

4

Jahrgang 2013

QUID

H.U.G Quartalsinformation

In Zusammenarbeit mit  REBMAN RESEARCH

Große Koalition backt kleine Brötchen



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

Inhalt

Barometer :: Seite 3 – 6

- Große Koalition backt kleine Brötchen
- Deutlich verbesserte Stimmung bei den Niedergelassenen
- GOÄ – Hoffnung auf baldige Reform?

Talk :: Seite 6 – 7

- eGK ab 2014 Pflicht
- Deutsche eher gegen Online-Sprechstunden
- Medikamente: Einsparpotenzial in Milliardenhöhe durch verbesserte Compliance

Fachrichtung :: Seite 8 – 9

Allgemeinärzte:

- Hausärzte im Südwesten: Sorgen bei der Nachbesetzung

Fachärzte:

- Kinder- und Jugendärzte:
ADHS – Erfolgreiches Versorgungskonzept

Zahnärzte:

- Zahnärzte profitieren vom Entfall der Praxisgebühr

Regional :: Seite 9 – 10

- Nachwuchskampagne in Hessen
- LAVA-KVen fordern Honorargerechtigkeit

International :: Seite 10

- Deutsches Gesundheitssystem ist krisensicher

Trend :: Seite 10 – 11

- Gesundheitsapps boomen weltweit
- Große Telemedizinstudie startet in Berlin

H.U.G :: Seite 12 – 13

- Unternehmensphilosophie & Geschichte
- Unternehmen Online
- Was wir für Sie tun können

Fortbildungsveranstaltungen 2013 :: Seite 14

Ärzttestammtische 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 REBMAN 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 REBMAN 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.

Große Koalition backt kleine Brötchen

Drei Wochen lang haben die Gesundheitsexperten der künftigen Koalitionspartner über das Thema Gesundheitssystem verhandelt. Schließlich hat sich der Gesundheitsausschuss von Union und SPD auf ein elfseitiges Konzept zur Reform des Gesundheitswesens geeinigt, das zahlreiche Punkte in der ambulanten Versorgung aufgreift (siehe Tabelle).

Geplante Reformpunkte des Koalitionsvertrages mit Auswirkungen auf die ambulante Versorgung

Verkürzung der Wartezeiten auf Facharzttermine	<ul style="list-style-type: none"> Einrichtung zentraler Terminservicestellen bei den KVen mit dem Ziel der Beschränkung der Wartezeit für einen Facharzttermin auf maximal vier Wochen Bei längeren Wartezeiten haben Patienten das Recht auf einen ambulanten Termin im Krankenhaus (Abzug des entsprechenden Honorars vom Budget der KVen).
Schnellere psychotherapeutische Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> Verkürzung der Wartezeiten auf eine Therapie u. a. durch eine Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens und durch vermehrte Angebote im Bereich der Kurzzeittherapie und der Gruppentherapie Überarbeitung der Psychotherapierichtlinie und Überprüfung der Befugnisbeschränkungen für Psychotherapeuten
Stärkung der Hausärzte	<ul style="list-style-type: none"> Striktere Trennung von haus- und fachärztlichem Honorartopf: Hausärztliche Leistungen, die von Fachärzten erbracht werden, sollen künftig nicht länger den hausärztlichen Teil der Gesamtvergütung mindern und umgekehrt. Gleichberechtigte Vertretung der Hausärzte in den Vertreterversammlungen der KBV und der KVen, wobei in Zukunft die Hausärzte über hausärztliche Belange und die fachärztlichen Vertreter über fachärztliche Belange entscheiden. Für angestellte Ärzte soll es einen beratenden Fachausschuss geben.
Förderung der HzV	<ul style="list-style-type: none"> Fortbestand der gesetzlichen Verpflichtung der Kassen zum Angebot der hausarztzentrierten Versorgung (HzV) Weiterentwicklung der HzV und Ergänzung um Instrumente zur Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsverbesserung Aufhebung der bisherigen Vergütungsbeschränkung Integration der strukturierten Behandlungsprogramme – soweit sie Hausärzte betreffen – in die HzV

Weiterentwicklung der DMP	<ul style="list-style-type: none"> Einführung neuer Disease-Management-Programme (DMP) für Rückenleiden und Depressionen
Verlagerung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen auf die regionale Ebene	<ul style="list-style-type: none"> Ablösung der gegenwärtigen Form der Wirtschaftlichkeitsprüfung durch regionale Vereinbarungen zwischen KVen und Kassen bis spätestens Ende 2014 Unterbindung „unberechtigter Regressforderungen“ in Zusammenhang mit Retaxationen gegenüber Heilmittelerbringern
Öffnung des stationären Bereichs	<ul style="list-style-type: none"> Öffnung der Krankenhäuser für den ambulanten Bereich in unterversorgten Gebieten in Form einer umfangreicheren Ermächtigung (Umwandlung der Kann-Bestimmung des § 116 b in eine Muss-Bestimmung und jährliche Überprüfungen) bei stärkerer Berücksichtigung der Qualität
Förderung von Praxisnetzen	<ul style="list-style-type: none"> Ausbau der Praxisnetze und Einführung einer verbindlichen Förderung
Abbau der Überversorgung	<ul style="list-style-type: none"> Ersatz der Kann-Regelung zum Aufkauf von Arztsitzen in überversorgten Gebieten durch eine Soll-Regelung
Förderung innovativer und sektorübergreifender Versorgungsformen	<ul style="list-style-type: none"> Ergänzung des stationären Entlassmanagements durch eine gesetzliche Koordinationsfunktion der Kassen Erweiterung der Möglichkeiten der Kliniken, bei der Entlassung weitere Leistungen (u. a. eine pflegerische Übergangsvorsorge) zu verordnen Einrichtung eines Innovations- und Versorgungsforschungsfonds in Höhe von 300 Mio. Euro zur Förderung innovativer, sektorübergreifender Versorgungsformen (225 Mio. Euro) und zur Förderung der Versorgungsforschung (25 Mio. Euro)
Förderung der Integrations- und Selektivverträge	<ul style="list-style-type: none"> Abbau der gegenwärtigen Umsetzungs hemmnisse und Angleichung der rechtlichen Rahmenbedingungen für alle Verträge nach (§§ 63-65, 73a, 73b, 73c, 140aff. SGB V) Aufhebung der Regelungen zur Mindestdauer und zur Substitution der Regelversorgung und Vereinfachung der Bereinigungsverfahren Überführung qualitativ und wirtschaftlich erfolgreicher Modelle in die Regelversorgung Verbindliche Evaluation und Wirtschaftlichkeitsnachweis nach jeweils vier Jahren
Förderung der Delegation ärztlicher Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> Flächendeckende Umsetzung der Delegation Einführung einer leistungsgerechten Vergütung Förderung und Evaluation von Modellvorhaben und ggf. Aufnahme in die Regelversorgung
Verbesserung der Qualitätssicherung	<ul style="list-style-type: none"> Aufbau eines unabhängigen Qualitätsinstituts mit sektorübergreifender Zuständigkeit, das dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) Entscheidungsgrundlagen für entsprechende Richtlinien liefert Verpflichtung der Kassen zur Übermittlung entsprechend geeigneter pseudonymisierter Routedaten Verbesserung des Versorgungsmanagements und der Versorgungsforschung
Sanktionen bei Bestechlichkeit	<ul style="list-style-type: none"> Einführung eines Straftatbestands der Bestechlichkeit im Gesundheitswesen in einem neuen Strafgesetzbuch

Reform der ambulanten Notfallversorgung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Anpassung der gesetzlichen Rahmenbedingungen und der Vergütung an die zunehmende Verlagerung der ambulanten Notfallversorgung in die Krankenhäuser ■ Einführung einer regelhaften Kooperation von Krankenhäusern und KVen unter Einbeziehung des Notdienstes der Apotheken (Sicherstellungsauftrag verbleibt bei der KV)
Förderung des ärztlichen Nachwuchses	<ul style="list-style-type: none"> ■ Entwicklung eines „Masterplans Medizinstudium 2020“ durch die Gesundheits- und Wissenschaftsminister von Bund und Ländern, um Medizinstudienplatzbewerber gezielter auszuwählen und die Allgemeinmedizin sowie Praxisnähe während des Studiums zu fördern ■ Erhöhung der Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin um 50 % und Förderung der Weiterbildung aller grundversorgenden Fachgebiete in ambulanten Einrichtungen ■ Überarbeitung des Psychotherapeutengesetzes und der Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung ■ Verbesserung der Niederlassungsanreize in unterversorgten Gebieten, Abbau von Bürokratie und Flexibilisierung der Rahmenbedingungen für die Zulassungen
Überprüfung der Honorargerechtigkeit	<ul style="list-style-type: none"> ■ Überprüfung der Unterschiede in der ärztlichen Vergütung im Hinblick auf Besonderheiten in der Versorgungs- und Kostenstruktur und Abschaffung unbegründeter Unterschiede
Erweiterung der Zulassungsmöglichkeiten für MVZ	<ul style="list-style-type: none"> ■ Zulassung arztgruppengleicher MVZ ■ Möglichkeit der MVZ-Gründung für Kommunen (bei Vorrang eines ärztlichen Bewerbers nach § 103 Abs. 4c SGB V)
Verbesserung der Behandlung Behinderter	<ul style="list-style-type: none"> ■ Einführung medizinischer Behandlungszentren für geistig Behinderte und Mehrfachbehinderte analog zu den sozialpädiatrischen Zentren zur (zahn-)medizinischen Behandlung
Förderung von Telematik und Telemedizin	<ul style="list-style-type: none"> ■ Beseitigung von Schnittstellenproblemen und Hindernissen beim Datenaustausch ■ Förderung und angemessene Vergütung telemedizinischer Leistungen
Verbesserung der Prävention	<ul style="list-style-type: none"> ■ Verabschiedung eines Präventionsgesetzes im kommenden Jahr ■ Verpflichtende Rahmenvereinbarungen zur Verbesserung der Kooperation und Koordination aller Sozialversicherungsträger sowie der Länder und Kommunen ■ Stärkung der Vorsorgeuntersuchungen sowie der Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern, Erhöhung der Impfquoten ■ Förderung der Gendermedizin und der Leitlinienmedizin

Auch hinsichtlich der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung haben sich die künftigen Koalitionspartner geeinigt. Hier soll der allgemeine Beitragssatz bei 14,6 % fixiert werden. Der Arbeitgeberanteil wird bei 7,3 % festgeschrieben. Die bisherige Form der Zusatzbeiträge entfällt. Der bislang bereits von den Arbeitnehmern voll zu tragende Anteil von 0,9 % wird zu einem individuell von den Kassen zu erhebenden „prozentualen Zusatzbeitrag“ umdefiniert, dessen Höhe sich für den einzelnen Versicherten somit anhand seines jeweiligen beitragspflichtigen Einkommens bemisst. Ein Sozialausgleich aus Steuermitteln greift nicht mehr, da sich aufgrund

der prozentualen Erhebung automatisch eine geringere Belastung für Einkommensschwächere ergibt. Der Koalitionsvertrag sieht jedoch einen Einkommensausgleich zwischen den Krankenkassen vor, der verhindern soll, dass es aufgrund der unterschiedlichen Einkommensstrukturen zwischen Kassen mit vielen Geringverdienern und Rentnern und Kassen mit jungen und einkommensstarken Mitgliedern zu Wettbewerbsverzerrungen kommt.

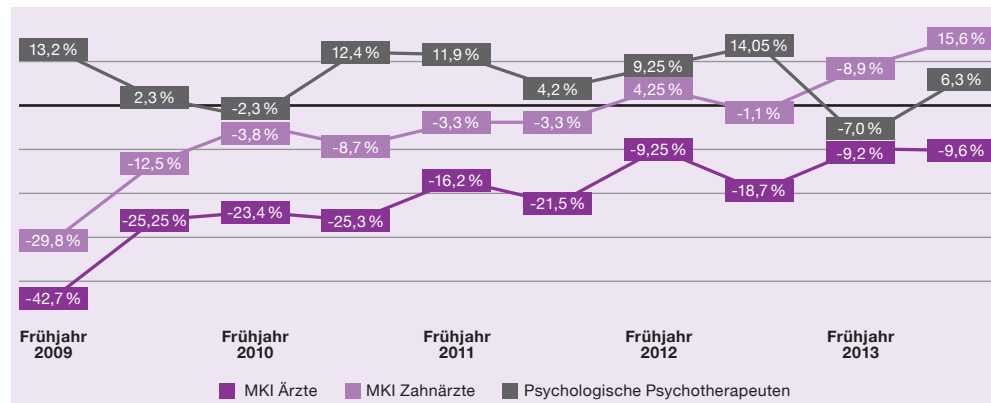
Sowohl auf Seiten der Versorgungs- als auch der Finanzierungsebene können die Unterhändler der künftigen Koalitionspartner dieses Mal nicht mit großen Reformkonzepten aufwarten. Dafür erlaubt der Vertrag allen Beteiligten, das Gesicht zu wahren. Die SPD nimmt Abschied von ihrem Konzept der Bürgerversicherung und stimmt zu, dass künftige Beitragssteigerungen nicht zu Lasten der Unternehmen gehen. Im Gegenzug „opfert“ die Union den pauschalen Zusatzbeitrag und ermöglicht so die Wiederherstellung einer gewissen Beitragsautonomie der Kassen. Auffallend ist, dass die Vorschläge der AG Gesundheit sehr ins Detail gehen und dabei oft Vorhaben der Vorgängerregierungen „aufwärmen“, die bislang nicht zufriedenstellend umgesetzt werden konnten. Bei der Gesetzlichen Krankenversicherung wäre angesichts der zu erwartenden Ausgabesteigerungen (infolge der demografischen Entwicklung und des medizinisch-technischen Fortschritts) die Entwicklung eines zukunftsfähigen Finanzierungskonzepts dringend angeraten gewesen. Auffallend ist auch, dass die neuen Ideen zum Teil einige vielversprechende Ansätze enthalten, teilweise aber mit großen Mehrausgaben verbunden sind und mehr Bürokratie versprechen – hier seien insbesondere die geplanten Terminalservicestellen und die neuen Kompetenzen des GBA genannt. Inwieweit die einzelnen Elemente tatsächlich umsetzbar sein werden, bleibt offen. Denn es gilt weiterhin der abschließende Finanzierungsvorbehalt für Mehrausgaben. Vorsorglich haben die Parteivorsitzenden einen Passus aus dem Vertrag gestrichen, der die Festschreibung des Bundeszuschusses in Höhe von 14 Mrd. Euro an den Gesundheitsfonds regeln sollte. Somit ist diesbezüglich in Zukunft mit einer Fortsetzung der „Politik nach Kassenlage“ zu rechnen.

Deutlich verbesserte Stimmung bei den Niedergelassenen

Die Ergebnisse des Medizinklimaindex Herbst 2013 belegen, dass sich die Stimmung unter den Humanmedizinerinnen, Zahnärzten und Psychologischen Psychotherapeuten deutlich verbessert hat. Während der Wert im Frühjahr 2013 noch bei -6,4 lag, konnte er sich bei der jüngsten Befragung deutlich auf -2,6 verbessern. Der Studie zufolge sieht die Mehrheit (54,7 %) der Ärzte, Zahnärzte und Psychologischen Psychotherapeuten ihre aktuelle wirtschaftliche Lage als „befriedigend“ an, während 30,7 % diese als „positiv“ und 14,6 % als „schlecht“ bezeichnen. Gleichzeitig erwartet mehr als die Hälfte der Befragten (56 %) keine Veränderung der wirtschaftlichen Lage. 32,6 % vermuten, dass sie sich verschlechtern wird; 11,4 % rechnen hingegen mit einer wirtschaftlichen Verbesserung. Allerdings ergeben sich zum Teil deutliche Unterschiede bei den befragten Berufsgruppen. Im Einzelnen fiel die Umfrage wie folgt aus:

- Bei den Humanmedizinern fiel der Index mit -9,6 etwas schlechter aus als noch im Frühjahr 2013 (-9,2 %). 28,5 % schätzen die aktuelle wirtschaftliche Lage als „gut“, 54,5 % als „zufriedenstellend“ und 17,1 % als „schlecht“ ein. 40,3 % sehen die Aussichten für das kommende Halbjahr pessimistisch, während 50 % eine konstante und 9,7 % eine positive Entwicklung erwarten.
- Wie bereits bei den vorigen Erhebungen fällt die Stimmung bei den Zahnärzten mit einem Medizinklimaindex von +15,6 deutlich besser aus. 44,8 % der Zahnmediziner halten ihre gegenwärtige wirtschaftliche Lage für „gut“, ebenfalls 44,8 % für „stabil“ und 10,3 % für „schlecht“. Dabei erwarten die Zahnmediziner mit 69 %, dass sich bezüglich der wirtschaftlichen Situation im kommenden Halbjahr keine Veränderung ergeben wird. 17,2 % gehen von einer Verschlechterung und 13,8 % von einer Verbesserung aus.
- Nachdem der Index bei den Psychologischen Psychotherapeuten im Frühjahr 2013 erstmals mit -7 im negativen Bereich lag, verbesserte sich der aktuelle Wert deutlich auf 6,3. 27,5 % der Responder berichten von einer positiven, 62,5 % von einer befriedigenden und 10 % von einer negativen wirtschaftlichen Lage. 20 % der Psychologischen Psychotherapeuten sind der Auffassung, dass sich die künftige Situation verschlechtern wird, 15 % rechnen mit einer Verbesserung und 65 % gehen davon aus, dass sich keine Veränderungen ergeben.

Entwicklung des MKI nach Berufsgruppen



Quelle: Stiftung Gesundheit, Hamburg Grafik: REBMAN RESEARCH

Obwohl sich der Medizinklimaindex nach wie vor im negativen Bereich bewegt, handelt es sich bei dem aktuellen Wert von -2,6 um ein Rekordhoch. Den absoluten Tiefpunkt verzeichnete der Index im Frühjahr 2009 mit einem Wert von -36,7. Trotzdem zeigt die Einzelbetrachtung, dass die Gruppe der Humanmediziner deutlich pessimistischer als die anderen Berufsgruppen eingestellt ist. Hierbei ergab sich sogar eine leichte Stimmungsverschlechterung gegenüber dem Frühjahr. Dies könnte auf die Unwägbarkeiten der ärztlichen Honorarreformen zurückzuführen

sein. Gegenwärtig sorgt insbesondere der erste Teilschritt der Reform des EBM, der seit dem 1. Oktober in Kraft ist, für Verunsicherung. So sind u. a. aufgrund der beabsichtigten Stärkung der medizinischen Grundversorger Umverteilungen innerhalb der einzelnen Facharztgruppen und insbesondere bei den Hausärzten zu erwarten.

GOÄ – Hoffnung auf baldige Reform?

Die Bundesärztekammer (BÄK) und der PKV-Verband haben nach schwierigen jahrelangen Verhandlungen endlich eine Rahmenvereinbarung für eine neue Gebührenordnung (GOÄ) verabschiedet. Das Konzept umfasst bislang 16 Seiten. Bis Ende 2014 wollen die Verhandlungspartner eine komplette „gremienreife“ Entwurfsfassung vorlegen. Fest liegen bereits folgende Grundsätze:

- Die Einzelleistungsvergütung bleibt erhalten. Künftig sind rund 4.000 Gebührensätze geplant, die die aktuellen Behandlungs- und Diagnosemethoden abbilden sollen. Aufgrund der seit dem Jahr 1982 diesbezüglich nur unzureichenden Aktualisierung sind Ärzte bislang gezwungen, neue Leistungen über andere – aus Kostensicht vergleichbare – Leistungen (sog. Analogleistungen) abzurechnen, da die entsprechenden Leistungen in der bisherigen GOÄ keine Abbildung finden.
- Grundsätzlich soll jedoch die Möglichkeit der Abrechnung über Analogziffern erhalten bleiben, um die Einführung innovativer Leistungen zu beschleunigen.
- Für die „sprechende Medizin“ ist eine Förderung in Form einer besseren Honorierung der entsprechenden Leistungen vorgesehen.
- Die Einzelsätze sollen auf ein ausreichendes Niveau angehoben werden, um künftig im Regelfall eine ausreichende Finanzierung der Leistungen zu erlauben. Ziel ist es zu verhindern, dass Ärzte auf einen höheren Faktor zurückgreifen müssen, um einen rentablen Praxisbetrieb zu erreichen.
- Die Anwendung der Steigerungsfaktoren soll weiterhin möglich sein, sich aber auf besondere Fälle beschränken, die einen außergewöhnlich hohen Aufwand hinsichtlich des ärztlichen Arbeitseinsatzes oder des Einsatzes bestimmter Geräte etc. erfordern.
- Ferner sind ein kontinuierliches Monitoring der künftigen Gebührenordnungspositionen pro Quartal und eine laufende Erneuerung der GOÄ geplant. Somit sollen u. a. auffällige Entwicklungen hinsichtlich Leistungsausweitungen oder -abfällen schnell identifiziert werden. Ein besonderes Anliegen besteht darin, medizinische Innovationen künftig zeitnah in der GOÄ abzubilden. Entsprechende Anpassungen der GOÄ sollen schnell und unbürokratisch durch ein Gremium der Selbstverwaltung aus BÄK, PKV und Beihilfeträgern erfolgen.

Die Bundesärztekammer erhofft sich von der neuen GOÄ mehr Transparenz und weniger Aufwand sowie Bürokratie. Besonders wichtig erscheint die regelmäßige Fortentwicklung des Ho-

norarwerks. Denn auf diese Weise können sowohl Fehlsteuerungen als auch eine schnelle „Halbwertszeit“ des neuen Systems verhindert werden. Die Inhalte der Rahmenvereinbarung klingen vielversprechend und alle Akteure sind auf eine möglichst rasche Umsetzung bedacht. Trotzdem sind spätestens bei der Ausarbeitung der Details weitere Diskussionen zu erwarten. Es bleibt dennoch zu hoffen, dass die Reform zumindest in dieser Legislaturperiode endlich umgesetzt werden kann.

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 management-relevanten Entscheidungen.

eGK ab 2014 Pflicht

Zum 31. Dezember 2013 verlieren die alten Krankenversichertenkarten – unabhängig von dem ausgewiesenen Ablaufdatum – ihre Gültigkeit. Dies folgt aus der Vereinbarung des Spitzenverbands der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Ab dem 1. Januar 2014 haben Patienten beim Arztbesuch somit die neue elektronische Gesundheitskarte (eGK) vorzulegen. Die eGK enthält die Versichertenstammdaten (u. a. Name, Adresse, Geschlecht) und ein Foto, das den Missbrauch der Karte verhindern soll. Die KBV weist jedoch darauf hin, dass Ärzte während einer Übergangsfrist bis zum 1. Oktober 2014 noch die herkömmliche Versichertenkarte akzeptieren und als Grundlage der Abrechnung verwenden dürfen. Sofern ein Versicherter noch die alte Karte bei der Behandlung beim Arzt vorlegt, muss er innerhalb einer zehntägigen Frist einen gültigen Versicherungsnachweis nachreichen. Andernfalls darf der Arzt eine private Rechnung an den Patienten ausstellen.

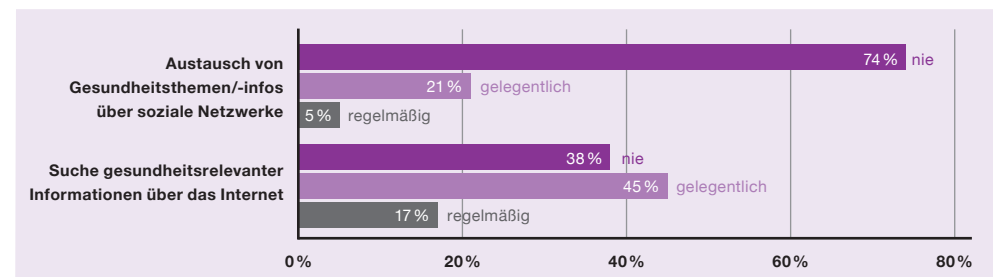
Nach wie vor stößt das Projekt eGK auf Ablehnung. Frischen Wind erhalten die Kritiker, die u. a. Probleme bei der Datensicherheit sehen, durch die aktuelle Internetspionageaffäre. Ungeachtet der Widerstände treibt die gematik das Projekt weiter voran. So soll im Herbst 2014 die Erprobung der ersten Online-Funktionen der E-Card im Echtbetrieb stattfinden. Praxen, die die Anschaffung eines neuen Kartenlesegerätes planen, sollten deshalb ein von der gematik zugelassenes Gerät kaufen, um sicherzustellen, dass das Lesegerät auch tatsächlich onlinefähig ist. Im Sommer 2015 soll dann mit dem Test mit der qualifizierten elektronischen Signatur (QES) mittels Heilberufausweis und dem Aufbau des zentralen Netzes der Telematikinfrastruktur begonnen werden. Gegenwärtig wird an der Entwicklung einer neuen Generation der eGK gearbeitet, die eine verbesserte Sicherheit verspricht und es dem Karteninhaber mittels Multireferenz-PIN erlaubt, gezielt Bereiche der eGK freizuschalten.

Deutsche eher gegen Online-Sprechstunden

Eine Befragung von jeweils 500 Bürgern aus Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Italien, Österreich, Polen, Schweden und Spanien sowie 1.000 US-Amerikanern im Rahmen der aktuell erschienenen 7. Auflage des Internationalen Gesundheitsbarometers des Dienstleisters Europ Assistance zeigt, dass die Deutschen bei Gesundheitsfragen häufig das Internet oder sogar soziale Netzwerke zu Rate ziehen, jedoch gegenüber Telekonsultationen mit ihrem Hausarzt weitaus größere Vorbehalte haben als ihre europäischen Nachbarn oder die US-Bürger.

Im europäischen Vergleich sind die Deutschen in Sachen Informationsbeschaffung zu gesundheitsrelevanten Themen überdurchschnittlich aktiv (vgl. Abbildung). So beziehen 63 % der Befragten regelmäßig oder gelegentlich Gesundheitsinformationen über das Netz, während der Durchschnitt in Europa bei 58 % liegt. Noch größer sind die Abweichungen bei der Nutzung sozialer Netzwerke zum Austausch von Informationen, Meinungen oder Kommentaren, die die eigene Gesundheit betreffen. Hier liegen die Bundesbürger mit einem Anteil von 26 %, die die Sozialen Netzwerke regelmäßig oder gelegentlich zu diesem Zweck nutzen, mit weitem Abstand über dem europäischen Durchschnitt (15 %) und sogar noch vor den USA (21 %).

Konsultation des Internets und Austausch von gesundheitsrelevanten Informationen über soziale Netzwerke

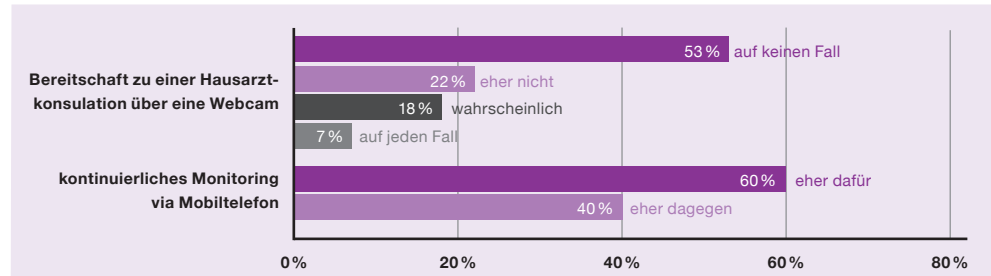


Quelle: Europ Assistance/CSA, Health & Society Barometer 2013 Grafik: REBMANN RESEARCH

Angesichts der hohen Internetaffinität sowie überdurchschnittlichen Aktivität in den sozialen Netzwerken ist es verwunderlich, dass die Deutschen bei Fragen der Telemedizin oder Telematik eher zurückhaltend sind (vgl. Abbildung 2). Nur 7 % der Bundesbürger würden sich „auf jeden Fall“ zu einer Konsultation ihres Hausarztes über eine Webcam entscheiden. 18 % würden sich „wahrscheinlich“ dazu entschließen und 22 % „eher nicht“. Die überwiegende Mehrheit mit 53 % würde „auf keinen Fall“ eine Online-Sprechstunde in Anspruch nehmen. Im europäischen Durchschnitt liegt der Anteil der Bürger, die eine hausärztliche Telekonsultation „sicher“ oder „wahrscheinlich“ wahrnehmen würden bei 39 % und in den USA sogar bei 48 % und damit deutlich über Deutschland (25 %). Gegenüber einem kontinuierlichen Telemonitoring via Mobiltelefon (zur Mes-

sung und Übertragung von Blutzucker-, Blutdruckwerten oder der Herzfrequenz) zeigen sich die Deutschen zwar grundsätzlich aufgeschlossener – 60 % sind „eher dafür“ –, trotzdem erreichen sie hier die niedrigste Zustimmungquote im Ländervergleich. So sprechen sich im Durchschnitt 68 % der EU-Bürger sowie 74 % der US-Amerikaner für das Telemonitoring per Handy aus.

Einstellung der Deutschen zur Telekonsultation und zum Telemonitoring



Quelle: Europ Assistance/CSA, Health & Society Barometer 2013 Grafik: REBMANN RESEARCH

Auch wenn die Deutschen in Sachen Telemonitoring und Telekonsultationen noch eine sehr konservative Einstellung zeigen, treffen Online-Angebote wie z. B. Onlineapotheken trotz allem auch hierzulande auf eine steigende Nachfrage. Bestätigt wird dies ebenfalls durch den Erfolg der ersten deutschsprachigen Online-Praxis DrEd. So belegen die steigenden Patientenzahlen aus Deutschland, dass DrEd insbesondere in Sachen Männergesundheit, auf die rund 70 % aller ausgestellten Rezepte entfallen, hierzulande auf eine Marktlücke gestoßen ist. Die Initiatoren erklären sich dies mit der Anonymität, die die Plattform bei sensiblen Gesundheitsthemen verspricht. Nach Unternehmensangaben haben bislang rund 15.000 Patienten das Onlineangebot von DrEd wahrgenommen. Mittlerweile hat das Unternehmen sein Angebot weiter ausgebaut und auch die Möglichkeit onlinebasierter Videosprechstunden geschaffen. Neu ist das Angebot einer Sprechstunde für die „Pille danach“. Online-Patientinnen erhalten das gewünschte Präparat spätestens bis 12:00 Uhr des Folgetages.

Kritiker halten die Online-Diagnose und Therapie ohne persönlichen Patientenkontakt jedoch für unverantwortlich, da sie aus ihrer Sicht einen realen Arztbesuch nicht ersetzen kann und u. a. das Risiko erhöhter Fehldiagnosen birgt. Nach einer Ende Dezember 2012 beschlossenen Durchführungsrichtlinie der Europäischen Union müssen seit Oktober 2013 ärztliche Rezepte anderer EU-Mitgliedsstaaten in Deutschland anerkannt werden, was letztendlich bedeutet, dass deutsche Apotheker trotz aller Vorbehalte die Rezepte der Internetärzte wie andere Privatrezepte einlösen müssen.

Medikamente: Einsparpotenzial in Milliardenhöhe durch verbesserte Compliance

Eine Studie des Marktforschungsinstituts IMS Health zeigt, dass die falsche Anwendung von Arzneimitteln in Deutschland jährlich Kosten in Höhe von 19 Milliarden Euro verursacht, was einem Anteil von rund 6 % der gesamten Gesundheitsausgaben ausmacht. Der größte Kostenblock entfällt dabei mit 13 Milliarden Euro auf die sog. Non-Compliance bzw. mangelnde Einnahmetreue. Die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) geht davon aus, dass sich jeder zweite Patient bei der Einnahme von Medikamenten im Rahmen einer Langzeittherapie nicht an die Anweisungen des Arztes hält. Hierdurch ergeben sich nicht nur hohe Kosten für das Gesundheitssystem, sondern auch eine höhere Morbidität und Sterblichkeit.

Die ABDA spricht den Apothekern eine Schlüsselfunktion bei der Verbesserung der Compliance der Patienten und damit auch der Effizienz des Gesundheitssystems zu. Bereits im Jahr 2011 hatten die ABDA und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) aus diesem Grunde ein Konzept zur abgestimmten patientengerechten Arzneimittelversorgung erarbeitet. Der Startschuss für eine Erprobung des Modells in den Modellregionen Sachsen und Thüringen (vgl. Infobox) wurde nun auf Anfang 2014 festgelegt. In der Ärzteschaft stößt das Modell jedoch vielfach auf Ablehnung.

Umsetzungstufen für das ABDA-KBV-Arzneimittelmodell in Sachsen und Thüringen

- Stufe 1 – Wirkstoffverordnung: Im Modellversuch verschreiben die Ärzte anhand eines bundesweit einheitlichen, leitliniengerechten Medikationskatalogs (Stufe 2) auf Wirkstoffbasis kein bestimmtes Präparat mehr, sondern nur noch den Wirkstoff, die Stärke, die Menge und die Darreichungsform. Die Auswahl des Präparats obliegt dann dem Apotheker, der den Patienten umfassend berät.
- Stufe 2 – wirkstoffbezogener Medikationskatalog: Der Katalog dient dem Arzt als evidenzbasierte Entscheidungshilfe (Zuordnung empfehlenswerter Arzneistoffe zu den jeweiligen Indikationen).
- Stufe 3 – Medikationsmanagement: Für chronisch Kranke, die mehr als vier Arzneimittel dauerhaft einnehmen, sieht das Konzept ein gemeinsames Medikationsmanagement vor: Der behandelnde Arzt und der Apotheker überwachen kontinuierlich gemeinsam die Medikamenteneinnahme und die Aktualisierung des Medikationsplans. Ziele sind die Vermeidung von Arzneimittelrisiken und die Verbesserung von Arzneimitteltherapiesicherheit und Therapietreue.

Fachrichtung

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

ALLGEMEINÄRZTE

Hausärzte im Südwesten: Sorgen bei der Nachbesetzung

In Baden-Württemberg gibt die Entwicklung bei der hausärztlichen Versorgung Anlass zur Sorge. Im Zuge der Vorstellung des KV-Versorgungsberichts 2012 warnte die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KV BW) vor den zunehmenden Problemen bei der Nachbesetzung von Hausarztsitzen. Zwar erhöhte sich im Jahr 2012 die Zahl der Hausärzte unerheblich um 0,1 % auf insgesamt 7.984, bezogen auf das Jahr 2007 war deren Zahl allerdings um 0,8 % rückläufig. Im Gegensatz hierzu erhöhte sich die Zahl der Fachärzte um 11,1 % auf insgesamt 11.857. Die KVBW geht davon aus, dass bis 2016 bereits rund 500 Hausarztsitze insbesondere in ländlichen Gebieten unbesetzt bleiben. Im Jahr 2012 haben lediglich 112 Kandidaten die Facharztprüfung für Allgemeinmedizin abgelegt.

Neben dem mangelnden Nachwuchs gefährden weitere Entwicklungen die flächendeckende hausärztliche Versorgung im Südwesten:

- **Überalterung:** Im Jahr 2012 betrug der Altersdurchschnitt bei den Hausärzten bereits 54,6 Jahre. Gegenwärtig haben rund 31 % der Hausärzte ein Alter von 60 oder mehr Jahren erreicht. Dabei ist die Tendenz steigend.
- **Zunehmende Feminisierung des Arztberufs:** In der Allgemeinmedizin beträgt der Frauenanteil bei den Ärzten in Weiterbildung mittlerweile 75 %. Frauen favorisieren häufig eine Teilzeitbeschäftigung (siehe nächster Punkt) und/oder fallen aufgrund der Familienplanung (zeitweise) für die Versorgung aus. Mittlerweile sind 80 % der angestellten Hausärzte in Baden-Württemberg Frauen.
- **Zunehmende Angestelltentätigkeit und Teilzeitbeschäftigung:** Der bereits knappe Hausärzternachwuchs zieht immer öfter eine Angestelltentätigkeit der Niederlassung vor. Allein zwischen 2011 und 2012 stieg die Zahl der angestellten Ärzte aller Fachgruppen im ambulanten Bereich um 16,6 % auf 1.942, was einen Anteil von 9,5 % der ambulant arbeitenden Ärzte und Psychotherapeuten ausmacht. Dabei arbeiten immer mehr Ärzte in Teilzeitverhältnissen: So haben 53 % der angestellten Mediziner einen Job mit 20 Wochenstunden oder weniger, 9 % arbeiten zwischen 20 und 30 Stunden pro Woche und 37 % üben ihre Tätigkeit mehr als 30 Wochenstunden aus.

Die Situation in Baden-Württemberg gilt exemplarisch für die Lage in anderen Bundesländern bzw. KVen. Insbesondere in Ostdeutschland, wo es bereits einige unterversorgte Gebiete gibt, ist die Lage kritisch. Dies bedeutet, dass dringender Handlungsbedarf besteht. In Baden-Württemberg hat das Sozialministerium ein Landarztprogramm aufgelegt, das erste Erfolge verzeichnet. Allgemein- und Kinderärzte sowie hausärztlich tätige Internisten können Fördermittel von bis zu 30.000 Euro in Anspruch nehmen, wenn sie sich im Gegenzug zu einer Tätigkeit in einer als Fördergebiet ausgewiesenen ländlichen Region entschließen. Im September 2013 lagen bereits 25 Förderanträge aus 28 Landkreisen vor. 500.000 Euro wurden schon ausbezahlt. Nun wird darüber nachgedacht, den Fördertopf von insgesamt 2 Mio. Euro aufzustocken. Auch der Koalitionsvertrag widmet sich dem Thema der Sicherstellung der Versorgung. Er sieht eine Verbesserung der Niederlassungsanreize in unterversorgten Gebieten über den Abbau von Bürokratie und die Flexibilisierung der Rahmenbedingungen für die Zulassungen vor.

FACHÄRZTE

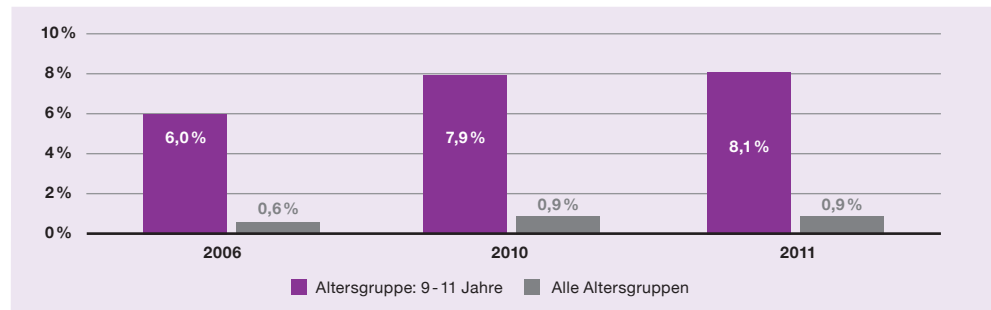
Kinder- und Jugendärzte: ADHS – Erfolgreiches Versorgungskonzept

ADHS wird in Deutschland immer öfter als Ursache für Verhaltensstörungen bei Kindern diagnostiziert. Bereits seit 2009 läuft in Baden-Württemberg ein spezielles Konzept zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS. Vertragspartner des auf einem Mustervertrag aus der Vertragswerkstatt der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) beruhenden Modells sind die KBV, die Kassenärztliche Vereinigung und die BKK Baden-Württemberg. Eine vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebene Evaluation des Versorgungsmodells zeigt nun deutliche Vorteile in der Versorgung der Patienten und ihrer Familien. Die Gründe für die verbesserte Versorgungsqualität liegen dem Bericht zufolge in der vorteilhafteren Vernetzung und der engen Kooperation zwischen den beteiligten Kinderärzten, -psychiatern und -psychotherapeuten. Neben einer frühen und sorgfältigen Diagnostik baut das Modell auf eine leitliniengerechte Behandlung und eine umfangreiche Aufklärung der betroffenen Familien über die Krankheit und Behandlung. Angesichts der positiven Ergebnisse fordert nun der Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland (BKJPP) eine flächendeckende Umsetzung des Vertrages.

Die guten Ergebnisse machen Hoffnung. In Deutschland sind immer mehr Kinder und Jugendliche von ADHS betroffen. Dem Arztreport 2013 der Barmer GEK zufolge ist in den vergangenen Jahren ein „inflationärer“ Anstieg bei der Zahl der ADHS-Patienten zu beobachten. Im Jahr 2011 diagnostizierten die deutschen Ärzte die Störung bei insgesamt rund 750.000 Patienten. Betroffen war insbesondere die Altersgruppe der 9- bis 11-Jährigen, wo sich der Anteil von 6,0 % im Jahr 2006 um 34 % auf 8,1 % im Jahr 2011 erhöhte (vgl. Abbildung). Über alle Altersklassen hinweg stieg der Anteil der Menschen mit ADHS-Diagnose im genannten Zeitraum um 49 % auf knapp 1 %. Indessen gerät die immer häufigere Therapie mittels Methylphenidat (Ritalin) zunehmend in die

Kritik. Im Jahr 2011 erhielten bereits 7 % der Jungen sowie 2 % der Mädchen der Altersgruppe der 11-Jährigen Ritalin. Aus diesem Grunde ist zu begrüßen, dass das Modell in Baden-Württemberg besonderen Wert auf die Differentialdiagnostik legt, um anders therapierbare Verhaltensauffälligkeiten klar von ADHS abzugrenzen. Ferner kommen auch alternative Behandlungsmethoden (wie Verhaltens- und Ergotherapie) zum Einsatz, was den Medikamenteneinsatz verringert.

Entwicklung von ADHS zwischen 2006 und 2011



Quelle: Barmer GEK Grafik: REBMANN RESEARCH

ZAHNÄRZTE

Zahnärzte profitieren vom Entfall der Praxisgebühr

Den Daten der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) zufolge hat der Entfall der Praxisgebühr einen deutlichen Effekt auf die Anzahl der Zahnarztbesuche. So stieg die Zahl der zahnärztlichen Behandlungsfälle im ersten Quartal 2013 auf rund 20,7 Millionen und damit um 2,6 % gegenüber dem Vorjahresvergleichsquartal. Im zweiten Quartal entwickelten sich die Patientenzahlen noch deutlicher nach oben. Hier besuchten insgesamt 21,8 Mio. Patienten einen Zahnarzt, was einem Anstieg um 5,8 % gegenüber dem Vorjahresquartal entspricht. Die KZBV sieht in dieser Entwicklung ein Indiz dafür, dass die Praxisgebühr offenbar viele Patienten vom Zahnarztbesuch und damit von einer regelmäßigen zahnärztlichen Vorsorge abgehalten hat. Auch bei den niedergelassenen Humanmedizinerinnen kam es laut Auskunft der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zu einem erhöhten Patientenzustrom in den Praxen. Dieser war laut KBV jedoch nicht auf die Streichung der Praxisgebühr, sondern auf die damalige ausgeprägte Erkältungs- und Grippezeit zurückzuführen. Einen deutlichen Effekt hatte der Entfall der Gebühr jedoch auf die Anzahl der Überweisungen, die in einigen Regionen um bis zu 80 % zurückgingen. Mittlerweile gibt es Kritik an der Abschaffung der Praxisgebühr, da ab 2015 wieder Defizite im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung erwartet werden. Die Gebühr hatte den Kassen jährlich rund 1,5 Mrd. Euro eingebracht.

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.

Nachwuchskampagne in Hessen

Mit Beginn des Wintersemesters hat die Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen eine Werbekampagne gestartet, um hausärztlichen Nachwuchs für die Versorgung auf dem Land zu gewinnen. Bestandteile der Kampagne, für die rund 65.000 Euro für das Jahr 2013 zur Verfügung stehen, sind die spezielle Webseite www.arzt-in-hessen.de/startseite sowie eine Seite bei Facebook. Daneben wirbt die KV mit Flyern, Aufklebern, Lesezeichen, Plakaten, Trinkbechern sowie blauen Schutzhüllen für den Fahrradsattel an den Universitäten und anderen Orten. Darüber hinaus führt die KV Informationstage an den Fakultäten durch, wo sie Informationen über die verschiedenen Fördermöglichkeiten bei einer Niederlassung erteilt. Ferner ist geplant, dass niedergelassene Ärzte den Studenten bei sogenannten „PraxisTalks“ Auskunft über ihre Praxistätigkeit und ihren ärztlichen Werdegang geben. Die KV plant, die Nachwuchsförderungskampagne über mehrere Jahre hinweg fortzusetzen und im kommenden Jahr auch den fachärztlichen Nachwuchs mit einzubeziehen.

Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung in Hessen sind dringend erforderlich. Denn nach Angaben der KV liegt dort in den kommenden Jahren die Zahl der aus dem Berufsleben ausscheidenden Mediziner doppelt so hoch wie jene der theoretisch zur Verfügung stehenden Nachwuchsmediziner. Dabei lohnt es sich, den ärztlichen Nachwuchs möglichst früh anzusprechen. Grund ist, dass Studien gezeigt haben, dass Nachwuchsärzte die Entscheidung über eine spätere Karriere in der Klinik oder in der Praxis oft bereits in der ersten Phase der Ausbildung treffen. Auch in Schleswig-Holstein läuft schon seit fast drei Jahren eine ähnliche Kampagne zur ärztlichen Nachwuchsförderung. Eine Werbekampagne allein wird jedoch die zukünftigen Versorgungsprobleme mit Sicherheit nicht lösen können. Die KV will deshalb mithilfe einer Reform des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes (ÄBD) ein weiteres Niederlassungshindernis auf dem Land abbauen.

LAVA-KVen fordern Honorargerechtigkeit

Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KVen) des Aktionsbündnisses „Länderübergreifender angemessener Versorgungsanspruch“ (LAVA) setzen sich bereits seit Jahren für eine Konvergenz der Honorare ein. Zu dem informellen Aktionsbündnis zählen die KVen Brandenburg, Nordrhein, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen Anhalt, Thüringen und Westfalen-Lippe.

Nun wollen sie anhand der Ergebnisse eines aktuellen Gutachtens („Möglichkeiten und Notwendigkeit der Morbiditätsmessung im Rahmen der vertragsärztlichen Vergütung“) weiter für ihr Anliegen kämpfen. Hauptkritikpunkt der LAVA-KVen ist die bundesweit ungerechte Verteilung der Honorare hinsichtlich der Morbiditätslast in den einzelnen KVen, die sich ihrer Aussage nach in Honorarproblemen, Versorgungsmängeln und einem verschärften Nachwuchsproblem äußert. So ergab das Gutachten, dass zwischen der gegenwärtigen Vergütung, die sich anhand der Morbiditätslast bemisst, und dem auf demografischer Basis mit den Kostengewichten des Instituts des Bewertungsausschusses ermittelten Bedarf entgegen den Erwartungen kein positiver Zusammenhang besteht. Stattdessen zeigt sich eine schwach negative Korrelation mit der Tendenz: „Je niedriger der demografische Bedarf, desto höher ist die durchschnittliche Vergütung.“ Für die ambulante ärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt stehen so beispielsweise je nach Kalkulationsmethode zwischen 14,2 und 19,3 % weniger Geld zur Verfügung, als dies die Morbiditätslast erfordern würde. In sechs weiteren KV-Regionen fällt dieser Unterschied geringer aus, beträgt aber immerhin zwischen 6,7 und 16 %.

Das LAVA-Bündnis wirft den Kassen „gesetzwidriges“ Verhalten vor. Tatsächlich hat der Gesetzgeber mit dem GKV-Wirtschaftlichkeitsstärkungsgesetz eindeutig festgelegt, dass sich der notwendige Umfang der medizinischen Versorgung an der Morbidität zu orientieren habe. Durch das Versorgungsstrukturgesetz wurden jedoch trotz einer Petition der betroffenen KVen die damaligen regionalen Vergütungsunterschiede festgeschrieben. In der Tat bemisst sich damit die regionale Honorarverteilung seit fast fünf Jahren mehr nach vergangenheitsbezogenen Kriterien als an der tatsächlichen Morbiditätslast. Hoffnung besteht nun durch einen Passus im Koalitionsvertrag. Die künftigen Koalitionäre wollen überprüfen, „ob sich die Unterschiede in der ärztlichen Vergütung durch Besonderheiten in der Versorgungs- und Kostenstruktur begründen lassen und wie unbegründete Unterschiede aufgehoben werden können“.

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.

Deutsches Gesundheitssystem ist krisensicher

Die neuesten Daten der OECD „Health at a Glance 2013“ zeigen, dass die Finanzkrise in Deutschland – im Gegensatz zu vielen andere Ländern – keine negativen Auswirkungen auf das Ge-

sundheitssystem hatte. Als Indikator dienen die jährlichen Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit. Während diese in Deutschland zwischen 2000 und 2011 mit einer jährlichen Wachstumsrate von jeweils 2,1 % kontinuierlich zulegen, sanken sie z. B. in Irland um 6,6 %, in Portugal um 2,2 % und im besonders hart von der Krise gebeutelten Griechenland um ganze 11,1 %.

Im internationalen Vergleich gibt Deutschland viel Geld für das Gesundheitswesen aus und liegt diesbezüglich mit einem Anteil von 11,3 % am Bruttoinlandsprodukt (2011) direkt hinter den USA (17,7 %), den Niederlanden (11,9 %) und Frankreich (11,6 %) auf dem vierten Platz. Im Gegenzug profitieren die Bundesbürger laut OECD mit der freien Arztwahl und nur geringfügigen Wartezeiten für Operationen von einem sehr guten Zugang zur Gesundheitsversorgung und einer sehr gut ausgebauten Infrastruktur. So liegt die personelle Infrastruktur in Deutschland mit 3,8 Ärzten und 11,4 Pflegekräften je 1.000 Einwohnern deutlich über dem OECD-Schnitt von 3,2 Ärzten und 8,8 Pflegekräften. Auch die Krankenhausbettendichte befindet sich mit 8,3 Betten je 1.000 Einwohner nach wie vor signifikant über dem Durchschnittswert der OECD-Länder von fünf Betten je 1.000 Einwohner. Mit 244 Krankenhausentlassungen je 1.000 Einwohner liegt Deutschland weltweit auf Platz 2 hinter Österreich (273). Der OECD-Durchschnitt befindet sich im Vergleich hierzu mit nur 156 auf einem deutlich niedrigeren Niveau.

Im internationalen Vergleich ist somit das deutsche Gesundheitswesen momentan gut aufgestellt. Die künftige Krisenfestigkeit steht dennoch in Frage. Die OECD sieht beispielsweise in der Überalterung der Mediziner (40 % der deutschen Ärzte haben ein Alter von über 54 Jahren) und der Feminisierung der Medizin (mittlerweile sind 43 % der Mediziner Frauen) zwei große Schwachpunkte, die eine Verknappung der ärztlichen Leistungen nach sich ziehen. Daneben können die überdurchschnittlich hohe, weiterhin steigende Zahl der Krankenhaufälle und die demografische Entwicklung zu massiven Angebots- und Finanzierungsproblemen im deutschen Gesundheits- und Pflegesystem führen.

Im Gegensatz zur deutschen Bevölkerung leiden gegenwärtig viele andere Europäer unter der wirtschaftlichen Entwicklung. Eine Studie des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik und der London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM) belegt, dass die Krise in Kombination mit den von den Regierungen getroffenen Sparmaßnahmen u. a. bei den Gesundheitsausgaben deutlich negative Folgen für den Gesundheitszustand der Bevölkerung in Spanien, Griechenland und Portugal hat. Insbesondere in Griechenland und Spanien nahmen Depressionen und andere psychische Erkrankungen zu. In Griechenland stieg allein zwischen Januar und Mai 2011 die Selbstmordrate um 40 % gegenüber dem Vergleichszeitraum 2010. Ferner zeigt die 7. Auflage des Internationalen Gesundheitsbarometers des Dienstleisters Europ Assistance, das Erwachsene aus den USA und verschiedenen europäischen Ländern zu Gesundheitsthemen befragte, dass immer mehr Menschen aus finanziellen Gründen auf einen Besuch beim Arzt verzichten oder diesen verschieben.

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.

Gesundheitsapps boomen weltweit

Eine weltweite Erhebung durch das IMS Institute for Healthcare Informatics zeigt, dass der Markt für Gesundheitsapps wächst. Weltweit gibt es gegenwärtig rund 43.000 Apps, die sich auf den Gesundheitsbereich beziehen und dabei insbesondere auf folgende Bereiche ausrichten:

- Vorbeugung/gesunde Lebensführung
- Einlösung von Rezepten
- Arztsuche/Kliniksuche
- Therapietreue
- Diagnose/Aufklärung

Die Studie kommt dabei zu dem Ergebnis, dass die meisten Gesundheitsapps lediglich mit sehr einfachen Funktionen ausgestattet sind. Dementsprechend groß sind die Potenziale hinsichtlich der Entwicklung von Gesundheitsapps, die dann einen festen Platz im Gesundheitsversorgungssystem übernehmen könnten. Die Studie zeigt ferner, dass Ärzte generell eine positive Grundhaltung gegenüber den Apps einnehmen. Sie gehen davon aus, dass Gesundheitsapps die Compliance verbessern und die Übernahme der Verantwortung für die eigene Gesundheit stärken können. Ferner halten sie die ortsunabhängige Datenübermittlung in Echtzeit vom Patienten direkt in die Arztpraxis für vorteilhaft. Noch fällt jedoch die Kostenübernahmebereitschaft der Krankenkassen und der Arbeitgeber im Bereich mobiler Gesundheitsapplikationen gering aus, da sie zunächst eindeutige Belege über Qualitäts- und Effizienzverbesserungen erwarten.

Auch bei den Nutzern sind Gesundheitsapps beliebt. Für eine Studie im Auftrag des Software-Unternehmens QlikTech hat das Marktforschungsinstitut Emnid im August 2013 insgesamt 1.000 Bundesbürger zum Thema Apps befragt. Dabei kam die Studie zu dem Ergebnis, dass sich viele Mobilfunknutzer für die persönliche Datenanalyse im Gesundheitsbereich interessieren. So zeigten 62 % der Deutschen daran Interesse, ihren Bluthochdruck oder Blutzucker per App zu überwachen. 59 % der Befragten sind an Apps zur Kontrolle des persönlichen Kalorienverbrauchs interessiert. An dritter Stelle stehen mit 56 % Statistiken über die eigenen Finanzen gefolgt von Apps fürs Joggen, Radfahren oder Kalorienzählen mit rund 50 %. Fast täglich werden neue Gesundheitsapps entwickelt. Dies führt für alle Beteiligten zu einer entsprechenden Unübersichtlichkeit. Das Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem (afgis) eV, die ZTG Zentrum für Telematik und Telemedizin GmbH und andere Institutionen warnen in diesem Zusammenhang vor den Risiken der Apps. Denn ein geregelt Verfahren und eine entsprechende Prüfung (u. a. durch den TÜV) gibt es nur für jene Applikationen, die als Medizinprodukt einzustufen sind (etwa,

wenn die Anwendung an ein Messgerät gekoppelt ist) und damit nur für einen relativ geringen Anteil der Apps.

Große Telemedizinstudie startet in Berlin

An der Berliner Charité ist eine der weltweit größten Telemedizinstudien an den Start gegangen. Unterstützt wird das Projekt „Telemedical Interventional Management in Heart Failure II“ (TIM-HF II) mit acht Millionen Euro vom Bundesministerium für Bildung und Forschung, mit 4,5 Mio. Euro vom Land Brandenburg sowie von der AOK Nordost und der Barmer GEK. Anhand der Studie, an der sich 400 Hausärzte und 60 niedergelassene Kardiologen beteiligen und die 1.500 Patienten im Raum Berlin/Brandenburg umfasst, soll entschieden werden, ob die telemedizinische Versorgung bei Patienten mit schwerer Herzinsuffizienz sowohl in die medizinischen Leitlinien als auch in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen wird. Hierbei soll auch untersucht werden, ob mithilfe der telemedizinischen Betreuung die Versorgung von Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz in strukturschwachen Gebieten qualitativ das Versorgungsniveau in einer Metropolregion erreichen kann. Geplant ist, dass die teilnehmenden Patienten ihre biometrischen Daten täglich anhand einer Waage, eines EKG- und eines Blutdruckmessgeräts erfassen, wobei die Informationen mit einem speziellen Gerät der Firma Getemed gespeichert und analysiert und automatisch an die telemedizinischen Zentren in Berlin, Cottbus und Brandenburg weitergeleitet werden. Im Bedarfsfall greift ein Stufenkonzept, das über die telefonische Kontaktaufnahme mit dem Patienten über die Anpassung der Medikation in Absprache mit den behandelnden Ärzten bis hin zum Notarztinsatz reicht. Erste Ergebnisse werden 2016 erwartet.

Mit dem gesetzten Ziel der Aufnahme der telemedizinischen Betreuung in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenkassen könnte sich das Projekt bei Erfolg als wichtiger Meilenstein der deutschen Telemedizin entwickeln. Zwar wurde mit dem Versorgungsstrukturgesetz die Förderung der Telemedizin über die Einführung spezieller Abrechnungsziffern ausdrücklich festgelegt, bislang gibt es diesbezüglich jedoch kaum Fortschritte. Mit erheblicher Verzögerung haben der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) Ende Juni 2013 immerhin eine Rahmenvereinbarung entworfen, die den Bewertungsausschuss beauftragt, die Finanzierung der Telemedizin innerhalb des EBM zu prüfen. Aufgrund der mangelnden Finanzierungsbasis bleiben in Deutschland bislang viele telemedizinische Vorhaben noch in der Projektphase stecken, da eine Übertragung in die medizinische Praxis nicht durchsetzbar ist. Eine aktuelle Studie der Unternehmensberatung Steria Mummert Consulting geht jedoch fest davon aus, dass sich die Telemedizin in Deutschland etablieren wird. Den Marktbeobachtern zufolge ist damit zu rechnen, dass telemedizinische Leistungen, wie z. B. die Fernüberwachung von Patienten dank der Fortschritte im Bereich der Mobilitätstechnologie, in spätestens 15 Jahren zur Standardbehandlung in Deutschland zählen.



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, Seminaarauskünfte und zahlreichen weiteren Infos.



Wir beraten Sie bei der Entscheidungsfindung individuell, objektiv und kompetent.

**Mehr darüber unter:
www.hug-beratung.de**



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!



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?

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

3
Fortbildungs-
punkte

Praxis oder Klinik?

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

3
Fortbildungs-
punkte

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-Versorgungsstrukturgesetz 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!



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



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