3

Jahrgang 2013

QUID

H.U.G Quartalsinformation

In Zusammenarbeit mit REBMANN RESEARCH

Hausarzt-EBM – Reform im Blindflug?

HUG

*H*ealthcare Competition *C*enter

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

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

Inhalt

Barometer :: Seite 3 – 5
- Hausarzt-EBM – Reform im Blindflug?
- Gesundheitsfonds: Sind die goldenen Zeiten passé?
- Einheitlicher Bundesmantelvertrag schafft Klarheit

Talk :: Seite 5 – 7
- Neuer Tarifvertrag für MFA
- Einmalige Chance für Nicht-Versicherte und Beitragsschuldner
- Apotheker und Ärzte genießen höchstes Vertrauen

Fachrichtung :: Seite 7 – 9
Allgemeinärzte:
- Hausarztversorgung: Positive Ergebnisse der Versichertenbefragung 2013

Fachärzte:
- Psychotherapeuten: Online-Psychotherapie übertrifft Erwartungen
- Verbesserte augenärztliche Vorsorge für Kleinkinder in Nordrhein

Zahnärzte:
- Neues Vorsorgeprogramm für „Junge Zähne“ ohne Karies

Regional :: Seite 9 – 10
- Südwesten punktet mit Qualitätszirkeln
- Schleswig-Holstein setzt auf individuelle Punktzahlvolumen
- Honorarkonflikt in Hamburg beendet

International :: Seite 10
- Gesundheitswesen als europäischer Jobmotor

Trend :: Seite 10 – 11
- Kreis Wolfenbüttel startet Modellprojekt „Rollende Arztpraxis“
- Internet bei der Arztwahl immer wichtiger

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

Fortbildungsveranstaltungen 2013 :: Seite 14

Ärztestammtische 2013 :: 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.

Hausarzt-EBM – Reform im Blindflug?

Mit dem Versorgungsstrukturgesetz wurde eine erneute, schrittweise EBM-Reform in Gang gesetzt, wobei sich jedoch die Verhandlungen zwischen den Vertragspartnern insbesondere beim Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) für Hausärzte als überaus schwierig entpuppten. Schließlich konnten die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung im Bewertungsausschuss Ende Juni 2013 doch noch einen gemeinsamen Nenner finden.

Der neue EBM, der bereits zum 1. Oktober 2013 eingeführt werden soll, zielt darauf ab, die ärztliche „Grundversorgung“ gegenüber den technikgebundenen Leistungen aufzuwerten. Wesentliche Neuerungen betreffen die stärkere Differenzierung der Versichertenpauschale nach dem Alter der Patienten, die Vergütung des hausärztlichen Gesprächs außerhalb der bisherigen Pauschale als Einzelleistung, die Einführung einer neuen Pauschale zur Sicherung der hausärztlichen Vorhalteleistung, Neuregelungen beim Chronikerzuschlag und die Einführung neuer Leistungspositionen für die palliativmedizinische und geriatrische Versorgung. Innerhalb der Ärzteschaft wächst jedoch die Kritik am Hausarzt-EBM. Zu den erklärten Gegnern des überarbeiteten Honorarregelwerks zählen neben der freien Ärzteschaft mittlerweile auch die Kassenärztlichen Vereinigungen Baden-Württemberg, Hamburg, Schleswig-Holstein, Bremen und Nordrhein. Die Kritik gilt dabei insbesondere der „ungenügenden Vorbereitung“ der Reform, der pauschalen Einteilung der Vertragsärzte in „typische“ und „untypische Hausärzte“, der Einführung neuer komplizierter Abrechnungsziffern und der Absenkung der Pauschalen.

In der Tat haben die deutschen Vertragsärzte schon zu viele Honorarreformen hinter sich, um darauf zu vertrauen, dass der neue EBM „leistungsgerechter“, verständlicher oder aus abrechnungstechnischer Sicht effizienter sein sollte als seine entsprechenden Vorgängerregelungen. So müssen sich die Praxen nicht nur auf einen entsprechend hohen Zeit- und Verwaltungsaufwand für die Umstellung der Abrechnung einrichten, sondern auch darauf, dass der neue EBM – wie alle Eingriffe in die Vergütungssystematik – Umverteilungswirkungen zwischen und innerhalb der einzelnen Arztgruppen zur Folge haben wird. Eine Simulation der Auswirkungen des neuen EBM auf Basis des vierten Quartals 2011 zeigte, dass die Reform in fast allen KVen zu einer Absenkung des Leistungsbedarfs führen würde. Der Deutsche Hausärzteverband kritisiert zudem, dass den Kalkulationen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zufolge rund 14 % aller Hausarztpraxen von Verlusten betroffen sein könnten.

Hinzu kommt, dass mit jeder Honorarreform unerwartete Effekte verbunden sind, die von den Initiatoren nicht beabsichtigt wurden. Dies zeigt sich jetzt z. B. bei den fachübergreifenden Kooperationen, die nach gegenwärtigem Stand des neuen EBM zu den Verlierern des neuen Systems zählen könnten. Grund ist die Bestimmung, dass die Vorhaltepauschale und Chronikerzuschläge nur dann abgerechnet werden dürfen, wenn im Behandlungsfall ausschließlich Leistungen erbracht werden, die definitionsgemäß unter den hausärztlichen Versorgungsauftrag fallen (vgl. Infobox). In fachübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) oder MVZ entfallen damit diese Honorarbestandteile, sobald die Hausarztpatienten bei den Kollegen innerhalb der BAG/des MVZ eine Leistung erhalten, die den hausärztlichen Versorgungsauftrag überschreitet. Mit steigendem Kooperationsgrad erleiden so die hausärztlichen Kollegen in Kooperationen zunehmende Honorarverluste durch den Entfall der entsprechenden Pauschalen. Somit würde sich nach dem neuen System eine Benachteiligung der hausärztlichen Grundversorger in fachübergreifenden Kooperationen ergeben.

Vorhaltepauschale und Chronikerzuschläge

- Die Vorhaltepauschale (GO-Nr. 03040/04040) dient der Finanzierung der im Rahmen der Erfüllung der hausärztlichen Grundversorgung erforderlichen Praxisstrukturen.
- Sie ist mit 140 Punkten bewertet.
- Die Pauschale wird von der KV automatisch einmal im Behandlungsfall zugesetzt.
- Der Chronikerzuschlag umfasst künftig zwei Gebührenordnungspositionen (GO-Nr. 03220/04220 für den ersten Arzt-Patienten-Kontakt und GO-Nr. 03221/ 04221 im Fall von zwei oder mehr Arzt-Patienten-Kontakten).
- Voraussetzung ist die Angabe des/der gesicherten Diagnose(n) der chronischen Erkrankung(en) gemäß ICD-10-GM.
- Vorhaltepauschale und Chronikerzuschläge sind jedoch dann nicht abrechnungsfähig, wenn im Behandlungsfall Leistungen erbracht werden, die nicht grundsätzlich zum hausärztlichen Versorgungsauftrag gehören. Hierunter fallen unter anderem Leistungen in den Bereichen Akupunktur, Psychotherapie und Phlebologie, Schmerztherapie und Schlafdiagnostik. Bei Diabetikern, HIV- oder Substitutionspatienten wird die Pauschale honoriert.

Auch die Fachärzte in Kooperationen sind einer ähnlichen Einschränkung unterworfen. So werden etwa die fachärztlichen Vorhaltepauschalen (PFG) in Kooperationen nur dann honoriert, wenn in-

nerhalb der gesamten Einrichtung ausschließlich Leistungen „der fachärztlichen Grundversorgung gemäß Anhang 3 und/oder regionaler Vereinbarungen“ abgerechnet werden. Mittlerweile hat die KBV das Problem beim Hausarzt-EBM eingeräumt und will in den folgenden Verhandlungen mit den Kassen nachbessern. Die hausärztliche Vorhalte- und Chronikerpauschale soll künftig immer dann abgerechnet werden dürfen, wenn die entsprechenden Leistungen aus unterschiedlichen Versorgungsbereichen stammen. Für die Fachärzte soll die Einschränkung bestehen bleiben.

Auch andere Einzelregelungen des neuen Hausarzt-EBM sorgen für Kritik. Auf ihrer jüngsten Sitzung vom 20. September hat die KBV-Vertreterversammlung nun beschlossen, dem Inkrafttreten des neuen Hausarzt-EBM zum 1. Oktober nur unter der Voraussetzung zuzustimmen, dass u. a. die Regelungen bezüglich des Chronikerzuschlags, der Vorhaltepauschale, der Gesprächsleistungen, des Gesprächsbudgets sowie die Voraussetzungen für die Geltendmachung von Pauschalen überarbeitet werden und rückwirkend zum 1. Oktober 2013 gelten. Sollte diesbezüglich bis Ende November kein Konsens mit dem GKV-Spitzenverband erzielt werden, soll der neue Hausarzt-EBM zum 1. Januar 2014 wieder außer Kraft gesetzt werden. Da die geforderten Änderungen voraussetzen, dass die Kassen zusätzliche finanzielle Mittel bereitstellen, ist weiterer „Ärger“ vorprogrammiert. Es bleibt zu hoffen, dass die Selbstverwaltungspartner trotzdem bald eine Einigung erzielen. Denn je länger die Diskussionen um die Reform andauern, desto größer dürfte die dadurch ausgelöste Verunsicherung unter den Ärzten und ganz besonders unter dem dringend benötigten hausärztlichen Nachwuchs sein.

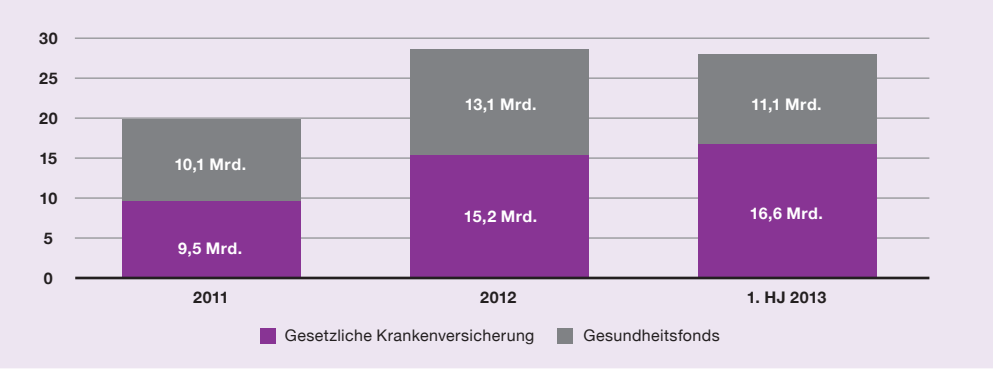
Gesundheitsfonds: Sind die goldenen Zeiten passé?

Nach den aktuellen vom Bundesministerium für Gesundheit veröffentlichten Finanzergebnissen von Krankenkassen und Gesundheitsfonds des ersten Halbjahres 2013 ist der positive Finanztrend zumindest beim Gesundheitsfonds erstmals gestoppt. Insgesamt ergibt sich für die GKV ein Defizit in Höhe von rund 890 Mio. Euro, das aus einem Minus beim Gesundheitsfonds in Höhe von 1,98 Mrd. Euro und einem Plus bei den Krankenkassen von 1,09 Mrd. Euro entsteht. Laut BMG ist diese Entwicklung jedoch nicht besorgniserregend, da sie auf folgende Effekte zurückzuführen ist:

- Abschaffung der Praxisgebühr seit dem 1. Januar 2013
- Kürzung des Bundeszuschusses an den Gesundheitsfonds um 2,5 Mrd. Euro von 14 Mrd. auf 11,5 Mrd. Euro im Rahmen einer vorgezogenen Haushaltskonsolidierung
- Verbesserungen der Finanzsituation der Krankenhäuser (um rund eine Milliarde) und beim Apothekennotdienst
- Saisonbedingte Entwicklung: Aufgrund der Urlaubs- und Weihnachtsgeldzahlung ergeben sich beim Gesundheitsfonds in der zweiten Jahreshälfte regelmäßig höhere Einnahmen.

Insbesondere aufgrund des saisonalen Effekts rechnet das BMG bis zum Ende des Jahres wieder mit einem ausgeglichenen Ergebnis beim Gesundheitsfonds. Daneben trägt auch die günstige Lage auf dem Arbeitsmarkt und bei der Lohnentwicklung zu einer positiven Beitrags- und Finanzentwicklung bei. Der Gesundheitsfonds verzeichnete im ersten Halbjahr 2013 Beitragseinnahmen in Höhe von 88,33 Mrd. Euro, die somit um rund drei Milliarden über jenen des Vorjahres lagen. Zwar stiegen die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenkassen im ersten Halbjahr 2013 um 4,6 % je Versichertem. Ein großer Teil dieser Steigerung ist jedoch – ebenso wie der zehnprozentige Zuwachs bei den Ausgaben für ambulante Behandlung – auf den Entfall der Praxisgebühr zurückzuführen.

Entwicklung der Finanzreserven im Gesundheitswesen in Euro



Quelle: BMG Grafik: REBMANN RESEARCH

Auch die Lage hinsichtlich der Reserven erweist sich nach wie vor als komfortabel (vgl. Abbildung). So belaufen sich die Finanzreserven nach den ersten sechs Monaten 2013 auf insgesamt rund 27,7 Mrd. Euro, wovon 16,6 Mrd. Euro auf die Kassen und 11,1 Mrd. Euro auf den Fonds entfallen. Die neugewählte Regierung kann also zumindest im Gesundheitsbereich mit einem „guten finanziellen Polster“ starten.

Einheitlicher Bundesmantelvertrag schafft Klarheit

Ab dem 1. Oktober tritt ein für alle Kassenarten einheitlicher Bundesmantelvertrag (BMV) in Kraft, der den Bundesmantelvertrag-Ärzte sowie den Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen ersetzt. Der neue BMV führt u. a. hinsichtlich einzelner Themenbereiche folgende einheitliche Regelungen ein (vgl. Tabelle):

Regelungen des neuen BMV

Bonushefte	■ Die Einträge in das Versicherten-Bonusheft sind künftig für den Arzt in Zusammenhang mit der Erbringung der entsprechenden vertragsärztlichen Leistung Pflicht und somit nicht gesondert abrechenbar. ■ Ausnahme: Sofern der Patient sein Bonusheft nicht mehr im selben Quartal vorlegt, in dem die Leistung erbracht wurde, kann der Arzt das Ausfüllen des Bonushefts dem Patienten als Selbstzahlerleistung in Rechnung stellen.
Arztgruppenübergreifende Anstellung von Ärzten	■ Arztpraxen dürfen entgegen der bisherigen Regelung Fachärzte, die nur auf Überweisung tätig werden bzw. überweisungsgebundene Leistungen erbringen, arztgruppenübergreifend anstellen. Künftig besteht somit die Möglichkeit, Pathologen, Laborärzte, Mikrobiologen, Nuklearmediziner, Radiologen und Strahlentherapeuten in den Praxen anzustellen. Diese können dann ohne Überweisung in Anspruch genommen werden. ■ Diesbezüglich werden die Arztpraxen nun den MVZ gleichgestellt.
Ungültige oder missbräuchlich eingesetzte Versichertenkarten/ eGK	■ Ungültige oder missbräuchlich eingesetzte Versichertenkarten oder elektronische Gesundheitskarten (eGK) haben künftig keine Schadenersatzverpflichtungen der Ärzte zur Folge. ■ Ausnahme bei Missbrauch: Der Arzt haftet dann, wenn er bezüglich Alter, Versichertenbild oder Geschlecht des Patienten eindeutig eine Abweichung von den Daten der Karte hätte erkennen können. ■ Im Fall ungültiger Karten hat die KV das Recht, das Honorar für die Patientenbehandlung bei der Krankenkasse einzufordern. ■ Ausnahmen bei Ungültigkeit: Es besteht kein Recht auf Einforderung des Honorars, wenn die KV nachweislich bereits einen Vergütungsanteil für den betreffenden Patienten erhalten oder der Patient die Leistung selbst bezahlt hat. ■ Ungültige Karten sind weiterhin von den Kassen – und nicht von den Ärzten – einzuziehen. In den Praxen erfolgt keine Sperrung der Karten im Rahmen des Onlinestammdatendienstes.
Kassenanfragen	■ Kassenanfragen haben nun nach einheitlichem Muster zu erfolgen. Für formlose Anfragen ist künftig somit ein einheitliches Rahmenformular Pflicht. ■ Aus dem einheitlichen Rahmenformular sollen sich auch die Rechtsgrundlage für die jeweilige Anfrage und eine Vergütungsregelung (zumindest für Gutachten und gutachterliche Stellungnahmen) ergeben, wodurch die Ärzte Rechtssicherheit vor allem in Bezug auf die Schweigepflicht und den Datenschutz erhalten. ■ Das Formular enthält ferner einen Hinweis auf eine mögliche Vergütung.
Zurückbehaltungsrecht der Kassen	■ Das Zurückbehaltungsrecht der Krankenkassen (§ 75 Abs. 1 Satz 5 SGB V) wurde spezifiziert: Teile der Gesamtvergütung dürfen nur dann von den Kassen zurückbehalten werden, sofern eine weiter andauernde, erhebliche Verletzung des Sicherstellungauftrags vorliegt. Eine Unterversorgung ist hierbei grundsätzlich ausgeschlossen. ■ Ausnahme: Die KV hat zur Behebung der Unterversorgung keine Anstrengungen unternommen. ■ Vor einer Einbehaltung der Mittel hat die KV jedoch das Recht, innerhalb einer vierwöchigen Frist die Defizite bei der Sicherstellung der Versorgung zu beseitigen bzw. Stellung zu nehmen. ■ Ferner entfällt das Zurückbehaltungsrecht der Kassen, sofern ein Strukturfonds besteht und die Kassen ihre Beitragszahlung schuldig geblieben sind. ■ Bei ungerechtfertigtem Einbehalt von Gesamtvergütungsteilen durch die Kassen sind diese mit einer fünfprozentigen Verzinsung zurückzuzahlen.

Der einheitliche Bundesmantelvertrag ist aus Sicht der Vertragsärzte aus mehreren Gründen zu begrüßen. So schafft er endlich für alle Kassenarten gleiche Regelungen. Die zunehmende Anzahl unterschiedlicher Kassen-Vordrucke für formlose Anfragen dürfte damit passé sein. Die Ärzte erhalten ferner endlich Rechtssicherheit in puncto Datenschutz und Schweigepflicht und profitieren von einer festen Vergütungsregelung. Neben dem Bürokratieabbau, den die Neuregelung in Aussicht stellt, ist auch die Abschaffung der Ungleichbehandlung der Praxen gegenüber den MVZ hinsichtlich der Möglichkeit der arztgruppenübergreifenden Anstellung von Medizinern zu begrüßen.

Talk

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

Neuer Tarifvertrag für MFA

Im dritten Anlauf haben die Tarifpartner der niedergelassenen Ärzte und der Medizinischen Fachangestellten (MFA) Ende Juli 2013 die Verhandlungen über einen neuen Gehaltstarifvertrag und eine neue Vergütungsstruktur für MFA zum Abschluss gebracht. Der neue Tarifvertrag gilt rückwirkend ab dem 1. April 2013 bis zum 31. Juni 2016. Er umfasst folgende Inhalte:

- Einmalzahlung für April bis August 2013 in Höhe von 375 Euro (anteilige Berechnung für Teilzeitbeschäftigte)
- Schrittweise Gehaltserhöhung: seit dem 1. September 2013 um 4,5 % und ab dem 1. April 2014 um weitere 3 %
- Erhöhung des Eingangsstundenlohns für Berufsanfänger ab 2014 auf 10 Euro
- Einmalzahlung für MFA-Auszubildende aller drei Ausbildungsjahre in Höhe von 150 Euro für April bis August 2013 sowie seit dem 1. September 2013 ein um 30 Euro erhöhtes Monatsgehalt von 640, 680 beziehungsweise 730 Euro. Weitere Erhöhungen um jeweils 30 Euro pro Monat erfolgen ab dem 1. April 2014 und dem 1. April 2015.

Neben den Gehaltsverbesserungen sieht der Beschluss auch eine Änderung der Gehaltsstruktur vor. So wurden die Einstufungskriterien verändert sowie zwei weitere Tätigkeitsgruppen geschaffen, wodurch die unterschiedlichen Qualifizierungs-, Spezialisierungs- und Aufstiegsmöglichkeiten für Medizinische Fachangestellte besser berücksichtigt werden. Statt der bislang sieben Berufsjahrgruppen gibt es künftig nur noch fünf, wobei die fünfte Gruppe mit dem 17. Berufsjahr

beginnt. Detaillierte Informationen sind beim Verband medizinischer Fachberufe e. V. unter www.vmf-online.de/mfa/mfa-tarife abrufbar.

Der neue Gehaltstarifvertrag ist für jene Ärzte bindend, die Mitglied der Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen von MFA/Arzthelferinnen (AAA) sind, sowie für jene, die sich auf Arbeitsverträge mit einem entsprechenden Passus (z. B. die Musterverträge der Ärztekammern und des Verbands medizinischer Fachberufe) stützen. Mit dem neuen Tarifvertrag konnten die MFA zumindest einen Teil ihrer langjährigen Forderungen durchsetzen. Da jedoch viele MFA auch in der Vergangenheit unter Tarif bezahlt wurden, ist fraglich, ob der neue Vertrag hier flächendeckende Änderungen hervorbringen wird. Positiv zu werten sind die Möglichkeiten, infolge einer Verbesserung der Qualifikation in eine höhere Gehaltsstufe aufzusteigen oder die bessere Vergütung in der Ausbildung. Diese ist dringend notwendig, um in Zeiten des Fachkräftemangels ausreichenden Nachwuchs zu sichern.

MFA-Ausbildung auf Rang vier der Beliebtheitsskala bei den Frauen

- Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes haben sich im Jahr 2012 insgesamt 14.016 junge Frauen für eine Ausbildung als MFA entschieden.
- Damit war die Ausbildung zur MFA nach jener zur Einzelhandelskauffrau (17.538 neue Ausbildungsverträge), zur Verkäuferin (16.002) und zur Bürokauffrau (14.409) am beliebtesten.
- Insgesamt sank die Zahl der neu abgeschlossenen Ausbildungsverträge geringfügig um 318 gegenüber dem Jahr 2011.

Einmalige Chance für Nicht-Versicherte und Beitragsschuldner

Mit dem am ersten August in Kraft getretenen „Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung“ wird der (Wieder-)Eintritt für Nicht-Versicherte in die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) erheblich erleichtert: Seit dem 1. August bis Ende Dezember 2013 ist unter bestimmten Voraussetzungen ein Wiedereintritt in die GKV für ehemalige Mitglieder möglich, ohne die bis dato angesammelten Beitragsschulden und Säumniszuschläge nachbezahlen zu müssen. Gleiches gilt bei einer Versicherung in einer Privaten Krankenkasse: Hier entfällt der sogenannte Prämienzuschlag, der üblicherweise für die Zeit der Nicht-Versicherung angerechnet wird. Der Zuschlag ergibt sich aus jeweils einem vollen Monatsbeitrag für die ersten sechs Monate der versicherungsfreien Zeit sowie einem Sechstel des Monatsbeitrags für jeden weiteren Monat.

Von dem Schuldenerlass profitieren insbesondere Personen, die die seit dem 1. April 2007 bestehende Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung ignoriert und sich noch nicht oder erst mit Verspätung bei einer Krankenkasse versichert haben. Unabhängig von der Inanspruchnahme von Leistungen bestand für diesen Personenkreis die Pflicht zur Nachzahlung der Beiträge einschließlich der betreffenden Säumniszuschläge. Auch freiwillig Versicherte mit Beitragsschulden werden durch das Gesetz entlastet. Es sieht vor, dass der Säumniszuschlag in der GKV von bislang fünf dauerhaft auf ein Prozent gesenkt wird. Dabei werden die erhöhten Säumniszuschläge auch rückwirkend erlassen. Ein Erlass der regulären Beiträge, z. B. für säumige freiwillig versicherte Selbstständige, erfolgt nicht. Grund ist, dass diesen die Beitragspflicht bekannt war und sie trotz nicht bezahlter Beiträge Leistungen in Anspruch nehmen konnten. Säumige Prämienzahler in der PKV werden laut Gesetz – gegebenenfalls auch rückwirkend – nach Durchführung eines gesetzlich festgelegten Mahnverfahrens automatisch in einen Notlagentarif eingruppiert. Der Leistungsumfang des Notlagentarifs ist reduziert und im Wesentlichen auf die Akutversorgung beschränkt. Alterungsrückstellungen werden nicht aufgebaut. Sofern die ausstehenden Beiträge beglichen werden, haben die Versicherten das Recht, wieder in den vorherigen Tarif zu wechseln.

Von dem Gesetz könnten rund eine halbe Million freiwillig gesetzlich Versicherte mit Beitragsschulden und rund 144.000 Nichtzahler in der Privaten Krankenversicherung profitieren. Seit dem 1. April 2007 wurde von freiwillig gesetzlich Versicherten ein erhöhter Säumniszuschlag erhoben, sofern ihr Beitragsrückstand auf eine „schuldhafte Nichtzahlung“ zurückzuführen war. Laut GKV-Spitzenverband hatten die Beitragsrückstände im Januar 2013 bereits ein Volumen von rund 872 Mio. Euro erreicht. In der PKV belaufen sich die Rückstände der Nicht-Zahler auf rund 750 Mio. Euro. Immer häufiger haben die Kassen die rückständigen Beiträge eintreiben lassen. So nahmen zwischen 2010 und 2011 die Vollstreckungen allein bei den bundesweit agierenden Kassen von 1,3 Mio. auf 1,6 Mio. Fälle zu. Betroffen waren häufig Kleinselbstständige, die mit der Zahlung des Mindestbeitrags zur GKV überfordert waren. Die ohnehin angespannte Situation säumiger Beitragszahler erschwerte sich zusätzlich dadurch, dass die Kassen ab dem zweiten Rückstandsmonat verpflichtet waren, einen fünfprozentigen Säumniszuschlag auf die ausstehenden Beiträge anzusetzen. Dies führte im Maximalfall zu einem jährlichen Zinssatz von 60 %. Da die Ansprüche der Kassen in einer Zeitpanne von 30 Jahren geltend gemacht werden können, gerieten – bedingt durch die hohen Verzugszinsen – säumige Beitragszahler oft in eine „Schuldenspirale“, an deren Ende auch in einigen Fällen die Privatinsolvenz stand.

Betroffene Bürger sind gut beraten, die Frist bis Ende Dezember und damit die Chance auf eine Krankenversicherung ohne Schuldenbelastung nicht verstreichen zu lassen, denn ab dem Jahr 2014 gilt wieder die bisherige Regelung.

Hilfe für Beitragszahler

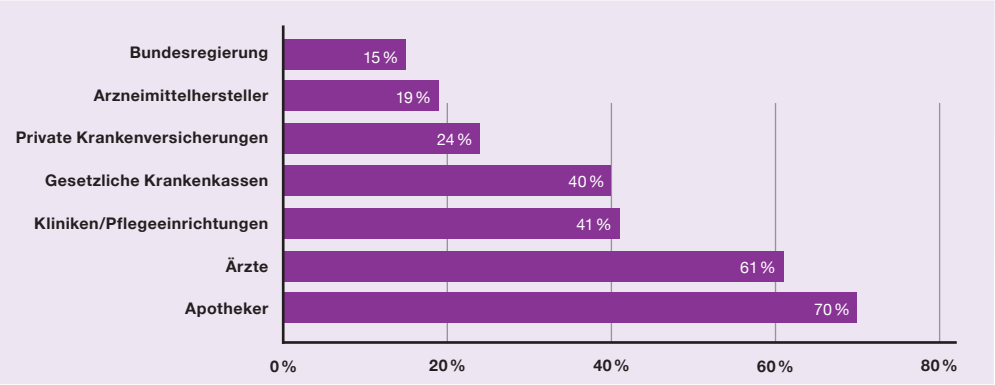
- Die Krankenkassen haben die Möglichkeit, den Einzelfall individuell zu prüfen und Beitragsschulden zu stunden, niederzuschlagen oder zu erlassen.
- Im Fall von Hilfebedürftigkeit und Alg-II-Bezug übernimmt das Jobcenter die Krankenversicherungsbeiträge während der Zeit des Leistungsbezugs.
- Bedürftige Selbstständige zahlen nach Prüfung der Voraussetzungen durch die Kasse einen verringerten Beitrag in Höhe von derzeit rund 200 Euro pro Monat.
- Hilfebedürftige Privatversicherte haben die Möglichkeit, in den sog. Basistarif zu wechseln, dessen Leistungen nach Art und Umfang jenen der GKV entsprechen.
- Sofern die hilfebedürftigen Privatversicherten den halbierten Versicherungsbeitrag des Basistarifs von gegenwärtig maximal rund 305 Euro nicht aufbringen können, beteiligt sich der Grundsicherungs-/Sozialhilfeträger je nach Einzelfall mit bis zu 100 %.

Apotheker und Ärzte genießen höchstes Vertrauen

Dem Deutschen Gesundheitsmonitor zufolge, einer erstmaligen Erhebung des Bundesverbandes der Arzneimittelhersteller (BAH), stehen Apotheker bei der Bevölkerung noch vor den Ärzten auf Platz eins der Skala der Vertrauenswürdigkeit. Die Apotheker waren somit 70 % führend vor den Ärzten (61 %), den Krankenhäusern, den Gesetzlichen Krankenkassen und den Privaten Krankenversicherungen. Die letzten Plätze nahmen die Arzneimittelhersteller mit 19 % und die Politiker der Bundesregierung mit 15 % ein (vgl. Abbildung). Nicht nur hinsichtlich der Vertrauenswürdigkeit, sondern auch beim gesellschaftlichen Ansehen liegen Berufe im Gesundheitswesen weit vorn. So kam das Institut für Demoskopie Allensbach bei seiner jährlichen Berufsprestigeskala über das Ansehen von 18 ausgewählten Berufsgruppen im Jahr 2013 zu dem Ergebnis, dass Ärzte das höchste Ansehen in der Bevölkerung genießen. Aus einer Liste von 18 Berufen wählten 76 % der Befragten den Arzt auf Platz eins gefolgt von der Krankenschwester (63 %), dem Polizisten und Lehrer. Auch hier rangierten die Politiker am unteren Ende der Skala.

Die Umfrageergebnisse stellen den deutschen Apothekern und Medizinern ein gutes Zeugnis aus. Offenbar leisten sie trotz des steigenden Wirtschaftlichkeitsdrucks nach wie vor gute Arbeit und schaffen trotz der zunehmenden negativen Berichterstattung über medizinische Skandale weiterhin Vertrauen. Dass sich mangelndes Vertrauen in der Bewertung niederschlägt, zeigt sich am Beispiel der Politiker: Ihr Ansehen nahm in den vergangenen Jahren kontinuierlich ab. Während sie in einer Erhebung des Allensbach-Instituts in den 1970er Jahren noch für mehr als 20 % der Deutschen als angesehenste Berufsgruppe galten, schrumpfte dieser Wert auf aktuell 6 %. Im Gegensatz hierzu liegt der Arztberuf in den Befragungen des Allensbach-Instituts seit 20 Jahren konstant vorn.

Ergebnisse der Erhebung zur Vertrauenswürdigkeit ausgewählter Berufsgruppen „ausgesprochen hohes Vertrauen“



Quelle: BAH, Deutscher Gesundheitsmonitor 2013 Grafik: REBMANN RESEARCH

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.

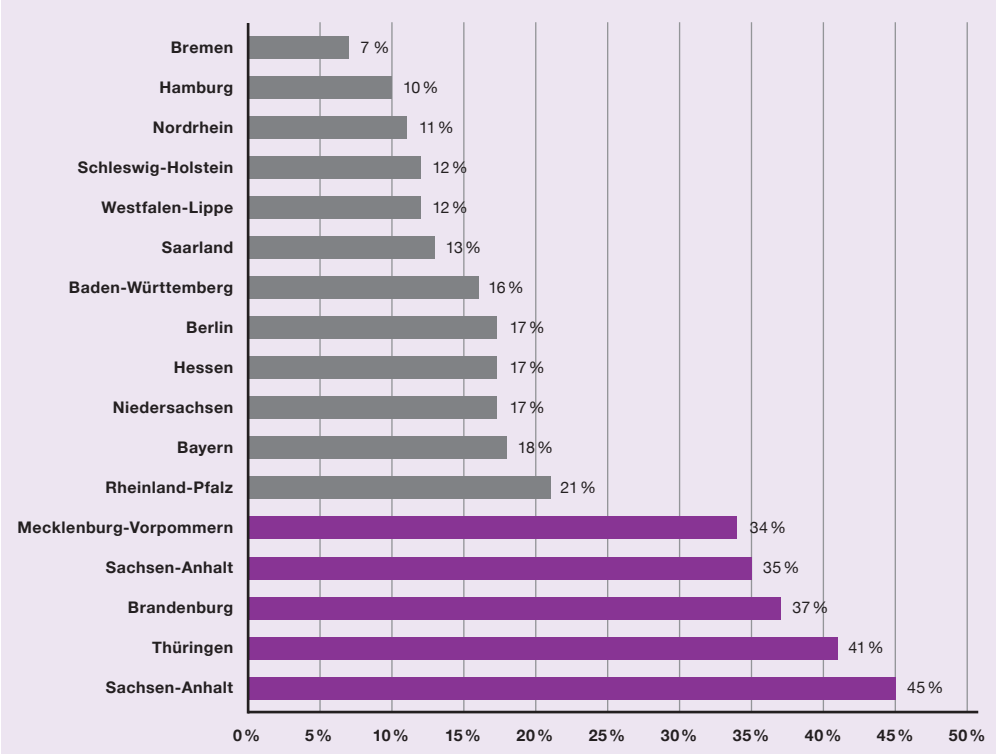
ALLGEMEINÄRZTE

Hausarztversorgung: Positive Ergebnisse der Versichertenbefragung 2013

Eine Umfrage der Mannheimer Forschungsgruppe Wahlen im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auf der Basis von 6.093 zufällig ausgewählten Teilnehmern zeigt, dass die Bundesbürger mit der hausärztlichen Versorgung hinsichtlich Terminvergabe und Wartezeiten weitgehend zufrieden sind. Die Wartezeit in den Praxen war insgesamt gering. Hinsichtlich der Terminvergabe in den Hausarztpraxen wurden 39 % der Befragten unkompliziert ohne vorige Terminabsprache behandelt, 21 % warteten ein bis drei Tage und lediglich 3 % berichteten von einer Wartezeit von über drei Wochen. Bei akuten Beschwerden erhielten 68 % der Patienten einen sofortigen und 11 % einen Termin am darauf folgenden Tag. 21 % warteten jedoch mindestens zwei Tage. Auch hinsichtlich des Vertrauensverhältnisses schnitten die Hausärzte gut ab: 54 % der Befragten bezeichneten dieses als „sehr gut“, 39 % als „gut“ und nur 3 % als „weniger

gut“. Insgesamt 44 % bewerteten die fachliche Kompetenz ihres Hausarztes als „sehr gut“ und 49 % als „gut“. Lediglich 3 % schätzten sie als „weniger gut“ ein. 76 % der Befragten hielten die hausärztliche Versorgung in der Umgebung ihres Wohnortes für ausreichend, während 19 % die Versorgungslage als defizitär einschätzten und 22 % von Problemen bei der Suche nach einem Hausarzt berichteten.

Einschätzung der hausärztlichen Versorgungssituation nach Bundesländern: „zu wenige Hausärzte am Wohnort“



Quelle: BAH, Deutscher Gesundheitsmonitor 2013 Grafik: REBMANN RESEARCH

Noch wird die hausärztliche Versorgungssituation, insbesondere im Westen, von den Patienten als gut empfunden. In den neuen Bundesländern scheint sich die Situation jedoch zuzuspitzen: Dort berichteten der Umfrage zufolge 14 % der Patienten von Wartezeiten von über drei Wochen auf einen Arzttermin. Im Vergleich hierzu betrug dieser Anteil in Westdeutschland lediglich 9 %. Auch die Einschätzung der Versorgungslage fällt im Osten schlechter aus als im Westen. So empfinden z. B. 45 % der Befragten aus Sachsen-Anhalt, dass es an Hausärzten mangelt (vgl. Abbildung).

FACHÄRZTE

Psychotherapeuten: Online-Psychotherapie übertrifft Erwartungen

Forscher an der Universität Zürich sind nach einer experimentellen Studie mit 62 Patienten mit mittelschwerer Depression zu dem Schluss gekommen, dass eine Online-Psychotherapie hinsichtlich der Ergebnisse mindestens genauso wirksam wie eine klassische Therapie ist. Die Patienten, die zufällig einer der beiden Therapieformen zugeteilt wurden, nahmen an jeweils acht psychotherapeutischen Sitzungen teil. Grundlage waren unterschiedliche bewährte Techniken der kognitiven Verhaltenstherapie, die sich sowohl mündlich als auch schriftlich durchführen lassen. Die Online-Patienten bearbeiteten in jeder Therapieeinheit schriftlich eine definierte Aufgabe (z. B. Infragestellung des eigenen negativen Selbstbilds). Nach Therapieabschluss waren 53 % der online behandelten Patienten und 50 % der konservativ therapierten Patienten frei von Depressionen. In einem Vergleich der Patienten drei Monate nach Therapieabschluss erwies sich die Online-Therapie als vorteilhafter: Bei 57 % der Patienten waren keine Depressionen mehr festzustellen, während dieser Anteil in der Vergleichsgruppe aufgrund des Rückfalls einiger Patienten nur bei 42 % lag. Die Patientenzufriedenheit befand sich in beiden Gruppen ungefähr auf gleichem Niveau, wobei auch hier die Online-Therapie leicht besser bewertet wurde: 96 % der Patienten der Online-Gruppe und 91 % der Vergleichsgruppe stuften den Kontakt zu ihrer Therapeutin als „persönlich“ ein. Auffällig war, dass die online therapierten Patienten einen intensiven persönlichen Einsatz u. a. beim Bearbeiten der Hausaufgaben zeigten und die schriftliche Korrespondenz mit ihrer Therapeutin mehrfach durcharbeiteten.

Mittlerweile gibt es weltweit über 100 Studien, die onlinebasierten Psychotherapien verhältnismäßig gute Ergebnisse bescheinigen. Angesichts des steigenden Bedarfs an psychotherapeutischen Leistungen in Deutschland, könnten onlinebasierte Therapien bei der Therapie psychischer Störungen eine wichtige Funktion übernehmen. Experten berichten, dass rund 20 % der Deutschen unter psychischen Erkrankungen wie u. a. Depressionen leiden bzw. litten. Trotzdem nehmen nur rund 50 % professionelle Hilfe in Anspruch. Online-Therapien könnten einen geeigneten Ansatz bieten, auch jenen Betroffenen schnelle Hilfe zukommen zu lassen, die sich bislang nicht in Behandlung befinden. Die Hemmschwelle für eine Therapie sinkt und die entsprechenden Internetprogramme sind jederzeit abrufbar. Hinzu kommt, dass sich Online-Therapien auch zur Überbrückung der langen Wartezeiten auf eine Therapie eignen, wie z. B. eine Studie mit Patienten mit Angststörungen ergab. In Großbritannien, den Niederlanden und in Schweden ist die Online-Psychotherapie mittlerweile fest als Versorgungsform etabliert. In Australien wird sie sogar vom Arzt rezeptiert. Auch die deutschen Krankenkassen zeigen Interesse an der neuen Therapieform. Neben den guten qualitativen Ergebnissen ist für sie insbesondere im Hinblick auf die jährlich steigenden Kosten für Psychotherapie das damit verbundene Einsparpotenzial von Interesse.

Verbesserte augenärztliche Vorsorge für Kleinkinder in Nordrhein

Mit einem Augen-Check zur Früherkennung von Sehschwächen wollen die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein und die Techniker Krankenkasse die medizinische Versorgung von Kleinkindern

verbessern. Die Untersuchung umfasst unter anderem eine Sehschärfenmessung und eine Refraktionsbestimmung. Alle bei der TK versicherten Kinder vom 31. bis zum 42. Lebensmonat sowie Kinder von sechs bis zwölf Monaten, die zu einer Risikogruppe gehören, weil beispielsweise Eltern oder Geschwister schielen, können den Check in Anspruch nehmen. Dabei wird ein Untersuchungstermin innerhalb von sieben Werktagen garantiert. Teilnahmeberechtigt an dem neuen Vertrag sind alle zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Augenärzte aus dem Bereich Nordrhein – eine gesonderte Teilnahmeerklärung ist nicht erforderlich. Die Vorsorgeuntersuchung wird dem behandelnden Augenarzt mit 40 € zusätzlich vergütet.

Da es einen vergleichbaren Vertrag in Westfalen-Lippe bereits seit vergangenem Jahr gibt, profitieren jetzt Kinder in ganz Nordrhein-Westfalen von der Früherkennung etwaiger Schäden bei der Entwicklung ihrer Sehfähigkeit. Mit dem neuen Angebot wird der gesetzliche Leistungskatalog an einer für die gesunde Entwicklung der Kinder besonders zentralen Stelle ergänzt. Da Sehminderungen, die oft weder den Eltern noch den Kindern auffallen, später kaum oder gar nicht mehr behoben werden können, ist die Früherkennung entscheidend.

ZAHNÄRZTE

Neues Vorsorgeprogramm für „Junge Zähne“ ohne Karies

Die Kassenzahnärztliche Vereinigung Land Brandenburg (KZVLB) und die AOK Nordost haben ein kinderzahnärztliches Vorsorgeprogramm entwickelt, im Rahmen dessen Eltern für ihre AOK-versicherten Kinder im Alter von ein bis sechs Jahren ab sofort kostenfrei vier zusätzliche zahnmedizinische Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen können. Damit das neue Angebot auch alle Kinder erreicht, werden die Eltern angeschrieben, sobald ihr Kind das zweite Lebensjahr erreicht hat. Karies im Kleinkindalter ist sehr verbreitet. Bei den Schuleingangsuntersuchungen 2009 wiesen laut einer Studie der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege über die Hälfte der untersuchten 6- bis 7-Jährigen Karies auf. Aktuelle Erhebungen bestätigen, dass auch im Jahr 2012 beinahe jedes zweite bei der AOK Nordost versicherte Kind in Brandenburg im Alter von sechs Jahren bereits Karies hatte. Dennoch suchten aber im gleichen Jahr im Schnitt nur etwa 20 % der Kinder bereits im zweiten Lebensjahr einen Zahnarzt auf.

Mit dem Programm „Junge Zähne“ schließt die AOK Nordost eine wichtige Vorsorgelücke für ihre jüngsten Versicherten, denn hier erhalten die Kinder ihre erste Vorsorgeuntersuchung bereits ab dem zweiten Lebensjahr im halbjährlichen Rhythmus. Der frühzeitige Kontakt zum Zahnarzt ist aus medizinischer Sicht sehr zu begrüßen, da das Milchzahngebiss eine wichtige Rolle für die Entwicklung des Kiefers und der nachfolgenden Zähne spielt. Sein Zustand wirkt sich somit auch auf die Zahngesundheit im Erwachsenenalter aus. Momentan gibt es lediglich drei gesetzliche Früherkennungsuntersuchungen vom 30. bis zum 72. Lebensmonat, immer im Abstand von jeweils zwölf Monaten. Das AOK-Angebot erweitert diesen Vorsorgeansatz daher erheblich.

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.

Südwesten punktet mit Qualitätszirkeln

Die KV Baden-Württemberg (KVBW) ist von der Arbeit der 1.200 bis 1.400 Qualitätszirkel im Land als Instrument der Qualitätssicherung überzeugt. Rund 41.000 niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten haben im Jahr 2012 an einer der insgesamt 4.551 Qualitätszirkelsitzungen teilgenommen. 858 Qualitätszirkel wurden im vergangenen Jahr von der KVBW mit rund einer halben Million Euro gefördert. Die Mittel flossen dabei in die Aus- und Fortbildung sowie Aufwandsentschädigungen der Moderatoren. Künftig plant die KVBW eine verbesserte Betreuung der Qualitätszirkel u. a. in Form eines regelmäßigen elektronischen Newsletters als speziellen Informationsservice für die Moderatoren. Die Teilnahme an Qualitätszirkeln wird von den Kammern als Fortbildungsmaßnahme anerkannt. Die ersten Qualitätszirkel im ambulanten medizinischen Bereich wurden bereits vor rund 20 Jahren als Fachforum für Ärzte aus Einzelpraxen gegründet. Damals bezog sich das Qualitätssicherungsinstrument überwiegend auf die sprechende Medizin im hausärztlichen und psychotherapeutischen Bereich. Gegenwärtig sind die Qualitätszirkel vornehmlich fachgruppenspezifisch ausgerichtet. Nach dem Willen der KV soll sich das ändern, da sie in interdisziplinären oder sektorenübergreifenden Qualitätszirkeln ein weiteres großes Potenzial hinsichtlich einer Steigerung der Wirtschaftlichkeit und Effektivität der Versorgung sieht.

Schleswig-Holstein setzt auf individuelle Punktzahlvolumen

Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) schafft zum vierten Quartal RLV, QZV und Praxisbesonderheiten als Grundlage der Honorarverteilung ab und führt stattdessen wieder ein individuelles Punktzahlvolumen (PZV) ein. Die Berechnungsgrundlage wird das Punktzahlvolumen des Vorjahres bilden. Die Umstellung soll zeitgleich im Oktober mit den neuen EBM stattfinden. Es ist geplant, dass ca. 78 % der Punktzahlanforderungen mit einem Punktwert von 10 Cent vergütet werden und die darüberhinausgehende Punktmenge mit einem floatenden Punktwert. Die Umstellung wird damit begründet, dass zuletzt die RLV- und QZV-Fallwerte stark schwankten. Vorerst werden die Psychotherapeuten in diese Regelungen nicht einbezogen. Die KVSH hofft, mit der neuen Verteilungssystematik der budgetierten Geldmenge für mehr Gerechtigkeit bei der Verteilung zu sorgen. Klar ist jedoch, dass sich die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung der KV Schleswig-Holstein durch diese Regelungen nicht erhöht. Zudem ist fraglich, ob der geplante Punktwert von 10 Cent wirklich für 78 % der Leistungen ausgezahlt werden kann.

Die KV Thüringen, die ebenfalls auf das Punktzahlvolumen setzte, musste ihren Honorarverteilungsmaßstab vor kurzem nachjustieren. Nach der Abrechnung des 4 . Quartals 2012 hatte sich herausgestellt, dass bei zehn Fachgruppen für den festen Vergütungsanteil nicht einmal der Orientierungspunktwert erreicht werden konnte.

Honorarkonflikt in Hamburg beendet

Lange haben sich die KV Hamburg und die Krankenkassen um das Honorar für 2013 gestritten. Nach vielen Protesten und ergebnislosen Verhandlungen hat das Schiedsamt nach zwei Monaten und mehreren Schlichtungsterminen nun den Honorarstreit durch einen Schiedsspruch beendet. Demnach wird der Orientierungspunktwert um 2 % erhöht, um die überdurchschnittlichen Praxiskosten in Hamburg abzufedern. Des Weiteren werden die Haus- und Heimbesuche sowie die onkologische Betreuung zu vollen Preisen vergütet. Insgesamt wurde eine Steigerung der Gesamtvergütung um rund 4 % erreicht. Die Krankenkassen sprechen sogar von einer Steigerung von 5 %. Die Erhöhungen gelten rückwirkend zum 1. Januar. Die Honorarverhandlungen 2013 verliefen in nahezu allen KVen schleppend. Grundsätzlich kann die Honorarverteilung, die seit 2012 von den KVen alleine verantwortet wird, erst dann erfolgen, wenn die zwischen KVen und Krankenkassen auszuhandelnde Höhe der Gesamtvergütung feststeht. Solange diese Verhandlungen nicht abgeschlossen sind, stehen die RLV und QZV unter Vorbehalt. Dies geht zu Lasten der Planungssicherheit in den Praxen. Um diese sicherzustellen, wurde im SGB V (§ 87a) festgelegt, dass die Verhandlungen zwischen der KV und den Landesverbänden der Krankenkassen jeweils bis zum 31. Oktober für das Folgejahr zu vereinbaren sind.

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.

Gesundheitswesen als europäischer Jobmotor

Dem neuen von der Europäischen Kommission veröffentlichten Europäischen Monitor für offene Stellen zufolge liegt das größte Arbeitsmarktpotenzial gegenwärtig im Gesundheitswesen. Fast eine Million neue Stellen wurden im Jahr 2012 geschaffen. Von 2008 bis 2012 stieg die Beschäftigung im Gesundheitswesen europaweit um fast 2 % pro Jahr. Dabei verzeichnete der Bereich der Pflegeberufe die größten Steigerungsraten. Laut Kommission liegen die Gründe für den zunehmenden Bedarf in der demografischen Entwicklung und den höheren Gesundheitsansprüchen der Bevölkerung. Bereits seit Jahren gilt die Gesundheitswirtschaft als eines der „Zugpferde“ der deutschen Wirtschaft. Insbesondere im Krisenjahr 2009 zeigte sich die Bedeutung des Gesundheitswesens für den Wirtschaftsstandort Deutschland: Trotz der Finanz- und Wirtschaftskrise stiegen 2009 die Beschäftigtenzahlen im deutschen Gesundheitswesen um rund 103.000 bzw. 2,2 %, wobei das Wachstum sogar die Steigerungsraten der beiden Vorjahre übertraf. Auch im Jahr 2011 verzeichnete die Branche laut Statistischem Bundesamt einen erneuten Beschäftigungsanstieg von 1,8 % (+ 87.000 Arbeitsplätze) gegenüber dem Vorjahr.

Mit rund 4,9 Mio. Beschäftigen (Stand: Ende 2011) war bereits jeder neunte Beschäftigte in Deutschland im Gesundheitswesen tätig. Die Gesundheitsbranche ist damit der bedeutendste Arbeitgeber Deutschlands mit zunehmender Tendenz: Einer Konjunkturumfrage des Deutschen Industrie- und Handelskammertags (DIHK) zufolge sollen im laufenden Jahr insgesamt rund 60.000 neue Stellen in der Gesundheitswirtschaft geschaffen werden. Treiber dieser Entwicklung sind insbesondere die personalintensiven Gesundheits- und sozialen Dienste. Trotz leicht eingetrübter Wachstumserwartungen übersteigen die Einschätzungen hinsichtlich der wirtschaftlichen Lage aller Teilbereiche der Branche jene der deutschen Gesamtwirtschaft. So liegen z. B. die Exporterwartungen der deutschen Pharma- und Medizintechnikunternehmen weiterhin hoch und mehr als doppelt so hoch wie bei der Gesamtwirtschaft. Als Grund für die positiven Einschätzungen sind zunehmende Nachfrage infolge der steigenden Lebenserwartung und der wachsende Wohlstand in vielen Schwellenländern zu nennen.

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.

Kreis Wolfenbüttel startet Modellprojekt „Rollende Arztpraxis“

Im Landkreis Wolfenbüttel startet ein Modellprojekt zur hausärztlichen Versorgung von Gemeinden, in denen keine Hausärzte mehr praktizieren. Dabei versorgt die erste deutsche „rollende Hausarztpraxis“ die Dörfer in einem zwei- bis dreiwöchigen Turnus. Der Bus ist mit einer hausärztlichen Ambulanz, einschließlich Liege, Sitz, Kartenlesegerät, Internet-Anschluss, zertifizierter Praxissoftware, sowie mit Sprechstundenbedarf ausgestattet. Als erste ärztliche Be-

satzung dienen zunächst die beiden beratenden Ärzte der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Niedersachsen. Später ist geplant, dass auch bereits pensionierte Mediziner ihren Dienst im Auftrag der KV im „Doc-Mobil“ (das eine eigene Abrechnungsnummer erhält) versehen können. Eine Anstellung als KV-Arzt ist dabei nicht vorgesehen. Die mobilen Hausärzte arbeiten eng mit den praktizierenden Hausärzten in der Umgebung zusammen und führen auch auf deren Anforderung Hausbesuche bei Patienten durch. Die Arztbriefe werden per Fax übermittelt. Rezepte können im Bus ausgedruckt werden. Alternativ besteht die Möglichkeit, die Medikamente über die Plattform ordermed bei der Hausapotheke zu bestellen.

Der zunächst bis Ende 2014 geplante Modellversuch läuft im Rahmen der Initiative „Zukunftsregion Gesundheit“ des Niedersächsischen Gesundheitsministeriums. Beteiligt sind neben dem Landkreis Wolfenbüttel (u. a. als Fahrzeughalter des „Doc-Mobils“) auch verschiedene Krankenkassen (AOK, IKK classic, BKK Landesverband Mitte, Landwirtschaftliche Krankenkasse (SVLFG), Knappschaft und Barmer GEK) in Form eines Strukturvertrags nach § 73 a SGB V sowie das Braunschweiger Informatik- und Technologie-Zentrum (BITZ) GmbH, das Peter L. Reichertz Institut für Medizinische Informatik der TU Braunschweig, Volkswagen und die Initiatoren der „Zukunftsregion Gesundheit“. Die Behandlung beschränkt sich zunächst auf Versicherte der teilnehmenden Kassen und damit nicht auf Privatversicherte. Die Partner sind über einen Rahmenvertrag verbunden, Ärzte und Patienten über einen Strukturvertrag nach § 73 a SGB V.

Das „Doc-Mobil-Projekt“ war bereits seit längerem in Planung, erforderte aber zunächst die Lösung einiger juristischer und technischer Probleme. Im Gegensatz zu anderen Ärzten aus der EU ist für deutsche Ärzte gemäß § 17, Absatz 4 „die ärztliche Tätigkeit im Umherziehen berufswidrig“. Dieses Verbot wurde nun dadurch „umschifft“, dass die Ärzte für die Dauer ihres Aufenthalts jeweils einen festen Standort (Marktplatz) wählen. Ferner konnten auch die Probleme bezüglich des Einrichtens einer sicheren Internetverbindung zwischen dem Hausärztebus und den Praxen der Niedergelassenen gelöst werden. Der Patientenbus ist eines der sich gegenwärtig in Erprobung befindenden Mobilitätskonzepte zur Sicherstellung einer Basisversorgung in unterversorgten ländlichen Gebieten. So werden z. B. Schulbusse zum Transport von Patienten eingesetzt, KVen betreiben eigene Hausarztpraxen und Hausarztzentren oder es wird über kommunale Ärztehäuser mit wechselnden Fachärzten nachgedacht. Mittel- bis langfristig wird sich somit eine Vielfalt regionaler Versorgungslösungen herausbilden, die wiederum für andere betroffene Regionen als Vorbild dienen können.

Internet bei der Arztwahl immer wichtiger

Die deutschen Patienten verlassen sich bei der Arztwahl offenbar immer häufiger auf das Internet sowie auf die gängigen Bewertungsportale. Das ist das Ergebnis einer aktuellen Studie der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg in Kooperation mit dem Arztbewertungsportal Jameda. Die Untersuchung basierte auf einer Befragung von über 1.500 Teilnehmern und kam zu folgenden Ergebnissen:

- 63 % der Teilnehmer der Umfrage suchen ihren Arzt über das Internet.
- Rund 32 % der Befragten war eines der genannten Bewertungsportale (u. a. Arzt-Auskunft, DocInsider, Imedo, Jameda, OnMeda, Weisse Liste) bereits bekannt.
- Ebenfalls rund 32 % hatten noch nie von einem der obigen Portale gehört.
- Die bekanntesten Portale waren Jameda (16,9 %) Arzt-Auskunft (11.4 %) und Onmeda (9,2 %)
- Über 25 % haben bereits bei der Suche nach einem Arzt auf mindestens eines der Portale zugegriffen.
- 11 % der Studienteilnehmer haben schon auf einem der Portale einen Arzt bewertet.
- 65 % der Befragten, die bereits ein Portal bei der Arztsuche genutzt haben, haben sich bereits aufgrund einer Bewertung auf einem Arztbewertungsportal für einen Arzt entschieden und diesen dann auch aufgesucht.
- 52 % der obigen Teilnehmer haben sich aufgrund der Negativbewertung eines Arztes schon einmal dahingehend beeinflussen lassen, dass sie sich gegen diesen Arzt entschieden und diesen dann nicht aufgesucht haben.

Die Untersuchung zeigt, dass mittlerweile fast zwei Drittel der Bevölkerung das Internet bei der Arztsuche zu Rate zieht. Zwar hat nur ein Viertel zu diesem Zweck die speziellen Arztbewertungsportale genutzt, trotzdem wird erkennbar, dass zumindest bei dieser Nutzergruppe die Ergebnisse der Arztbewertung einen entscheidenden Einfluss auf die Wahl des Mediziners ausüben. Angesichts dieser Ergebnisse sollten die Mediziner die Rolle der Bewertungsportale für das Praxismarketing nicht unterschätzen. Zwar ist strittig, ob die jeweiligen Systematiken sowie die eher subjektive Einschätzung der Patienten überhaupt geeignete Indikatoren für die Beurteilung der Qualität der ärztlichen Behandlung darstellen können, trotz allem wird in Zukunft jedoch kein Weg an den Portalen vorbeiführen. Statt eines „Boykotts“ sollten sich die Ärzte deshalb die Portale im Rahmen ihrer Marketingmaßnahmen – bei denen auch ein professioneller Auftritt der Praxis im Netz nicht fehlen darf – zunutze machen.

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 2013

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

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

Dragisa Macos
Prokurist H.U.G Betriebswirtschaftliche Beratungsgesellschaft mbH,
Anerkannter RKW-Berater

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 2013

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

Klinik oder Praxis?

Bei einer kulinarischen Tischrunde erfahren Sie alles Wichtige zum Thema

- **Einstieg,**
- **Kooperation,**
- **Zulassung**
- **und Finanzierung.**

Welche Kooperation ist sinnvoll?

Bei einer kulinarischen Tischrunde erfahren Sie alles Wichtige zum Thema

- **Kooperationsformen,**
- **Honorarauswirkungen**
- **und GKV-Versorgungs-strukturgesetz 2012.**

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

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

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

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

QUID

H.U.G Quartalsinformation