für Evidenzbasierte Medizin mitgearbeitet haben. Der Ratgeber enthält unter anderem eine 10-Punkte-Checkliste für Ärzte einschließlich ausführlicher Erklärungen.

Ärztestatistik 2014: Zahl der berufstätigen Mediziner steigt

Die aktuelle Statistik der Bundesärztekammer (BÄK) belegt, dass sich die Zahl der berufstätigen Mediziner in Deutschland im vergangenen Jahr um 2,2 % auf insgesamt 365.247 erhöht hat. Auffällig ist der anhaltende Anstieg bei den angestellten Medizinern im ambulanten Bereich, der von einem rückläufigen Trend bei den Niederlassungen belgeitet wird.

Im Jahr 2014 arbeiteten bereits 26.307 Ärzte im Rahmen einer Anstellung im ambulanten Sektor. Dies bedeutet gegenüber dem Vorjahr einen Anstieg um fast 18 %. Mit dem Trend zur Anstellung nimmt auch die Zahl der Teilzeitbeschäftigungen zu. Laut Statistischem Bundesamt stiegen diese in der Zeitspanne von 2001 bis 2011 um rund 74 % auf 54.000. Neben der Alterung der Bevölkerung und dem dadurch resultierenden personellen Mehrbedarf steigt zugleich auch das durchschnittliche Alter berufstätiger Ärztinnen und Ärzte seit Jahren an: Der Anteil der 50- bis 59-Jährigen erhöhte sich von 28,3 % im Jahr 2013 auf 28,5 % (2014).

Abb. 3 – Entwicklung der Ärztezahlen in Deutschland



Quelle: Bundesärztekammer Grafik: REBMANN RESEARCH

Die Ergebnisse der Statistik unterstreichen deutlich die aktuellen Probleme. Der leichte Anstieg bei den Arztzahlen kann die Versorgungslücken, die sich aus der aktuellen Angebots- und Nachfrageentwicklung ergeben, nicht kompensieren. Die nachfolgende Ärztegeneration, die sich durch einen steigenden Medizinerinnenanteil (45,5 %) charakterisiert, legt mehr Wert auf eine ausgeglichene Work-Life-Balance und damit auch auf feste Arbeitszeiten und flexible Arbeitszeitmodelle. Da somit auch die durchschnittliche Arbeitslast je Mediziner sinkt, sind mehr Ärzte nötig, um die Versorgung zu sichern. Diese Schlussfolgerung zieht auch die BÄK. Sie fordert daher eine Erhöhung der Studienplatzkapazitäten um mindestens 10 %.

MKI Frühjahr 2015: Stimmungsaufschwung bei den Medizinern

Dem aktuellen Medizinklimaindex (Frühjahr 2015) zufolge hat sich die Stimmung unter den Humanmedizinern, Zahnärzten und Psychologischen Psychotherapeuten erheblich verbessert. Während der Wert für die obigen Berufsgruppen im Herbst vergangenen Jahres bei -3,6 lag, erhöhte er sich aktuell auf 6,2. Knapp 35 % aller befragten Berufsgruppen schätzen gegenwärtig die individuelle wirtschaftliche Lage als positiv ein, während nur 13 % diese als schlecht und über 52 % als befriedigend bezeichnen. Dabei erwarten 12 % eine Verbesserung der Situation im kommenden Halbjahr. Rund 22 % gehen von einer Verschlechterung der Lage aus und zwei Drittel erwarten keine Veränderungen. Allerdings ergeben sich zum Teil deutliche Unterschiede bei den befragten Berufsgruppen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der aktuelle Medizinklimaindex erstmals Haus- und Fachärzte getrennt erfasste. Im Einzelnen fiel die Umfrage wie folgt aus:

- Wie bereits bei den vorigen Erhebungen ist die Stimmung bei den Zahnärzten mit einem MKI von 14,3 mit deutlichem Abstand am besten. 47,6 % der Zahnmediziner halten ihre gegenwärtige wirtschaftliche Lage für gut, 33,3 % für stabil und nur 19 % für schlecht. Dabei erwarten die Zahnmediziner mit 61,9 %, dass sich bezüglich der wirtschaftlichen Situation im kommenden Halbjahr keine Veränderung ergeben wird. Jeweils 19 % gehen von einer Verschlechterung bzw. von einer Verbesserung aus.
- An zweiter Stelle liegen die Fachärzte mit einem MKI von 6,4. Hier beurteilen 30,7 % ihre aktuelle wirtschaftliche Lage als gut und 55,7 % als stabil und 13,6 % als schlecht. 18 % sehen die Aussichten für das kommende Halbjahr pessimistisch, während 68,5 % eine konstante und 13 % eine positive Entwicklung erwarten.
- Mit einem Wert von 6,1 bewegen sich die Hausärzte fast auf dem Niveau der Fachärzte. Sie beurteilen die aktuelle Situation besser als ihre fachärztlichen Kollegen. 37,7 % schätzen die aktuelle wirtschaftliche Lage als gut, 50,1 % als zufriedenstellend und 12,1 % als schlecht ein. Bezüglich der künftigen Entwicklung sind die Hausärzte jedoch pessimistischer eingestellt als die Fachärzte: 10,7 % gehen von einer guten, 65,2 % von einer stabilen und 24,1 % von einer negativen Entwicklung aus.
- Am schlechtesten ist die Lage bei den Psychologischen Psychotherapeuten. Immerhin hat der MKI im Vergleich zum Herbst 2014 (-2,6) wieder einen positiven Wert (3,2) erreicht. Innerhalb der Berufsgruppe berichten 17,5 % von einer positiven, 66,7 % von einer befriedigenden und 15,9 % von einer negativen wirtschaftlichen Lage. 17,5 % sind der Auffassung, dass sich die Situation verbessern wird, 12,5 % rechnen mit einer negativen Entwicklung und 69,8 % gehen davon aus, dass sich keine Veränderungen ergeben werden.

Auch im Vergleich mit ausgewählten Bereichen des Ifo-Geschäftsklimaindex konnte der Medizinmarkt aufholen. Während dessen Werte in der Vergangenheit lediglich von jenen des Bauhauptgewerbes (aktuell: -7,8) unterboten wurden, liegt der MKI nun erstmals auch über dem Wert für den Einzelhandel (5,2) und mit nicht allzu großem Abstand zur gewerblichen Wirtschaft (8,8). Zwar dürfte das sich gegenwärtig im Gesetzgebungsverfahren befindliche Versorgungsstärkungsgesetz auf die Stimmung der Mediziner „drücken“, offenbar schlagen jedoch bei den Hausärzten die honorarerhöhenden Effekte des neuen EBM ebenso wie der steigende extrabudgetäre Einnahmenanteil bei den Fachärzten positiv zu Buche.

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.

Entwurf zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – aktuelle Anpassungen

Seit dem 25. Februar 2015 liegt der Gesetzentwurf des Bundesgesundheitsministeriums zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) vor. Das neue Gesetz soll voraussichtlich zum 1. Juli 2015 in Kraft treten. Nach Stellungnahme des Bundesrates zum GKV-VSG haben die Gesundheitsspezialisten der großen Koalition nun zahlreiche Regelungen des Entwurfs zum Versorgungsstärkungsgesetz angepasst. Gegenwärtig arbeiten die Experten jedoch noch an der Ausarbeitung der konkreten Änderungsanträge. Weitere Änderungen sind demnach nicht auszuschließen. Der angepasste Gesetzentwurf soll noch vor der Sommerpause vorgelegt und abschließend im Bundestag beraten werden. Anbei eine Zusammenfassung der wichtigsten Änderungen:

- **Zwangsaufkauf von Praxissitzen:** Die geplante „Soll-Regelung“ für den Praxisaufkauf gilt nun erst ab einem Versorgungsgrad von 140 %. Allerdings besteht bei einem Versorgungsgrad von 110 % nach wie vor eine Option zum Praxisaufkauf in Form einer „Kann-Regelung“.
- **Bedarfsplanung:** aufgrund der unbefriedigenden Ergebnisse der jüngsten Reform der Bedarfsplanung sind hier bis 2016 erneut Anpassungen im Sinne einer „bedarfsgerechteren und kleinräumigeren“ Regelung vorgesehen. Diese Aufgabe obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss.
- **Ambulante Spezialärztliche Versorgung:** Die Einschränkung der neuen Versorgungsform auf schwere Verlaufsformen bei Krankheiten mit besonderen Verlaufsformen soll für den Bereich der onkologischen und rheumatologischen Erkrankungen entfallen. Einschränkungen gibt es auch bezüglich des von den niedergelassenen Ärzten heftig kritisierten automatischen Fortgeltens der Zulassungen der Krankenhäuser nach dem alten § 116b. Hier einigten sich die Experten auf die Begrenzung des Bestandsschutzes auf drei Jahre. Ferner sollen ASV-Leistungen nur über öffentlich-rechtliche Stellen abgerechnet werden können. Kliniken haben das Recht, die Kassenärztlichen Vereinigungen mit der Abrechnung der ASV-Leistungen zu beauftragen.
- **Weiterbildung:** Die allgemeinmedizinischen Kompetenzzentren sollen mit bis zu 5 % der für die Aufstockung der Weiterbildungsstellen bestimmten Mittel (rund 1,25–1,5 Mio. Euro pro Jahr) gefördert werden. Für grundversorgende Fachärzte (u. a. Kinder- und Jugendärzte oder Gynäkologen) ist die Bereitstellung von Finanzierungsmitteln für 1.000 zusätzliche Weiterbildungsstellen vorgesehen. Ferner ist die Einrichtung von Kompetenzzentren für Allgemeinmedizin an den Hochschulen sowie einer bundesweiten Stiftung zur Förderung der Weiterbildung geplant.

- **Implantierbare Medizinprodukte:** Künftig soll das Nutzenbewertungsverfahren für neue Medizinprodukte/Behandlungsmethoden auch auf implantierbare Medizinprodukte Anwendung finden (ausgenommen Schrittinnovationen).
- **Krankenhaus-Entlassmanagement:** Entgegen der ursprünglichen Pläne wird die Option gestrichen, die Aufgaben des Entlassmanagements auf einen weiterbehandelnden Vertragsarzt zu übertragen.

Die Ärzteschaft ist insbesondere darüber enttäuscht, dass die Koalition trotz aller Kritik nicht von der Praxisaufkaufregelung abgerückt ist. Auch die geplanten Terminservicestellen werden von den Ärzten strikt abgelehnt. Mittlerweile macht sich auch in der Bevölkerung – nicht zuletzt aufgrund einer Aufklärungskampagne der Freien Ärzteschaft e.V. (FÄ), des NAV-Virchow-Bundes und der Bürger Initiative Gesundheit e.V. – Unmut breit: So hat der Vorsitzende der FÄ, Ulrich Weigelt, dem Bundesgesundheitsministerium jüngst eine Sammlung von 250.000 Bürgerunterschriften gegen das Gesetz übergeben.

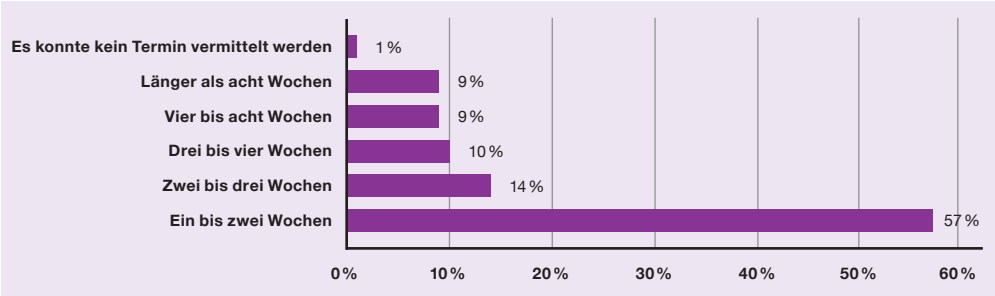
Studie: Bürger sehen kaum Probleme mit Wartezeiten

Seit geraumer Zeit stehen die Wartezeiten der Patienten auf einen Facharzttermin in der Diskussion. Doch offenbar sind die Probleme in diesem Zusammenhang weitaus geringer, als in den Medien dargestellt. Zu diesem Ergebnis kommt die aktuelle repräsentative Studie „Arztsuche und Arztauswahl 2015“, welche im Auftrag der IKK classic online unter 1.000 Teilnehmern ab 18 Jahren durchgeführt wurde. Unabhängig vom Wohnort (Stadt oder Land) erhielten ca. 60 % der Befragten bei ihrer letzten Anfrage einen Facharzttermin innerhalb von zwei Wochen. 14 % der Befragten gaben eine Wartezeit auf einen Facharzttermin von zwei bis drei Wochen an, und lediglich 10 % mussten zwischen drei und vier Wochen auf einen Termin warten.

Positiv zu Buche schlägt ferner, dass ca. 75 % der Befragten einen Termin entsprechend ihren zeitlichen Wünschen erhielten. Dieser Wert war für die PKV- und GKV-Patienten identisch, obwohl bei ersteren 48 % ihren letzten Facharzttermin innerhalb von nur einer Woche erhalten hatten, während dieser Anteil bei den GKV-Patienten nur bei 26 % lag. In der regionalen Betrachtung kam es jedoch zum Teil zu erheblichen Unterschieden: In Mecklenburg-Vorpommern warteten 22 % und in Brandenburg 18 % länger als acht Wochen auf einen Facharzttermin. Im Gegensatz hierzu musste beispielsweise in Hamburg kein Patient länger als acht Wochen warten.

Auch im internationalen Vergleich schneidet Deutschland hinsichtlich der Wartezeiten auf Haus- und Facharzttermine gut ab. Dies belegt die Studie „International Health Policy Survey 2014“, in welcher ältere Menschen ab 65 Jahren in elf Ländern (USA, Deutschland, Frankreich, Niederlande, Großbritannien, Kanada, Neuseeland, Schweiz, Schweden, Norwegen und Australien) unter anderem zu der Thematik „Zugang zum Haus- und Facharzt“ befragt wurden. Der Befragung zufolge erhielten in Deutschland vier von fünf Patienten (81 %) innerhalb von zwei Tagen einen Termin beim Hausarzt. Lediglich Frankreich und Neuseeland erreichten mit 83 % einen höheren Wert. In Bezug auf einen Facharzttermin gaben 61 % der befragten Deutschen an, dass sie innerhalb von vier Wochen eine entsprechende Praxis aufsuchen konnten. Dieses Ergebnis wurde nur in den USA und in der Schweiz übertroffen – dies allerdings nur bei privaten Zuzahlungen durch die Patienten.

Abb. 4 – Wie lange mussten die Patienten bei ihrer letzten Anfrage auf einen Facharzttermin warten?



Quelle: : IKK classic Grafik: REBMANN RESEARCH

Die Studien belegen, dass die Situation bei den Wartezeiten auf einen Facharzttermin von den Bürgern offensichtlich weitaus weniger problematisch wahrgenommen wird, als von Seiten der Politiker. Die Studie „Arztsuche und Arztauswahl 2015“ zeigt jedoch regionale Unterschiede, weshalb in den neuen Bundesländern durchaus Handlungsbedarf besteht. Gerade aufgrund der großen regionalen Unterschiede sollten hier regionalen Lösungen (wie sie zum Teil bereits von einigen Kassenärztlichen Vereinigungen umgesetzt werden) anstelle eines bundeseinheitlichen Modells Vorrang gegeben werden. Nach wie vor hält Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe jedoch an seinem Vorhaben fest, Terminservicestellen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen per Gesetz einzuführen.

Fachrichtung

Fachrichtung geht ins Detail und zeigt Veränderungen auf, die eine ganz spezielle Fachrichtung oder die Meinung der oft starken Fachrichtungslobby betreffen. Dadurch wird die Gesamtbranche weiter segmentiert und somit auf spezielle Chancen sowie Risiken innerhalb einzelner Marktsegmente hingewiesen.

ALLGEMEINÄRZTE

Hausärzte/Kinder- und Jugendärzte – Aufwertung der Vergütung im Vertretungsfall

Seit Beginn des zweiten Quartals 2015 gelten für die Haus- und Kinderärzte neue Abrechnungsregeln bei Vertretungsfällen. Die bisherige Vertreterpauschale für Haus- und Kinderärzte (EBM-Nummern 03010/04010) wird abgeschafft. Stattdessen darf bei Behandlungen im Vertretungsfall oder bei Überweisungen durch einen anderen Hausarzt/Pädiater zur Mit-, Weiterbehandlung oder Konsiliaruntersuchung die rund doppelt so hohe Versichertenpauschale (EBM-Nummern 03000/04000) voll abgerechnet werden.

Weitere Vorteile sind der automatische Zusatz der vollen Vorhaltepauschale (EBM-Nummern 03040/04040; 144 Punkte) durch die Kassenärztliche Vereinigung bei Abrechnung der Versichertenpauschale sowie die Möglichkeit der Abrechnung der Chronikerpauschalen (EBM-Nummern 03220/04220 und 03321/04221) (bisher Praxen mit diabetologischem Schwerpunkt und HIV-Schwerpunktpraxen vorbehalten).

Auf den ersten Blick scheint sich somit die Situation der Hausärzte zu verbessern. Abrechnungsexperten weisen jedoch darauf hin, dass die Hausärzte insgesamt infolge der neuen Regelung zunächst mit einem Punktwertverfall rechnen müssen. Grund ist, dass mit der ersatzlosen Abschaffung der Vertreterpauschale automatisch eine Erhöhung der Fallzahlen im hausärztlichen Bereich einhergeht. Denn alle Vertretungs- und Überweisungsfälle zählen seit dem 1. April als volle Behandlungsfälle. Da für die zusätzlichen Fälle jedoch keine zusätzlichen finanziellen Mittel bereitgestellt werden, bedeutet dies, dass die Hausärzte bei der Kalkulation der Regelleistungsvolumina (RLV) hierfür in den nächsten vier Quartalen auch kein zusätzliches Honorar erhalten. Dieses kann erst dann fließen, wenn die Fallzahlanstiege eine entsprechende Berücksichtigung im RLV finden. Ohne eine entsprechende Anhebung des hausärztlichen Gesamthonorars findet jedoch lediglich eine Umverteilung innerhalb des hausärztlichen Honorartopfes zugunsten jener Ärzte statt, die viele Vertretungsfälle übernehmen.

FACHÄRZTE

Gynäkologen – „Pille danach“ passiert Bundesrat

Mit seiner Zustimmung zur Änderung der Arzneimittelverordnung hat der Bundesrat den Weg für den Entfall der Rezeptpflicht für die „Pille danach“ freigemacht. Seit Mitte März ist das Präparat ellaOne® (Wirkstoff Ulipristalacetat) und seit Mitte April auch die PiDaNa® (Levonorgestrel) rezeptfrei in den örtlichen Apotheken verfügbar. Einen Bezug der Notfallverhütungsmittel über den Versandhandel schloss der Bundesrat aus, um sexuellen Missbrauch und eine Bevorratung zu verhindern. Gegen den Versandhandel spricht ferner, dass das Notfallverhütungsmittel innerhalb weniger Stunden nach dem Geschlechtsverkehr eingenommen werden muss und eine persönliche Beratung auf diesem Wege nicht garantiert werden kann. Für Frauen bis zum vollendeten 20. Lebensjahr besteht weiterhin die Möglichkeit, sich die „Pille danach“ auf Krankenkassenkosten beim Arzt verschreiben zu lassen. Die Präparate dürfen nicht beworben werden.

Den Apothekern kommt eine besondere Verantwortung bei der Beratung und dem Verkauf zu. Die Bundesvereinigung der Apothekerverbände hat die Empfehlung herausgegeben, die Präparate an die betroffenen Frauen persönlich und nach Möglichkeit nicht auf Vorrat abzugeben und bei Minderjährigen eine besondere Sorgfaltspflicht walten zu lassen. Mädchen unter 14 Jahren soll zu einem Arztbesuch geraten werden. In den ersten Wochen nach der Aufhebung der Rezeptpflicht, ließ sich dem Marktbeobachter IMS Health zufolge ein signifikanter Anstieg der Absatzzahlen um 40 % beobachten. Mittlerweile hat sich dem Unternehmen zufolge der Wochenabsatz „bei einem Volumen zwischen 13.000 und 14.000 Packungen“ eingependelt.

Mit der rezeptfreien Ausgabe der „Pille danach“ in den Apotheken hat das Bundesgesundheitsministerium die Empfehlung des EU-Arzneimittelkomitees umgesetzt. Während Familienverbände und Vertreter von SPD und Grünen die Entscheidung befürworten, wird sie von den Verbänden der Frauenärzte und Fortpflanzungsmediziner kritisiert. Da die Präparate zur Notfallkontrazeption auch an Dritte abgegeben werden können, befürchten sie, dass es nicht in jedem Fall zu der geforderten vertraulichen und persönlichen Beratung durch den Apotheker kommt. Dies sei gerade in sexuellen Missbrauchsfällen von Frauen und Mädchen innerhalb des Familien- oder Bekanntenkreises äußerst problematisch.

Hämatologen/Onkologen – mehr Delegation gefordert

Nachdem die Delegation bei den Hausärzten seit Kurzem durch die Einführung neuer Abrechnungsziffern und die bundesweite Möglichkeit des Einsatzes von Nichtärztlichen Praxisassistentinnen (NäPAs) gestärkt wurde, zeigen nun auch andere Facharztgruppen Interesse an den Entlastungsmöglichkeiten. So belegt eine aktuelle Befragung vertragsärztlicher Hämatologen und Onkologen durch das Wissenschaftliche Institut der Niedergelassenen Hämatologen und

Onkologen (WINHO), dass die Facharztgruppe eine Delegation „patientennaher Versorgungsaufgaben“ an nichtärztliches Personal ausdrücklich befürwortet. Folgende Aufgabenbereiche halten die Mediziner für eine Übertragung an nichtärztliche Mitarbeiter geeignet:

- Schulung von Patienten und Angehörigen
- Übernahme von Hausbesuchen
- Beratung und Aufklärung von Patienten

Auch die Praxismitarbeiter selbst, die im Rahmen der Studie ebenfalls befragt wurden, sind für eine Übernahme weiterer Aufgaben offen. Allerdings trauen sich 40 % der Befragten z. B. keine Übernahme von Hausbesuchen zu. Dabei sind die Voraussetzungen hinsichtlich Anzahl und Qualifikation der Mitarbeiter gut. Laut WINHO sind durchschnittlich 8,5 nichtärztliche Assistenzkräfte je onkologischer Schwerpunktpraxis beschäftigt. Hiervon verfügt bereits rund die Hälfte über eine zusätzliche Qualifikation im Bereich für das Tätigkeitsfeld onkologische Versorgung. Das Verhältnis zwischen ausgebildeten Pflegekräften und Medizinischen Fachangestellten beträgt rund 33 zu 66 %.

Nach Auffassung der Onkologen/Hämatologen wäre eine spezielle Fortbildung der Mitarbeiter in den Bereichen Arzneimittel, therapeutische Intervention und allgemeine Grundlagen notwendig. Gemeinsam mit dem Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen (BNHO e. V.) hat das WINHO bereits Kontakt zu einigen Landesärztekammern aufgenommen, um die Anforderungen an eine spezialisierte Fortbildung für onkologische Praxishelfer zu spezifizieren.

Die Praxisstrukturen bieten sich in den meisten Fällen für eine Delegation an. So beträgt nach Angaben des WINHO der Einzelpraxisanteil bei den onkologischen Schwerpunktpraxen nur noch 15 %. Ganze 57 % zählen zu einer lokalen und 11 % zu einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft. Meist handelt es sich um fachgleiche Kooperationen von Hämatologen und Onkologen. 12 % der Praxen gehören zu einem Medizinischen Versorgungszentrum und weitere 6 % zu einer Praxisgemeinschaft. Auch die Bereitschaft zur Vernetzung ist groß: Onkologische Schwerpunktpraxen sind im Durchschnitt mit 3,3 onkologischen Zentren verbunden. In mehr als 50 % der Praxen sind laut WINHO mindestens drei Mediziner regelmäßig tätig.

Eine Delegation im fachärztlichen Bereich könnte schon bald Realität sein. Der Referentenentwurf des Versorgungsstärkungsgesetzes, der gegenwärtig im Bundestag und Bundesrat beraten wird, sieht im Rahmen einer ausdrücklichen Förderung der Delegation auch eine Ausdehnung auf die fachärztliche Regelversorgung vor. Notwendig wäre in diesem Zusammenhang die Einführung entsprechender Vergütungspositionen im EBM analog zum hausärztlichen Bereich.

Internisten/Gastroenterologen – erfolgreiche Darmkrebsvorsorge

Dem Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) zufolge lassen sich dank des 2002 eingeführten Darmkrebsscreenings jährlich über ein Viertel der Darmkrebsneuerkrankungen (rund 16.000) verhindern. Grundlage für die Zahlen lieferte eine gemeinsame Studie des DKFZ mit dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi), welche auf der Auswertung von 4,4 Millionen Befunden basierte. Dabei nahmen die Studienautoren Modellkalkulationen bis zum Jahr 2045 vor. Den höchsten Nutzen aus der Vorsorgemaßnahme ziehen ältere Menschen (75- bis 84-Jährige), bei denen jährlich über 3.000 Krebsneuerkrankungen bei Frauen und mehr als 4.000 bei den Männern vermieden werden können. Pro Jahr gibt es in Deutschland mehr als 63.000 Darmkrebsneuerkrankungen. Der potenzielle Nutzen des Koloskopie-Screenings liegt noch höher, da nur ein geringer Anteil der Bevölkerung das bestehende Angebot wahrnimmt. Hierzulande haben Versicherte der GKV ab einem Alter von 55 Jahren das Recht auf eine Darmspiegelung. Die Studienautoren empfehlen aufgrund der Untersuchungsergebnisse, das bestehende Screeningprogramm anzupassen. So sollten beispielsweise Männer mit einem hohen Risiko bereits mit 42 Jahren und Männer mit niedrigem Risiko mit 52 Jahren zur Vorsorgekoloskopie gehen.

ZAHNÄRZTE

Erster Lehrstuhl für „Behindertenorientierte Zahnmedizin“

Aktuellen Zahlen des Statistischen Bundesamtes in Wiesbaden zufolge, leben in Deutschland 10,2 Millionen Menschen mit einer Behinderung. Das bedeutet, dass nahezu jeder 8. Bundesbürger betroffen ist. Mit rund 7,5 Millionen sind die meisten der Behinderten von einem Behinderungsgrad von 50 % und mehr betroffen und fallen somit unter den Schwerbehindertenstatus. Behinderte Menschen sind häufiger von Krankheiten betroffen als Nichtbehinderte. Im Bereich der Mundgesundheit gehören Menschen mit Behinderung zur Hauptrisikogruppe für Karies und Parodontitis. Grundsätzlich haben pflegebedürftige Menschen und behinderte Menschen eine schlechtere Mundgesundheit als der Bevölkerungsschnitt. Dennoch ist die zahnärztliche Versorgung von Menschen mit Behinderung bisher nicht ausreichend gewährleistet. Hinzu kommt, dass in der zahnmedizinischen Ausbildung die Behandlung von Behinderten kaum Beachtung fand.

Die Universität Witten/Herdecke (UW/H) ist bereits seit 1987 in der Behandlung von Menschen mit Behinderungen aktiv und bildet seit 2001 angehende Zahnärzte auch in diesem Bereich aus. Bereits Ende 2013 wurde ein Stiftungslehrstuhl für den Bereich „Behindertenorientierte Zahnmedizin“ eingerichtet. Anfang Mai wurde nun Prof. Dr. Andreas Schulte von der UW/H auf den bundesweit ersten Lehrstuhl für Behindertenorientierte Zahnmedizin berufen. Mit dem Lehrstuhl soll nicht nur die studentische Lehre weiter verbessert werden, sondern auch die Möglichkeiten zu weiteren akademischen Qualifikationen in diesem Bereich.

Eine verbesserte Ausbildung im Bereich der „Behindertenorientierten Zahnmedizin“ ist ein erster Schritt zu einer gleichberechtigten Versorgung behinderter Patienten. Ein wichtiges Hindernis bei der Behandlung von Behinderten besteht jedoch nach wie vor darin, dass gesonderte Abrechnungsmöglichkeiten, für die oft zeitaufwändigere und kostenintensivere Therapie von behinderten Menschen fehlen. Zudem stehen nur wenige spezielle Präventionsprogramme zur Verfügung. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) hat auf ihrer 9. Vertreterversammlung in Frankfurt Ende 2014 mehrfach bekräftigt, dass allen Menschen ein Zugang zu bedarfsgerechter zahnmedizinischer Versorgung zur Verfügung stehen sollte. Dies findet unter anderem Ausdruck im Kabinettsentwurf des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes. Der Entwurf sieht im § 22a SGB V eine Regelung für das zahnärztliche Präventionsmanagement vor. Hiermit sollen die Voraussetzungen für die zahnmedizinische Prävention von pflegebedürftigen Menschen und Menschen mit Behinderung geschaffen werden.

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: Facharztvertrag für Orthopädie läuft gut an

Der Facharztvertrag nach § 73c SGB V für Orthopädie, der in Baden-Württemberg im Januar 2014 an den Start gegangen war, entwickelt sich erfolgreich. Nach Auskunft von Medi und den beiden beteiligten Krankenkassen (AOK Baden-Württemberg und Bosch Betriebskrankenkasse) stieg die Zahl der teilnehmenden Mediziner mittlerweile auf rund 500 und jene der eingeschriebenen Patienten auf mehr als 400.000. Hiervon wurden allein im vergangenen Jahr 215.000 im Rahmen des Selektivvertrages behandelt. Teilnehmende konservative Ärzte erzielten im 4. Quartal einen durchschnittlichen Fallwert von 86 Euro und operativ tätige Ärzte einen Fallwert von 111 Euro (exklusive Sachkosten). Hauptziel des Vertrages ist es, über die Aufwertung der Anamnese und Beratung eine frühzeitige Diagnose zu erhalten und über eine strukturierte Therapie komplizierter und kostenintensiver Fälle eine Chronifizierung von Krankheiten sowie Krankenhausaufenthalte zu verhindern. Dies betrifft insbesondere die häufigen orthopädischen Krankheitsbilder, wie den (un) spezifischen Rückenschmerz, die Gon- und Coxarthrose, Osteoporose oder Rheuma. Das Vergütungssystem besteht aus Pauschalen, Einzelleistungsvergütungen sowie Qualitätszuschlägen.

Der gegenwärtige Entwurf des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) sieht eine Streichung des § 73c SGB V („Besondere Ambulante Versorgung“) vor. Stattdessen sollen die Facharztverträge künftig unter einen neu definierten § 140a fallen. Den Initiatoren der Facharztverträge in Baden-Württemberg stoßen diese Pläne besonders auf, weil sie hierdurch eine „deutliche Schwächung des vom Gesetzgeber intendierten Vertragswettbewerbs“ befürchten. Kritik gilt ferner den geplanten Sondereingriffsrechten der Aufsichtsbehörden und der Beibehaltung des bisherigen Bereinigungsverfahrens. Zwar müssen laut Gesetzentwurf Selektivverträge vor ihrem Abschluss den zuständigen Aufsichtsbehörden nicht mehr vorgelegt werden, für die Behörden ist jedoch ein optionales Anforderungs- und Prüfungsrecht gekoppelt mit stärkeren Sanktionsmöglichkeiten (Zwangsgelder bis zu 10 Mio. Euro) vorgesehen.

Hessen: Gesundheitspakt wird fortgesetzt

In Hessen haben sich die Initiatoren des ersten im Jahr 2011 beschlossenen Gesundheitspaktes darauf verständigt, mit dem Gesundheitspakt 2.0 das bisherige Programm fortzuführen und zu erweitern. Auch der bisherige Kreis der Kooperationspartner, bestehend aus der Ärztekammer Hessen, der Landeskrankenhausgesellschaft, Krankenkassen, kommunalen Spitzenverbände und Universitäten, wurde erweitert. Neue Partner sind die Landesapothekenkammer, der Hessische Apothekerverband, die Liga der Freien Wohlfahrtspflege sowie die bpa-Landesgruppe Hessen.

Das Land Hessen stellt für den neuen Pakt insgesamt 4 Mio. Euro zur Verfügung. Ziel des Projekts ist die Sicherung der flächendeckenden Versorgung. Zu diesem Zweck haben die Kooperationspartner insgesamt 28 Einzelmaßnahmen verabschiedet. Vorgesehen sind unter anderem die Einrichtung interdisziplinärer Gesundheitszentren, die Einführung eines sektorenübergreifenden Medikationsplans zur Vermeidung von Doppelverordnungen und ungewünschten Wechselwirkungen sowie berufsübergreifende Fortbildungen zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Pflegeberufen. Für Medizinstudierende sind folgende Förderprogramme geplant:

- Unterstützung der Famulatur in einer Landarztpraxis: bis zu 600 Euro pro Monat je Famulant: von 2015 bis 2018 stellt das Land dafür 800.000 Euro zur Verfügung.
- Unterstützung des Praktischen Jahrs in ländlichen Regionen: bis zu 2.400 Euro je PJler

Zur Verbesserung der Versorgung durch regionale Gesundheitsnetze stellt das Land zusätzlich ein Budget in Höhe von insgesamt 2,2 Mio. Euro bereit. Daneben erhalten auch die beiden Kompetenzzentren zur Weiterbildung in der Allgemeinmedizin der Universitäten Frankfurt und Marburg bis zum Jahr 2018 Fördergelder in Höhe von 1 Mio. Euro, was gegenüber der bisherigen Unterstützung eine Aufstockung um 400.000 Euro bedeutet.

Am Beispiel Hessen und anhand ähnlicher Aktivitäten in den einzelnen Bundesländern zeigt sich, dass künftig regional differenzierte Konzepte zur Sicherung der Versorgung eine immer größere Bedeutung erlangen. Zwar kritisiert die Opposition im hessischen Landtag, dass das Land lediglich 4 Mio. für die beabsichtigten strukturellen Änderungen zur Verfügung stellt. Gegenüber dem ersten Gesundheitspakt aus dem Jahr 2011, für den die Landesregierung lediglich 600.000 Euro bewilligte, bedeutet dies jedoch eine deutliche Aufstockung der Mittel. Positiv hervorzuheben ist ferner der sektor- und fachübergreifende Ansatz der Programme und die Integration von Institutionen aller wichtigen Teilbranchen der Gesundheitsversorgung als Kooperationspartner.

Nordrhein: Modellprojekt zum Überleitungsmanagement zwischen den Sektorengrenzen

Seit Anfang 2015 läuft im Kölner Klinikum Holweide ein Modellprojekt zum Überleitungsmanagement zwischen dem ambulanten und stationären Sektor. Das Projekt wurde gemeinsam von der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KVNo) und den Kliniken der Stadt Köln initiiert und richtet sich vor allem an ältere, multimorbide und alleinstehende Patienten mit einem großen Unterstützungsbedarf. Kernpunkt des Projektes ist der Einsatz von Krankenschwestern als Überleitungsmanagerinnen. Bei Bedarf können diese in folgenden Situationen unterstützen:

- Vor dem Übergang in den stationären Sektor: Die Überleitungsmanagerin kann von den Zuweisern entsprechende Informationen oder Hinweise über den Patienten (z. B. Unverträglichkeiten von Arzneimitteln oder besondere Verdachtsdiagnosen) erhalten.
- Innerhalb des stationären Sektors: Auch die Klinikärzte haben die Möglichkeit, auf die Überleitungsmanagerin zurückzugreifen. So kann diese z. B. nach dem Wochenende bei neu aufgenommenen Patienten prüfen, ob Handlungsbedarf besteht.
- Vor dem Übergang in den ambulanten Sektor: Die Überleitungsmanagerin informiert den behandelnden Arzt und prüft die Versorgungssituation des Patienten zu Hause.

Das Modellprojekt wird von der KVNo und den Kliniken der Stadt Köln finanziert und ist zunächst auf 18 Monate angelegt. Laut KVNo ist das Angebot – sowohl bei den Patienten, deren Angehörigen als auch bei den Ärzten in Klinik und Praxis – auf eine gute Resonanz gestoßen.

Bei der Betrachtung zukünftiger Herausforderungen einer alternden Gesellschaft wird deutlich, dass die bis jetzt vorherrschende Form der Leistungserbringung in einzelnen medizinischen Einrichtungen nicht zielführend ist. Die Anforderungen an die Koordination der Versorgung über die Sektorengrenzen hinweg werden ebenso zunehmen wie die notwendigen interdisziplinären Abstimmungen. Die Überwindung der Sektorengrenzen erzielt nicht nur Kostenvorteile, sondern trägt auch dazu bei, die Versorgungsqualität für die Versicherten zu steigern, indem die Kommunikation zwischen den Leistungserbringern verbessert und dadurch die Behandlung effektiver gestaltet wird. Für einen möglichst reibungslos funktionierenden Informationsaustausch zwischen dem Krankenhaus und den niedergelassenen Ärzten werden im oben erwähnten Modellprojekt alle wesentlichen Patienteninformationen in einer Dokumentenmappe zusammengestellt. In diesem Zusammenhang könnte das geplante E-Health-Gesetz von weiterer Bedeutung sein, um eine noch größere Optimierung des Informationsaustauschs zu erreichen.

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.

Lieferengpässe bei Arzneimitteln – ein internationales Problem

Ein aktuelles Gutachten des Beratungsunternehmens IMS Health im Auftrag des Branchenverbands Pro Generika über „Best-Practice-Ansätze bei Arzneimittelengpässen im internationalen Vergleich“ kommt zu dem Ergebnis, dass in allen betrachteten Ländern (Deutschland, USA, Kanada, Frankreich, Schweiz, Finnland, Niederlande und Großbritannien) entsprechende Engpässe auftreten, und dass die von den einzelnen Ländern angewandten Strategien nur teilweile zielführend sind. So gelang es in keinem der untersuchten Länder, Arzneimittelengpässe ganz zu vermeiden. Die Untersuchung zeigt, dass die einzelnen Länder oft auf gleiche oder ähnliche Maßnahmen zurückgreifen wie:

- Melderegister: Hersteller haben die Option/Verpflichtung, nicht lieferbare Arzneimittel zu melden
- Errichtung von Lagerbeständen: Diese sind auf unterschiedlichen Stufen der Lieferkette möglich
- Definition nationaler Listen über die besonders wichtigen Arzneimittel
- Engere Zusammenarbeit zwischen Herstellern und Behörden

Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass obige Maßnahmen nicht vollständig greifen, weil sie nicht an den eigentlichen Ursachen der Lieferengpässe ansetzen, die wie folgt benannt werden:

- Herstellungsbedingte Ursachen: Lieferengpässe können aus der Zunahme regulatorischer Anforderungen, Qualitätssicherungsmaßnahmen, Produktionsproblemen, Engpässen bei Ausgangsstoffen und der Globalisierung der Produktion resultieren.
- Nachfragebedingte Ursachen: Ferner kommt es zu Engpässen, wenn z. B. eine überraschend starke Nachfrage das Angebot übersteigt.
- Preis- und Erstattungsregulierungen: Daneben können beispielsweise Rabattverträge oder ein zunehmender Preisdruck für eine Verknappung verantwortlich sein.

Auch Deutschland ist bereits seit 2012 von Arzneimittelengpässen bei einzelnen Medikamenten wie Krebsmittel, Antibiotika, Schilddrüsenhormone und Impfstoffen betroffen. Nach der Einführung eines Melderegisters (auf freiwilliger Basis) auf der Website des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte sah die Regierung zunächst keinen Anlass für weitere Maßnahmen. Mit der geplanten dritten Novelle des Arzneimittelgesetzes (AMG) will das Bundesgesundheitsministerium nun mit verschiedenen Instrumenten gegen die Lieferengpässe vorgehen:

- Gemäß § 79 Abs. 5 AMG soll bei Engpässen eine übergangsweise Einfuhr alternativer Arzneimittel aus anderen Ländern möglich sein. Diese sollen auch dann zur Therapie eingesetzt werden, wenn sie nicht über eine Zulassung für den deutschen Markt verfügen. Voraussetzung ist allerdings eine Zulassung im Herkunftsland.
- Hersteller sollen künftig neben dem Verdacht auf Lieferschwierigkeiten auch die entsprechenden Gründe hierfür melden (Vorbild: Register der US-amerikanischen Food and Drug Administration)
- Ferner ist in Abstimmung mit Ärzten, Apothekern, Vertretern des Arzneimittelgroßhandels und der pharmazeutischen Industrie die Definition einer Liste mit unverzichtbaren Arzneimitteln geplant, für die z. B. eine längere Bevorratung gelten könnte.

Den Ergebnissen des obigen Gutachtens zufolge, dürften auch diese Maßnahmen nicht vollständig zielführend sein, da sie die Ursachen der Engpässe unberücksichtigt lassen. Dabei sind die Ursachen in Deutschland weitgehend deckungsgleich mit jenen, die die Studie identifizierte: eine unerwartet große Nachfrage, Qualitätsmängel beim Herstellungsprozess, knappe Produktionskapazitäten und der gesetzlich veranlasste zunehmende Kostendruck (u. a. durch Rabattverträge).

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.

Neues Krankenversicherungskonzept: gesundheits- und fitnessbezogene Daten gegen Boni

Der Versicherer Generali erarbeitet in Kooperation mit dem südafrikanischen Versicherungskonzern Discovery ein spezielles Angebot für digitale Fitness-Fans in Deutschland. Das Programm „Vitality“ wird bereits den Versicherten des südafrikanischen Konzerns angeboten und soll voraussichtlich Ende des Jahres für deutsche Kunden zur Verfügung stehen. Das Konzept der neuen privaten Krankenversicherung sieht Folgendes vor:

- Versicherte steuern ihr Gesundheitsverhalten – beispielsweise die Wahrnehmung ärztlicher Vorsorgetermine, Fitness und Bewegung oder der Einkauf gesunder Lebensmittel – über eine App.
- Die gesundheits- und fitnessbezogenen Daten werden von dem Versicherten an den Konzern übermittelt.

Im Gegenzug erfolgt eine Bonifizierung der Versicherten beispielsweise in Form von Gutscheinen für den Bioladen, eines ermäßigten Eintritts für das Fitnessstudio, von neuen Laufschuhen oder Rabatten bei der monatlichen Versicherungsprämie.

Erklärtes Ziel von Generali ist die Verbesserung der Lebensqualität der Menschen, indem gesundheitsorientiertes Verhalten gefördert werden soll. Das Recht des Einzelnen auf eine ungesunde Lebensweise (z. B. fettiges Essen, Rauchen) bleibe hierbei unberührt. Es handele sich um ein freiwilliges und interaktives Konzept. Das Programm wird von Verbraucherschützern heftig kritisiert. Befürchtet werden Nachteile, z. B. für Privatversicherte mit gesundheitlichen Einschränkungen. Ebenso sehen sie die Gefahr einer Aushebelung des Solidarprinzips. Denn sofern eine gesunde Lebensweise durch Boni honoriert werden sollte, müssten diese von anderen finanziert werden.

Wie eine aktuelle repräsentative Umfrage des Marktforschungsunternehmens YouGov zeigt, ist das neue Konzept des Versicherungsunternehmens zumindest für einen Teil der deutschen Bevölkerung attraktiv. Denn der Studie zufolge wäre bereits jeder dritte Bürger in Deutschland bereit, seine persönlichen Gesundheits- und Fitness-Daten aus Smartphone-Apps, Fitness-Trackern, Smartwatches oder anderen Messgeräten seiner Krankenkasse zur Verfügung zu stellen – unter der Voraussetzung, dass er hierfür eine Gegenleistung der Kasse (z. B. in Form von Gutscheinen oder Beitragsersparnissen) erhalten würde. Immerhin lehnen 39 % der Befragten eine Weitergabe der Daten an die Krankenkassen strikt ab. Mehrheitlich (73 %) sind die Befragten der Auffassung, dass die Gefahr bestünde, dass die Kassen bei einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit einer Beitragserhöhung reagieren könnten. 81 % der Befragten sehen ferner Probleme beim Datenschutz und befürchten, dass ihre Daten an Dritte weitergegeben werden könnten.

H.U.G informiert

Arzt und Firmenwagen – Wann ist mein Firmenwagen ein Firmenwagen?

Ob ein Firmenwagen dem Betriebsvermögen oder dem Privatvermögen zugeordnet wird, entscheidet sich durch die Nutzung des Fahrzeugs. Wird der Firmenwagen zu mehr als 50 % betrieblich genutzt, gehört er zwingend zum Betriebsvermögen. Liegt die Nutzung unter 10 %, gehört er zum Privatvermögen. Bei einer Nutzung zwischen 10 und 50 % besteht ein Wahlrecht, das Fahrzeug dem Betriebs- oder dem Privatvermögen zuzuordnen. Beide Varianten haben aus der steuerlichen Perspektive betrachtet Vor- und Nachteile.

Was gilt bei der Zuordnung des Firmenwagens zum Betriebsvermögen?
Wird der Firmenwagen dem Betriebsvermögen zugeordnet und die oben genannten Voraussetzungen sind erfüllt, gelten grundsätzlich folgende Regeln:

- Ein Firmenwagen wird in der Regel auf sechs Jahre abgeschrieben. Liegt die Jahresfahrleistung sehr hoch (40.000 km und mehr o. a.) kann der Firmenwagen evtl. auch über einen kürzeren Zeitraum abgeschrieben werden. Bei einem Gebrauchtwagen, erfolgt die Abschreibung auf die voraussichtliche Restnutzungsdauer.
- Während eines Geschäftsjahres können alle Ausgaben für den Firmenwagen (Benzin, Versicherung, Steuern etc.) als Betriebsausgaben steuerlich geltend machen. Das gilt z. B. auch für Benzinkosten oder Mautgebühren, die während einer Urlaubsreise anfallen.
- Für die private Nutzung des Firmenwagens ist ein Privatanteil anzusetzen. Dieser erhöht den betrieblichen Gewinn. Dem Fahrzeugnutzer stehen 2 Methoden (Fahrtenbuch und 1-%-Regelung) zur Verfügung, um den Privatanteil zu ermitteln.
- Die Kosten für Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstätte (Praxis), die Sie mit Ihrem Firmenwagen zurücklegen, werden durch die Entfernungspauschale von 0,30 Cent/Kilometer (einfach) als Betriebsausgaben abgegolten.

Fahrtenbuch oder 1-%-Regelung – was ist günstigster?
Entscheidend für die Frage, ob das Fahrtenbuch oder die 1-%-Regelung steuerlich günstiger ist, ist der Umfang der privaten Nutzung des Firmenwagens. Das Finanzamt geht grundsätzlich davon aus, dass ein Firmenwagen auch privat genutzt wird. Das kann nur abgewendet werden, wenn ein plausibler Nachweis erbracht wird. Eine reine Nutzungsuntersagung/Nutzungsverbot reicht nicht aus.

Die folgende Tabelle zeigt Ihnen, wann Sie welche Methode für die Ermittlung Ihres Privatanteils anwenden können:

Fahrzeug wird zu mehr als 50 % betrieblich genutzt:	Fahrzeug wird zu weniger als 50 % betrieblich genutzt
Wird ein ordnungsgemäßes Fahrtenbuch geführt: Fahrtenbuchmethode	Wird ein ordnungsgemäßes Fahrtenbuch geführt: Fahrtenbuchmethode
Sonst: 1-%-Regelung	Sonst: Schätzung des Privatanteils

Bei der Berechnung des Umfangs der betrieblichen Nutzung gilt Folgendes:

- Die Überlassung an Arbeitnehmer ist immer betrieblich.
- Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstätte (Praxis) sowie Familienheimfahrten gehören zum betrieblichen Teil.
- Der Nachweis kann in jeder geeigneten Form erfolgen, auch durch formlose Aufzeichnungen.
- Kein Nachweis ist erforderlich, wenn offensichtlich ist, dass das Fahrzeug mehr als 50 % betrieblich genutzt wird (z. B. Landtierärzte, Fahrten Wohnung – Arbeitsstätte > 50 %, Reisetätigkeit).
- Ergeben sich keine wesentlichen Veränderungen, gilt der nachgewiesene Umfang auch für die Zukunft. Bspw. Wechsel des Fahrzeugtyps à Sportwagen/Familien-Van

Die 1-%-Regelung
Wie oben beschrieben, kann die 1-%-Regelung nur bei Fahrzeugen angewendet werden, die zu mehr als 50 % betrieblich genutzt werden. Ist die Anwendung der 1-%-Regelung zulässig, beträgt der private Nutzungsanteil pro Monat pauschal 1 % des Bruttolistenpreises (= unverbindliche Preisempfehlung zum Zeitpunkt der Erstzulassung). Der Listenpreis ist auch bei gebraucht erworbenen Fahrzeugen anzusetzen. Die 1-%-Regelung gilt auch für bereits voll abgeschriebene Fahrzeuge.

Der private Anteil ist jedoch begrenzt. Der Privatanteil zzgl. der nicht abzugsfähigen Betriebsausgaben im Zusammenhang mit den Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstätte darf nicht höher sein als die tatsächlich angefallenen Kfz-Kosten. (sog. Kostendeckelung)

Wird der Privatanteil nach der 1-%-Regelung berechnet, kann es dazu kommen, dass der gesamte Privatanteil (Privatfahrten, Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstätte sowie Heimfahrten im Rahmen einer doppelten Haushaltsführung) die Gesamtkosten für das Kfz übersteigt. In diesen Fällen muss der Privatanteil so begrenzt werden, dass sämtliche Kfz-Aufwendungen neutralisiert werden und nur die Entfernungspauschale als abzugsfähige Betriebsausgaben verbleiben.

Das Fahrtenbuch
Wenn Sie den Firmenwagen nur in geringem Umfang privat nutzen, sollten Sie ein Fahrtenbuch führen, damit der Privatanteil entsprechend der tatsächlichen Nutzung ermittelt werden kann. Auch für Berufe, die der Verschwiegenheitspflicht unterliegen, gibt es hier keine Ausnahme. Das Fahrtenbuch muss während des gesamten Jahres geführt werden. Ein Fahrtenbuch ist nicht ordnungsgemäß, wenn mit seiner Führung – nach vorheriger Anwendung der 1-%-Regel – erst innerhalb eines Jahres begonnen wird.

Das Fahrtenbuch muss zu den betrieblichen Fahrten mindestens folgende lesbare Angaben ausweisen:
- Datum
- Gesamtkilometerstand zu Beginn der Fahrt
- Reiseziel bzw. die Reiseroute
- den/die aufgesuchten Kunden oder Geschäftspartner bzw. die dienstliche Tätigkeit
- Gesamtkilometerstand am Ende der Fahrt

Ferner muss zu Beginn und am Ende einer privaten Nutzung jeweils der Gesamtkilometerstand angeben werden.

Ein Fahrtenbuch muss in Form eines Buches vorliegen und zeitnah geführt werden. Es darf nicht im Nachhinein veränderbar sein, sodass einzelne Blätter in einem Ordner nicht ausreichend sind. Eine gewöhnlich erstellte Excel-Tabelle reicht nicht aus.

Bei Fehlen eines ordnungsgemäßen Fahrtenbuchs ist der geldwerte Vorteil nach der sog. 1-%-Methode zu berechnen. Unrichtige Eintragungen im Fahrtenbuch führen dazu, dass dieses insgesamt nicht anerkannt wird. In diesen Fällen wird die Finanzverwaltung die private Nutzung entweder schätzen, oder, wenn die betriebliche Nutzung 50 % übersteigt, die 1-%-Regelung Anwendung findet.

Die Schätzungsmethode
Die Schätzungsmethode wird nur dann angewendet, wenn Ihr Fahrzeug zu weniger als 50 % betrieblich genutzt wird und dem Betriebsvermögen zugeordnet ist. Die Vor- und Nachteile sind in diesem Fall abzuwägen, insbesondere im Hinblick eines Fahrzeugwechsels. Sie sollten auch bei der Schätzungsmethode den Umfang der betrieblichen Nutzung dokumentieren, um bei Diskussionen mit dem Finanzamt gegenhalten zu können. Es ist sinnvoll zumindest Aufzeichnungen für einen (repräsentativen) Zeitraum von drei Monaten zu führen. Dies sollte für die Ermittlung ausreichen. Ergeben sich keine wesentlichen Veränderungen, gilt der nachgewiesene Umfang auch für die Zukunft.

Welche Methode ist günstiger?
Welche Methode günstiger ist, lässt sich nur im Einzelfall präzise beantworten. Es gilt jedoch folgende Faustregel: Je höher die Privatnutzung ist, desto günstiger ist die Anwendung der 1-%-Regelung. Je niedriger die private Nutzung ist, umso lohnender ist die Führung eines ordnungsgemäßen Fahrtenbuchs. Ein Wechsel der Methoden (1-%-Regelung bzw. Fahrtenbuch) während eines Jahres ist nur bei einem Fahrzeugwechsel möglich.

Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstätte
Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstätte gehören zwar zu den betrieblichen Fahrten, dennoch sind pro Entfernungskilometer nur 0,30 Euro als Betriebsausgaben abzugsfähig. In aller Regel sind die tatsächlichen Kosten pro Kilometer jedoch höher. Der über 0,30 Euro/Entfernungs-Kilometer hinausgehende Kostenanteil ist als „nicht abzugsfähige Betriebsausgabe“ zu korrigieren.

Finanzierung – Leasing
Die dargestellte Behandlung ist unabhängig der Finanzierungform. Leasing hat jedoch stets den Vorteil; dass der Firmenwagen nie Betriebsvermögen darstellt und eine spätere Veräußerung somit auch nie einen steuerpflichtigen Veräußerungstatbestand auslöst. Veräußerung von Betriebsvermögen hingegen, löst stets einen steuerpflichtigen Tatbestand aus.

Fragen
Gerne stehen wir Ihnen bei allgemeinen Fragen zur Verfügung und verweisen kostenneutral im Falle von rein steuerlichen Fragenstellungen an unsere Kooperationspartner (Steuerberater/Wirtschaftsprüfer). *Sie erreichen uns täglich unter 0711-2489773.*

QUID

Für Ihre Notizen

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

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

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!

H U G
U
G

Healthcare Competition Center

H.U.G
Betriebswirtschaftliche
Beratungsgesellschaft mbH

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

Unternehmensgründung:
1988

Geschäftsführer:
Martin Graf

Beraterteam:
Martin Graf, Dragisa Macos,
Rolf Huttenlocher, Achim Bacher

Vertragsarztexperte:
Burkhard Bedei

Seminarorganisation:
Susanne Ullrich, Janine Böttcher

Healthcare/Gesundheitswesen

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

Competition/Wettbewerb

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

Center/Schaltstelle

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

HUG

Healthcare Competition Center

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

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

QUID

H.U.G Quartalsinformation