

1

Jahrgang 2013

QUID

H.U.G Quartalsinformation

In Zusammenarbeit mit  REBMAN RESEARCH

Ärzteneetze: Der große Wurf bleibt aus



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 – 4

- Ärztenetzvergütung: „Kleine Fische“
- Jobmotor Gesundheitswesen läuft weiter
- Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden: Neuregelung steht

Talk :: Seite 5

- Gesundheit aus dem www: Internet als Informationsquelle immer wichtiger
- Elektronische Gesundheitskarte bald flächendeckend

Fachrichtung :: Seite 6 – 8

- Allgemeinärzte: Allgemeinärzte „an die Strippe“: Hausärztliche Videotelefonie-Betreuung für Senioren
- Allgemeinärzte: Note eins für „agnes zwei“
- Fachärzte: Onkologen: banger Blick in die Zukunft
- Fachärzte: Orthopäden: Gute Zwischenbilanz für Modellversuch Physiotherapie der BIG
- Zahnärzte: Zahnärzte investierten eine Milliarde Euro

Regional :: Seite 8 – 9

- Bayern: Hartes Durchgreifen der AOK beim Hausarztvertrag
- Hessen: Arztbriefe künftig per E-Mail
- KV Sachsen-Anhalt kann aus „dem Vollen schöpfen“

International :: Seite 10

- Das „Europa-Rezept“ kommt
- Sécurité Sociale in der Krise

Trend :: Seite 10 – 11

- KBV entwickelt Modell zur Steuerung der Arztbesuche
- Verdrängen Internetapotheken die traditionellen Offizinen?

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.rebman-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.

Ärztetzvergütung: „Kleine Fische“

In Ermangelung einer eindeutigen Definition der Organisationsformen sowie einer verbindlichen Vergütungssystematik haben sich die deutschen Ärzte- und Praxisnetze bislang in einem weitgehend unregulierten Raum entwickelt. Im vergangenen Jahr ließen sich jedoch zunehmende Organisations Tendenzen innerhalb der zersplitterten Landschaft der deutschen Ärzte- und Praxisnetze beobachten. Triebfeder dieser Entwicklung ist die im Jahr 2011 gegründete Agentur Deutscher Ärztenetze, der inzwischen bereits 18 ordentliche Mitglieder, darunter die am weitesten fortgeschrittenen Netze in Deutschland, angehören.

Als größte politische Erfolge erwiesen sich die gesetzliche Festschreibung der Netze als eigene Leistungserbringer sowie die Aufnahme einer Vergütungsregelung in das seit 1. Januar 2012 geltende Versorgungsstrukturgesetz. Zum ersten Mal besteht somit die Möglichkeit, Netze innerhalb des Kollektivvertragssystems zu fördern. Netze können nun direkte Vertragspartner der Krankenkassen werden, unter der Voraussetzung, dass sie einer Verbesserung der ambulanten Versorgung dienen und von der Kassenärztlichen Vereinigung anerkannt werden. Im Rahmen des neuen § 87b SGB V besteht die Möglichkeit, innerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung der KVen ein eigenes Honorarbudget für Netze zu vereinbaren. Eine Richtlinie, welche die erforderlichen Fördervoraussetzungen für Netze definiert (vgl. Infobox), soll am 1. April 2013 in Kraft treten.

Mittlerweile müssen die Netze jedoch erkennen, dass ihre Erwartungen im Hinblick auf eine Berücksichtigung als gleichberechtigte ambulante Leistungserbringer und die Ausstattung mit einem eigenen regionalen Honorarbudget offenbar viel zu hoch gesteckt waren. So ergab eine aktuelle Umfrage der Agentur Deutscher Ärztenetze, dass keine der zehn Kassenärztlichen Vereinigungen, von denen die Agentur Deutscher Ärztenetze eine Antwort erhalten hatte, ein eigenes Honorarvolumen für Netze als Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 87a Absatz 3 vorsieht.

Indessen liegt der Grund für die Ablehnung dieser Vergütungsoption durch die KVen nicht in der mangelnden Anerkennung der Arbeit der Netze und der durch sie erreichten Verbesserungen der Versorgung, sondern in dem sich zwangsläufig durch die gesetzliche Regelung ergebenden Honorarverteilungsdilemma. Die Mittel, die die KVen den Netzen gewähren würden, stünden aufgrund

der gesetzlichen Verpflichtung zur Bereinigung der Netzbudgets nicht mehr für die Regelversorgung außerhalb der Netze zur Verfügung. Ein eventuelles Honorarplus für die Netze würde also stets zu Lasten jener Ärzte gehen, die nicht Bestandteil des Netzes sind. Ein eigener Sicherstellungsauftrag für ein Netz gestaltet sich deshalb insbesondere bei kleinen KVen als problematisch. Da zudem die „Netzärzte“ in den Vertreterversammlungen der KVen regelmäßig eine Minderheit bilden, hat sich bislang keine KV zu dieser Form der „freiwilligen Honorarumverteilung“ entschlossen.

Geplante strukturelle Fördervoraussetzungen für Ärztenetze

- Mindestens dreijährige Existenz des Netzes
- Netzmitglieder: Hausärzte und Vertreter mindestens zweier weiterer Facharztgruppen
- Netzgröße: zwischen 20 und 100 Ärzte
- Meldepflicht bei der zuständigen Ärztekammer
- Professionelles Management und ärztliche Leitung
- Rechtsform: gleiche Beschränkungen wie bei der Gründung von MVZ
- Verankerung der Versorgungsziele Patientenzentrierung, kooperative Berufsausübung und Effizienzverbesserung (z. B.: in Form von Fallbesprechungen, gemeinsamen Dokumentationsstandards, beschleunigten Diagnose- und Therapieprozessen, einer verbesserten Wirtschaftlichkeit und Maßnahmen zur Patientensicherheit)

Die Überprüfung der Voraussetzungen ist von den KVen selbst vorzunehmen.

Trotzdem gibt es aus Sicht der Ärztenetze „Lichtblicke“, denn immerhin zeigen die Umfrageergebnisse, dass viele KVen eine grundsätzliche Bereitschaft zur Förderung der Netze insbesondere in Form der sog. Add-on-Verträge zeigen (vgl. Tabelle). Die Tatsache, dass bislang nur wenige KVen hinsichtlich der Umsetzung der Förderung aktiv geworden sind, dürfte dabei der relativ kurzen Zeitspanne geschuldet sein, die für die Umsetzung der neuen gesetzlichen Bestimmungen gegeben war.

Umfrageergebnisse der Agentur Deutscher Ärztenetze zur geplanten Förderung von Ärztenetzen:

Geplante Förderform von regionalen Ärztenetzen	KVen
■ Bereitschaft zu Verhandlungen über sogenannte Add-on-Verträge	Bayern, Brandenburg, Rheinland-Pfalz, Saarland und Schleswig-Holstein
■ Grundsätzliche, nicht näher definierte Förderbereitschaft	Thüringen und Westfalen-Lippe
■ Aufnahme zertifizierter Netze als Versorgungsdienstleister“ in die Bedarfsplanung	Niedersachsen und Schleswig-Holstein
■ Förderung von Netzen aus dem Sicherstellungsfonds	

Als Vorreiter in Sachen Ärztenetzförderung gilt die KV Niedersachsen, die neben der Gründung einer KV-Netzwerkstatt auch Fördermittel für Netze aus dem Sicherstellungsfonds in Höhe von 1 Mio. € bereitstellt. Mit diesen Maßnahmen sollen die über 40 Netze des Landes sowie eventuelle neugegründete Netze in die Lage versetzt werden, die Anforderungen aus den Förderungsrichtlinien künftig zu erfüllen. Geplant sind u.a. Moderations- und Verhandlungshilfen sowie juristische Beratung.

Auch wenn sich die eigenen Honorarvolumina für Netze als Illusion erwiesen haben, machen die Umfrageergebnisse Hoffnung. Für die Zukunft ist somit die Herausbildung regional unterschiedlicher „Netzlandschaften“ mit heterogenen Versorgungs- und Vergütungsstrukturen zu erwarten. Hierbei bestehen nach wie vor auch die herkömmlichen Fördermöglichkeiten in Form von Selektivverträgen mit den Krankenkassen nach § 73a und § 140 ff. oder als Modellvorhaben der Krankenkassen (§ 63).

Ärztetze könnten gerade in unterversorgten Gebieten – insbesondere unter Mitwirkung von Hausärzten und gegebenenfalls in Kooperation mit den dortigen Krankenhäusern – einen wichtigen Beitrag zur Sicherung der Versorgung leisten. Hierfür müssen jedoch die Netze wie bisher in Vorleistung treten, um sich bei den künftigen Verhandlungen eine gute Position zu verschaffen. Dies gelingt am besten mit einem durchdachten Geschäftskonzept, einem hohen Organisationsgrad und einem begleitenden Qualitätsmanagement. Lassen sich dann bei gleicher oder sogar verbesserter Qualität Wirtschaftlichkeitsvorteile im Vergleich zur Regelversorgung realisieren oder gelingt es, in unterversorgten Gebieten zur Sicherstellung der Versorgung beizutragen, ist ein Schritt weiter in Richtung eines eigenen Honorarvolumens getan.

Jobmotor Gesundheitswesen läuft weiter

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (Destatis) nahm die Beschäftigung im deutschen Gesundheitswesen zwischen 2010 und 2011 um 1,8 % (87.000 Arbeitsplätze) zu. Der Statistik zufolge waren 2011 rund 4,9 Mio. Menschen – bzw. bundesweit jeder neunte Beschäftigte – im Gesundheitsbereich tätig. Mit 2,2 Mio. Beschäftigten (+37.000 gegenüber 2010) fungierte der ambulante Sektor als wichtigster Arbeitgeber. Im Bereich der (teil-)stationären Gesundheitsversorgung waren weitere 2,0 Mio. Menschen (+41.000 gegenüber 2010) beschäftigt. Die Verwaltung und der Gesundheitsschutz zählten rund 700.000 Beschäftigte. Mit 43,9 % der gesamten im Gesundheitswesen Beschäftigten machen die Teilzeit- bzw. geringfügig Beschäftigten traditionell einen großen Anteil aus. Umgerechnet auf Vollzeitstellen belief sich der Beschäftigungsanstieg im Gesundheitswesen auf 59.000 Vollkräfte, was einer Steigerung um rund 1,6 % entspricht.

Über alle Berufsgruppen hinweg nahm die Zahl der Heilpraktiker mit 6,1 % am stärksten zu – gefolgt von den Altenpflegern (+5,5 %). Die Zahlen belegen, dass das Gesundheitswesen einen positiven Beschäftigungseffekt auf die deutsche Gesamtwirtschaft ausübt. Allein zwischen 2006 und 2011 nahm in diesem Bereich die Beschäftigung um 10,2 % zu. Aufgrund der weitgehenden Konjunkturabhängigkeit wird auch die Gesamtbedeutung der Branche für die deutsche Volkswirtschaft immer größer. Mittlerweile sprechen Experten übereinkommend von einem weltweiten „Megatrend“. Im Jahr 2010 erreichten die deutschen Gesundheitsausgaben einen Rekordwert von insgesamt knapp 287,3 Mrd. €, was einem Anteil am deutschen Bruttoinlandsprodukt von 11,6 % entsprach.

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden: Neuregelung steht

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurde eine Neuregelung bezüglich neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden geschaffen, deren Nutzen noch nicht hinreichend belegt ist. Sofern die neuen, noch nicht erprobten Methoden vielversprechend sind, ist nun eine Erprobung mit Unterstützung der Gesetzlichen Krankenversicherung möglich. Voraussetzung hierfür ist laut Gesetz (vgl. § 137e SGB V) das Aufstellen entsprechender Richtlinien durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA).

Letzterer hat nun Ende Dezember 2012 die Kostenzuordnung bei der Erprobung medizinischer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geregelt. Dabei wurde die Aufteilung der Kosten für die mit den Innovationen verbundenen Studien wie folgt festgelegt:

- Förderung: Für kleine und mittelständische Unternehmen übernimmt die GKV bis zu 50 % der Studienkosten und bis zu 70 % bei neuen Verfahren im Bereich seltener Erkrankungen
- Rückzahlung: Eine Rückzahlung der Auslagen der GKV (über mehrere Jahre hinweg) ist dann verpflichtend, wenn die Bewertung erfolgreich ist und mit dem neuen Verfahren später hohe Umsätze erzielt werden. In Härtefällen kann auf eine Rückzahlung verzichtet werden.

Die Neuregelung durch den GBA gilt als Chance – sowohl für die kleinen und mittelständischen Unternehmen, die insgesamt häufiger als Großunternehmen innovative Diagnostik- und Therapiemethoden entwickeln, als auch für das gesamte Gesundheitssystem. Denn bis Ende 2012 durften nur diejenigen innovativen Verfahren zu Lasten der GKV erbracht werden, deren medizinischer Nutzen durch entsprechende Studienergebnisse belegt war. Aus diesem Grund wurden Innovationen oft nur mit großer Verzögerung im ambulanten Bereich umgesetzt. Nun erhofft sich der GBA eine beschleunigte Umsetzung neuer Methoden.

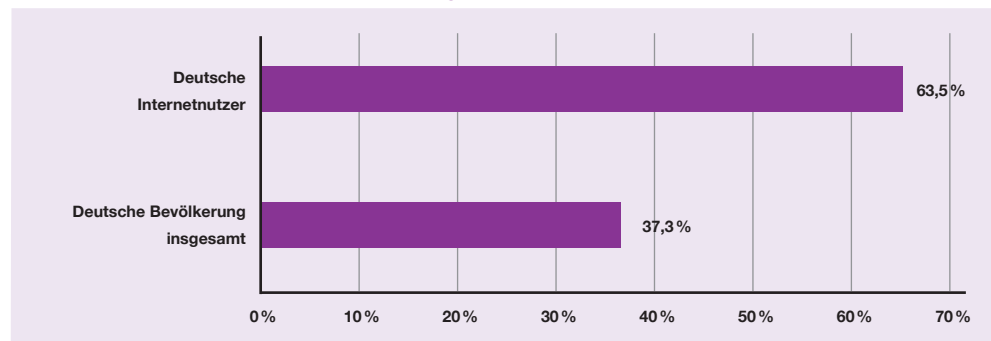
Talk

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.

Gesundheit aus dem www: Internet als Informationsquelle immer wichtiger

Eine in der Zeitschrift Psychotherapeut veröffentlichte Studie des Universitätsklinikums Leipzig und der Universität Köln zeigt, dass das Internet bei der Informationsbeschaffung zu Gesundheitsthemen immer wichtiger wird. Ausgangspunkt der repräsentativen Studie war die Ermittlung der Bekanntheit und Akzeptanz internetbasierter psychotherapeutischer Beratungsangebote auf Basis einer Befragung von 2.411 Personen. Den Autoren zufolge nutzt mehr als ein Drittel der Bundesbürger (37 %) das World Wide Web (www) als Gesundheitsratgeber. Bei jenen Bürgern, die generell das Internet nutzen, liegt der Anteil mit 63 % noch sehr viel höher (vgl. Abbildung). Für 20 % der Befragten hat das Internet bei Gesundheitsfragen einen „großen“ oder sogar „sehr großen“ Einfluss. Trotzdem ist für die Befragten der Einfluss von Ärzten, Apothekern, Familienangehörigen und Freunden auf das Gesundheitsverhalten größer als jener des Internets.

Wer nutzt das www als Gesundheitsratgeber?



Quelle: www.springermedizin.de Grafik: REBMANN RESEARCH

Beruhigend ist, dass der Einfluss von Ärzten auf die Patienten nach wie vor noch wichtiger ist, als jener des Internets. Trotzdem sind die Leistungserbringer im Gesundheitswesen zunehmend mit Patienten konfrontiert, die sich im Internet über Krankheiten und die dazugehörigen Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten informiert haben und sich auf diese Weise immer öfter bereits eine „eigene Diagnose“ gebildet haben. Die bessere Information der Patienten bietet sowohl Chancen als auch Risiken. Grundsätzlich besteht hierdurch die Chance auf ein allgemein verbessertes Gesundheitsbewusstsein und auf einen besseren Umgang von Patienten mit ihrer Krankheit. Andererseits besteht die Gefahr, dass „ungefilterte“ medizinische Informationen aus dem Internet irrelevant und sogar irreführend bzw. störend in Hinblick auf das Arzt-Patienten-Verhältnis sein können.

Elektronische Gesundheitskarte bald flächendeckend

Nach Angaben des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenkassen haben mittlerweile rund 70 % der Versicherten die neue Versichertenkarte erhalten. Die erforderliche Quote von 70 % wurde bei einigen Kassen sogar überschritten. Keine Auskunft erteilte der Verband hingegen darüber, ob alle Kassen die Quote erfüllen konnten.

Mit der weitgehend flächendeckenden Aushändigung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) steht das eigentliche Projekt erst vor dem Anfang. Denn nun gilt es, die in Zusammenhang mit der Einführung der Karte versprochenen telematischen Anwendungen zu verknüpfen, die die Effizienz und Qualität der Versorgung erhöhen. Bislang war das Milliardenprojekt eGK durch massive Zeitverzögerungen gekennzeichnet. Mittlerweile wurden auch einige der wesentlichen ursprünglich vorgesehenen Funktionen (wie z. B. das elektronische Rezept und die elektronische Patientenakte) aufgegeben. Experten äußern Enttäuschung darüber, dass das „technologische Potenzial“ der eGK nicht ausreichend genutzt wird. Künftig soll die Karte nur noch eine onlinegestützte Verwaltung der Versicherten-Stammdaten, die Patienten-Notfalldaten sowie einen Arztbrief enthalten. Angesichts der nunmehr eingeschränkten Funktionen öffnete sich die Schere zwischen Kosten und Nutzen des Projekts immer weiter.

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

Allgemeinärzte „an die Strippe“: Hausärztliche Videotelefonie-Betreuung für Senioren

Die AOK Rheinland/Hamburg und die Deutsche Telekom starten im niederrheinischen Goch das auf zwei Jahre angelegte telemedizinische Projekt „Vitalig“ zur besseren hausärztlichen Versorgung von Senioren. Im Rahmen des Modellversuchs werden 100 Senioren mit speziell konfigurierten PCs und Bildtelefonen ausgestattet. Das Videotelefonie-System erlaubt eine Vernetzung der Senioren mit Hausärzten, andere Gesundheitsdienstleistern und Angehörigen. Beteiligt sind bislang mehrere Ärzte, Apotheken sowie ein Sanitätshaus.

Ziel des Projektes ist es, älteren Menschen den Verbleib in ihrer gewohnten Umgebung zu ermöglichen. PC-Erfahrung ist für die Testpersonen nicht notwendig, denn der All-in-One-PC mit Touchscreen wurde so konfiguriert, dass er alleine als Plattform für das Kommunikationssystem dient. Eine einmalige Berührung der Kommunikationsschaltflächen auf dem Touchscreen stellt sofort eine Videoverbindung mit dem Hausarzt oder angeschlossenen Familienmitgliedern her. Über einen einfachen Onlineshop können zudem Bestellungen in der Apotheke und dem Sanitätshaus ausgeführt werden. Die Datenübertragung erfolgt verschlüsselt. Geplant ist, weitere Dienstleister mit Lieferservice (z. B. Getränkelieferanten etc.) zu integrieren. Daneben sollen Client-Lösungen für iPad, iPhone und Windows entwickelt werden, damit z. B. Angehörige keine spezielle Hardware mehr benötigen, um mit den Senioren in Kontakt zu bleiben.

Mit dem Modell will sich die Telekom im Gesundheitsmarkt als „Rundum-Dienstleister“ positionieren. Gerade der Markt für Dienstleistungen für ältere Menschen birgt ein großes Potenzial: Berechnungen der AOK zufolge wird im Kreis Kleve, zu dem Goch gehört, im Jahr 2030 bereits ein Drittel der Bevölkerung ein Alter von 65 Jahren erreicht haben. Das Motiv der AOK liegt darin, effiziente Modelle zur Versorgung der immer älter werdenden Bevölkerung zu entwickeln.

Note eins für „agnes zwei“

Einer nicht repräsentativen Patientenbefragung der AOK Nordost zufolge fällt die Zwischenbewertung des erweiterten „agnes-Modells“ überaus gut aus. So beurteilen die Patienten mit 3,41 von vier möglichen Punkten den Nutzen der Betreuung durch die speziell geschulten Helferinnen als sehr positiv. Weitere gute Bewertungen erhielt das arztentlastende Modell bei der Hilfe hinsichtlich organisatorischer Tätigkeiten und der Information über eine gesunde Lebensweise. Dabei fühlten sich die von Schwester „agnes“ betreuten Patienten medizinisch gut versorgt, gut beraten und bewerteten das für sie zur Verfügung stehende Zeitbudget als positiv. Zielgruppe von „agnes“ sind insbesondere ältere, chronisch kranke Patienten. Die Befragten wiesen ein Durchschnittsalter von rund 81 Jahren auf. Zwei Drittel davon waren Frauen, die zudem überwiegend alleinstehend waren. Die AOK Nordost plant eine Fortsetzung der Patientenbefragung. Künftig sollen auch die teilnehmenden Ärzte eine Beurteilung abgeben dürfen.

agnes zwei

Mit „agnes zwei“ haben die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (KV BB), die AOK Nordost und die Barmer GEK im vergangenen Jahr ein neues arztentlastendes Modell entwickelt, das die Schwächen des Vorgängermodells ausgleichen soll:

- Ausdehnung des Betätigungsfeldes auch auf Fachärzte, Medizinische Versorgungszentren, Ärztehäuser oder Ärztenetze
- Unterstützung der Patienten bei der Koordinierung von Arztterminen, beim Ausfüllen von Formularen oder bei Anträgen
- Einsatzmöglichkeit nicht nur in unterversorgten Gebieten, sondern in ganz Brandenburg – unabhängig vom Versorgungsgrad
- Neuregelung der Vergütung (Pauschale von 40 € in der Regelversorgung pro Patient und Monat)

Zumindest aus Sicht der betreuten Patienten hat „agnes zwei“ offenbar das gesetzte Ziel erreicht. Es bleibt jedoch spannend, wie die Meinung der Mediziner ausfallen wird. Sofern es sich bei dem Modell tatsächlich um ein effizienzsteigerndes, arztentlastendes Instrument handeln sollte, das gleichzeitig die Versorgung der stetig wachsenden Gruppe älterer, oft multimorbider Menschen quantitativ und qualitativ sichert, führt an arztentlastenden Modellen wie „agnes zwei“ kein Weg vorbei. Voraussetzung ist jedoch, dass die „Weichen“ bundesweit richtig gestellt werden. So können arztentlastende Modelle nur dann funktionieren, wenn in den Praxen die organisatorischen und finanziellen Voraussetzungen hierfür geschaffen werden.

FACHÄRZTE

Onkologen: banger Blick in die Zukunft

Eine aktuelle, vom Institut für Community Medicine der Universität Greifswald erstellte Studie (Herausforderung demografischer Wandel – Bestandsaufnahme und künftige Anforderungen an die onkologische Versorgung) im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO) prognostiziert für Deutschland eine signifikante Zunahme der Krebserkrankungen in den kommenden Jahren. Grund ist den Autoren zufolge der demographische Wandel, denn viele Krebserkrankungen treten im höheren Lebensalter häufiger auf.

So sollen in den nächsten Jahren die onkologischen Erkrankungen um ein Sechstel zunehmen. Konkret rechnen die Epidemiologen bis zum Jahr 2020 mit einer jährlichen Zunahme der Zahl der Krebsneuerkrankungen um circa 67.000 Fälle gegenüber dem Jahr 2008 auf eine Gesamtzahl von 295.000 Neuerkrankungen. Im Jahr 2020 rechnet die Fachgesellschaft mit bundesweit rund 1,521 Mio. Krebskranken. Gegenüber dem Jahr 2008 bedeutet dies eine Zunahme um 13 %. Die höchsten Anstiege werden dabei beim Darmkrebs, Lungenkrebs Prostatakrebs und Brustkrebs erwartet. Männer sind mit einer Zunahme der Prävalenz um 17 % deutlich stärker betroffen als Frauen (+9 %). Die schlechte Nachricht ist, dass der Preis der höheren Lebenserwartung in einer Zunahme bei den Krebserkrankungen (und auch bei vielen anderen chronischen Erkrankungen) besteht. Die gute Nachricht lautet, dass aus Sicht der DGHO die Therapie der Krebserkrankungen trotz der Zunahme der Behandlungszahlen und des medizinisch-technischen Fortschritts bezahlbar bleiben wird.

Problematisch ist jedoch, dass offenbar die Versorgungsstrukturen der steigenden Nachfrage nicht gewachsen sind. So geht die Fachgesellschaft davon aus, dass im Jahr 2020 der Bedarf an Medizinern mit Schwerpunktbezeichnung Hämatologie und internistische Onkologie gegenüber 2008 je nach Bundesland zwischen 6 und 25 % steigt. Da bis 2020 rund 25 % der gegenwärtig berufstätigen Onkologen aus Altersgründen aus dem Beruf ausscheiden werden, rechnen die Experten mit Engpässen bei der medizinischen Versorgung von Krebskranken. Aufgrund der zunehmenden „Ambulantisierung“ der Krebstherapie werden sich Engpässe nicht nur im stationären, sondern auch im ambulanten Bereich ergeben.

Orthopäden: Gute Zwischenbilanz für Modellversuch Physiotherapie der BIG

Für den bereits im Jahr 2011 gestarteten Modellversuch des Bundesverbands selbstständiger Physiotherapeuten (IFK) und der BIG direkt gesund, der den Physiotherapeuten deutlich größere Freiheiten bei der Therapie erlaubt (vgl. Infobox), liegt eine erste Zwischenbilanz vor. Die Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaft, die mit der Evaluierung des gegenwärtig rund 200 Patienten umfassenden Modells beauftragt ist, kommt in ihrem Zwischenbericht zu dem Schluss, dass die Patienten der Modellgruppe hinsichtlich der Schmerzreduktion, der gesundheitsbezogenen

Lebensqualität, des aktuellen Gesundheitszustands und der Funktionen bessere Ergebnisse vorweisen als die Patienten der Kontrollgruppe.

Interessant ist, dass trotz der erfolgreicherer Therapieergebnisse die Anzahl der Behandlungseinheiten deutlich unter jenen der Kontrollgruppe lag. Die erste Auswertung des Projekts dürfte dem Wunsch der Physiotherapeuten nach mehr Unabhängigkeit gegenüber den Medizinern neuen Aufwind geben. Denn die Ergebnisse lassen darauf schließen, dass mehr Autonomie mit besseren Behandlungsergebnissen und eventuell auch mit geringeren Kosten für das Gesundheitswesen einhergeht. Es bleibt jedoch abzuwarten, wie die Evaluation nach Ende des Modellprojekts im kommenden Jahr ausfällt. Denn bislang erlaubt die geringe Zahl der ausgewerteten Befunde (59) noch keine abschließende Beurteilung. Hinzu kommt, dass auch der abschließende Kostenvergleich noch aussteht.

Modellversuch Physiotherapie 2011

Im Rahmen des Modellversuchs des Bundesverbands selbstständiger Physiotherapeuten (IFK) und der Kasse BIG direkt gesund dürfen Physiotherapeuten auf Basis einer eigenen Anamnese und Befunderhebung von den ärztlichen Verordnungen abweichen. Über die eigenständige Auswahl, Dauer und Frequenz der Behandlung durch die Physiotherapeuten soll eine Verbesserung der Qualität der Versorgung sowie der Wirtschaftlichkeit erreicht werden. Der Modellversuch soll mehr als 600 Versicherte der BIG mit muskuloskelettalen Erkrankungen der Wirbelsäule, des Beckens oder der unteren Extremitäten umfassen. Insgesamt beteiligen sich 40 physiotherapeutische Praxen aus Berlin und Westfalen-Lippe. In dem wissenschaftlich begleiteten Versuch kommen standardisierte Tests zu Funktion, Aktivität und Partizipation der Patienten zum Einsatz. Zur Beurteilung der Ergebnisse werden die Patienten in eine Interventions- und Kontrollgruppe aufgeteilt.

ZAHNÄRZTE

Zahnärzte investierten eine Milliarde Euro

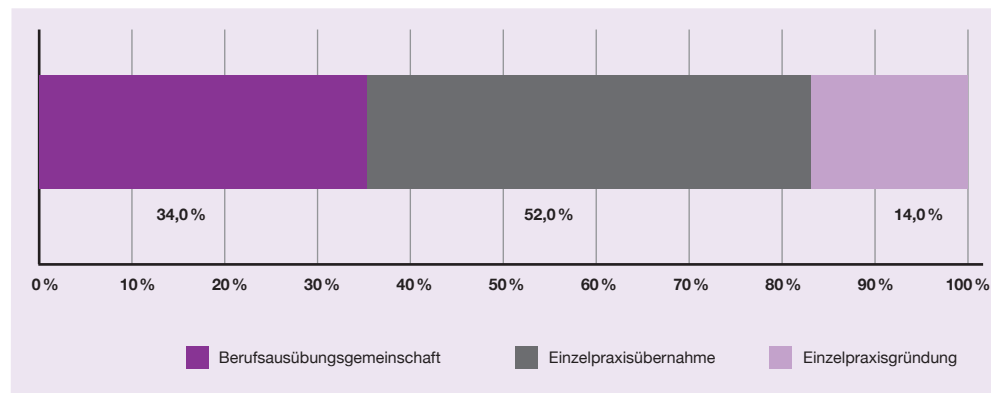
Für Praxisübernahmen oder Neugründungen investierten Zahnärzte in den Jahren 2010 und 2011 rund eine Milliarde € berichtet das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ). Durch die Übernahmen und Gründungen konnten alleine in 2010 rund 20.000 neue Arbeitsplätze geschaffen werden. Der Zahnärztlichen Existenzgründungsanalyse 2011 des Instituts der Deutschen Zahnärzte und der Deutschen Apotheker- und Ärztekammer zufolge war im Jahr 2011 die häufigste Form der Existenzgründung bundesweit mit 52 % die Übernahme einer Einzelpraxis. Die Berufsausübungsgemein-

schaft wurde von 34 % der gründungswilligen Zahnärzte gewählt. 14 % entschieden sich für die Gründung einer Einzelpraxis. Auffällig war, dass sich im Existenzgründungsverhalten der Zahnärzte in Ost und West erstmals keine Unterschiede ergaben. Während in den alten Bundesländern trotz der zunehmenden „Feminisierung“ des Arztberufs immer noch die männlichen Gründer mit 58 % dominieren, ist die Geschlechterverteilung bei den Gründern in den neuen Bundesländern mit jeweils 50 % ausgeglichen.

Gestiegen ist das Finanzierungsvolumen für die Neugründung einer Einzelpraxis in Westdeutschland um rund 7 % gegenüber dem Vorjahr auf nunmehr 429.000 €. In die Übernahme einer Einzelpraxis mussten die Zahnärzte hingegen 2011 mit rund 299.000 € durchschnittlich 3 % weniger investieren. Dabei stieg der ideelle Wert deutlich, während der Substanzwert stark sank. Das Finanzierungsvolumen von 429.000 € für Gründungen in Westdeutschland lag in 2011 wieder auf dem Niveau von 2008. Damals mussten für eine Neugründung 420.000 € finanziert werden. Danach sank das Finanzierungsvolumen bis 2010 auf 400.000 €, wobei sich gegenüber 2008 hauptsächlich die Investitionen für medizintechnische Einrichtungen verringerten und der Betriebsmittelkredit sank. Lediglich für Umbaukosten mussten 2.000 € mehr aufgewendet werden als 2008. In den neuen Bundesländern blieb das Finanzierungsvolumen für Neugründungen unverändert bei 191.000 €.

Für Praxisübernahmen war der Preis in der zeitlichen Betrachtung von 2006 bis 2011 im Jahr 2010 mit 307.000 € in den alten Bundesländern am höchsten. In den neuen Bundesländern wurde das höchste Finanzierungsvolumen für Einzelpraxisübernahmen mit 189.000 € im Jahr 2011 erreicht. Trotzdem lag das durchschnittliche Finanzierungsvolumen in den alten Bundesländern um 51 % höher als in den neuen Bundesländern.

Art der Existenzgründung Gesamtdeutschland



Quelle: Apotheker- und Ärztebank Grafik: REBMANN RESEARCH

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.

Bayern: Hartes Durchgreifen der AOK beim Hausarztvertrag

Nach Auskunft der AOK Bayern droht rund 500 Arztpraxen die Aufkündigung des Hausarztvertrages. Grund für die angekündigte Auflösung der Verträge durch die AOK ist, dass die Praxen die im Vertrag vorgeschriebenen Qualitätsanforderungen nicht einhalten. Hierbei geht es im Wesentlichen um Versäumnisse bei der Fort- und Weiterbildung u. a. in der Psychosomatik und Geriatrie. Diese wurden in 500 Fällen durch den Bayerischen Hausärzterverband (BHÄV) festgestellt und entsprechend der vertraglichen Vereinbarung von diesem an die AOK gemeldet. Der BHÄV hat die betroffenen Hausärzte mittlerweile mehrfach schriftlich auf die Versäumnisse und deren Konsequenzen hingewiesen.

Sofern aus dem AOK-Vertrag ausgeschlossene Hausärzte den Qualifikationsanforderungen später wieder nachkommen sollten, ist eine erneute Teilnahme am Vertrag möglich. Gegenwärtig nehmen rund 4.700 Hausärzte am bayerischen AOK-Hausarztvertrag teil. Damit ist die Quote jener Mediziner, die den Qualitätsanforderungen des HZV-Vertrages nicht nachkommen, mit weniger als 7 % gering. Für diese Praxen ergibt sich jedoch gleich ein doppelter Nachteil. Erstens müssen sie ab April auf die zusätzliche Vergütung der HZV verzichten und zweitens obliegt ihnen die Aufgabe, ihren Patienten zu erklären, weshalb ihnen bestimmte Angebote nicht länger zur Verfügung stehen. Dies dürfte insbesondere die chronisch kranken Patienten betreffen, die vom Hausarztvertrag in besonderem Maße profitieren. Die konsequente Vorgehensweise der AOK ist zwar hart, zeigt aber andererseits, dass die Kasse den erhöhten Qualitätsanspruch der Versorgung, auf den sie mit dem Hausarztvertrag setzt, durchaus ernst nimmt.

Hessen: Arztbriefe künftig per E-Mail

Die Landesärztekammer Hessen hat den Startschuss für den Arztbrief per E-Mail gegeben. Dank des ab sofort erhältlichen neuen Arztausweises, der über eine „qualifizierte elektronische Signatur“ (QSIG) verfügt, haben Ärzte nun die Möglichkeit, Arztbriefe elektronisch zu signieren und per E-Mail zu versenden. Das neue Verfahren funktioniert jedoch nur, wenn auch der Empfänger einen QSIG-Arzttausweis oder ein sogenanntes Organisationszertifikat als Verschlüsselungsschlüssel besitzt.

Der QSIG-Ausweis wurde zuvor von der hessischen Ärztekammer bereits mit Erfolg in einem Pilotprojekt getestet. Mitglieder können den Ausweis bei der hessischen Ärztekammer gegen eine Dreijahresgebühr in Höhe von 250 € beantragen. Hinzu kommen für den Arzt weitere Kosten für einen Kartenleser (ca. 40 €) und die Signatursoftware (rund 130 €). Mit dem neuen Ausweis können sich Ärzte auch an Krankenhausportalen und ab Mitte 2013 beim Mitgliederportal der Landesärztekammer Hessen anmelden. Aus Gründen des Datenschutzes sprachen sich jedoch Landesärztekammer und KV dagegen aus, den neuen Ausweis mit der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) kompatibel zu gestalten.

Künftig ist geplant, den Ausweis u. a. für die elektronische Abrechnung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, in der notärztlichen Versorgung und in der digitalen Archivierung einzusetzen. Für die zukünftige Versorgung sind telematische Anwendungen unverzichtbar. Auch der elektronische Arztbrief liefert in diesem Zusammenhang einen wichtigen Beitrag zur Steigerung der Effizienz des Gesundheitssystems und der Arztpraxen. Dies sehen auch die Ärzte so: Eine Untersuchung der Bundesärztekammer aus dem Jahr 2010 ergab, dass 67 % der Ärzte den elektronischen Arztbrief für nützlich halten.

KV Sachsen-Anhalt kann aus „dem Vollen schöpfen“

Der Schiedsspruch des Landesschiedsamtes zur Honorarentwicklung 2013 hat der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) in Sachsen-Anhalt eine komfortable Ausgangsposition bei der Honorarverteilung beschert. Das Schiedsamt hatte im Dezember 2012 den Vertragsärzten in Sachsen-Anhalt rund 64 Mio. € mehr als im Vorjahr zugesprochen, was einer Steigerung um ganze 9,3 % entspricht. Die Steigerung setzt sich u. a. aus folgenden Komponenten zusammen: Förderung noch zu definierender ärztlicher Leistungen (0,66 %), Berücksichtigung der bundesweiten Anhebung des Orientierungswerts (0,9 %) und der Morbiditätsveränderungsrate (2,69 %) und Förderung der fachärztlichen Grundversorgung sowie geriatrischer und palliativmedizinischer Leistungen (1,1 %). Ferner soll das vertragsärztliche Honorar für die Jahre 2013 bis 2015 jährlich weiter um jeweils 4 % steigen.

Die Vertreterversammlung der KV hat nun einen neuen Honorarverteilungsmaßstab verabschiedet. Dieser sieht vor, dass die Verlustbegrenzung je Arztgruppentopf von 10 auf 7 % reduziert wird. Der Großteil der zusätzlichen Mittel wird jeweils hälftig den Haus- sowie den Fachärzten zugutekommen.

Die Hausärzte profitieren davon, dass künftig die Versichertenpauschalen und Chronikernummern entsprechend dem EBM außerhalb des Regelleistungsvolumens (RLV) ohne Mengenbegrenzung vergütet werden. Laut KV fallen künftig rund 88 % der Leistungen der Hausärzte in Sachsen-Anhalt nicht mehr unter die Mengenbegrenzung. Die Berechnung der RLV und qualifikationsbezogenen Zusatzvolumina (QZV) erfolgt künftig anhand der Fallzahlen des jeweils aktuellen Quartals.

Allerdings gilt im fachärztlichen Bereich für die Fallzahlsteigerung im Vergleich zum vorangegangenen Quartal ein Limit von 3 %. Für die fachärztliche Grundversorgung und die Förderung der haus- und kinderärztlichen Versorgung stehen auch im zweiten Quartal 2013 jeweils 950.000 € zur Verfügung. Darüber hinaus soll die fachärztliche Grundversorgung durch einen zusätzlichen Betrag in Höhe von einem Prozentpunkt gefördert werden. Chirurgen, konservativ tätige Augenärzte, Gynäkologen, HNO-Ärzte, Dermatologen, Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, Orthopäden, Urologen und Fachärzte für physikalisch-rehabilitative Medizin (ab April 2013) erhalten somit je Quartal einen zusätzlichen Betrag von rund 870.000 €. Der neue HVM gilt ab dem 1. April 2013.

Der Schiedsspruch kann aus Sicht der KV Sachsen-Anhalt als mehrfacher Erfolg gewertet werden. Erstens berücksichtigt er die hohe Morbidität der Bevölkerung des Bundeslandes und sorgt so für mehr Honorargerechtigkeit. So lag bisher das vertragsärztliche Honorar in Sachsen um 6 % unter dem Bundesdurchschnitt – trotz einer um rund 10 % höher liegenden Morbidität. Zweitens erlaubt der neue HVM auf Basis des großzügigen Honorarzuwachses eine Teilhabe aller Fachgruppen ohne problematische Umverteilungen zulasten einzelner Bereiche.

Ferner erwartet sich die KV von der positiven Honorarentwicklung ein wichtiges Signal an den vertragsärztlichen Nachwuchs, der in Sachsen-Anhalt besonders dringend benötigt wird. Einzig unzufrieden mit der Entscheidung des Schiedsamtes sind die Kassen. Sie haben derweil eine Klage gegen den Schiedsspruch angekündigt.

International

Modelle, die sich im Ausland bewährt haben, oder besonders forschere marktwirtschaftliche Gesundheitskonzepte anderer Länder beeinflussen die Zukunft unseres eigenen Systems. Das Wissen über derartige Entwicklungen kann auch in hiesigen Praxen richtungsweisende Veränderungsprozesse initiieren.

Das „Europa-Rezept“ kommt

Ende Dezember 2012 hat die Europäische Kommission Dezember 2012 eine Durchführungsrichtlinie verabschiedet, die die Anerkennung ärztlicher Rezepte innerhalb der EU-Mitgliedstaaten verbessern soll. Die EU-Kommission will mit der Neuregelung einen „weiteren Schritt in Richtung eines gemeinsamen EU-Gesundheitsbinnenmarkts“ gehen. Handlungsbedarf ergab sich aus Sicht der EU deshalb, weil gegenwärtig fast die Hälfte aller Arztrezepte nicht in anderen EU-Mitgliedsstaaten anerkannt wird. Die Richtlinie legt nun fest, wie die ärztlichen Verschreibungen, die von Patienten im Ausland vorgelegt werden, auszugestaltet sind (vgl. Infobox). Nationale Rezepte fallen nicht unter die Bestimmungen der neuen Richtlinie. Ferner gelten die Vorgaben nur dann, wenn die Auslandsverschreibung ausdrücklich vom Patienten als solche gefordert wird.

Insgesamt ist die Zahl der im Ausland vorgelegten Verschreibungen gegenwärtig sehr gering. Die EU schätzt, dass zurzeit jährlich lediglich rund 2,3 Mio. Auslandsverschreibungen ausgestellt werden, was einem verschwindend geringen Anteil von 0,02 bis 0,04 % der gesamten Verschreibungen innerhalb der EU entspricht. Trotz dieses geringen Anteils ergeben sich deutliche Erleichterungen für bestimmte Patientengruppen, wie insbesondere für chronisch Kranke, die ins Ausland reisen, für Patienten in Grenzregionen und Patienten mit seltenen Krankheiten, die Spezialisten in einem anderen EU-Staat zur Behandlung aufsuchen. Ferner erwartet die Kommission, dass in Zukunft dank der Neuregelung rund 200.000 zusätzliche Rezepte pro Jahr ausgestellt werden. Die neue Durchführungsrichtlinie ist von den Mitgliedsstaaten bis zum 25. Oktober 2013 in nationales Recht umzusetzen.

Verbindliche Vorgaben für Auslandsrezepte innerhalb der EU

- Name, Adresse und Geburtsdatum des Patienten
- Ausstellungsdatum
- Medikamentenbezeichnung inklusive Dosierung
- Anschrift und Qualifikation des verschreibenden Arztes aufgeführt
- Ergänzungen nach „örtlicher Gepflogenheit“ sind möglich

Bezüglich Aussehen, Format oder Sprache des Rezepts bestehen keine Vorgaben.

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.

KBV entwickelt Modell zur Steuerung der Arztbesuche

Bereits seit langem wird in Deutschland die hohe Anzahl an Arztkontakten je Einwohner kritisiert. Mit durchschnittlich rund 18 Arztkontakten (Barmer GEK-Report 2010) gelten die Deutschen im internationalen Vergleich als „Spitzenreiter“ in Sachen Arztbesuche. Mit der Abschaffung der Praxisgebühr zum ersten Januar 2013 ist ein – wenngleich nicht sehr effektives – Instrument zur Eindämmung der Zahl der Arztkontakte entfallen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) schlägt nun ein eigenentwickeltes System zur Steuerung der Zahl der Arztbesuche vor. Das System basiert auf drei unterschiedlichen Tarifoptionen, unter denen die Versicherten frei wählen können:

Tarifstufenmodell der KBV

Tarif	Hausarzt-/Facharztwahl	Sachleistungsprinzip	Kostenerstattungsprinzip
Wahltarif 1	<ul style="list-style-type: none"> ■ Freie Hausarztwahl ■ Überweisungspflicht bei Facharztbesuchen 	Das Sachleistungsprinzip gilt bei: <ul style="list-style-type: none"> ■ Hausarztbesuchen ■ Facharztbesuchen mit Überweisung 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bei Facharztbesuchen ohne Überweisung gilt das Kostenerstattungsprinzip. Das heißt, der Versicherte muss in finanzielle Vorleistung treten, kann sich jedoch den Betrag wieder von seiner Gesetzlichen Krankenkasse erstatten lassen
Wahltarif 2	<ul style="list-style-type: none"> ■ Freie Hausarztwahl ■ Freie Facharztwahl 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bei Hausarztbesuchen gilt das Sachleistungsprinzip 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bei Facharztbesuchen gilt zwingend das Kostenerstattungsprinzip
Wahltarif 3	<ul style="list-style-type: none"> ■ Freie Hausarztwahl ■ Freie Facharztwahl 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bei Hausarzt- und Facharztbesuchen gilt das Sachleistungsprinzip ■ Im Gegenzug verlangen jedoch die Krankenkassen einen entsprechenden Zusatzbeitrag 	–

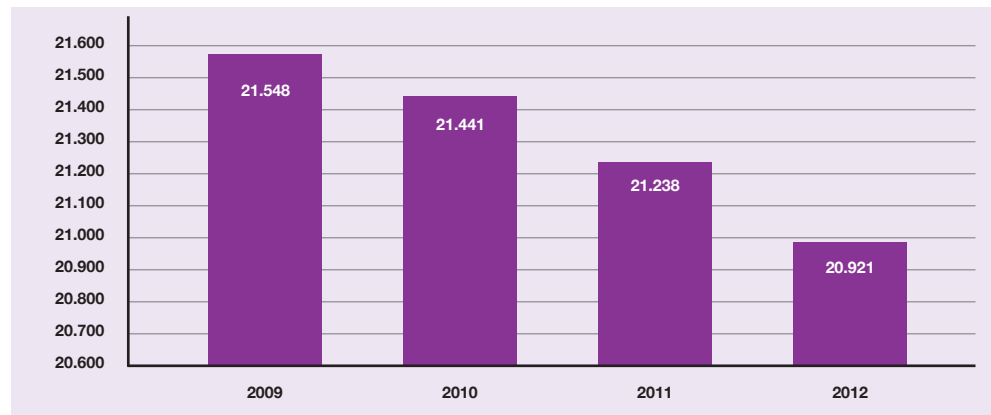
Mit ihrem abgestuften Modell will die KBV nicht nur die Zahl der Arztbesuche drosseln und somit das ambulante System hinsichtlich Inanspruchnahme und Finanzierbarkeit zukunftsfähig ausgestalten, sondern über die durchschnittlich für den Patienten zur Verfügung stehende Zeit die Qualität der Versorgung verbessern.

Während sich der Hartmannbund, der bereits seit Jahren die Einführung des Kostenerstattungsprinzips propagiert, von dem Modell begeistert zeigt, stößt es bei den Gesetzlichen Krankenkassen auf Ablehnung. Sie befürchten eine schleichende Abkehr vom Sachleistungsprinzip und „einen direkten Zugriff der Ärzte auf den Gelbeutel des Patienten“. Fraglich ist ferner die im Modell vorgesehene „Ungleichbehandlung“ von Hausärzten einerseits und Fachärzten andererseits. Denn für die Abrechnung der Hausärzte würde bei allen Tarifoptionen zwingend das Sachleistungsprinzip gelten, während die Fachärzte zumindest bei einem Teil der Patienten vom lukrativeren Kostenerstattungsprinzip profitieren könnten. Wie die Erfahrungen mit den bisherigen Wahlтарifen der Gesetzlichen Krankenkassen zur Kostenerstattung zeigen, dürften die Tarifoptionen zwei und drei bei den Versicherten ohnedies nicht auf großes Interesse stoßen. Schätzungen gehen davon aus, dass sich nur rund 0,2 % der GKV-Versicherten für einen Kostenerstattungstarif entschieden haben.

Verdrängen Internetapotheken die traditionellen Offizinen?

Nach neuesten Berechnungen der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) sank die Zahl der Apotheken in Deutschland im Jahr 2012 auf den niedrigsten Stand seit dem Jahr 1994. Ende 2012 gab es bundesweit lediglich 20.921 Apotheken, was einem Netto-Rückgang um 317 Apotheken gegenüber dem Vorjahr entspricht. Damit setzt sich der Trend des „Apothekensterbens“ nun im vierten Jahr in Folge in beschleunigter Form fort (vgl. Abbildung).

Entwicklung der Zahl der Apotheken in Deutschland



Quelle: ABDA Grafik: REBMANN RESEARCH

Die ABDA führt das „Apothekensterben“ auf den zunehmenden wirtschaftlichen Druck vieler Apotheken zurück. Auch die Apotheken haben unter Einsparauflagen (wie z. B. dem Zwangsabschlag) zu leiden. Ferner steigt die Konkurrenz durch die immer beliebteren Online-Apotheken weiter an. Eine Umfrage des Branchenverbandes BITKOM zeigt, dass die deutschen Verbraucher zunehmend Medikamente aus dem Internet beziehen. Über 16 Mio. Bürger – und damit 30 % aller Internetnutzer – haben der Studie zufolge bereits frei verkäufliche oder apotheken- und verschreibungspflichtige Arzneimittel im Internet bestellt. Damit ergab sich ein großer Anstieg gegenüber Anfang 2011. Damals ließen sich lediglich 9 Mio. Bürger von einer Internetapotheke beliefen.

Frauen sind laut BITKOM beim Arzneimittelkauf internetaffiner als Männer: Während 33 % der weiblichen Internetnutzer bereits Medikamente online bestellt haben, belief sich dieser Prozentsatz bei den männlichen Internetnutzern nur auf 27 %. Grund für die zunehmende Nutzung der Onlineapotheken ist u. a. der Preisvorteil, da die frei verkäuflichen Arzneimittel online regelmäßig günstiger sind. Hinzu kommt, dass der Gang zur Apotheke entfällt und die Arzneimittel rund um die Uhr bestellt werden können. Diese Punkte sind insbesondere für Arbeitnehmer und ältere Menschen mit eingeschränkter Mobilität von Bedeutung. Da der Versand bei inländischen Apotheken zwischen zwei und drei Tagen und bei ausländischen Apotheken noch längere Zeit in Anspruch nimmt, sind jedoch entsprechende Wartezeiten bis zum Eintreffen des Medikaments einzuplanen.

Onlineapotheken

- Internetapotheken sind bereits seit dem Jahr 2004 gestattet. Inzwischen gibt es bereits 3.000 registrierte Onlineapotheken, von denen rund 80 % über eine eigene Website verfügen. Darunter befinden sich auch viele Präsenz-Apotheken, die den Online-Versandhandel zusätzlich betreiben.
- Angesichts des zunehmenden Handels mit gefälschten Arzneimitteln sollten die Nutzer jedoch auf die Seriosität der Online-Apotheken achten. In Deutschland sind alle zugelassenen Online-Apotheken in einem Versandapothekenregister des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) eingetragen, das unter www.dimdi.de/static/de/amg/var/index.htm abrufbar ist. Ausländische Web-Apotheken, die in Deutschland aktiv sind, sind verpflichtet, sich an die deutsche Arzneimittelpreisverordnung zu halten.



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