1

Jahrgang 2015

QUID

H.U.G Quartalsinformation

In Zusammenarbeit mit REBMANN RESEARCH

E-Arztbrief – großes Interesse an Feldversuch

© Alexander Raths - Fotolia.com

HUG

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

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

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

Inhalt

Barometer :: Seite 3 – 4
- E-Arztbrief: Großes Interesse an Feldversuch
- GKV – Trendwende bei der Finanzentwicklung

Talk :: Seite 5 – 6
- Antikorruptionsgesetz – Entwurf liegt vor
- Medikamenteneinnahme – Studie belegt Compliance-Probleme

Fachrichtung :: Seite 6 – 8
Allgemeinärzte:
- Bundesweit einheitlicher Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung?

Fachärzte:
- Kinder- und Jugendärzte – Einnahmen aus Selektivverträgen steigen
- Orthopäden und Unfallchirurgen – Osteopathen scheitern mit Petition

Zahnärzte:
- Neugründung einer Zahnarztpraxis: Kosten deutlich gestiegen

Regional :: Seite 8 – 10
- Baden-Württemberg: Honorar für 2015 steht fest
- Hessen: Neue Verträge zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (§ 73c SGB V)
- Nordrhein: Chroniker profitieren von Disease-Management-Programmen

International :: Seite 10
- WHO sagt Zivilisationskrankheiten den Kampf an

Trend :: Seite 11
- Deutschland „bleibt sitzen“
- Deutsche gehen großzügig mit Gesundheitsdaten um

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

Fortbildungsveranstaltungen 2015 :: Seite 14

Ärztestammtische 2015 :: Seite 15

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

Impressum

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

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

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

Barometer

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

E-Arztbrief: Großes Interesse an Feldversuch

Auch wenn die Vorbehalte der Ärzteschaft gegenüber der eGK zum Teil noch groß sind, treffen diese offenbar nicht auf den elektronischen Arztbrief (E-Arztbrief) zu: Nach Auskunft der zuständigen KBV-Tochtergesellschaft KV Telematik GmbH (KVTG) handelt es sich hierbei um eine der am häufigsten geforderten Anwendungen im telematischen Bereich.

So ist es nicht verwunderlich, dass die anstehende – auf Ärztenetze beschränkte – Erprobung des E-Arztbriefs via KV-Connect auf großes Interesse stößt. Laut KVTG haben sich mehr als 50 Arztnetze zur Teilnahme an dem bevorstehenden Feldversuch bereiterklärt und das hierzu erforderliche Starterpaket angefordert. Aus Sicht der KVGT belegt die große Resonanz, dass Ärzte dem E-Arztbrief ein großes Potential in der täglichen Praxisarbeit bescheinigen. Mit Blick auf die zunehmende Vernetzung der Gesundheitsdienstleister, schafft der E-Arztbrief ferner schnellere und schlankere Kommunikationswege und soll bezüglich der Datensicherheit den Initiatoren zufolge deutliche Vorteile gegenüber den herkömmlichen Kommunikationsformen, wie Fax oder Brief, bieten.

Die technische Infrastruktur basiert auf dem bereits etablierten KV Save-Net, der digitalen Infrastruktur der Kassenärztlichen Vereinigungen, auf welchem auch die Arzt-zu-Arzt-Kommunikation via KV-Connect läuft (vgl. Infobox). KV-Connect wird in den Testregionen der eGK im Zusammenhang mit der qualifizierten elektronischen Signatur getestet.

KV-Connect

- Ermöglicht den Versand standardisierter E-Arztbriefe direkt aus dem Praxisverwaltungssystem (PVS) an Kollegen (unabhängig von dem Hersteller und dem eingesetzten PVS).
- Besonderer Schutz des Kommunikationskanals durch Verschlüsselung und die Nutzung des sicheren Netzes der Kassenärztlichen Vereinigungen (SNK), um höchste Datensicherheit zu gewähren.
- Interoperabilität zwischen den verschiedenen PVS durch Implementation von KV-CONNECT in allen Praxisverwaltungssystemen.

Am Feldtest können sich alle Arztnetze beteiligen, die mindestens 15 Arztpraxen umfassen (darunter sowohl Haus- als auch Fachärzte bzw. Psychotherapeuten). Teilnehmende Ärztenetze erhalten eine Aufwandsentschädigung von bis zu 400 Euro je Praxis (50 Euro für die Registrierung der Praxis als KV-Connect-Nutzer und weitere 350 Euro für 50 Transaktionen je Teilnehmer und das Ausfüllen des Fragebogens). Eine begleitende praxisnahe Evaluation soll dabei den E-Arztbrief so verbessern, dass ab dem Jahr 2016 einem Einsatz in allen Vertragsarztpraxen nichts mehr im Wege steht.

Dann will die Bundesregierung den Einstieg aller Vertragsärzte in die digitale Kommunikation vorantreiben. Grundlage ist der Entwurf des „Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen“ (E-Health-Gesetz), der seit Mitte Januar vorliegt (vgl. Infobox). Dieser sieht vor, dass die Ärzte innerhalb einer zweijährigen Übergangsfrist ab Mitte 2016 eine Pauschale von 55 Cent pro elektronisch übermitteltem Arztbrief erhalten, sofern kein Versand durch Post- und Kurierdienste erfolgt. Für die Entgegenahme elektronisch versandter Krankenhaus-Entlassbriefe gilt eine Pauschale von 50 Cent.

Während die finanziellen Anreize des geplanten Gesetzes zur Einführung des E-Arztbriefes sowie weiterer telematischer Verfahren überwiegend positiv gesehen werden, stoßen die ebenfalls im Entwurf vorgesehenen Sanktionen auf Kritik. Bei Ärzten, die nach dem 1. Juli 2018 eine Vernetzung mit der Telematik-Infrastruktur ablehnen, ist eine einprozentige Kürzung ihrer vertragsärztlichen Honorare vorgesehen. Auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband sind betroffen. Sofern die gematik es nicht schafft, die Telematikinfrastruktur bundesweit bis zum 30. Juni 2016 so weit auszubauen, dass die Ärzte das Stammdatenmanagement (Online-Abgleich und -Aktualisierung) übernehmen können, soll ihr Haushaltsvolumen ab dem Jahr 2017 auf den Stand von 2014 reduziert werden.

Roadmap eHealth-Gesetz

- Bis 30. Juni 2016: Online-Aktualisierung der Stammdaten auf der elektronischen Gesundheitskarte
- 1. Juli 2016 bis 30. Juni 2018: finanzielle Anreize für die Erstellung und Annahme elektronischer Arztbriefe (Budget: 31 Mio. Euro)
- Ab 1. Oktober 2016: Patienten mit mindestens fünf Medikamenten haben Anspruch auf einen zunächst papierbasierten Medikationsplan, der in einer spätere Stufe in eine digitale Form umgesetzt wird
- Ab 1. April 2017: Einführung einer EBM-Ziffer für das radiologische Telekonsil
- Ab 1. Oktober 2017: Einführung einer EBM-Ziffer für das Erstellen und Aktualisieren eines Notfalldatensatzes

GKV – Trendwende bei der Finanzentwicklung

Das Bundesversicherungsamt (BVA) rechnet damit, dass die Krankenkassenbeiträge für gesetzlich Versicherte in den kommenden Jahren deutlich ansteigen werden. Grund ist nach Auffassung des Chefs der Behörde, Maximilian Gaßner, dass das Wachstum bei den Einnahmen im Gegensatz zu den Ausgaben an Dynamik verloren hat. Deshalb sehen sich immer mehr Krankenkassen bereits im laufenden Jahr gezwungen, ihre Rücklagen anzugreifen.

Zwar verfügen der Gesundheitsfonds und viele Kassen dank der guten konjunkturellen Entwicklung der vergangenen Jahre zum Teil über sehr gute Reserven, doch dürften diese angesichts der hohen Ausgaben nicht allzu lange vorhalten. Beim Stichtagsvergleich 31. Dezember zeigt sich zwischen 2013 und 2014 ein Rückgang der Reserven – sowohl bei den Kassen als auch bei dem Gesundheitsfonds (vgl. Abbildung). Hierbei sind jedoch folgende Faktoren zu berücksichtigen, die das Ergebnis „verfälschen“:

- Prämienzahlungen der Kassen an ihre Versicherten in Höhe von insgesamt 711 Mio. Euro
- Ausweitung des freiwilligen Angebots zusätzlicher Leistungen für die Versicherten (erweiterte Satzungsleistungen) wie z. B. Osteopathie und professionelle Zahnreinigung in Höhe von rund 313 Mio. Euro
- Abfluss der Reserven beim Gesundheitsfonds durch den um 8,7 % auf 5,2 Mrd. Euro gekürzten Bundeszuschuss

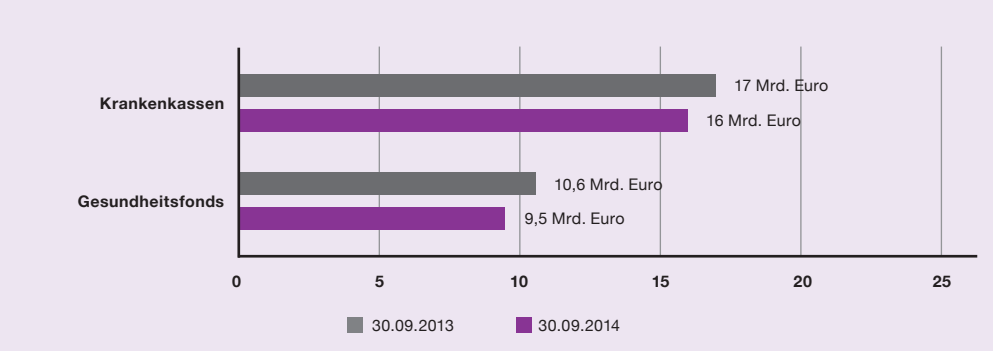
Das Bundesgesundheitsministerium weist darauf hin, dass das Finanzergebnis ohne diese Sondereffekte fast ausgeglichen gewesen wäre.

GKV-Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetz (FQWG)

- Entfall des bisherigen Sonderbeitrags in Höhe von 0,9 % zum 1. Januar; hierdurch Absenkung des allgemeinen Beitragssatzes zur GKV von 15,5 auf 14,6 %
- Festschreibung des Beitragssatzes – und damit auch des Arbeitgeberanteils von 7,3 %
- Möglichkeit für die Kassen, einen Zusatzbeitrag in individueller Höhe zu erheben, der sich prozentual am Einkommen der Versicherten bemisst
- Regelung: Sofern der Zusatzbeitrag einer Kasse höher als der durchschnittliche Wert (2015: 0,9 %) liegt, besteht die Verpflichtung, die Mitglieder ausdrücklich darüber zu informieren; den Versicherten wird in diesem Fall ein Sonderkündigungsrecht eingeräumt
- Ziel: Förderung des Wettbewerbs unter den Kassen

Anlass zur Sorge geben jedoch die jährlich steigenden Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung. Im Stichtagsvergleich haben sich die Leistungsausgaben je Versichertem um 5,2 % erhöht. Sofern diese Ausgabendynamik nicht gestoppt wird, rechnet das BVA bis zum Jahr 2020 mit einem durchschnittlichen Zusatzbeitrag in Höhe von 2,2 bis 2,3 % des Bruttolohns (seit dem 1. Januar 2015 werden die Zusatzbeiträge einkommensabhängig erhoben; vgl. Infobox). Ausgehend von dem gegenwärtigen Zusatzbetrag von durchschnittlich 0,9 %, müsste beispielsweise ein Arbeitnehmer mit einem Bruttogehalt von 3.000 Euro mit einer zusätzlichen Belastung in Höhe von 39 bis 42 Euro pro Monat rechnen.

Entwicklung der Reserven des Gesundheitssystems in Milliarden Euro



Quelle: BMG Grafik: REBMANN RESEARCH

Auch die Kassen selbst erwarten eine steigende Belastung der Versicherten. Die Barmer GEK hatte bereits Ende 2014 aufgrund der Trendwende bei der Finanzentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung GKV vor steigenden Kassenbeiträgen gewarnt. Dabei fällt die Prognose der Kasse noch pessimistischer aus als jene des BVAs. Für 2016 geht die Barmer GEK von einem durchschnittlichen Beitragssatz in der GKV (einschließlich des individuellen Zusatzbeitrags) von 16 % aus. Für 2017 rechnet sie mit weiteren Steigerungen, sofern die dann neu zu wählende Regierung keine Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung ergreift. Der Verband der Ersatzkassen (vdek) prognostiziert einen Anstieg des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes von derzeit 0,9 % auf bis zu 1,7 % im Jahr 2018.

Gegenwärtig beläuft sich die Beitragssatzspanne nach Auskunft des Verbandes der Ersatzkassen (vdek) zwischen 14,6 und 15,9 %. Da viele große Krankenkassen ihre Beträge unverändert bei einem Satz von 15,5 % belassen haben, ergaben sich für die große Mehrheit der GKV-Versicherten keine Änderungen.

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.

Antikorruptionsgesetz – Entwurf liegt vor

Nachdem sich die CDU/CSU und SPD im Koalitionsvertrag darauf verständigt hatten, die Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen als Straftatbestände in das Strafgesetzbuch aufzunehmen, liegt nun ein Referentenentwurf des Bundesjustizministeriums vor. Dabei sind folgende wesentlichen Neuerungen vorgesehen:

- Einführung eines neuen § 299a im Strafgesetzbuch (Bestechung oder Bestechlichkeit im Gesundheitswesen) zur Sanktionierung von korruptivem Verhalten bei „dem Bezug, der Verordnung oder der Abgabe von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln oder von Medizinprodukten oder bei der Zuführung von Patienten oder Untersuchungsmaterial“.
- Strafmaß: Freiheitsstrafe von bis zu drei Jahren oder Geldstrafe, in besonders schweren Fällen bis zu fünf Jahren (§ 300).
- Ausweitung des Geltungsbereichs auf alle Angehörigen von Heilberufen (nicht nur Mediziner) und alle Personen, die den Tatbestand der Bestechung von Heilberuflern erfüllen.
- Ausweitung der Straftatbestände über den Geltungsbereich der Gesetzlichen Krankenversicherung hinaus.
- Einführung einer Antragspflicht als Voraussetzung für die Strafverfolgung; antragsberechtigt sind die jeweils zuständige berufsständische Kammer (§ 301) sowie jeder „rechtsfähige Berufsverband, der die Interessen von Verletzten im Wettbewerb vertritt“.
- Verbesserte Zusammenarbeit von Kassen und KVen bei der Korruptionsbekämpfung: Organisation regelmäßiger gemeinsamer Tagungen von KVen, dem GKV-Spitzenverband und den Berufsverbänden über das Fehlverhalten im Gesundheitswesen; Weiterleitung der Tagungsergebnisse an die Aufsichtsbehörden in Bund und Ländern, Veröffentlichungspflicht, formale Standardisierung der Korruptionsberichte aller KVen zur besseren Vergleichbarkeit und Transparenz.

Der Referentenentwurf liegt gegenwärtig der Bundesärztekammer (BÄK) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Prüfung vor.

Grund des Gesetzesvorhabens ist ein Urteil des Bundesgerichtshofs (BGH) vom Juni 2012, das mit Verweis auf den Status der Niedergelassenen als Freiberufler die Möglichkeit einer Belangung wegen Korruption oder Bestechlichkeit verneinte. Bislang bestehen lediglich berufsrechtliche Sanktionsmöglichkeiten, die jedoch aus Sicht des Bundesjustizministeriums nicht ausreichend sind. So ist beispielsweise auf dieser Basis eine Sanktionierung von Dritten, die nicht Mitglieder der Kammern sind, nicht möglich. Ferner verfügen die Kammern nicht über ausreichende Eingriffsbefugnisse, um eine Überprüfung der Einhaltung der berufsrechtlichen Regeln in allen Fällen umzusetzen.

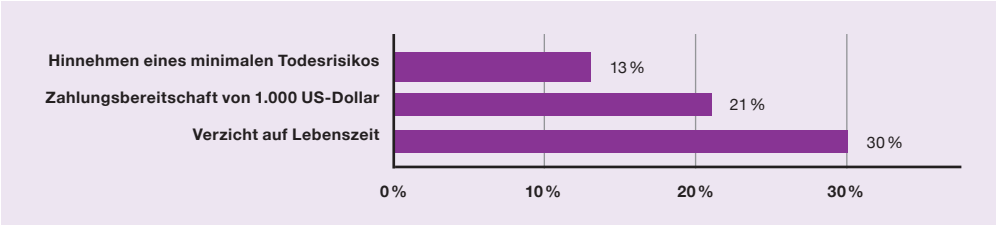
Als Begründung für das neue Gesetz verweist der Gesetzgeber auf die „Schlüsselstellung“ von Ärzten und Apothekern im Gesundheitswesen, die „erhebliche wirtschaftliche Auswirkungen für andere Marktteilnehmer“ haben. Vor allem die Mediziner nehmen „eine Lenkungsfunktion von erheblicher volkswirtschaftlicher Bedeutung“ ein. Kritik am Entwurf kommt von Medizinrechtlern und Vertretern der Ärztenetze. Sie befürchten, dass aufgrund der unklaren Formulierungen im Gesetzesentwurf Kooperationen zwischen den Leistungserbringern zu Unrecht unter Verdacht geraten könnten, und fordern „einen exakt formulierten Katalog“, der beschreibt, welche genauen Tatbestände unter den Begriff „korruptes Verhalten“ zu subsummieren sind.

Medikamenteneinnahme – Studie belegt Compliance-Probleme

Eine neue gemeinsame Studie der University of California (San Francisco) und der University of North Carolina (Chapel Hill) belegt, dass es bei Patienten massive Probleme in Sachen Therapietreue gibt. Die Wissenschaftler befragten 1.000 Personen zu ihrer Einstellung hinsichtlich der Einnahme von Arzneimitteln zur Prävention einer Herz-Kreislauf-Erkrankung. Dabei kamen sie zu folgenden Ergebnissen (vgl. Abbildung):

- Rund 30 % der Befragten wären bereit, einen Teil ihrer Lebenszeit zu opfern, um im Gegenzug auf die tägliche Medikamenteneinnahme verzichten zu können. Hiervon würden 21 % Lebenszeit im Umfang von mindestens einer Woche bis maximal einem Jahr opfern. 8 % wären sogar bereit, auf zwei Jahre zu verzichten. Für die Mehrheit der Befragten (70 %) kommt jedoch ein Verzicht auf Lebenszeit nicht in Betracht.
- Ca. 21 % der Studienteilnehmer würden lieber 1.000 US-Dollar ausgeben, als täglich Arzneimittel einnehmen zu müssen. Bei 43 % liegt jedoch die Zahlungsbereitschaft zur Vermeidung einer Medikamenteneinnahme bei null.
- 13 % der Befragten wären bereit, ein minimales Todesrisiko zu tragen, um die Medikamenteneinnahme umgehen zu können. Knapp 10 % würden sogar ein Risiko von 10 % in Kauf nehmen. 62 % wären nicht bereit, ein erhöhtes Risiko einzugehen.

Antwort auf die Frage: „Zu welchem Einsatz wären Sie bereit, um im Gegenzug eine tägliche Medikamenteneinnahme zu vermeiden?“



Quelle: Univadis Grafik: REBMANN RESEARCH

Die Studie zeigt, dass viele Menschen eine tägliche Medikamenteneinnahme offenbar als eine – zum Teil massive – Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität empfinden. Auch in Deutschland gibt es Probleme mit der Therapietreue der Patienten: Einer repräsentativen Umfrage („Fünfte Janssen Zukunftsfrage“) des Unternehmens TNS Infratest im Auftrag des Pharmaunternehmens Janssen unter mehr als 500 Bundesbürgern zufolge, nehmen es die Deutschen mit der Therapietreue „nicht so genau“. Dem Ergebnis entsprechend glauben die Befragten zwar, dass 56 % aller Patienten die verordnete Behandlung korrekt befolgen, sich jedoch weitere 40 % nicht oder nicht vollständig an die ärztlichen Therapievorgaben halten. Eine im Herbst 2013 veröffentlichte Studie des Marktforschungsinstituts IMS Health zeigt, dass die falsche Anwendung von Arzneimitteln in Deutschland jährlich Kosten in Höhe von 19 Mrd. Euro verursacht, was einem Anteil von rund 6 % der gesamten Gesundheitsausgaben ausmacht. Der größte Kostenblock entfällt dabei mit 13 Mrd. Euro auf die sogenannte Non-Compliance bzw. mangelnde Einnahmetreue.

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

Bundesweit einheitlicher Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung

Seit dem 1. Januar 2015 gibt es einen bundesweit einheitlichen Hausarztvertrag. Vertragspartner sind der Deutsche Hausärzteverband und der Kassendienstleister SpektrumK. SpectrumK ist ein Gesundheitsdienstleister für alle Gesetzlichen Krankenkassen und bietet Produkte in den Bereichen Versorgungsmanagement, Informations- und Finanzmanagement an. Den Grundstein für das Unternehmen legten die Betriebskrankenkassen.

Der Rahmenvertrag bietet etwa 60 bis 70 Betriebskrankenkassen sowie weiteren Kunden und Gesellschaftern der SpectrumK die Möglichkeit, sich mit geringem bürokratischem Aufwand der hausarztzentrierten Versorgung (HzV) anzuschließen. Ebenso haben auch Kassen mit bestehenden HzV-Verträgen, welche durch ein Schiedsverfahren festgesetzt worden sind, die Option, sich über eine sogenannte Aufhebungsklausel an dem Rahmenvertrag zu beteiligen. Die vom Gesetzgeber geforderten Wirtschaftlichkeitskriterien sind im Rahmenvertrag bereits enthalten. Des Weiteren bleibt der Vertrag für die Kassen durch eine Ausgabenobergrenze für die nächsten Jahre kalkulierbar. Durch die enge Zusammenarbeit zwischen SpektrumK und dem Bundesversicherungsamt wird der administrative Aufwand für die dem Vertrag beitretenden Krankenkassen minimiert. Der Rahmenvertrag startet voraussichtlich im zweiten Quartal 2015. In Kooperation mit den Landeshausärzteverbänden planen die Kassen nun eine Umsetzung in den einzelnen Regionen.

Derzeit gibt es eine Vielzahl von HzV-Verträgen mit verschiedenen Kassen. Die Folge ist, dass Hausärzte, die an zahlreichen Verträgen teilnehmen, bei der Abrechnung den Überblick verlieren können. Dies wiederum steht dem eigentlichen Ziel der Verträge, die eine einfache und unkomplizierte Abrechnung der HzV-Leistungen beabsichtigen, entgegen. Besonders schwierig wird es bei kooperativen Praxisformen. Grundsätzlich kann sich nur der einzelne Arzt und nicht die Praxis als Betriebsstätte in den Hausarztvertrag einschreiben. Im Falle z. B. einer Berufsausübungsgemeinschaft müssen daher mehrere HzV-Verträge parallel verwaltet werden.

Bundesweit geöffnete Krankenkassen sind verpflichtet, in jeder KV-Region eine hausarztzentrierte Versorgung anzubieten. Dies bereitet vor allem kleineren Krankenkassen erhebliche Mühe, da sie mit den Hausarztverbänden jeder KV-Region Vertragsverhandlungen führen müssen. Der bundesweit einheitliche Hausarztvertrag für Gesetzliche Krankenkassen ist daher ein wichtiger Schritt, um die hausärztliche Versorgung in Deutschland flächendeckend sicherzustellen und gleichzeitig mehr Einheitlichkeit bei den Verträgen zu erreichen. Von der größeren Transparenz würden letztendlich die Kassen ebenso wie die Ärzte profitieren.

FACHÄRZTE

Kinder- und Jugendärzte – Einnahmen aus Selektivverträgen steigen

Mit der Einführung der hausarztzentrierten Versorgung fühlten sich viele Kinderärzte übergangen. Sie bemängelten die fehlende Qualifikation der Hausärzte für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen und forderten vehement eigene Verträge für Versicherte unter 18 Jahren. Mittlerweile scheint sich ihr Engagement für fachgruppenspezifische Selektivverträge auszuzahlen. Heute

sind die Pädiater nach den Hausärzten die ärztliche Berufsgruppe mit den meisten Selektivverträgen. Bundesweit gibt es gegenwärtig 70 Selektivverträge im pädiatrischen Bereich. Rund 4.000 der insgesamt ca. 6.000 niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte haben sich in mindestens einen Selektivvertrag eingeschrieben. Von diesen wiederum rechnen rund 2.500 regelmäßig selektivvertragliche Leistungen ab.

Die BVKJ Service GmbH beziffert das zusätzliche von ihr abgerechnete Honorarvolumen seit 2009 bis Oktober 2014 auf mehr als 140 Mio. Euro. Hierbei lassen sich rund 90 Mio. Euro den landesweiten und ca. 50 Mio. Euro den bundesweiten Verträgen zurechnen. Im Durchschnitt generiert jeder Pädiater aus den Selektivverträgen 1.625 Euro pro Quartal an zusätzlichem Honorar.

Die Leistungen der Verträge für die Versicherten umfassen insbesondere neue Vorsorgen und weitere Leistungen außerhalb der Regelversorgung. Für die teilnehmenden Ärzte ergeben sich durch die zusätzliche und oft höhere Vergütung als vergleichbare Leistungen der Regelversorgung Vorteile. Beispielsweise werden im Vertrag der Techniker Krankenkasse die U10, U11 und J2 mit jeweils 53 Euro vergütet, was rund 20 Euro höher liegt als bei der Abrechnung von U1 – U9 innerhalb der Regelversorgung.

Orthopäden und Unfallchirurgen – Osteopathen scheitern mit Petition

In einer Petition an den Deutschen Bundestag forderte der Bundesverband Osteopathie (BVO) „die staatliche Anerkennung des Berufsbildes Osteopath als eigenständiger Beruf mit primärem Patientenkontakt und damit die Implementierung der Osteopathie als zweiten zur Ausübung der Heilkunde berechtigten Beruf im Gesundheitssystem“. Als Begründung führte der Verband auf, dass „keine gesetzlichen Regelungen über die qualitativen Anforderungen an Ausbildungsumfang und -inhalt“ hinaus bestehen. Der BVO ist der Auffassung, dass eine staatliche Anerkennung des Berufsbildes einschließlich des Rechts auf den primären Patientenkontakt dazu beitragen könnte, „die vorhandenen Engpässe sowie die Wartezeitproblematik in Arztpraxen zu reduzieren“.

Die Osteopathie zählt zu den alternativen Heilmethoden, wobei die Therapie ausschließlich mit den Händen erfolgt. Zur Diagnose ertastet der Osteopath das menschliche Gewebe Schicht für Schicht, um Bewegungseinschränkungen und Spannungen zu erkennen, die dann mit speziellen osteopathischen Techniken (von sehr feinen Griffen über Techniken zur Behandlung von Muskeln und Faszien bis hin zu Impulstechniken) behandelt werden. Das Quorum für die Online-Petition, deren Frist am 23. Februar 2015 endete, wurde nicht erreicht. Mit nur 8.405 Mitzeichnern blieb das Ergebnis weit unter der erforderlichen Anzahl von 50.000.

Die Wirksamkeit der osteopathischen Behandlungsmethode ist in der medizinischen Fachwelt stark umstritten. So kam die Bundesärztekammer bei der Bewertung der speziellen Heilverfahren bereits im Jahr 2009 zu dem Ergebnis, dass nur bei wenigen Krankheitsbildern eine Therapiewirkung vorliegt. Positive Ergebnisse zeigten sich z. B. bei chronischen Schmerzsyndromen der Wirbelsäule.

Einige osteopathische Techniken sind Bestandteil der ärztlichen Aus- und Weiterbildung, insbesondere bei den Fachärzten für physikalische und rehabilitative Medizin im Bereich der manuellen Medizin. Die Osteopathie liegt bei den Patienten im Trend. Dies hängt auch damit zusammen, dass viele der Gesetzlichen Krankenversicherungen im Rahmen der erweiterten Satzungsleistungen einen Teil der Behandlungskosten übernehmen. Bereits 2013 beliefen sich die Kassenausgaben für die alternative Therapieform auf über 110 Mio. Euro und haben sich damit innerhalb eines Jahres mehr als verdreifacht.

Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), die Deutsche Gesellschaft für Manuelle Medizin (DGMM) und der Berufsverband der Orthopäden und Unfallchirurgen (BVOU) haben mit einer gemeinsamen Erklärung auf die Petition reagiert. Sie verweisen darauf, dass Deutschland hinsichtlich der Dichte der Fachärzte mit der Weiterbildung Manuelle Medizin/Osteopathie je Einwohner weltweit an der Spitze liegt und somit kein zusätzlicher Bedarf besteht. Sie befürchten ferner ein Qualitätsproblem. So können sich medizinische Laien hierzulande an Schulen und Fachhochschulen mit einem aus ihrer Sicht zum Teil völlig unzureichenden Curriculum zwischen 300 und 5.000 Stunden zum Osteopathen ausbilden lassen. In Großbritannien sowie in der Schweiz ist die Berufsbezeichnung geschützt.

ZAHNÄRZTE

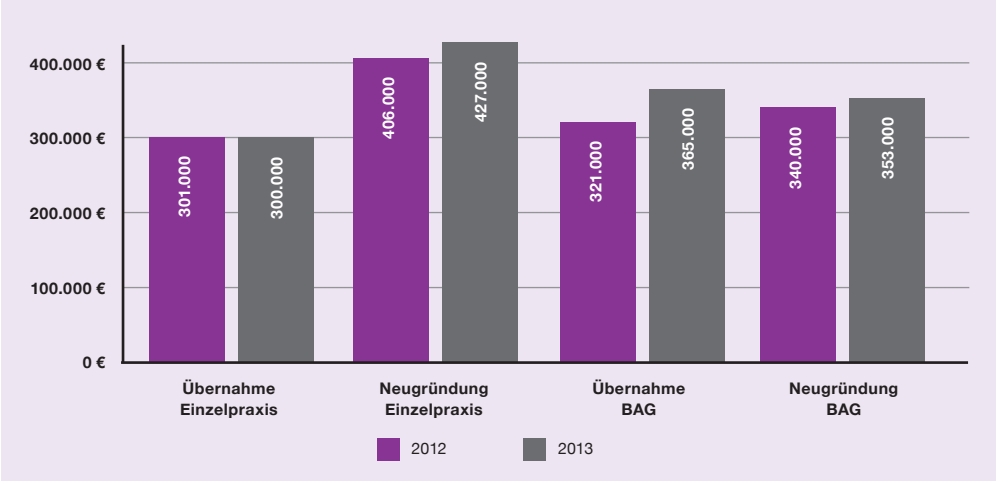
Neugründung einer Zahnarztpraxis: Kosten deutlich gestiegen

Gemeinsam mit der Deutschen Apotheker- und Ärztebank (apoBank) untersucht das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) bereits seit 1984 das Investitionsverhalten von Zahnärzten bei der Niederlassung. Im Dezember wurde die Analyse für die Existenzgründungen 2013 im „InvestMonitor Zahnarztpraxis“ veröffentlicht. Zu den zentralen Ergebnissen zählt Folgendes:

- 68 % der Zahnärzte entschieden sich 2013 für die Übernahme einer Einzelpraxis. Wie bereits im Vorjahr (61 %) war dies die häufigste Form der zahnärztlichen Existenzgründung.
- Die Kosten bei der Übernahme einer Praxis verharrten laut der Studie nahezu auf dem Vorjahresniveau von 301.000 Euro.
- Die Einzelpraxisneugründung ist mit 8 % die am seltensten gewählte Niederlassungsform. Selbst der Anteil der Berufsausübungsgemeinschaften (BAGs) an den Existenzgründungen liegt mit 24 % deutlich über der Anzahl der Neugründungen im Bereich der zahnärztlichen Einzelpraxen. Bei den jüngeren Zahnärzten (bis 30 Jahre) lag der Anteil der BAGs sogar bei 33 %. Im Vergleich zum Vorjahr ging der Anteil der zahnärztlichen Existenzgründer einer BAG insgesamt um 3 % und bei den jüngeren Zahnärzten sogar um 8 % zurück.

- Bei der Neugründung einer Einzelpraxis erhöhte sich das Finanzierungsvolumen um 5 % auf 427.000 Euro gegenüber dem Vorjahreswert. Die Kosten bei der Gründung einer kieferorthopädischen Fachpraxis liegen um 25 % über dem Finanzierungsvolumen einer allgemeinen zahnärztlichen Einzelpraxis. Bei oralchirurgischen und MKG-Fachpraxen übertreffen die Finanzierungsvolumina jenes der allgemeinen zahnärztlichen Einzelpraxis teilweise sogar um bis zu 40 %.
- Auch das erforderliche Finanzierungsvolumen für die Niederlassung in Form einer BAG erhöhte sich im Vergleich zum Vorjahr. Für eine Neugründung/Übernahme sind 353.000 Euro/365.000 Euro erforderlich.

Finanzierungsvolumen bei der zahnärztlichen Existenzgründung in Euro



Quelle: Institut der Deutschen Zahnärzte Grafik: REBMANN RESEARCH

Die hohen Investitionsvolumina bei der zahnärztlichen Existenzgründung lassen sich dadurch begründen, dass für eine moderne zahnmedizinische Patientenversorgung eine sehr umfangreiche technisch-apparative Ausstattung erforderlich ist. Dies wird insbesondere bei der Praxisneugründung deutlich. So machte der Posten „Medizinisch-technische Geräte und Einrichtung“ bei der Neugründung einer zahnärztlichen Einzelpraxis 69 % (2013) des gesamten Finanzierungsvolumens aus.

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: Honorar für 2015 steht fest

In Baden-Württemberg haben die Krankenkassenverbände und die Kassenärztliche Vereinigung (KV) noch Ende 2014 die Honorarverhandlungen für 2015 abgeschlossen. Im laufenden Jahr wird die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung um 3,5 % steigen. Ebenso bleiben sämtliche extrabudgetäre Leistungen und Zusatzverträge erhalten. Hierunter fallen die DMP (bei der AOK unbefristete, für die anderen Kassenarten zunächst bis zum 30. Juni 2015 befristete Verlängerung), Onkologievereinbarungen, Sozialpsychiatrie, Prävention, ambulantes Operieren und alle operativen Begleitleistungen sowohl für den Operateur als auch den Zuweiser, die postoperative Betreuung durch Operateur und Weiterbehandler, die antragspflichtige Psychotherapie (gem. Kapitel 35.2. EBM) und Probatorik (GOP 35150 EBM), die Balneophototherapie sowie Sonderverträge (z. B. Hautkrebs, Venentherapie und Starke Kids).

Die Honorarerhöhung verteilt sich wie folgt:
- Erhöhung des Orientierungswertes um 1,4 %. Der regionale Punktwert liegt bei 10,2718 Cent.
- EBM-Anpassung zur Förderung von Leistungen und Strukturen in der haus- und fachärztlichen Grundversorgung (+ 0,8 %).
- Erhöhung der Veränderungsrate, welche die Entwicklung der Demografie und Morbidität widerspiegeln soll, um 0,2904 %.
- Zusätzliche Förderung der psychiatrischen Gesprächsleistungen mit 1,9 Mio. Euro.

Ferner kamen die Verhandlungspartner überein, alle bisherigen Förderungen in Form von Zuschlägen auf den Punktwert beizubehalten:
- Mammografie-Screening (1,2378 Cent)
- Leistungen der Drogensubstitution (1,6970 Cent)
- Belegärztliche Leistungen (1,5250 Cent)
- Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex (4 Euro)
- Praxisklinische Beobachtung und Betreuung (20 Euro)
- Besuch in Alten- und Pflegeheimen durch Haus- und Fachärzte (12,50 Euro pro Fall)
- Subkutane Immuntherapie: 3 Euro

- Mitwirkung an der Förder- und Behandlungsplanung im Rahmen der Früherkennung und Förderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Pauschale: 8,50 Euro)
- Besuche im Pflegeheim an den fünf Modellstandorten des Pflegeheimforschungsprojekts des Sozialministeriums Baden-Württemberg (25 Euro je Versichertem und Quartal).

Des Weiteren steigt die Förderung durch die Kassen beim Notdienst von 9 Mio. Euro (2014) auf 12 Mio. Euro (2015).

Im Bereich des ambulanten Operierens wurde Folgendes vereinbart:
- Das ambulante Operieren bleibt ausbudgetiert.
- Bis zu einer Neukalkulation der operativen Leistungen im Rahmen der zum 1. Januar 2017 zu erwartenden EBM-Reform wird die für Baden-Württemberg geltende Förderung begrenzt zunächst auf die Jahre 2015 und 2016 beibehalten:
  - Die K1-Förderung bleibt im laufenden Jahr bestehen. 2016 erfolgt eine Beschränkung auf die Venenchirurgie.
  - Die K2-Förderung bleibt bis Ende 2016 bestehen (Ausnahme: Es erfolgt zuvor eine EBM-Reform).

Die Rahmenvorgaben des Bundes haben wie in anderen KVen die Honorarabschlüsse richtungsgebend beeinflusst. Für die Verhandlung hinsichtlich des Orientierungspunktwertes, der EBM-Anpassungen und der morbiditätsbedingten Veränderungsrate ist der Spielraum nicht besonders groß, da diese bereits auf Bundesebene als Mindestforderung festgelegt wurden.

Insgesamt bewertet die KV das Honorarergebnis vor dem Hintergrund der Entwicklung der Inflationsrate als positiv – auch wenn einige Wünsche der Ärzte unberücksichtigt blieben. Durch den Erhalt der bisherigen Förderungen werden sich für die einzelnen Praxen und deren Abrechnungsmöglichkeiten kaum Änderungen ergeben.

Hessen: Neue Verträge zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (§ 73c SGB V)

Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen (KV Hessen) hat mit Wirkung ab 1. Juli 2014 zwei weitere Verträge zur „besonderen ambulanten Versorgung“ mit der Bosch BKK und der Barmer GEK abgeschlossen. Inhalt der Verträge ist die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens. Hierbei können neben den Dermatologen auch qualifizierte Hausärzte (Fachärzte für Allgemeinmedizin, Internisten, praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung, die über eine Genehmigung zum Hautkrebs-Screening verfügen) teilnehmen.

Anspruch auf die Leistungen des ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens haben Versicherte der Bosch BKK bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres sowie Versicherte der Barmer GEK ab dem 18. bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres. Diese können alle zwei Jahre eine prophylaktische Untersuchung durch einen Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten oder einen qualifizierten Hausarzt (siehe oben) wahrnehmen. Die prophylaktische Untersuchung umfasst Folgendes:
- Auskunft zum Versorgungsangebot und zur Anspruchsberechtigung
- Anamnese
- Körperliche Untersuchung (Untersuchung der Haut, der Hautanhangsgebilde und der sichtbaren Schleimhäute – Gesamtuntersuchung)
- Erstmalige Hauttypbestimmung
- Vollständige Dokumentation

Des Weiteren besteht ein Anspruch auf eine Beratung auf Basis der Ergebnisse der vorgenannten Maßnahmen. Ziel der Beratung ist es, die Versicherten – unter Berücksichtigung ihres individuellen Risikoprofils – über Maßnahmen und Verhaltensweisen aufzuklären, die dazu beitragen, ihr Risiko für Hautkrebserkrankungen zu senken.

Die Vergütung der Leistungen erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung über eine Pauschale in Höhe von 28 Euro pro Fall (Abrechnungsziffern: 93040 (Frauen), 93041 (Männer)). Eine parallele privatärztliche Abrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte ist damit ausgeschlossen.

Eine Abrechnung der GOP 01745 EBM (Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs gemäß Abschnitt B.5 oder C.2 der Krebsfrüherkennungsrichtlinie) neben der Abrechnungsziffer 93040 bzw. 93041 ist im gleichen Behandlungsfall ebenfalls ausgeschlossen.

Nordrhein: Chroniker profitieren von Disease-Management-Programmen

Der aktuelle DMP-Bericht 2013, eine Studie des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI) im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein, der nordrheinischen Krankenkassen und der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, zeigt, dass Disease-Management-Programme positive Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der Teilnehmer haben. Konkret kam das ZI in der über 800.000 Patienten aus Nordrhein umfassenden Untersuchung zu dem Ergebnis, dass die DMP sowohl das Selbstmanagement der Patienten und die leitliniengerechte Therapie als auch die sektorübergreifende Kooperation fördern und auf diese Weise die

Zahl der Komplikationen und notfallmäßigen Krankenhauseinweisungen reduzieren. Dabei ist die Effektivität der strukturierten Behandlungsprogramme umso höher, je länger die Patienten an ihnen teilnehmen. Allein in Nordrhein beteiligen sich 107 Krankenhäuser, 4.554 Praxen und 6.170 Ärzte an den DMPs. Von Seiten der Versicherten in der KV-Region liegt der Anteil der eingeschriebenen Versicherten zwischen 23 % (DMP Asthma bronchiale) und 90 % (Diabetes mellitus Typ 1). Gegenwärtig bestehen für sechs Krankheitsbilder DMPs (Koronare Herzkrankheit, Brustkrebs, Diabetes mellitus Typ 2 und Typ 1, Asthma bronchiale und chronisch obstruktive Lungenkrankheit). Nach Beschluss des G-BA Ende 2014 wird die Einführung neuer DMPs für die Indikationen rheumatoide Arthritis, chronische Herzinsuffizienz, Osteoporose und Rückenschmerz geprüft.

Der qualitätssteigernde Effekt aller DMPs beruht auf einer Doppel-Strategie: Auf ärztlicher Seite erhöht sich die Effektivität durch die Strukturierung des Behandlungsablaufs (z. B. leitliniengerechte Arzneimitteltherapie), die engmaschige Befundkontrolle, die kontinuierliche Auswertung und Rückkoppelung der Ergebnisse insbesondere durch den Hausarzt sowie die intensive Kooperation zwischen Hausärzten und Spezialisten. Daneben erhalten die Patienten spezielle Informationen und Schulungen, die die Compliance sowie den Umgang mit ihrer Krankheit verbessern.

Arzneimittelkosten für die Behandlung von Hepatitis C werden aktuell auf 3 % der gesamten Arzneimittelausgaben geschätzt. Vor kurzem haben deshalb die KBV und der GKV-Spitzenverband im Zuge der neuen Rahmenvereinbarung für die Entwicklung der Arzneimittelausgaben 2015 ein Sondervolumen für die innovative Hepatitis-C-Therapie von plus 2,4 % vereinbart. Das Sonderausgabenvolumen wird nicht in die Richtgrößenprüfung einbezogen.

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.

WHO sagt Zivilisationskrankheiten den Kampf an

Die Weltgesundheitsorganisation WHO hat einen aktuellen Report „Global status report on noncommunicable diseases 2014“ zu den sogenannten „nichtübertragbaren Krankheiten“ (noncommunicable diseases, NCD) veröffentlicht. Unter die NCD fallen gemäß Definition der WHO Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus, chronische Lungenerkrankungen und Krebs. Die vier chronischen Krankheiten bzw. Krankheitsgruppen zählen nicht zu den Infektionskrankheiten, nehmen jedoch hinsichtlich ihrer Ausbreitung „epidemische“ Ausmaße an. So sind jährlich weltweit rund 38 Millionen bzw. knapp zwei Drittel aller Todesfälle auf diese Krankheiten zurückzuführen. Angesichts des Ausmaßes der NCD, die zudem mit enormen volkswirtschaftlichen Kosten einhergehen, haben neben der WHO auch die Vereinten Nationen den nichtübertragbaren Krankheiten den Kampf angesagt. Mit gemeinsamen Programmen wollen die Organisationen die vorzeitigen NCD-Todesfälle bis zum Jahr 2025 um 25 % reduzieren. Mit dem „Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases“ wollen die 194 WHO-Mitgliedsstaaten bis 2020 ihre Zusammenarbeit mit den Gesundheitsbehörden und insbesondere in der Gesundheitsförderung vorantreiben. Vorgesehen ist die 25-prozentige Reduktion der vorzeitigen Mortalität durch NCD u. a. durch die Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens der Bevölkerung hinsichtlich der vier den NCD gemeinsamen Risikofaktoren (Ernährung, Bewegungsmangel, Alkoholmissbrauch und Tabakabhängigkeit).

Im Einzelnen wurden folgende Ziele gesteckt:

- Bekämpfung von Diabetes und Adipositas
- Verringerung der Hypertonie um 25 %
- Senkung der körperlichen Inaktivität um 10 %
- Senkung des Salzkonsums und des Tabakrauchens um jeweils 30 %
- Reduktion des schädlichen Alkoholkonsums um 10 %
- Medikamentöse und präventive Versorgung von 50 % der herzinfarkt- und schlaganfallgefährdeten Personen
- „80-prozentige Verfügbarkeit“ bezahlbarer, grundlegender Technologien und Medikamente zur Therapie der NCD

Die gesetzten Ziele zur Bekämpfung der NCD sind ehrgeizig, aber nicht illusorisch. Bei der Vorstellung des Reports verwies die WHO-Generaldirektorin Dr. Margaret Chan darauf, dass bereits mit Ausgaben zwischen einem bis drei US-Dollar pro Person und Jahr die Länder die durch NCD verursachte Krankheitslast und Todesfälle deutlich reduzieren könnten. Auch die Beispiele einzelner Länder machen Hoffnung, da sie zeigen, dass z. B. Werbeverbote sowie Zucker- und Fettsteuern zielführend sein können. Beispielsweise gelang der Türkei mithilfe hoher Tabaksteuern, einem Rauchverbot in und vor öffentlichen Gebäuden, gekoppelt mit einem totalen Tabakwerbeverbot und Gesundheitswarnungen auf Zigarettenverpackungen, den Anteil der Raucher an der Bevölkerung um 13,4 % im Vergleich zum Jahr 2008 zu reduzieren. In Ungarn ging der Konsum ungesunder Lebensmittel um 25 – 30 % zurück, nachdem die Regierung eine Salz-, Zucker- und Koffeinsteuer einführte. Positiver Nebeneffekt: 40 % der Hersteller haben die Rezepte ihrer Produkte verbessert, um nicht unter die Steuer zu fallen und so wettbewerbsfähig zu bleiben.

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.

Deutschland „bleibt sitzen“

Der aktuelle DKV-Report „Wie gesund lebt Deutschland?“ in Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Gesundheit durch Bewegung und Sport der Deutschen Sporthochschule Köln (DSHS) zeigt auf, dass die deutsche Bevölkerung deutlich zu viel Zeit sitzend verbringt. Die Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sehen vor, dass sich Erwachse pro Woche mindestens 150 Minuten moderat oder 75 Minuten intensiv körperlich bewegen sollen. Kindern im Alter von sechs bis zwölf werden mindestens 60 Bewegungsminuten pro Tag empfohlen.

Laut Report bewegen sich 46 % der Bundesbürger nicht in ausreichender Form. Im Durchschnitt sitzt jeder Deutsche siebeneinhalb Stunden pro Tag. Noch gravierender ist die Lage bei den jungen Erwachsenen, die durchschnittlich sogar auf neun Stunden kommen.

Die Folgen für die Gesundheit äußern sich unter anderem in einem Muskelabbau, einer Gewichtszunahme, der Schwächung des Herzkreislaufs und des Autoimmunsystems und begünstigen eine erhöhte Stressanfälligkeit sowie Folgeerkrankungen wie Rheuma oder Arthrose. Als Hauptgrund für das Bewegungsmanko identifiziert die Studie den Fernsehkonsum, der mit 30 % der „Sitzzeit“ noch vor der Arbeit am Schreibtisch (24 %) liegt. Bei den Kindern fällt neben dem Fernseh- und PC-Konsum auch die Schule negativ ins Gewicht. Drei Viertel der 6- bis 12-jährigen Kinder überschreiten das empfohlene Limit, Bildschirmmedien nicht länger als eine Stunde pro Tag zu nutzen. 72 % der Kinder haben einen eigenen Fernseher in ihrem Zimmer und 50 % einen Internetzugang.

Um einen gesünderen Lebensstil zu erreichen, ist das Zusammenwirken aller Akteure erforderlich. Dies sieht auch der vor kurzem durch das Bundeskabinett beschlossene Gesetzentwurf des neuen Präventionsgesetzes vor. Hierbei ist geplant, neben der Gesetzlichen Krankenversicherung auch die gesetzliche Rentenversicherung und die gesetzliche Unfallversicherung sowie die Soziale Pflegeversicherung einzubinden. Schwerpunkte des Gesetzes sind die Förderung der Prävention im Betrieb und die Weiterentwicklung der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene zu präventionsorientierten Gesundheitsuntersuchungen. Für Versicherte mit besonderen beruflichen oder familiären Belastungen (u. a. Schichtarbeiter oder pflegende Angehörige) ist ein erleichterter Zugang zu Präventionsangeboten vorgesehen.

Deutsche gehen großzügig mit Gesundheitsdaten um

Eine aktuelle repräsentative Umfrage des Marktforschungsunternehmens YouGov zeigt, dass jeder dritte Bürger in Deutschland bereit wäre, 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 einer Beitragsersparnis) erhalten würde. 39 % der Befragten lehnen 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.

Im vergangenen Jahr hatte die Generali-Versicherung mit ihrem Vorstoß zur Sammlung der Fitness- und Gesundheitsdaten ihrer Kunden und der Berücksichtigung in Form eines Bonussystems für Aufregung gesorgt. Der Markt für die sogenannten Wearables, die in der Regel in Kombination mit speziellen Smartphone-Apps funktionieren, wächst stetig.

Laut obiger Umfrage gaben 41 % der Befragten an, mindestens eine Gesundheitsapp auf ihrem Smartphone installiert zu haben. Rund drei Viertel dieser Gruppe macht von den Apps auch tatsächlich Gebrauch. Da es sich bei diesen Apps um eine relativ neue Entwicklung handelt, bestehen jedoch noch Gefahren u. a. hinsichtlich des Datenschutzes. Viele Bürger nutzen dabei die Apps allzu sorglos. Häufig greifen die Apps z. B. auf persönliche Daten und Aktivitäten zu, um möglichst individuelle Ratschläge und Auswertungen geben zu können. Dabei gelten jedoch viele Apps datenschutzrechtlich als nicht sicher. Sensible Daten können leicht ohne das Wissen des App-Anwenders weitergegeben werden.

Laut einer aktuellen Studie des Fraunhofer-Instituts für Sichere Informationstechnologie nutzen beispielsweise 72 % der 400 populärsten Apps aus der Rubrik Utilities aus dem App-Store von Apple mindestens ein sogenanntes Web-Tracking-Framework. Mithilfe dieser Systeme, die kleine Code-Elemente umfassen, gelangen ausgewählte Daten und Aktionen an Dritte (sog. Tracker), die dann z. B. gezielte Werbemaßnahmen einleiten können. Die App-Entwickler profitieren somit nicht nur vom Verkauf der App an sich, sondern auch vom Verkauf der Daten an Dritte. Einige Apps nutzen Server im Ausland für die Auswertung und Speicherung der persönlichen Daten der Anwender. Hier ist zu beachten, dass die Datenschutzrichtlinien des jeweiligen Landes gelten und dass es bei Missbrauch grundsätzlich schwieriger ist, ausländische Betreiber zur Verantwortung zu ziehen.

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!

HUG

Healthcare Competition Center

H.U.G
Betriebswirtschaftliche
Beratungsgesellschaft mbH

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

Unternehmensgründung:
1988

Geschäftsführer:
Martin Graf

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

Vertragsarztexperte:
Burkhard Bedei

Seminarorganisation:
Susanne Ullrich, Janine Böttcher

Healthcare/Gesundheitswesen

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

Competition/Wettbewerb

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

Center/Schaltstelle

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

HUG

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