

3

Jahrgang 2017

QUID

Quartalsinformationsdienst

In Zusammenarbeit mit  REBMANN
RESEARCH



Steuerberater

Wirtschaftsprüfer Rechtsanwälte

KOOPERATION

Aktiva Steuerberatungsgesellschaft mbH

Ohiostraße 10 · 76149 Karlsruhe
Tel. 0721/97070-0
Fax 0721/97070-70
info@aktiva-steuer.de
www.aktiva-steuer.de

nilaplan

Nilaplan Karlsruhe
Unternehmensberatung für Heilberufe GmbH

Ohiostraße 10 · 76149 Karlsruhe
Tel. 0721/97072-0
Fax 0721/97072-11
info@nilaplan-karlsruhe.de
www.nilaplan-karlsruhe.de

Neue Approbations- Ordnung für Zahnärzte

Inhalt

Barometer :: Seite 3 – 4

- Telematik-Tarife in der Gesetzlichen Krankenversicherung?
- GKV: Steigende Mitgliederzahlen durch Zuwanderung
- Zi-Studie: ambulant vor stationär

Talk :: Seite 5 – 6

- Deutschland – Land der gesunden Alten
- Praxisinhaber: Hohe Arbeitsbelastung
- Fünf Hürden bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens

Fachrichtung :: Seite 6 – 9

Hausärzte

- Hausärzterverband entwickelt Abrechnungs-App
- Virtuelle Diabetes-Ambulanz für Kinder

Fachärzte

- Neurologie/Psychiatrie/Psychotherapie – Vergütung der neuen Psychotherapie-Ziffern verbessert
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe – Gratis-Verhütung für ökonomisch schwache Frauen

Zahnärzte

- Bundeskabinett beschließt neue Approbations-Ordnung für Zahnärzte

Regional :: Seite 9 – 10

- Hessen: Fallmanagementsystem soll Effizienz in Hausarztpraxen erhöhen
- Nordrhein: Weg frei für die „Neuro-EVA“
- Baden-Württemberg: Hoffnung für die hausärztliche Versorgung

International :: Seite 11

- Vorbild Schnecke: Spezialkleber für die Medizin

Trend :: Seite 11

- Boom beim betrieblichen Gesundheitsmanagement

Steuern & Recht :: Seite 12 – 15

Impressum

QUID ist eine Co-Produktion von Aktiva, Nilaplan 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. Aktiva ist dabei für die steuerlichen Hinweise 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 bestem möglichem 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:

Aktiva Steuerberatungsgesellschaft mbH

Ohiostraße 10

76149 Karlsruhe

Telefon: 0721/97070-0

Telefax: 0721/97070-70

E-Mail: info@aktiva-steuer.de

Barometer

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

Telematik-Tarife in der Gesetzlichen Krankenversicherung?

Die deutsche Bevölkerung sieht die Einführung von Telematik-Tarifen in der Krankenversicherung kritisch, schließt diese für die Zukunft jedoch nicht zur Gänze aus. Dies belegt eine aktuelle Studie des Instituts für Versicherungswesen der Technischen Hochschule Köln in Kooperation mit der Universität Leipzig („Geschäft oder Gewissen? Vom Auszug der Versicherung aus der Solidargemeinschaft“), welche unter anderem auf einer Umfrage mit über 1.000 Teilnehmern basiert.

Bei den sogenannten Telematik-Tarifen handelt es sich um individuell angepasste Versicherungstarife, die auf der elektronischen Erfassung persönlicher Informationen/Daten über das Verhalten des Versicherten beruhen. Das bislang bekannteste Beispiel stammt aus dem Bereich der KFZ-Versicherung. Anhand der Auswertung der Fahrdaten des Versicherten (z. B. über eine im Motorraum eingebaute Telematikbox oder eine App) lassen sich dessen Fahrstil hinsichtlich der Risikobereitschaft (Geschwindigkeit, Bremsverhalten etc.) sowie die gefahrenen Kilometer bei Tag/Nacht (auf Autobahnen, Landstraßen oder in der Stadt) einordnen. Hieraus ergeben sich neue Möglichkeiten hinsichtlich der Kalkulation der Tarife, die z. B. den Umfang der KFZ-Nutzung („pay as you drive“) oder das Fahrverhalten („pay how you drive“) berücksichtigen.

Die Umfrage, die sich auf das Thema KFZ-Versicherung bezog, kam bei der Befragung zu neuen Tarifmodellen in der Krankenversicherung unter anderem zu folgenden Ergebnissen:

- 41 % der Befragten würden ab einem gewissen Preisvorteil in einen Tarif wechseln, der sich anhand des individuellen Gesundheitsverhaltens bemisst. 31 % der Befragten wären beispielsweise ab einem Preisvorteil von 30 % hierzu bereit. 21 % geben sich diesbezüglich unentschlossen und 38 % lehnen das Tarifmodell kategorisch ab.
- 35 % könnten sich bei der Gewährung eines Preisvorteils vorstellen, Daten über ihr Gesundheitsverhalten (zusammenfassende Bewertung mittels Punktesystem) aufzeichnen zu lassen und an ihre Krankenversicherung zu übermitteln. 53 % lehnen dies vor allem aus Gründen des Datenschutzes und der Privatsphäre sowie der Gefahr der Überwachung und Gängelung ab und 11 % sind unentschlossen.
- Zur Aufzeichnung des individuellen Gesundheitsverhaltens würden 53 % ein Fitnessarmband, 45 % eine intelligente Armbanduhr und 32 % eine Smartphone-App bevorzugen. 12 % könnten sich sogar vorstellen, sich einen Chip unter die Haut implantieren zu lassen.

- Bezüglich der Einschätzung der eigenen gesundheitsverhaltensbezogenen Prämie herrscht Überoptimismus: Jeder Dritte rechnet mit einer Prämienreduktion, während nur jeder zehnte Befragte eine höhere Prämie erwartet.
- Mehr als zwei Drittel der Studienteilnehmer geht davon aus, dass sich verhaltensbezogene Krankenversicherungstarife wahrscheinlich positiv auf die Gesundheit der Versicherten auswirken würden. Befragt nach dem eigenen Gesundheitsverhalten gab knapp die Hälfte an, selbst vermutlich mehr auf die eigene Gesundheit zu achten.

Mehrere Studien zeigen, dass die Deutschen sehr „großzügig“ mit ihren Gesundheits- und Fitnessdaten umgehen. Aus Sicht der Kassen könnten sich hierdurch große Potenziale ergeben. So schlug der Chef der Techniker-Krankenkasse, Jens Baas, bereits im vergangenen Jahr vor, nicht nur die Gesundheitsdaten, sondern auch alle gesammelten Fitnessdaten in der elektronischen Patientenakte zu speichern. Die Krankenkasse solle dann für die Verwaltung der Daten zuständig sein. Ziel sei es, Ärzten und Kassen auf diese Weise zu ermöglichen, die Patienten besser zu betreuen. Ärzte, Politik und Verbraucherschützer befürchten jedoch, dass die Telematik-Tarife infolge der Besserstellung der jungen und gesunden Versicherten langfristig zu einer Aushöhlung des Solidarprinzips führen und sehen ferner große datenschutzrechtliche Probleme.

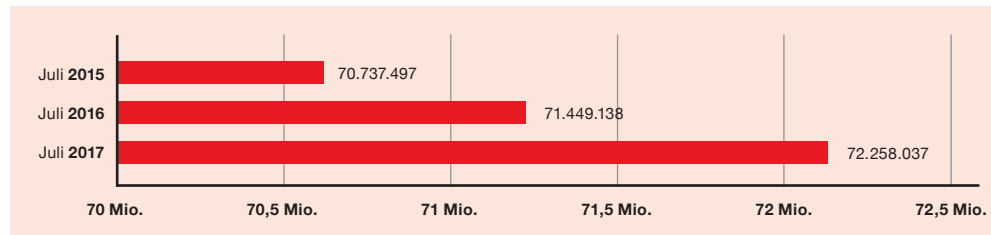
GKV: Steigende Mitgliederzahlen durch Zuwanderung

Nach Aussage der Vorstandsvorsitzenden des GKV-Spitzenverbands Doris Pfeiffer zeigen sich in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aufgrund der Zuwanderung deutliche Effekte. Zwischen Juli 2015 und Juli 2016 sowie Juli 2016 und Juli 2017 ergab sich innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung ein Mitgliederzuwachs (Gesamtsaldo aus Zu- und Abgängen) von rund 712.000 bzw. knapp 809.000 (vgl. Abb. 1). Der Zuwachs setzt sich aus Arbeitsmigranten aus der Europäischen Union, anerkannten Flüchtlingen sowie Wechslern aus dem Privatversicherungssystem zusammen. Die neuen Mitglieder wirken aufgrund ihrer Altersstruktur dem vorherrschenden demografischen Trend der Überalterung entgegen. So konnte der Anstieg des Altersdurchschnitts in der Gesetzlichen Krankenversicherung seit drei Jahren gestoppt werden. Des Weiteren sind die Neuzugänge auch aus finanzieller Sicht interessant, da sie durchschnittlich wesentlich geringere Ausgaben verursachen als (hinsichtlich des Alters) vergleichbare Bestandsversicherte.

Über die Gründe, weshalb die Neuversicherten das Gesundheitssystem in deutlich geringerem Ausmaß in Anspruch nehmen, wird spekuliert. Entweder sind die Zuwanderer durchschnittlich gesünder als die vergleichbaren Versichertengruppen und/oder es bestehen Informationsdefizite. Die Kassen erwarten jedoch, dass sich die durchschnittlichen Ausgaben je neuem Versicherten im Laufe der Zeit an jene der Bestandsversicherten angleichen. Entgegen früherer Prognosen ist im kommenden Jahr – dank der stabilen Lage der Konjunktur und des Arbeitsmarktes sowie

des Mitgliederzuwachses – nicht mit einer massiven Erhöhung des durchschnittlichen Zusatzbeitrages zu rechnen (dieser liegt seit Anfang 2016 bei 1,1 % des Bruttolohns). Im ersten Quartal 2017 konnten die Kassen mit einem Überschuss von rund 612 Mio. Euro abschließen.

Abb. 1 – Entwicklung der Gesamtmitgliederzahlen in der GKV



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit Grafik: REBMAN RESEARCH

Zi-Studie: ambulant vor stationär

Aus einer aktuellen Studie des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) geht hervor, dass in der Versorgung immer mehr stationäre Leistungen durch ambulante ersetzt werden. In die Analyse des Zi gingen mehr als 4.200 Abrechnungsziffern von Leistungen ein, die sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden können. Darüber hinaus wurden Leistungen untersucht, mit denen sich Krankenseinweisungen vermeiden lassen sowie Krankenhaufälle mit ambulant-sensitiven Diagnosen (Fälle, bei denen eine Hospitalisierung durch eine vorausschauende ambulante Therapie in den meisten Fällen vermeidbar wäre).

Die Studienautoren kamen zu dem Schluss, dass die entsprechenden ambulanten Leistungen in den Praxen von 2011–2013 um 2,3 % gestiegen sind, während die Belegungstage in den Krankenhäusern um 0,2 % abnahmen. Dabei wurde das Ergebnis um die demografische Entwicklung bereinigt. Auffällig waren die zum Teil erheblichen regionalen Unterschiede. So fiel ein Drittel aller Kreise durch eine sehr starke Substitution stationärer Leistungen durch ambulante auf, während in zwei Dritteln die Ambulantisierung kaum fortgeschritten war oder sich sogar ein Trend hin zur stationären Versorgung zeigte.

Das Zi geht davon aus, dass einschließlich der Notfallaufnahmen in den Kliniken rund 20 % aller Krankenhaufälle vermeidbar sind. Als besonders geeignet für eine stationärsersetzende ambulante Leistungserstellung identifizierte das Zi Dialysebehandlungen, den hausärztlich-geriatrischen Betreuungskomplex, die Koloskopie, intraoculare und dermatochirurgische Eingriffe sowie humangenetische Leistungen. Zu den ambulant sensitiven Fällen zählen unter anderem Herzinsuffizienz, Pneumonie, COPD und Rückenbeschwerden. Der Trend zur ambulanten Leistungs-

erstellung wird begrüßt, gleichzeitig wird jedoch gefordert, dass für einen Strukturwandel auch die entsprechenden Ressourcen im niedergelassenen Bereich zur Verfügung stehen müssten.

Talk

Talk kommentiert gesundheitspolitische Entscheidungen und Diskussionen, die für alle Fachrichtungen relevant sind. Das Wissen um diese aktuellen Rahmenbedingungen ist oft ein zentraler Erfolgsfaktor für alle managementrelevanten Entscheidungen.

Deutschland – Land der gesunden Alten

Die „Überalterung“ der Bevölkerung hat direkte Auswirkungen auf die Nachfrage nach Gesundheits- und Pflegeleistungen. Ältere Menschen sind im Vergleich zu jüngeren häufiger chronisch krank und multimorbid. So waren im Jahr 2014 bereits 65,5 % der Gruppe der 55- bis 69-Jährigen und 82,1 % der Gruppe der 70- bis 85-Jährigen von mehr als zwei Krankheiten betroffen. Erhebungen zum Gesundheitszustand zeigen, dass sich im Jahr 2013 rund 83 % der über 65-Jährigen in ärztlicher Behandlung befanden (davon zwei Drittel bei niedergelassenen Ärzten und 17 % in einer Krankenhausambulanz). Mit 8,2 Mio. nahmen fast 50 % aller deutschen Senioren eine Behandlung im Krankenhaus in Anspruch.

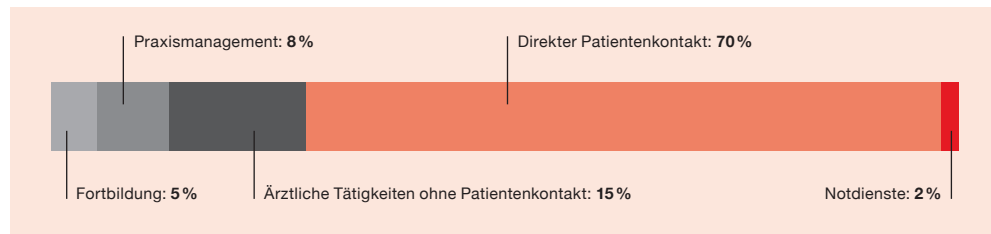
Insgesamt erhöhte sich der Anteil der Seniorinnen und Senioren an allen Behandlungsfällen im Krankenhaus in den letzten zehn Jahren von 38,5 % auf 43,2 %. Darüber hinaus waren Ende 2013 rund 2,2 Mio. Personen der Altersgruppe 65+ pflegebedürftig. Zwei Drittel von ihnen wurden zu Hause versorgt.

Dank des steigenden Lebensstandards, der Weiterentwicklung der Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten sowie der verbesserten Aufklärungs- und Präventionsstrategien kommt es jedoch zumindest zu einer teilweisen Kompensation des Überalterungseffekts. So hat eine Studie über die Einflussfaktoren der Gesundheitsausgaben des Gesundheitsökonom Prof. Dr. Volker Ulrich, Universität Bayreuth, ergeben, dass nicht die demografische Entwicklung an sich, sondern vielmehr die letzten Monate der Behandlung todkranker Menschen als größter „Kostentreiber“ im deutschen Gesundheitswesen zu sehen sind. Dies wird auch durch das Gesundheitsempfinden der älteren Menschen bestätigt. Dem Deutschen Zentrum für Altersfragen zufolge hat die funktionale Gesundheit bei den über 65-Jährigen zwischen 2008 und 2014 zugenommen. Selbst 39,2 % der Personen mit fünf und mehr Erkrankungen berichteten noch von einer guten funktionalen Gesundheit.

Praxisinhaber: Hohe Arbeitsbelastung

Das Zi-Praxis-Panel, eine jährliche Umfrage des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) kommt zu dem Ergebnis, dass Praxisinhaber in Deutschland durchschnittlich 50 Stunden pro Woche arbeiten. Dabei teilt sich die Arbeitszeit wie folgt auf die unterschiedlichen Aufgabenbereiche auf (vgl. Abb. 2):

Abb. 2 – Ärztliche Arbeitszeit-Aufteilung nach Aufgabenbereichen



Quelle: Zi-Praxispanel 2015 Grafik: REBMANN RESEARCH

Die Studie kam ferner zu dem Ergebnis, dass Vertragsärzte gesetzlich und privat versicherten Patienten ungefähr jeweils gleich viel Arbeitszeit widmen. Die höchste Arbeitslast tragen Niedergelassene der Altersgruppe 50–59 Jahre (Ärztinnen knapp 40 Stunden; Ärzte über 45 Stunden). Auch Ärzte zwischen 60 und 69 Jahren arbeiten mehr als die Gruppe bis 49 Jahre. Ärztinnen arbeiten in allen Altersgruppen weniger als ihre männlichen Kollegen. Angestellte Ärzte haben mit durchschnittlich knapp 24 Wochenstunden im Vergleich zu Praxisinhabern ein um rund 50% geringeres Arbeitsvolumen. Grund ist, dass sie bevorzugt in Teilzeitmodellen arbeiten. Je nach Fachgruppe gibt es zum Teil jedoch gravierende Unterschiede bei der Arbeitszeit. Ein besonders hohes Arbeitsvolumen hatten Vertreter der spezialisierten internistischen Fachgebiete (z. B. Kardiologie und Gastroenterologie) sowie Nuklearmediziner und Radiologen.

Inhaber von Einzelpraxen arbeiteten durchschnittlich zwei Wochenstunden mehr (insgesamt 50 Wochenstunden) als jene von Berufsausübungsgemeinschaften (48 Wochenstunden). Auch Praxisinhaber auf dem Land haben eine höhere Arbeitslast als ihre Kollegen in urbanen Regionen. So lag die durchschnittliche Wochenarbeitszeit auf dem Land bei 52, im Umland bei 50 und in der Stadt bei 48 Stunden. Niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten kommen unter Berücksichtigung der ermittelten Durchschnittsarbeitszeit auf einen Netto-Stundensatz von 34 bzw. 29 Euro.

Die Befragung zeigt, dass eine Niederlassungsentscheidung insbesondere in Form einer Einzelpraxis auf dem Land mit einer hohen Arbeitsbelastung einhergeht. Umso wichtiger ist es, die bürokratische Belastung der Ärzte zu senken. Ferner verdeutlicht die Untersuchung, dass die Angestellten als eine wachsende Arztgruppe im niedergelassenen Bereich hinsichtlich ihres Arbeits-

einsatzes tatsächlich nur „zur Hälfte“ für die Patientenversorgung zur Verfügung stehen. So lässt sich seit Jahren beobachten, dass zwar die Anzahl der Ärzte im ambulanten Bereich wächst, die zeitlichen Ressourcen für die Versorgung jedoch abnehmen. Dies dürfte ein wichtiges Argument für die Befürworter der Erhöhung der Studienplatzkapazitäten in der Medizin liefern.

Fünf Hürden bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens

Der Bundesverband Digitale Wirtschaft (BVDW) sieht im Vergleich zu anderen Branchen und Lebensbereichen einen deutlichen Nachholbedarf bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens in Deutschland. In einer aktuellen Studie befasst sich der Verband mit den fünf größten Blockaden auf dem Weg zur digitalen Gesundheit. Hierzu gehört zum einen die starre gesetzliche Regulierung. Das Fernbehandlungsverbot und die allgemeine Praxispflicht sind nicht mehr zeitgemäß und blockieren neue digitale Versorgungsmöglichkeiten. Digitale Startups im Gesundheitswesen werden neben unklaren Regularien zusätzlich durch einen unzureichenden Zugang zum Kapital behindert.

Auch können sich flächendeckende digitale Gesundheitsangebote bei den gesetzlichen Kassen und den privaten Krankenversicherungsunternehmen mangels geeigneter Konzepte zur Integration von digitalen Leistungsangeboten und deren Kostenübernahme nur schwer durchsetzen. Hinderlich wirkt sich dabei die Unsicherheit aus, die infolge der Datenschutzproblematik, haftungsrechtlichen Fragen sowie fehlenden verlässlichen Qualitätsnachweisen/Nutzenbewertungen für digitale Angebote entsteht. Ein weiteres Hindernis der Studie zufolge ist das „Silodenken“ der Selbstverwaltungsorgane. Diese sind überwiegend auf den Erhalt der bestehenden Strukturen und den „Schutz von Partikularinteressen ausgerichtet“. Dadurch wird die Aufnahme innovativer digitaler Lösungen (z. B. die elektronische Gesundheitskarte) stark behindert – wenn nicht sogar aktiv verhindert.

Je nach Akteur (Krankenkasse, private oder öffentliche Klinik etc.) sowie Bundesland gelten ferner teilweise unterschiedliche rechtliche Regelungen bei Datenschutz und Datensicherheit. Vielen Unternehmen fehlen bei einer zusätzlich oft diffusen Rechtslage die Kenntnisse über die nötigen Verfahren und Prozesse. Als fünfte Blockade werden unzureichende Informationen für Verbraucher hinsichtlich Digital-Health-Angeboten gesehen. Zusätzlich besteht kein Vertrauen in die digitalen Angebote. Die ebenfalls in der Studie genannten Lösungsvorschläge zur Förderung der digitalen Entwicklung sollten ernst genommen werden. So haben die Hindernisse bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens nicht nur Auswirkungen hinsichtlich des gleichberechtigten Zugangs zu qualitativ hochwertigen Gesundheitsangeboten (z. B. telemedizinische Angebote für Patienten in strukturschwachen Gebieten) sowie der Patientensicherheit (z. B. Vermeidung von Medikationsfehlern durch digitale Medikationspläne), sondern auch auf den Wirtschaftsstandort Deutschland. Laut BVDW liegt Deutschland im internationalen Vergleich bei der Digitalisierung

des Gesundheitswesens im hinteren Drittel. Mit dem E-Health-Gesetz und der nachrückenden Ärztegeneration, die den sogenannten Digital Natives angehört, lassen sich jedoch zumindest einige positive Tendenzen beobachten.

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.

HAUSÄRZTE

Der Deutsche Hausärzterverband entwickelt Abrechnungs-App

Der Deutsche Hausärzterverband arbeitet an der Entwicklung einer webbasierten Applikation mit dem Namen Geniocare, welche zum Ziel hat, die Leistungserfassung und Abrechnung der Vollversorgungsverträge der hausarztzentrierten Versorgung (HzV) einfacher und schneller zu gestalten. Die App, die sich gegenwärtig noch in der Testphase befindet, soll den Hausärzten im Laufe des dritten Quartals zur Verfügung stehen. Geniocare wurde von der egopulse Deutschland GmbH in Kooperation mit dem Deutschen Hausärzterverband und seinen Landesverbänden entwickelt. Um eine optimale Eingliederung in den hausärztlichen Praxisablauf zu bieten, durchlief die App kontinuierliche Tests durch Hausärzte und Medizinische Fachangestellte.

Die intuitiv gestaltete App ist zur Verwaltung und Abrechnung aller Vollversorgungsverträge zur HzV geeignet und beinhaltet auch ein Medikations- und Formularmanagement. Sie unterstützt bei der Einschreibung und Abrechnung, überprüft bereits während des Abrechnungsvorgangs auf mögliche Fehler und gibt gegebenenfalls sofort einen Hinweis. Die Dauer-Diagnosen der bereits an der HzV teilnehmenden Patienten werden automatisch übernommen. Beim Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte neuer Patienten erfolgt eine umgehende Meldung, ob der Patient an der HzV teilnehmen kann und ob er bereits bei einem anderen Hausarzt eingeschrieben ist. Für die Nutzung der App genügt ein Internetanschluss (ISDN-Verbindung ist ausreichend). Zusätzliche Hardware oder Software sind nicht erforderlich. Zur Anbindung des Kartenlesegerätes und zur Druckersteuerung ist jedoch die Installation einer Steuerungskomponente notwendig.

Die App erfüllt die EU-Datenschutz-Grundverordnung, die ab dem Frühjahr 2018 gilt. Die Anmeldung erfolgt mittels Zwei-Faktor-Authentifizierung und die Datenübertragung über sicher verschlüsselte Verbindungen. Zur Speicherung der von der App übertragenen Daten stehen speziell gesicherte (ausfallsichere) Server zur Verfügung. Zur zusätzlichen Sicherung dienen automa-

tisierte Backups. Für die App gilt ein Fixpreis von 49 Euro pro Monat (zzgl. MwSt.) für die gesamte Praxis und alle Funktionen (keine Bereitstellungskosten). Alle Updates sind kostenlos und automatisiert. Die Nutzung während der ersten zwei Quartale ist kostenlos.

Der zeitliche Aufwand für Hausärzte im Zusammenhang mit den unterschiedlichen Hausarztverträgen – und insbesondere ihrer Abrechnung – ist mittlerweile groß. Aus diesem Grund kann Geniocare – sofern die Versprechungen eingehalten werden – als ein echter Gewinn für die Hausarztpraxen bezeichnet werden. Mit der App zielt der Deutsche Hausärzterverband nicht nur darauf ab, die Prozesse in Zusammenhang mit der HzV in den Praxen effizienter zu gestalten und so die hausärztlichen Teilnehmer zu entlasten, sondern möchte auch im Hinblick auf die voranschreitende Digitalisierung des Gesundheitswesens eine Vorreiterrolle bei der Umsetzung digitaler und mobiler Lösungen im Bereich der hausärztlichen Versorgung übernehmen. Dies trägt zu einer weiteren Stärkung dieses Versorgungsmodells bei. Zum Jahresanfang 2017 waren in ganz Deutschland bereits 4,28 Mio. Versicherte in einen Hausarztvertrag eingeschrieben. Dies bedeutet gegenüber dem Vorjahr ein Wachstum um rund 10 % (knapp 380.000 Versicherte). Ebenfalls zu Beginn 2017 nahmen fast 17.000 Hausärzte an einem HzV-Vollversorgungsvertrag teil.

Virtuelle Diabetes-Ambulanz für Kinder

In Schleswig-Holstein fiel der Startschuss für das Projekt ViDiKi – eine virtuelle Diabetesambulanz für Kinder und Jugendliche. Über eine effektivere Nutzung der Systeme zur kontinuierlichen Glukosemessung soll die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes verbessert und gleichzeitig die Versorgung dieser Zielgruppe auch in strukturschwachen Gebieten gewährleistet werden. Zu diesem Zweck kooperieren das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, das Städtische Krankenhaus Kiel und die AOK Nordwest.

In der onlinebasierten virtuellen Diabetesambulanz für Kinder und Jugendliche erhalten die Patienten und ihre Familien – neben den regulären, quartalsweisen Terminen in der Kinderdiabetesambulanz vor Ort – jeden Monat eine zusätzliche Beratung durch einen Kinderdiabetologen des Universitätsklinikums in Kiel oder Lübeck. Dieser wertet monatlich die übermittelten Blutzuckerwerte aus, bespricht die Therapie und bietet Hilfestellung bei technischen Problemen an. Das Angebot steht auch in englischer oder türkischer Sprache zur Verfügung.

Am Projekt teilnehmen können Versicherte der AOK Nordwest, Barmer, DAK-Gesundheit, IKK Nord, Techniker Krankenkasse und einiger Betriebskrankenkassen. Die Evaluation des Projektes erfolgt durch das Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität zu Lübeck. Ziel der Evaluation ist es, Aussagen zu den erhofften Versorgungsvorteilen (Stoffwechsellage der Kinder, ihre Lebensqualität und die Zufriedenheit der betroffenen Familien) sowie zur Wirtschaftlichkeit des neuen Versorgungsangebots zu erhalten.

Das Projekt hat eine Laufzeit von drei Jahren und wird durch den Innovationsfonds mit rund 1,7 Mio. Euro gefördert. Bei Erfolg der virtuellen Diabetesambulanz für Kinder und Jugendliche ist eine Übertragung in andere Regionen sowie auch auf andere Krankheitsbilder der Kinderheilkunde (wie Asthma bronchiale, chronische Hauterkrankungen, Epilepsie etc.) angedacht.

Die virtuelle Ambulanz in Form eines zusätzlichen Angebots neben der regulären Versorgung ist vielversprechend. Dank Telemedizin erhalten auf diese Weise auch Kinder in ländlichen Gebieten Zugang zu Experten. Dieser ist deshalb erforderlich, weil die Komplexität der Diabetestechnologie weiter zunimmt und von den Patienten bzw. Familien eine hohe Motivation erfordert. Durch die stark zunehmende Technisierung der Insulintherapie mit Systemen zur kontinuierlichen Glukosemessung ist eine häufige Insulinanpassung notwendig. Mit der digitalen Betreuung kann die Begleitung und Beratung von zu Hause aus, auch abends oder am Wochenende, wahrgenommen werden. Dies entlastet die betroffenen Familien, die sich so zum Teil weite Anfahrtswege ersparen. Das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein geht allein für Schleswig-Holstein von rund 1.200 Kindern und Jugendlichen aus, die von Diabetes mellitus Typ 1 betroffen sind.

FACHÄRZTE

Neurologie/Psychiatrie/Psychotherapie – Vergütung der neuen Psychotherapie-Ziffern verbessert

Nachdem die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vor dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg gegen den Beschluss zur Vergütung der neuen ambulanten psychotherapeutischen Leistungen Klage eingereicht hatte, entschlossen sich die Krankenkassen nun zu einer Anpassung der Honorare für die neuen Leistungen an die Gebührenordnungspositionen der Richtlinien-Psychotherapie. Dementsprechend traf der Bewertungsausschuss folgende Beschlüsse:

- Psychotherapeutische Sprechstunde (neue GOP 35151) sowie Psychotherapeutische Akutbehandlung (neue GOP 35152): 44,33 Euro (statt bisher 42,75 Euro) für die Dauer von mindestens 25 Minuten und 88,66 Euro (statt 85,50 Euro) für die Dauer von mindestens 50 Minuten.
- Strukturzuschlag auf die psychotherapeutische Sprechstunde sowie auf die Akutbehandlung (GOP 35152) als Ausgleich für die Personalkosten: 7,58 Euro (statt bislang 7,27 Euro). Der Zuschlag wird bei Erreichen einer definierten Mindestleistungsmenge automatisch durch die Kassenärztliche Vereinigung (KV) zugesetzt.
- Zurechnung der psychotherapeutischen Sprechstunde, der probatorischen Sitzung und der psychotherapeutischen Gespräche der Fachkapitel zu den Grundversorgungsleistungen: Für alle Behandlungsfälle, in denen eine entsprechende Leistung abgerechnet wird, wird folglich die Pauschale zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung (PFG) inklusive des Zuschlags einmal im Quartal zur Grundpauschale zugesetzt (Voraussetzung: der Arzt/Psychotherapeut ist im Behandlungsfall ausschließlich grundversorgend tätig und erbringt keine weitergehenden Leistungen).

- Anhebung der PFG (GOP 22216/23216) auf 17,90 Euro (bislang 17,27 Euro) und des Zuschlags (GOP 22218/23218) auf 4,84 Euro (bislang 4,63 Euro).
- Wiedereinführung der Abrechenbarkeit der Hypnose (GOP 35120) neben Leistungen der Verhaltenstherapie (GOP 35220 bis 35225).

Die Beschlüsse gelten jeweils rückwirkend zum 1. April 2017. Unverändert bleiben die im April getroffenen Regelungen zu Kurzzeittherapien, Gruppentherapien und probatorischen Sitzungen. Die KBV wird nun ihre Klage zurückziehen. Ebenso wie der Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten, die Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung und die Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in Deutschland begrüßt die KBV, dass die Vergütung zumindest an die antragspflichtigen Leistungen angepasst wurde. Nach Auffassung der Fachgruppenvertreter besteht bei den neuen Leistungen (und insbesondere der verpflichtenden probatorischen Sitzungen) jedoch nach wie vor eine Diskrepanz zwischen Honorar und tatsächlichem Aufwand.

Frauenheilkunde und Geburtshilfe – Gratis-Verhütung für ökonomisch schwache Frauen

Im Rahmen des von pro familia initiierten Modellprojekts „biko“ (Beratung, Information und Kostenübernahme bei Verhütung) erhalten Frauen, die Anspruch auf Sozialleistungen haben, auch dann kostenlose Verhütungsmittel, wenn sie die Altersgrenze von 20 Jahren überschritten haben. Das Projekt wird vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gefördert, welches neben dem pro familia Bundesverband e.V. und den pro familia-Beratungsstellen der sieben Modellregionen zusätzlich an der Durchführung beteiligt ist.

Ziel des Projektes ist es, das Recht auf die selbstbestimmte Wahl von Verhütungsmitteln zu garantieren und Schwangerschaftskonflikte zu vermeiden. Anspruchsberechtigt sind Frauen, die Leistungen nach dem SGB II, SGB XII, § 6a BKGG, nach dem Asylbewerberleistungsgesetz beziehen sowie BAföG, Berufsausbildungshilfen oder Wohngeld erhalten. Auch Frauen, deren Einkommen unterhalb der Armutsgrenze liegt, haben Zugang zu dem Projekt. Voraussetzung für die Kostenübernahme ist ein ärztliches Rezept und ein Leistungsnachweis. Nach Vorlage in der pro familia-Beratungsstelle erhalten die Frauen umgehend eine Zusage zur Kostenübernahme, die zum kostenlosen Bezug des Verhütungsmittels in einer Apotheke ihrer Wahl berechtigt. Die Abrechnung erfolgt dann direkt zwischen der Apotheke und pro familia. Auf Wunsch können sich die Frauen vertraulich über das Thema Verhütung beraten lassen.

Modellregionen

- Ludwigsfelde (Landkreis Teltow-Fläming)
- Erfurt/Artern
- Halle (Saale)
- Lübeck
- Recklinghausen/Marl
- Saarbrücken
- Wilhelmshaven

Das Projekt läuft bis Ende Juni 2019. Bei Erfolg ist eine bundesweite Umsetzung geplant. Vor diesem Hintergrund sollen im Rahmen der Erprobung in den sieben Modellregionen auch verlässliche Daten für den tatsächlichen Bedarf an einer Kostenübernahme gewonnen werden.

Nachdem im Jahr 2004 im Zuge der Einführung von Hartz IV die bisherige „Hilfe zur Familienplanung“ gestrichen wurde und damit die Kostenübernahme durch das Sozialamt für Verhütungsmittel bei anspruchsberechtigten Frauen entfiel, sind die verschreibungspflichtigen Verhütungsmittel aus dem Regelsatz (17 Euro je Monat) zu begleichen. Aus diesem Budget sind jedoch auch alle weiteren nicht-verschreibungspflichtigen Arzneimittel zu finanzieren. Zwar gibt es laut pro familia in einigen Kommunen zu diesem Zweck spezielle Fonds, ein bundeweit einheitlicher niedrigschwelliger Zugang zu Verhütungsmitteln für Menschen mit geringem Einkommen fehlt jedoch. Größere finanzielle Probleme führen jedoch laut pro familia zu einer Veränderung des Verhütungsverhaltens von Frauen. Statt Sicherheit und Verträglichkeit tritt das Kriterium der Kosten in den Vordergrund.

ZAHNÄRZTE

Bundeskabinett beschließt neue Approbations-Ordnung für Zahnärzte

Nach 62-jähriger Wartezeit gibt es für junge Zahnärzte endlich eine neue Approbationsordnung (AOZ), die den aktuellen wissenschaftlichen und praktischen Anforderungen entspricht. Nachdem das Bundeskabinett am 2. August 2017 die neue zahnärztliche Approbationsordnung verabschiedet hat, fehlt nun noch die Zustimmung des Bundesrats, damit die Neuregelung in Kraft treten kann. Während die Approbationsordnung für Ärzte sowohl in den Jahren 1970 als auch 2002 den aktuellen Entwicklungen in der medizinischen Versorgung angepasst wurde, stammt das entsprechende Regelwerk für die Zahnärzte noch aus dem Jahr 1955. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe sieht in der Neuregelung dementsprechend eine längst überfällige Anpassung an die modernen Entwicklungen in der zahnärztlichen Berufsausübung. Die Novellierung schaffe die Basis für eine gute zahnmedizinische Versorgung der Patienten. Auch die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) drängt auf eine schnelle Umsetzung und fordert eine baldige Abstimmung im Bundesrat.

Die Neuregelung tritt voraussichtlich am 1. Oktober 2018 in Kraft. Ihr gingen jahrelange Diskussionen mit Experten und Verbänden auf Bundes- und Länderebene voraus. Bereits im Jahr 2005 hatte der Wissenschaftsrat die alte AOZ als stark veraltet eingestuft und eine grundlegende Neuausrichtung empfohlen. Durch die Novellierung entstehen den Länderverwaltungen voraussichtliche Mehrkosten von jährlich 5,6 Mio. Euro sowie einmalig von ca. 8 Mio. Euro.

Das Zahnmedizinstudium umfasst – wie bislang – ein fünfjähriges universitäres Studium und gliedert sich zukünftig wie folgt:

Studienabschnitt	Dauer	Inhalte
Vorklinischer Studienabschnitt	4 Semester	<ul style="list-style-type: none"> – Vermittlung naturwissenschaftlicher und theoretischer Grundlagen (sowohl medizinische als auch zahnmedizinische Inhalte) – Die Studiengänge Zahnmedizin und Medizin werden angeglichen (gleiches Physikum – die Prüfung wird zukünftig sowohl für Medizin- als auch für Zahnmedizinstudenten „Ärztlich-Zahnärztliche Prüfung“ heißen und gemeinsam an einem bundeseinheitlichen Termin stattfinden)
Klinischer Studienabschnitt	2 Semester	<ul style="list-style-type: none"> – medizinisch-theoretische und klinische Grundlagenfächer – zahnmedizinisch-medizinische Behandlungssimulationen (am „Phantom“)
	4 Semester	– integrierter zahnmedizinischer Unterricht (am Patienten)

Die zahnärztliche Ausbildung wird ergänzt durch:

- ein Krankenpflegepraktikum (während des Vorklinikums)
- eine Ausbildung in Erster Hilfe
- eine vierwöchige Famulatur (in der unterrichtsfreien Zeit)

Die zahnärztliche Prüfung besteht aus der ärztlich-zahnärztlichen Prüfung (nach dem 4. Semester), dem zweiten Abschnitt der zahnärztlichen Prüfung (nach dem 6. Semester) und dem dritten Abschnitt der zahnärztlichen Prüfung (nach dem 10. Semester).

Grundsätzlich erhält das Zahnmedizin-Studium durch die künftige fächerübergreifende/ problemorientierte Gestaltung eine moderne und interdisziplinäre Ausrichtung. Die Novellierung sieht eine stärkere Einbindung (allgemein-)medizinischer Inhalte in der Ausbildung vor. Ziel ist die Verbesserung der Kompetenz der zukünftigen Zahnärzte hinsichtlich fachrichtungsübergreifender Diagnosen. Das Betreuungsverhältnis Dozent – Studenten wird verbessert von bislang 1:20 auf 1:15 beim Unterricht am „Phantom“ und von 1:6 auf 1:3 beim Unterricht am Patienten. Bei der Neuregelung wurde zudem die Prävention, also Vorsorge und Zahnerhaltung, stärker in den Vordergrund gerückt. Dies entspricht auch den in der „Agenda Mundgesundheit 2017-2021“ festgehaltenen Positionen der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen von Bund (KZBV) und Ländern sowie der im gemeinsamen Positionspapier „Zukunft der zahnärztlichen Berufsausübung“ festgeschriebenen Haltung von KZBV, Bundeszahnärztekammer und der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK). Restaurative Studieninhalte erhalten ebenfalls mehr Gewicht. Diese Schwerpunkte sollen dem geänderten Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung, dem erheblichen Rückgang von Karieserkrankungen und den Möglichkeiten des

Erhalts der eigenen Zähne bis ins Alter Rechnung tragen. Künftig wird ins Studium das Thema Strahlenschutz integriert: der Fachkundenachweis im Strahlenschutz wird mit Bestehen des dritten Abschnitts der zahnärztlichen Prüfung erworben und beinhaltet auch die intraorale Röntgen-diagnostik mit dentalen Tubusgeräten, Panoramaschichtaufnahmen und Fernröntgenaufnahmen des Schädels.

Der neu eingeführte Querschnittsbereich „Wissenschaftliches Arbeiten“ zielt darauf ab, die Fähigkeit der Studierenden zum wissenschaftlichen Arbeiten zu verbessern und beinhaltet folgende Schwerpunkte:

- medizinische Biometrie
- Literaturrecherche und -bewertung
- medizinische Informatik
- evidenzbasierte Medizin

Ebenfalls neu sind ein einmonatiges Pflicht-Krankenpflegepraktikum, die integrierte Erste-Hilfe-Ausbildung sowie eine vierwöchige Pflichtfamulatur. Wie bei den Humanmedizinern ist künftig auch der Bereich der Zahnmedizin für Modellstudiengänge geöffnet. Hierbei handelt es sich um Varianten des klassischen Regelstudiengangs, die, basierend auf einer zeitlich befristeten landesrechtlichen Sondergenehmigung, angeboten werden und von der gültigen Approbationsordnung abweichen dürfen. Mit den Modellstudiengängen erhalten die Hochschulen die Möglichkeit, das Studium zeitgemäß und praxisorientiert zu gestalten. Die Lehre ist hierbei zumeist in Lernblöcke bzw. thematische Module zusammengefasst.

Auch wenn die Neuordnung der AOZ allgemein begrüßt wird, so gibt es auch Kritik: Sowohl die BZÄK als auch Hochschulen weisen darauf hin, dass derzeit die finanziellen bzw. personellen Rahmenbedingungen für eine Umsetzung der neuen AOZ noch unzureichend seien und auch PD Dr. Dr. Christiane Gleissner, Präsidentin der wissenschaftlichen Fachgesellschaft Gender Dentistry International e. V. (GDI), hält die Umsetzung an den Hochschulen angesichts eher sinkender Budgets für nicht realistisch. Durch gestiegene Versorgungsanforderungen und moderne Entwicklungen in der zahnärztlichen Berufsausübung ist eine Neuordnung der bereits seit 1955 bestehenden zahnärztlichen Approbationsordnung schon seit vielen Jahren überfällig. Mit der neuen AOZ wurde nun die zahnärztliche Ausbildung endlich auf den Stand der Zeit gebracht. Außerdem wird mit der Vereinheitlichung des vorklinischen Studienabschnitts von Ärzten und Zahnärzten die Befähigung zum interdisziplinären Arbeiten entscheidend verbessert. Ebenfalls gefördert wird (mit dem Pflicht-Krankenpflegepraktikum, der Ausbildung in Erster Hilfe und der verpflichtenden vierwöchigen Famulatur) die Praxiskompetenz der zukünftigen Zahnärzte. Damit die Neuregelung an den Hochschulen auch tatsächlich zu einer Verbesserung der zahnärztlichen Ausbildung führt und die Verbesserungen der Zahlenverhältnisse Dozenten/Studenten wie geplant stattfinden kann, muss auch die Finanzierung klar geregelt werden. Streitigkeiten zwischen Bund und Ländern um Zuständigkeiten bei der Finanzierung dürfen nicht zu Lasten der Hochschulen – und somit der Ausbildungsqualität – gehen.

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.

Hessen: Telemedizin und Telematik werden in neuem Kompetenzzentrum gebündelt

Das Land Hessen plant den Ausbau der digitalen Kommunikationsstrukturen in der Gesundheitsversorgung. Zu diesem Zweck dient unter anderem der Aufbau eines neuen Kompetenzzentrums für Telemedizin und E-Health in Gießen. Am 1. August 2017 wurde eine entsprechende Kooperationsvereinbarung mit dem Institut für Medizinische Informatik der Justus-Liebig-Universität Gießen und dem Fachbereich Gesundheit der Technischen Hochschule Mittelhessen (Gießen) beschlossen. Dort sollen laut Kooperationsvereinbarung ab dem 1. Januar 2018 alle bislang initiierten Projekte gebündelt werden.

Aufgaben des Kompetenzzentrums

- Verbesserung der sektorenübergreifenden elektronischen Kommunikation
- Entwicklung neuer, auf Telematik und Telemedizin basierender Versorgungsformen und -ketten (u. a. Unterstützung telemedizinischer Facharztnetze und Organisation einer sektorenübergreifenden medizinischen Notfallversorgung unter Einbezug des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes, des Rettungsdienstes und der Klinik-Notfallambulanzen)
- Beratung bei Fragen zur Funktion und Wirksamkeit von Informations- und Kommunikationstechnologien
- Auf- und Ausbau nationaler und internationaler Kooperationen im Telematik- und E-Health-Bereich
- Länderübergreifende Koordinierungsfunktion bei der Einführung einer bundesweiten digitalen Patientenakte
- Am Kompetenzzentrum soll ein noch vom hessischen Sozialministerium zu berufender E-Health-Beirat angesiedelt werden, um das erforderliche sektorenübergreifende Zusammenwirken sicherzustellen

Das Kompetenzzentrum ist nur ein Baustein der gegenwärtigen umfassenden Digitalisierungsstrategie im Bereich des Gesundheitswesens des Landes Hessen (vgl. www.digitalstrategie-hessen.de/Gesundheitsanwendung). Dies spiegelt sich auch im Landeshaushalt wider: Zur Förderung der Entwicklung und Umsetzung von Innovationen im Gesundheitswesen erhöht Hessen den entsprechenden Etat von gegenwärtig rund 1,5 Mio. Euro, ab dem Jahr 2018, auf etwa 6 Mio.

Euro jährlich. Mit der Bündelung der Kompetenzen und den vielen bereits bestehenden Insellösungen im Bereich digitale Gesundheit folgt Hessen dem Beispiel zweier anderer Bundesländer. Ziel der Gesamtinitiative ist es, die Versorgung besser und sicherer und somit das hessische Gesundheitswesen zukunftsfest zu gestalten. Gleichzeitig ist es möglich, über die Verhinderung von Kommunikationsbrüchen die Versorgungskette zu optimieren und auf diese Weise Ineffizienzen des bestehenden Systems (unter anderem in Form von Doppeluntersuchungen) zu reduzieren.

Nordrhein: Fallmanagementsystem soll Effizienz in Hausarztpraxen erhöhen

Geringere Hausarztichten äußern sich bei Kassenpatienten in immer längeren Wartezeiten auf einen Termin und längeren Aufhalten im Wartezimmer. Neue Patienten beklagen, dass sie in einigen Praxen gar keinen Termin bekommen. Eine Forschungsgruppe des Instituts für Allgemeinmedizin (IFAM) der Medizinischen Fakultät der Universität Duisburg-Essen (UDE) entwickelt ein IT-gestütztes Fallmanagementsystem für Hausarztpraxen, das eine ideale Allokation der knappen Arbeitszeit der Ärzte erlauben und diese entlasten soll. Unter anderem dank Telemonitoring und dem Einsatz arztentlastender Assistenten sollen künftig nur jene Patienten in der Hausarztpraxis erscheinen, die tatsächlich eine Vorstellung beim Hausarzt benötigen.

Kooperationspartner des IFAM sind das Essener Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie, das Zentrum für Klinische Studien Essen und die Techniker Krankenkasse NRW. Das Fallmanagementsystem soll zunächst in den über 200 Lehrpraxen des IFAM implementiert werden. Im Anschluss ist eine Übertragung der gewonnenen Erkenntnisse auf weitere Anwendungsfelder im Gesundheitswesen geplant. Gefördert wird das auf drei Jahre angelegte Projekt mit 1,26 Mio. Euro durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA).

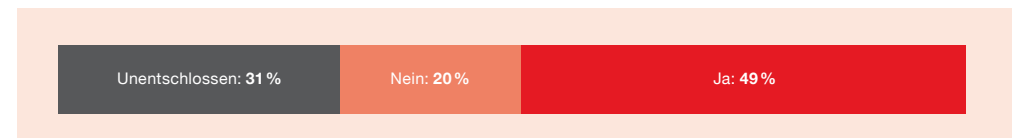
Die demografische Entwicklung verändert nicht nur die Struktur der deutschen Bevölkerung, sondern stellt das Gesundheitssystem mit Blick auf die begrenzten finanziellen und personellen Ressourcen vor neue Herausforderungen. Bei zunehmender durchschnittlicher Lebenserwartung steigt die Anzahl älterer, chronisch kranker und multimorbider Patienten. Gerade diese Patientengruppe erfordert eine intensivere und besser koordinierte Gesundheitsversorgung. Hausärzte, die im ambulanten Bereich gerade für ältere und chronisch kranke Patienten der wichtigste Ansprechpartner sind, leiden aufgrund des Hausarztmangels unter zunehmender Zeitnot.

Die Unterstützung durch Case-Management-Systeme kann nicht nur Versorgungsbrüche verhindern und so zu einer besseren Qualität und Effektivität der Versorgung sowie zu einer Entlastung der Hausärzte führen, sondern auch zu Kosteneinsparungen beitragen.

Baden-Württemberg: Hoffnung für die hausärztliche Versorgung

Eine gemeinsame Umfrage der Techniker Krankenkasse und des Hartmannbundes unter 300 Medizinstudierenden in Baden-Württemberg zum Thema Hausarztberuf gibt Anlass zur Hoffnung. So stehen die Befragten einer Tätigkeit als Hausarzt wieder deutlich aufgeschlossener gegenüber als noch vor einigen Jahren (vgl. Abb. 3).

Abb. 3 – Können Sie sich eine spätere Tätigkeit als Hausarzt vorstellen?



Quelle: Techniker Krankenkasse Grafik: REBMANN RESEARCH

Als positive Seiten des Hausarztberufes nannten die Studierenden insbesondere die damit verbundene Möglichkeit, „Patienten über einen langen Zeitraum hinweg zu begleiten“ (89 %) und das „große medizinische Spektrum“, das es als Hausarzt abzudecken gilt (82 %). Knapp 80 % der Befragten sind mit den Lehr- und Informationsangeboten im Hinblick auf eine Hausarztstätigkeit an ihrer Universität zufrieden. Fast alle Studierenden (93 %) sehen keine Probleme, einen Praktikumsplatz in einer Hausarztpraxis zu bekommen.

Eine tatsächliche spätere Hausarztstätigkeit kann durch verschiedene Faktoren begünstigt werden: An erster Stelle (73 %) steht bei den Befragten eine „gute Kinderbetreuung“ und ein „gutes Schulangebot“ gefolgt von „ausreichenden Angeboten für Freizeit und Kultur“ (58 %), der „kostenlosen Bereitstellung von Praxisräumlichkeiten“ (55 %) sowie „Prämienzahlungen durch Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen oder Politik“ (49 %). Allerdings halten 55 % der Befragten die hausärztliche Vergütung für zu schlecht, 39 % bemängeln das zu geringe Ansehen in der medizinischen Fachwelt und 31 % lehnen die Hausarztstätigkeit aufgrund des Einzelkämpfercharakters ab.

Die Umfrage macht Hoffnung, dass sich künftig wieder mehr Nachwuchsmediziner für eine Hausarztstätigkeit entscheiden könnten. Die Studieninitiatoren sehen dies als Folge der konsequenten Bemühungen der vergangenen Jahre, die Attraktivität des Berufsbildes zu erhöhen. Allerdings wird auch deutlich, dass die neue Ärztegeneration großen Wert auf die lokale Infrastruktur hinsichtlich der Kundenbetreuung und Schulen sowie auf Freizeit- und Kulturangebote legt. Hier stehen die Kommunen in der Pflicht, mit entsprechenden Angeboten für die Attraktivität ihres Standorts zu sorgen.

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.

Vorbild Schnecke: Spezialkleber für die Medizin

Schnecken scheinen nützlicher zu sein als gedacht. Ein internationales Forscherteam des Wyss Institute der Harvard University in Cambridge hat den Spezienschleim der in Europa vorkommenden hellbraunen Wegschnecke untersucht, den diese in Gefahrensituationen produziert. Er bewirkt ein so festes Verkleben mit der Oberfläche, dass Fressfeinde kaum noch in der Lage sind, die festgeklebte Schnecke loszulösen. Die Forscher stellten fest, dass die Superklebeeigenschaften des Schleims aus der Kombination der sehr starken Klebekraft und starken Belastungsfähigkeit resultieren. Ausgehend von dieser Erkenntnis entwickelten die Wissenschaftler einen aus zwei Schichten (klebriges Biopolymer aus Chitosan oder Polyallylamin und elastisch-festes Hydrogel aus Alginate und Polyacrylamid) bestehenden biokompatiblen Kleber mit einer Klebekraft, die alle bislang verfügbaren Klebstoffe übertrifft.

Da der neue Kleber auch auf feuchten Oberflächen haftet und zudem eine hohe Elastizität aufweist, ist er in der Medizin nicht nur zum Verkleben oberflächlicher Hautverletzungen geeignet, sondern auch für den Einsatz im Körperinneren. Die Forscher testeten den Superkleber erfolgreich an Ratten und Schweinen auf feuchten, blutverschmierten Oberflächen von Knorpel, Arterien, Herz und Leber. Es gelang, sowohl ein Loch im schlagenden Schweineherz zu schließen und eine Blutung in der Leber ohne Nebenwirkungen zu stillen. Nun stehen die klinischen Tests an. Die potenziellen Einsatzmöglichkeiten sind riesig und reichen von Verletzungen und Operationen bis hin zur Befestigung von Implantaten.

Der neue Superkleber fällt in den Bereich der Bionik, bei der Verfahren, Konstruktions- und Entwicklungsprinzipien nach dem Vorbild der Natur in technische Anwendungen umgesetzt werden. In der Medizin beruhen mittlerweile zahlreiche Entwicklungen auf diesem Prinzip: Gewebekleber nach dem Vorbild der Muscheln, Bohrer für mehreckige Löcher nach dem Vorbild der Holzwespe, ein Chip mit tentakelartigen DNA-Strängen zum Binden eines Proteins von Krebszellen nach dem Vorbild von Quallententakeln oder eine künstliche Milz zur Behandlung von Blutvergiftungen nach menschlichem Vorbild.

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.

Boom beim betrieblichen Gesundheitsmanagement

Neben der demografischen Entwicklung, die dafür sorgt, dass der Anteil der älteren Beschäftigten bei rückläufigen Beschäftigtenzahlen immer weiter zunimmt, lässt sich auch eine höhere Arbeits- und damit psychische Belastung der Mitarbeiter beobachten. Vor diesem Hintergrund etablieren Unternehmen verstärkt präventive Maßnahmen sowie strukturierte Gesundheitsförderprogramme, um die Produktivität ihrer Mitarbeiter und damit ihre Wettbewerbsfähigkeit zu erhalten. Angebote im Bereich betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) stellen zudem ein immer wichtigeres Instrument im Wettbewerb um qualifizierte Mitarbeiter dar.

Bereits seit 2011 gibt es das BGM-Konzept „machtfit“. Das Konzept beruht auf einer digitalen Plattform, auf der die Mitarbeiter eines Unternehmens Gesundheits- und Fitnesskurse ihrer Wahl buchen können. Die Arbeitgeber hinterlegen zu diesem Zweck ein Guthaben pro Mitarbeiter, welches dem betreffenden Mitarbeiter auf der Plattform angezeigt und bei der Buchung mit dem Kurspreis verrechnet wird. Auf der Plattform lassen sich auch bereits bestehende interne Angebote (z. B. Betriebssport, Gesundheitstag) einfach integrieren. Das Unternehmen unterhält ein bundesweites Netzwerk mit mehr als 4.000 Gesundheitspartnern, die Kurse in den klassischen Bereichen Ernährung, Bewegung, Raucherentwöhnung und Stressmanagement – teilweise auch Onlinekurse – anbieten.

Die Plattform „machtfit“ hat gegenwärtig einen Kundenstamm von über 100 Firmen mit mehr als 80.000 Mitarbeitern und verzeichnet eine stark steigende Nachfrage nach ihren Angeboten. So haben die Nutzer der Plattform im vergangenen Jahr dreimal mehr Online-Gesundheitsangebote gebucht als 2015. Deutsche Unternehmen gaben mehr als 12 Mio. Euro für BGM-Angebote der Plattform aus. Dies entspricht einem Betrag von durchschnittlich 221 Euro je Mitarbeiter. Hierbei verzeichnen Fitnesskurse eine besonders starke Nachfrage und zählen zur beliebtesten Kategorie bei den betrieblichen Gesundheitsangeboten, gefolgt von Yoga und Rückengesundheit. Als neues Trendthema bei der betrieblichen Gesundheitsförderung identifiziert das Unternehmen die Gesundheitsreisen. Hier erhöhte sich die Zahl der Buchungen im Vergleich zu 2015 um das Vierfache. Im Rahmen der Analyse zeigt sich weiter, dass die Mehrzahl der Mitarbeiter (61 %) Gesundheitsangebote lieber in der Nähe des Wohnorts als in der Nähe des Arbeitsplatzes wahrnimmt.

Steuern & Recht

Hier finden Sie die Kurzfassung aktueller steuerlicher und rechtlicher Gestaltungshinweise für die heilberuflichen Disziplinen. Steuerberater, Wirtschaftsprüfer und Rechtsanwälte weisen auf Gesetzesänderungen hin und zeigen die Konsequenzen anhand von Beispielen auf.

Häusliches Arbeitszimmer eines Selbstständigen mit eingeschränktem betrieblichem Arbeitsplatz kann steuerlich abzugsfähig sein

Ein selbstständiger Logopäde betrieb seine Praxis mit mehreren Angestellten in gemieteten Räumen, in denen sich ausschließlich Behandlungsräume befanden. Zwar waren auch Tische mit Computern und Aktenschränken vorhanden, in denen aber einzig Patientenunterlagen aufbewahrt wurden. Die sonstigen betrieblichen Unterlagen, wie bspw. Krankenkassenabrechnungen oder die Buchführung einschließlich der Bankkonten, konnte er dort nicht abgeschlossen aufbewahren. Die Dokumente hätten von seinen Angestellten in seiner Abwesenheit eingesehen werden können. Theoretisch wäre zwar auch in den Behandlungsräumen die Erledigung der anderen betrieblichen Arbeiten in den Abendstunden oder an den Wochenenden möglich gewesen; dazu hätte er allerdings jedes Mal die sonstigen Unterlagen von seiner Wohnung in die Praxis und zurück befördern müssen. Deshalb erledigte er diese Arbeiten in seinem häuslichen Arbeitszimmer und machte die Kosten hierfür im Rahmen des Höchstbetrags von 1.250 € als Betriebsausgaben geltend. Das Finanzamt meinte, in der Praxis sei ein Arbeitsplatz vorhanden, der den Abzug von Kosten eines häuslichen Arbeitszimmers ausschließe.

Der Bundesfinanzhof ließ den Abzug zu, weil der Logopäde in seiner Praxis zur Aufbewahrung seiner sonstigen Betriebsunterlagen keine geeigneten Räumlichkeiten hatte und diese auch nicht ohne weiteres hergestellt werden konnten.

Hinweis: Das häusliche Arbeitszimmer eines Selbstständigen ist notwendiges Betriebsvermögen, wenn der Wert mehr als ein Fünftel des gemeinen Werts des gesamten Grundstücks und mehr als 20.500 € beträgt. Es ist dann steuerverstrickt, d.h., der spätere Verkauf des eigenen Hauses, in dem sich das Arbeitszimmer befindet, oder auch die Betriebsaufgabe kann zu Steuerbelastungen führen.

Keine Absetzung für Abnutzung auf die Anschaffungskosten einer Vertragsarztzulassung

Die Anschaffungskosten für den Erwerb einer Vertragsarztzulassung als alleinigem Gegenstand eines Übertragungsvertrags sind als selbstständiges nicht abschreibbares Wirtschaftsgut zu behandeln. Sie können erst im Rahmen einer späteren Praxisveräußerung oder -aufgabe das zu ermittelnde Veräußerungs- oder Aufgabeberechnung beeinflussen. Nach einem Urteil des Bundesfinanzhofs handelt es sich hierbei allerdings um einen Sonderfall.

Als Regelfall ist nach einem weiteren Urteil des Bundesfinanzhofs der Erwerb einer Vertragsarztpraxis einschließlich ihrer wertbildenden Faktoren anzusehen. Solche sind z.B. der Patientenstamm, die Praxiseinrichtung, die Übernahme von Arbeitnehmern, des Mietvertrags, der Versicherungsverträge usw. Der Vorteil aus der Vertragsarztzulassung ist in diesem Fall neben dem Patientenstamm in dem erworbenen Wirtschaftsgut „Praxiswert“ enthalten. Dieser ist mangels eines sachlich begründbaren Aufteilungs- und Bewertungsmaßstabs einheitlich zu bewerten und regelmäßig über einen Zeitraum von drei bis fünf Jahren abzuschreiben.

Hohes Honorar ist starkes Indiz gegen Scheinselbstständigkeit

Das Bundessozialgericht hatte im Fall eines Heilpädagogen zu entscheiden, der neben einer Vollzeitstätigkeit auf der Basis von Honorarverträgen vier bis sieben Stunden wöchentlich für einen Landkreis Aufgaben im Rahmen der Jugendhilfe erbrachte und hierfür ein Honorar von ca. 40,00 € je Betreuungsstunde erhielt.

Nach Ansicht des Gerichts lag in diesem Fall keine abhängige Beschäftigung vor, da der Heilpädagoge weitgehend weisungsfrei arbeitete und auch nicht in die Arbeitsorganisation des Landkreises eingebunden war. Gegen eine abhängige Beschäftigung sprach zudem die Höhe der Vergütung, die deutlich über dem Arbeitsentgelt eines vergleichbar eingesetzten Arbeitnehmers gelegen und damit eine Eigenvorsorge ermöglicht habe. Folge: Der Landkreis konnte im Zusammenhang mit der Beauftragung des Heilpädagogen nicht zur Zahlung von Sozialversicherungsbeiträgen herangezogen werden.

Gewerbsteuerpflicht ambulanter Dialysezentren

Krankenhäuser, Einrichtungen zur vorübergehenden Aufnahme pflegebedürftiger Personen, Einrichtungen zur ambulanten Pflege kranker und pflegebedürftiger Personen sowie Einrichtungen zur ambulanten oder stationären Rehabilitation können von der Gewerbesteuer befreit sein. Dies gilt nach Auffassung des Bundesfinanzhofs nicht für ambulante Dialysezentren.

Auch wenn die Patienten während der ambulanten Dialyse fachkundig betreut werden, erfüllt dies nicht den sozialrechtlichen Begriff Krankenhaus, weil dieser die Möglichkeit der Vollversorgung der Patienten erfordert. Die Gleichstellung mit einem krankenhäuslichen Dialysezentrum hat der Gesetzgeber bisher nicht geregelt. Diese Ungleichbehandlung ist nach Ansicht des Bundesfinanzhofs aufgrund der Bedeutung der Vollversorgung und deren besonderer Kostenstruktur nicht zu beanstanden. Die Dialysezentren sind auch keine Einrichtungen zur vorübergehenden Aufnahme pflegebedürftiger Personen. Solche bezwecken die Unterstützung bei gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen ihrer Patienten. Dafür reicht die Unterstützung während der Dialyse nicht aus. Das Dialysezentrum diene auch nicht der ambulanten Pflege kranker und pflegebedürftiger Personen, denn damit sind nur Pflegedienste gemeint, die Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen.

Den seit 2015 neuen Tatbestand der Befreiung von Einrichtungen zur ambulanten oder stationären Rehabilitation brauchte der Bundesfinanzhof nicht zu prüfen, weil der Sachverhalt die Jahre 2004 bis 2009 betraf.

Ungerechtfertigte Bereicherung des Arbeitnehmers bei versehentlicher Zahlung des vollen Bruttobetrags

Ein Arbeitgeber war verurteilt worden, einem Arbeitnehmer noch ausstehendes Arbeitsentgelt von insgesamt 8.400 € brutto zu zahlen. Die Buchhalterin des Arbeitgebers überwies daraufhin versehentlich 8.400 € an den Arbeitnehmer, zog also keine Beträge für Lohnsteuer und Sozialabgaben ab, die etwa 3.500 € ausmachten. Eine Rücküberweisung dieser Beträge lehnte der Arbeitnehmer ab.

Das Bundesarbeitsgericht billigte dem Arbeitgeber einen entsprechenden Rückzahlungsanspruch zu. Der Arbeitnehmer habe die entsprechende Lohnsteuer und den vom Arbeitnehmer zu tragenden Anteil am Gesamtsozialversicherungsbeitrag ohne rechtlichen Grund erhalten. Schuldner dieser Beträge sei der Arbeitnehmer.

Übertragung von Anteilen an Immobilienfonds wegen Schadensersatz bei Schrottimmobilen kann als Veräußerungsvorgang steuerfrei sein

Ein Ehepaar hatte 1992 Anteile an einem geschlossenen Immobilienfonds erworben. Die den Kaufpreis finanzierende Bank war in den Kauf involviert. Später stellte sich heraus, dass der Fonds aus sog. Schrottimmobilen bestand. Die Eheleute machten gegenüber der Bank Schadensersatzansprüche wegen der Verletzung von Informations- und Aufklärungspflichten (sog. Prospekthaftung) geltend. Man einigte sich 2011 mit der Bank außergerichtlich dahingehend, dass der Darlehnsrestbetrag von 22.700 € erlassen würde, wenn die Fondsanteile auf einen von der Bank benannten Erwerber übertragen werden.

Das Finanzamt betrachtete die Vereinbarungen mit der Bank als Rückabwicklung des Kaufvertrags und meinte, durch den Erlass des Darlehnsbetrags sei ein Ertrag von 22.700 € entstanden. Nach seinen Berechnungen wertete es hiervon 13.000 € als Erstattung von zu Unrecht an die Bank gezahlten Zinsen vergangener Jahre, die die Eheleute bisher als Werbungskosten geltend gemacht hatten. Nun müssten sie diesen Betrag als Einnahme versteuern. Der Restbetrag von knapp 10.000 € führte nach Auffassung des Finanzamts zur Minderung der ursprünglichen Anschaffungskosten der Fondsanteile; deshalb sei außerdem die AfA niedriger anzusetzen.

Der Bundesfinanzhof sah das anders. Er wertete den Betrag von 22.700 € als Verkaufspreis der Fondsanteile. Weil zwischen Kauf (1992) und Verkauf (2011) aber mehr als zehn Jahre vergangen waren, durfte der Vorgang auch nicht als privates Veräußerungsgeschäft besteuert werden.

Strenge Anforderungen an die Schriftform bei Befristung von Arbeitsverträgen

Die gesetzlich vorgeschriebene Schriftform für die Befristung von Arbeitsverträgen dient dem Zweck, dem Arbeitnehmer die Bedeutung der Befristung deutlich vor Augen zu führen. Deshalb stellt die Rechtsprechung an die Einhaltung dieser Form besonders hohe Ansprüche. So auch in einem vom Bundesarbeitsgericht entschiedenen Fall, in dem eine Universitätsverwaltung einem zukünftigen Mitarbeiter zwei zunächst nicht unterschriebene Exemplare eines befristeten Arbeitsvertrags aushändigte. Der Mitarbeiter unterschrieb beide Formulare und reichte sie in der Erwartung an die Universitätsverwaltung zurück, von dieser vor Vertragsbeginn ein gegengezeichnetes Exemplar zurück zu erhalten. Als dies nicht geschah, trat der Mitarbeiter seinen Dienst dennoch an. Die auch von der Universität unterzeichnete Vertragsurkunde ging ihm erst nach

Aufnahme der Tätigkeit zu. Später berief er sich darauf, dass die in dem Vertrag enthaltene Befristung unwirksam sei und dass zwischen der Hochschule und ihm deshalb ein unbefristetes Arbeitsverhältnis bestehe.

Das Bundesarbeitsgericht gab ihm Recht und verwies darauf, dass das von der Hochschulverwaltung gegengezeichnete Vertragsexemplar, welches die Befristungsabrede enthielt, dem Kläger vor Vertragsbeginn, das heißt hier vor Aufnahme seiner Tätigkeit, hätte zugehen müssen, um die Schriftform zu wahren.

Vorabanforderungen von Steuererklärungen müssen begründet sein

Verwaltungsakte, die die Finanzbehörde erlässt, müssen ausreichend begründet sein. Das gilt insbesondere für solche Verwaltungsakte, die im Ermessen der Finanzbehörde stehen, wie beispielsweise Vorabanforderungen von Steuererklärungen.

In einem vom Bundesfinanzhof entschiedenen Fall wurde ein Ehepaar vom Finanzamt zur vorzeitigen Abgabe seiner Einkommensteuererklärung aufgefordert. Bei Nichtabgabe müsse mit der Festsetzung eines Verspätungszuschlags gerechnet werden. Das Finanzamt ging nicht auf die Gründe ein, warum die Abgabefrist im konkreten Fall verkürzt wurde. Es verwies nur darauf, dass die Vorabanforderung im Interesse einer ordnungsgemäßen Durchführung des Besteuerungsverfahrens erfolgt sei. Das Ehepaar gab seine Erklärung nicht, wie gefordert, vorzeitig ab. Das Finanzamt setzte daraufhin einen Verspätungszuschlag fest.

Um dem Verspätungszuschlag zu entgehen, legte das Ehepaar nachträglich wirksam Einspruch gegen die Vorabanforderung ein und machte geltend, dass diese nicht ausreichend begründet worden sei. Das Finanzamt brachte nachträglich vor, dass in den Vorjahren die Erklärungen verspätet abgegeben wurden. Die Begründung, so der Bundesfinanzhof, kam jedoch zu spät. Da sich der Verwaltungsakt mit der Abgabe der Steuererklärung bereits erledigt hatte, konnte der Begründungsmangel nicht im Nachgang geheilt werden. Die Festsetzung des Verspätungszuschlags war daher aufzuheben.

Zufluss von Zinsen aus einem Lebensversicherungsvertrag nach Änderung der Vertragslaufzeit

Werden wesentliche Bedingungen eines Lebensversicherungsvertrags, wie beispielsweise Laufzeit, Versicherungssumme oder -prämie, vor Ablauf der Versicherungslaufzeit geändert, liegt hinsichtlich der Änderungen ein neuer Vertrag vor. Verlängert sich durch die Vertragsänderungen der Fälligkeitszeitpunkt, gilt dies auch für alle vertraglich zustehenden Zinsen. Auf den Zeitraum vor Vertragsänderung entfallende Zinsen sind nach einem Urteil des Bundesfinanzhofs einzubeziehen.

Das bedeutet, dass Zinsen aus einer Lebensversicherung auch nach Änderung des Vertrags mit Festlegung eines späteren Fälligkeitszeitpunkts erst bei Fälligkeit beim Steuerpflichtigen zufließen und zu versteuern sind.

Weitere steuerliche Informationen veröffentlichen wir regelmäßig unter Steuerberatung/Aktuell auf unserer Webseite: www.aktiva-steuer.de



Steuerberater
Wirtschaftsprüfer Rechtsanwälte

KOOPERATION

nilaplan

Aktiva Steuerberatungsgesellschaft mbH

Ohiostraße 10 · 76149 Karlsruhe
Tel. 0721/97070-0
Fax 0721/97070-70
info@aktiva-steuer.de
www.aktiva-steuer.de

**Aktiva Wirtschafts- und Steuerberatungs-
gesellschaft mbH & Co. KG**

Robert-Bosch-Straße 9 · 68542 Heddesheim
Tel. 06203/794560
Fax 06203/794569
info@aktiva-steuerberater.de
www.aktiva-steuerberater.de

Nilaplan Karlsruhe

Unternehmensberatung für Heilberufe GmbH

Ohiostraße 10 · 76149 Karlsruhe
Tel. 0721/97072-0
Fax 0721/97072-11
info@nilaplan-karlsruhe.de
www.nilaplan-karlsruhe.de