4

Jahrgang 2015

QUID

H.U.G Quartalsinformation

In Zusammenarbeit mit REBMANN RESEARCH

Deutscher Fitnessmarkt im Aufwind

© Robert Kneschke - Fotolia.com

HUG

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

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

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

Inhalt

Barometer :: Seite 3 – 5
- Deutscher Fitnessmarkt im Aufwind
- Grippewelle 2013: Nachvergütungsverfahren greift erstmals
- Schätzerkreis: Zusatzbeiträge steigen 2016
- Zi-Studie: Einsparpotenzial bei unnötigen Klinikaufenthalten

Talk :: Seite 5 – 6
- Studie: Präventionsgesetz eröffnet neue Spielräume für IGeL
- eGK: Deutsche wollen mehr Funktionen

Fachrichtung :: Seite 6 – 8
Allgemeinärzte
- Erfolgskonzept VERAHmobil

Fachärzte
- Sportmediziner – Neues Mannschaftsarztverfahren
- Psychotherapeuten – Kombination von Einzel- und Gruppenangeboten möglich
- Hals-Nasen-Ohren-Ärzte – Tinnitus-App auf Rezept

Zahnärzte
- Einzelpraxis nach wie vor beliebt

Regional :: Seite 8 – 10
- Baden-Württemberg: Qualitätsnetz Kinzigtal – Anerkennung nach Stufe II
- Nordrhein: Online-Pharmazieberatung für Ärzte
- Hessen: Verbesserte Zahnvorsorge von Schwangeren und Kleinkindern

International :: Seite 10
- OECD: Deutsches Gesundheitssystem – gut, aber teuer

Trend :: Seite 10 – 11
- Erstes Qualitätssiegel für Medical Apps
- Großes Interesse an Online-Sprechstunden

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

Fortbildungsveranstaltungen 2016 :: Seite 14

Ärztestammtische 2016 :: Seite 15

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

Impressum

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

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

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

Barometer

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

Deutscher Fitnessmarkt im Aufwind

Der deutsche Gesundheits- und Fitnessmarkt entwickelt sich weiterhin vielversprechend. Dies zeigt die Studie „Der deutsche Fitnessmarkt 2015“ von Deloitte, dem Arbeitgeberverband deutscher Fitness- und Gesundheitsanlagen (DSSV) und der Deutschen Hochschule für Prävention und Gesundheitsmanagement (DHfPG). So umfasste der Markt in Deutschland Ende 2014 bereits 8.026 Fitnessstudios. Bei den Mitgliedern ergab sich gegenüber dem Vorjahr eine Steigerung um rund 530.000 (+6,1 %), wodurch eine Rekordmitgliederzahl von bundesweit 9,1 Mio. erreicht wurde.

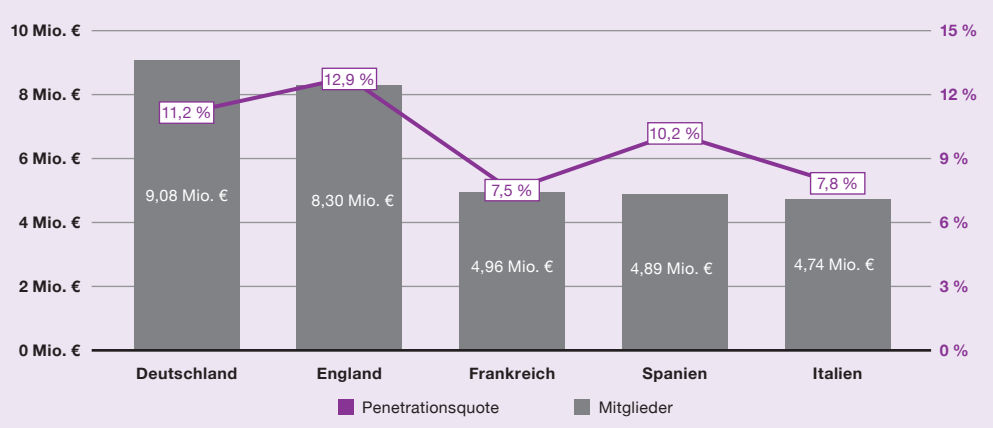
Eine weitere Studie („European Health & Fitness Market“), die ebenfalls mit Beteiligung von Deloitte sowie EuropeActive entstand, belegt die starke Position der Fitnessbrache in Deutschland. So umfasste der deutsche Markt im vergangenen Jahr europaweit die meisten Mitglieder (Anteil von 18,2 % der insgesamt 50,1 Mio. Mitglieder in Europa) und zeichnet sich durch eine hohe Angebots- und Preisdynamik aus. Der Studie zufolge verfügen in Europa neben Deutschland insbesondere England, Frankreich, Spanien und Italien über die meisten Mitglieder (vgl. Abb. 1).

Ausgehend von der Penetrationsquote, die in Deutschland nur im Bereich des europäischen Mittelfelds liegt, sehen die Autoren der Studie hierzulande weitere große Marktpotenziale. Bezüglich der Angebotsentwicklung lassen sich – unter anderem infolge des Wandels der Konsumentenbedürfnisse – drei wichtige Entwicklungen beobachten:

- Anhaltende Polarisierung der Preissegmente in Form einer steigenden Zahl sowohl von Discount- als auch von Premiumanbietern.
- Angebotsdiversifikation in Form des Fortbestehens der klassischen Full-Service-Anbieter sowie der Entwicklung von Special-Interest-Angeboten wie Mrs.Sporty (Frauenzirkeltraining), Bodystreet (Elektromuskelstimulation) oder CrossFit.
- Digitalisierung in Form von Fitness-Apps für Smartphones, Tablets und Smart TVs. Ende 2014 gab es bereits 358.000 registrierte Nutzer von Online-Fitness-Anbietern, von denen rund 64.200 für die aktive Nutzung der digitalen Angebote eine Monatsgebühr zwischen rund fünf und 15 € bezahlten.

Deloitte zufolge gewann der Markt in den vergangenen Jahren insbesondere durch die aufstrebenden Fitnessketten an Dynamik. Diese bauten ihren Marktanteil zunehmend aus, wobei neue Fitnessformate wie „High5“ von McFIT oder „re-level“ von Fitness First künftig für weitere Veränderungen sorgen werden. Einer Prognose des Arbeitgeberverbandes deutscher Fitness- und Gesundheits-Anlagen (DSSV) zufolge soll der Markt im Jahr 2020 mehr als 12 Mio. Mitglieder zählen.

Abb. 1 – Europavergleich: Mitglieder und Anteil von Fitnessmitgliedern zu Einwohnern (Penetrationsquote) 2014



Quelle: Deloitte (2015) Grafik: REBMANN RESEARCH

Der kontinuierlich wachsende Fitnessmarkt bietet auch für niedergelassene Ärzte Potenziale. Mediziner haben beispielsweise die Möglichkeit, sich im Bereich Fitness- und Gesundheitssport weiterzubilden. Entsprechende Konzepte werden unter anderem von der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP) angeboten, welche den Ärzten die notwendigen Kenntnisse für eine Tätigkeit in Fitness- und Gesundheitsanlagen vermittelt. Im Wesentlichen ergeben sich für Mediziner folgende Kooperationsmöglichkeiten mit einem Fitnessstudio, wobei der Preis für die erbrachten Dienstleistungen meist zwischen dem Arzt selbst und dem Studiobetreiber ausgehandelt wird:

- Sportärztlicher (Eingangs-)Check für Neumitglieder und bereits Trainierende
- Seminare, Workshops, Informationsveranstaltungen, zum Beispiel in den Bereichen Prävention, Rehabilitation und Gesundheitssport
- Kurskonzepte, zum Beispiel rückengerechtes Verhalten, bewusste Ernährungsumstellung
- Interne Schulungen für das Betreuungspersonal nach dem neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse

Ärzte, die Angebote in diesen Bereichen planen, sollten jedoch im Vorfeld unbedingt ihren Steuerberater konsultieren, um unerwünschte steuerliche Auswirkungen (z. B. eine gewerbesteuerliche Infizierung der Praxiseinnahmen) zu vermeiden.

Grippewelle 2013: Nachvergütungsverfahren greift erstmals

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband haben sich im Bewertungsausschuss darauf verständigt, dass bei einem unerwartet starken, durch eine Akuterkrankungswelle verursachten Anstieg der vertragsärztlichen Leistungen künftig ein Nachvergütungsverfahren greift. Somit kann der entsprechende Behandlungsbedarf bei bestimmten Erkrankungswellen (wie Influenza, Bronchitis oder viralen Pneumonien) bei den Kassen nachträglich zum Ansatz kommen, sofern die bereitgestellten Mittel für das entsprechende Jahr nicht ausgeschöpft wurden.

Das Nachvergütungsverfahren greift nun erstmals für das Jahr 2013, in welchem eine Grippewelle für einen beachtlichen Mehraufwand von geschätzten 20 Mio. € sorgte. Nachdem das Institut des Bewertungsausschusses vor kurzem für alle Bezirke der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) die Abweichung vom vorhergesehenen morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf im Jahr 2013 ermittelt hat, wird nun für sieben KV-Regionen ein Nachvergütungsverfahren empfohlen. Neben Baden-Württemberg, Berlin, Hamburg, Hessen werden auch die Ärzte in Niedersachsen, Nordrhein und Schleswig-Holstein von einer Nachzahlung profitieren. Die konkrete Höhe der Nachvergütung hängt von den regionalen Verhandlungen zur gewichteten Zusammenführung der morbiditätsbedingten Veränderungsrate ab. Bei einer Festsetzung der gewichteten diagnosebezogenen Veränderungsrate auf beispielsweise 50 % würde sich laut KBV eine Summe von insgesamt rund 3,6 Mio. € ergeben. Bei den Nachvergütungen handelt es sich um Einmalzahlungen, die keinen Einfluss auf die Gesamtvergütung im nachfolgenden Vertragszeitraum haben.

Eine gesetzliche Verpflichtung der Kassen, für einen unvorhergesehenen Leistungsanstieg durch Krankheitswellen einzutreten, besteht bereits seit dem Jahr 2009. Sie kam jedoch aufgrund einer zu hohen Schwellenwertregelung nie zum Ansatz. Letztere sah vor, dass der bundesweite Anstieg der Summe ausgewählter Infektions- und Atemwegserkrankungen mindestens 25 % über dem Anstieg aller anderen Erkrankungen liegen musste. Ziel der Neuregelung ist es, das Morbiditätsrisiko der Versicherten vollständig auf die Kassen zu übertragen und eine Überwälzung auf die Vertragsärzte zu verhindern. Die Kassen sind künftig nicht nur bei einem überproportionalen Anstieg von Akuterkrankungen zur Nachzahlung verpflichtet, sondern auch bei Pandemien, Epidemien und Endemien (festgestellt durch WHO, Robert Koch-Institut oder das zuständige Gesundheitsamt) und bei Naturkatastrophen (bei denen Katastrophenalarm ausgelöst wurde).

Schätzerkreis: Zusatzbeiträge steigen 2016

Viele Bürger müssen sich im kommenden Jahr auf höhere GKV-Beiträge einstellen. Zu diesem Ergebnis kommen die aktuellen Prognosen des sogenannten Schätzerkreises aus Experten des Bundesversicherungsamtes, des Bundesgesundheitsministeriums und der Gesetzlichen Krankenkassen. Die Sachverständigen gehen davon aus, dass 2016 der durchschnittliche GKV-Beitrag von gegenwärtig knapp 15,5 % auf 15,7 % steigen wird. Grund ist der prognostizierte Anstieg des durchschnittlichen Zusatzbeitrags von 0,9 auf 1,1 % im kommenden Jahr.

Seit dem Jahr 2015 gilt infolge der GKV-Finanzreform ein Beitragssatz in der GKV in Höhe von 14,6 %. Arbeitgeber und Arbeitnehmer übernehmen jeweils 7,3 %. Der bisherige Beitragsanteil von 0,9 %, den die Arbeitnehmer alleine zu tragen hatten, entfiel. Stattdessen wurde den Kassen die Möglichkeit eingeräumt, einen kassenindividuellen Zusatzbeitrag zu erheben, der sich prozentual am beitragspflichtigen Einkommen bemisst und von den Arbeitnehmern alleine zu tragen ist.

Wie hoch die zusätzliche Belastung für den einzelnen Versicherten ausfallen wird, hängt von seinen durchschnittlichen Bruttoeinkommen und der Krankenkasse ab. Bereits gegenwärtig gibt es bezüglich der Zusatzbeiträge je nach Kasse zum Teil große Unterschiede. Während zum Beispiel die BKK Euregio und die Metzinger BKK ganz auf einen Zusatzbeitrag verzichten, liegt er bei der Brandenburgischen BKK und der IKK Nord mit 1,3 % besonders hoch. Die Versicherten haben bei Zusatzbeitragserhöhungen ein Sonderkündigungsrecht. Für die Arbeitgeber ergeben sich keine Änderungen.

Als Grund für den prognostizierten Anstieg des durchschnittlichen Zusatzbeitrags geben die Experten die erneut gestiegenen Gesundheitsausgaben an. Sie rechnen für das kommende Jahr mit einem Defizit in den gesetzlichen Kassen in Höhe von rund 3 Mrd. €. Auch die Kassen selbst, die bereits dieses Jahr defizitär arbeiten, erwarten aufgrund der ausgabensteigernden Effekte der aktuellen Reformen im Gesundheitswesen zunehmende Probleme. So hat jüngst die Techniker Krankenkasse (TK) als größte Gesetzliche Krankenkasse in Deutschland bekanntgegeben, dass sie ab dem 1. Januar 2016 eine Erhöhung ihres Zusatzbeitrages plant.

Zi-Studie: Einsparpotenzial bei unnötigen Klinikaufenthalten

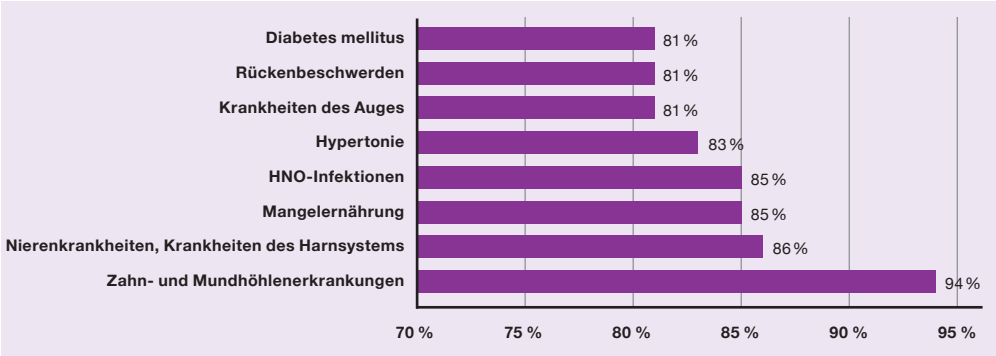
Offenbar werden in Deutschland viele Patienten im Krankenhaus behandelt, für die auch eine ambulante Therapie möglich wäre. Dies ergab eine aktuelle Studie des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi). Über 3,7 Mio. Krankenhausfälle könnten der Untersuchung zufolge durch eine rein ambulante Behandlung substituiert werden. Die Autorin der Studie, Prof. Dr. Leonie Sundmacher, hat einen Katalog mit ambulant-sensitiven Krankenhausfällen (ASK-Katalog) erstellt, der jene Diagnosen auflistet, für die eine Hospitalisierung in den meisten Fällen vermeidbar wäre.

In Deutschland fallen rund 5 Mio. (27 %) aller Krankenhausfälle unter diese sogenannten ambulant-sensitiven Diagnosen. Dabei erarbeitete Prof. Sundmacher einen ASK-Kernkatalog, der mit 22 Krankheiten rund 90 % der ambulant sensitiven Fälle abdeckt. Gemessen am Anteil der

vermeidbaren Krankenhausfälle stehen Zahn- und Mundhöhlenerkrankungen, Nierenkrankheiten und Krankheiten des Harnsystems, gefolgt von Mangelernährung und HNO-Infektionen, auf den vorderen Plätzen (vgl. Abb. 2). Gemessen an der absoluten Anzahl ließen sich insbesondere bei den Herzerkrankungen die meisten Fälle vermeiden (Datenbasis 2012):

- Sonstige Herz-Kreislauf-Erkrankungen: 282.000 Fälle
- Ischämische Herzkrankheiten: 260.000 Fälle
- Herzinsuffizienz: 246.000 Fälle
- Bronchitis & COPD: 245.000 Fälle
- Rückenbeschwerden: 231.000 Fälle
- Hypertonie: 231.000 Fälle

Abb. 2 – Die Krankheitsbilder mit den acht größten ASK-Anteilen



Quelle: Ludwigs-Maximilians-Universität München Grafik: REBMANN RESEARCH

Bezüglich der Häufigkeit der ASK kommt die Untersuchung zu dem Ergebnis, dass teilweise große regionale Unterschiede bestehen. Offenbar sinkt die Zahl der ASK mit zunehmender Vertragsarztdichte. Insbesondere in Großstädten liegt deshalb die ASK-Rate gering.

Die ASK bergen – zumindest aus theoretischer Sicht – ein enormes Einsparpotenzial. So kommt die Studie zu dem Ergebnis, dass bei einer effektiven ambulanten Behandlung der ASK jährlich etwa 7,2 Mrd. € eingespart werden könnten. Wie die Untersuchung ebenfalls belegt, ist hierfür jedoch ein dichtes Netz bei der ambulanten ärztlichen Versorgung erforderlich. Dies wirft ein neues Licht auf die – laut Bedarfsplanung – gegenwärtig „überversorgten" Gebiete. So könnte ein Abbau von Arztsitzen mit einer höheren Hospitalisierungsrate einhergehen, was letztendlich dem Ziel einer Kosteneinsparung entgegenstünde.

Talk

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

Studie: Präventionsgesetz eröffnet neue Spielräume für IGeL

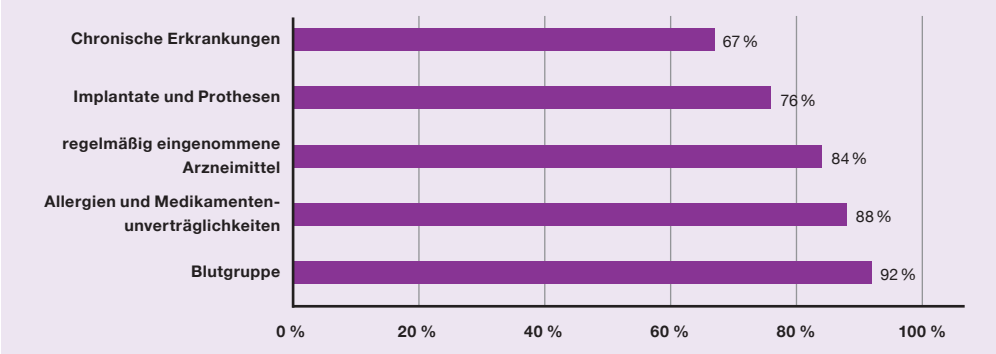
Die aktuelle Studie der Unternehmensberatung Dostal und Partner „Produktivitätsfaktor Gesundheit: Märkte, Trends und Potenziale für Prävention, individuelle und betriebliche Gesundheitsförderung – Marktspezifika und Ergebnisse einer Umfrage in der zunehmend vernetzt agierenden Gesundheitswirtschaft in Deutschland" kommt zu dem Schluss, dass das neue Präventionsgesetz den IGeL-Markt deutlich beleben könnte. So erwarten die Studienautoren, dass über die im Gesetz verankerte Förderung der Vorsorgeleistungen über die Gesetzlichen Krankenkassen eine entsprechende Sensibilisierung der Patienten erfolgen und damit auch die Nachfrage nach Selbstzahler-Vorsorgeleistungen steigen wird. Dabei identifiziert die Studie neue „Kundengruppen" sowie insbesondere den Bereich Fitness/Bewegung/Sport, der momentan starke Impulse durch den wachsenden Markt für Selftracking erhält, als besondere Chance für Niedergelassene. Darüber hinaus sehen die Autoren große Potenziale in einer Kooperation zwischen Ärzten und Einrichtungen des sogenannten zweiten Gesundheitsmarkts, wie zum Beispiel hinsichtlich Wellness-Einrichtungen oder Fitnessstudios. Letztere können beispielsweise ihr Angebot um ärztlich betreute Kurse erweitern. Auch die Zusammenarbeit im Bereich Medical Wellness bietet sich an.

IGeL stehen nicht nur bei den Kassen, sondern zunehmend auch bei den Verbraucherschützern in der Kritik. So ergab eine Auswertung des von der Verbraucherschutzzentrale NRW (vzNRW) initiierten Online-Portals www.igel-ärger.de, dass es in Sachen IGeL trotz massiver Aufklärungskampagnen unter den Ärzten nach wie vor „schwarze Schafe" gibt. Die Auswertung der seit dem Start der Plattform vor rund einem Jahr eingegangenen rund 1.500 Beschwerden zeigte, dass insbesondere Defizite bei der Aufklärung bestehen und dass sich Patienten teilweise unter Druck gesetzt fühlen. So verzichtete der Arzt bei über 50 % der Patienten, die ihrem Ärger auf der Plattform Luft machten, auf eine vollständige Aufklärung über die Behandlungsalternativen im Rahmen des Regelleistungskatalogs der Kassen. Neun von zehn Patienten fühlten sich zur Inanspruchnahme der Leistung gedrängt und bei fast 40 % fehlte die erforderliche schriftliche Einwilligung im Vorfeld der Leistung. Am schlechtesten schnitten in der Auswertung die Augenärzte und die Gynäkologen ab. Um das Vertrauen der Patienten nicht nachhaltig zu schädigen und Abmahnungen der Verbraucherzentrale oder rechtliche Konsequenzen zu verhindern, sollten sich Ärzte in Sachen IGeL unbedingt an die Regeln halten. Hilfestellung leistet der Ratgeber der KBV: www.kbv.de/media/sp/igel_checkliste.pdf.

eGK: Deutsche wollen mehr Funktionen

Die große Mehrheit der Bundesbürger spricht sich für eine Erweiterung der Funktionen der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) aus. Dies belegt eine vom Digitalverband Bitkom beauftragte repräsentative Umfrage. Insbesondere wünschen die Befragten, dass auf der Karte mehr individuelle Patienteninformationen gespeichert werden. Hierbei befürworten sie insbesondere Informationen zur Blutgruppe sowie über Allergien und Medikamentenunverträglichkeiten und regelmäßig eingenommene Medikamente (vgl. Abb. 3). Lediglich 5 % der Deutschen lehnen eine Speicherung persönlicher Daten grundsätzlich ab.

Abb. 3 – Gewünschte Dokumentationen auf der eGK (Anteil der Befürworter in %)



Quelle: Bitcom (2015) Grafik: REBMANN RESEARCH

Die eGK ist seit dem 1. Januar 2015 für gesetzlich Krankenversicherte Pflicht. Bislang fallen die Funktionen der neuen Karte jedoch enttäuschend aus. So sind auf der eGK neben dem Bild des Versicherten lediglich grundsätzliche Angaben zum Versicherten wie Name, Alter und Anschrift vermerkt. Für die Zukunft ist jedoch eine Erweiterung der Funktionen um Notfalldaten, elektronische Rezepte, die elektronische Patientenakte und eventuell auch eine Erklärung zur Organspende geplant. Wie die Umfrage zeigt, hält die Mehrheit der Bevölkerung eine Erweiterung der Funktionen für sinnvoll bzw. hat das mit der Karte verbundene Potenzial für eine bessere Sicherheit erkannt. So gehen laut Auskunft des Hauptgeschäftsführers von Bitkom, Dr. Bernhard Rohleder, jährlich rund 20.000 Tote auf das Konto von Medikamentenunverträglichkeiten, die im Vorfeld zwar bekannt sind, über die der behandelnde Arzt jedoch nicht informiert wird.

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

Erfolgskonzept VERAHmobil

Das im Jahr 2013 vom Deutschen Hausärzteverband und Medi gemeinsam entwickelte Mobilitätskonzept VERAHmobil zur Unterstützung der an der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) teilnehmenden Praxen wird wegen der großen Nachfrage frühzeitig um drei weitere Jahre verlängert. Ursprünglich war eine auf nur drei Jahre beschränkte Laufzeit angedacht. Ferner beschlossen die Vertragspartner, den VERAHmobil-Wagenpark um umweltfreundlichere elektro- und erdgasangetriebene Fahrzeuge zu erweitern. Gegenwärtig nutzen in Baden-Württemberg bereits 440 Praxen das spezielle Angebot. Die Vertragspartner gewähren für die speziell gestalteten und mit einem Navigationssystem ausgestatteten Kleinfahrzeuge einen Kostenzuschuss von 300 € pro Quartal, weshalb das Fahrzeug zu besonders günstigen Konditionen geleast werden kann.

Der bereits seit 2008 in Baden-Württemberg geschlossene erste Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V beinhaltet den vergüteten Einsatz einer Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH). Ziel ist es, die Hausärzte insbesondere bei der Versorgung chronisch kranker Patienten zu entlasten. In Baden-Württemberg hat sich das VERAH-Konzept durchgesetzt. Hier sind gegenwärtig rund 2.255 der bundesweit 7.155 VERAHs im Einsatz. Aufgrund der demografischen Entwicklung und der Zunahme der chronisch Kranken werden derartige Konzepte, die auch von den Patienten gut angenommen werden, künftig immer wichtiger. Die speziell gestalteten Kleinwagen tragen nicht nur dazu bei, das Image der Hausarztzentrierten Versorgung und der VERAH weiter zu verbessern, sondern bieten gerade für Letztere einen wichtigen Motivationsfaktor. Weitere Informationen sind im Internet unter www.verahmobil.de erhältlich.

FACHÄRZTE

Sportmediziner – Neues Mannschaftsarztverfahren

Seit Juli 2015 gibt es für Vertragsärzte, die Sportvereine betreuen, die Möglichkeit, an dem neuen Mannschaftsarztverfahren (M-Arzt-Verfahren) der Verwaltungsberufsgenossenschaft (VBG) Hamburg teilzunehmen. Die VBG Hamburg versichert die Sportvereine in Deutschland. Das neue M-Verfahren löst das bisherige H-Arzt-Verfahren ab, das Ende des Jahres ausläuft. Im Rahmen

der gesetzlichen Unfallversicherung sollen dann nur noch Durchgangsärzte (D-Ärzte) die besondere Heilbehandlung bei Arbeits- und Wegeunfällen einleiten und unmittelbar übernehmen dürfen. Da jedoch nicht alle bisherigen H-Ärzte die strengeren Anforderungen für das Durchgangsarztverfahren erfüllen, haben viele Vereine und Sportmediziner die Kassenärztliche Bundesvereinigung gebeten, eine Lösung zu finden, die eine Fortführung der Zusammenarbeit erlaubt.

Durchgangsärzte

D-Ärzte arbeiten für die gesetzliche Unfallversicherung, die für die medizinische Versorgung nach einem Arbeits- oder Wegeunfall zuständig ist. Das System weicht von jenem der Gesetzlichen Krankenversicherung ab. Grundsätzlich sind auch Vertragsärzte verpflichtet, die Erstbetreuung bei einem Arbeits- oder Wegeunfall zu übernehmen. Bei Veranlassung durch den D-Arzt sind sie ferner bei leichteren Verletzungen zur weiteren allgemeinen Heilbehandlung berechtigt. Die Einleitung der Behandlung, die Koordination der weiteren Betreuung und die spezialisierte, besondere Heilbehandlung obliegen jedoch ausschließlich den D-Ärzten. Das D-Arzt-Verfahren liefert den teilnehmenden Medizinern eine interessante Einnahmequelle.

Die Teilnahme am M-Arzt-Verfahren berechtigt zur besonderen Heilbehandlung nach Unfällen, zur Durchführung bestimmter präventiver Maßnahmen im versicherten Mannschaftssport, zur Koordination notwendiger fachärztlicher Untersuchungen und zur Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln, Hilfsmitteln und Physiotherapie. Es gelten grundsätzlich der Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger und die UV-GOÄ in der jeweils gültigen Fassung.

Zur Teilnahme ist die Benennung gegenüber der Berufsgenossenschaft als Mannschaftsarzt notwendig, wobei der Verein gesetzlich unfallversicherte Sportler beschäftigen muss. Daneben sind weitere fachliche Voraussetzungen zu erfüllen, wie unter anderem:

- Facharztabschluss für Orthopädie und Unfallchirurgie, Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie oder Orthopädie oder alternativ eine mindestens zweijährige orthopädische/unfallchirurgische beziehungsweise unfallmedizinische Tätigkeit nach der Approbation
- Abschluss der Zusatz-Weiterbildung „Sportmedizin“ spätestens sechs Monate nach erfolgter Zertifizierung
- Erfahrung in der für Unfallversicherungsträger erforderlichen Dokumentation und Berichterstattung
- Fachkunde im Strahlenschutz in der medizinischen Röntgendiagnostik
- Nachweis einer mindestens dreijährigen Erfahrung in sportmedizinischer Diagnostik und der Therapie von Sportverletzungen (anrechenbar sind Zeiten vor der Approbation und die Zeiten der Zusatz-Weiterbildung „Sportmedizin“)

Ferner bestehen definierte Vorgaben zur Praxisausstattung und zum Personal (vgl. hierzu http://bit.ly/1XL2y01). Das neue Verfahren wird zunächst innerhalb einer dreijährigen Frist getestet. Interessierte Ärzte können bei der VBG Hamburg einen „Antrag auf Beteiligung“ am M-Verfahren stellen.

Psychotherapeuten – Kombination von Einzel- und Gruppenangeboten möglich

Einem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zufolge, der Änderungen in der Psychotherapie-Richtlinie nach sich zog, dürfen seit dem 16. Oktober 2015 Einzel- und Gruppentherapie in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie sowie in der analytischen Psychotherapie kombiniert werden. Demzufolge besteht nun die Option, psychoanalytisch begründete Verfahren sowie Verhaltenstherapien entweder als Einzelbehandlung, als Gruppenbehandlung oder als Kombination von Einzel- und Gruppentherapien anzubieten. Im Falle eines Kombinationsangebots hat der Therapeut einen Gesamtbehandlungsplan zu erstellen. Sofern mehrere Therapeuten an der Behandlung beteiligt sind, sind mit vorheriger Zustimmung des Patienten eine Abstimmung der Therapiepläne sowie eine gegenseitige Information über den Behandlungsverlauf vorgesehen.

Die bereitgestellten Kontingente entsprechen jenen der überwiegend durchgeführten Anwendungsform. Eine Doppelstunde in der Gruppentherapie entspricht so im Gesamttherapiekontingent einer Einzeltherapie einer Einzelstunde. Umgekehrt ist eine in der Einzeltherapie erbrachte Einzelstunde im Gesamttherapiekontingent einer Gruppentherapie als Doppelstunde zu zählen.

Bisher war eine Verknüpfung von Einzel- und Gruppenbehandlung nur im Ausnahmefall möglich. Eine Auswertung wissenschaftlicher Studien hat jedoch die Meinung vieler Experten untermauert, dass sich eine Kombination der Therapien positiv auf die Patienten auswirken kann. Der G-BA plant nun nach vier Jahren eine Untersuchung der Auswirkungen der Neuregelung auf die Nachfrage nach Gruppentherapien. Eine stärkere Inanspruchnahme von Gruppentherapien könnte auch im Hinblick auf die gegenwärtige Wartezeitenproblematik im Bereich der Psychotherapie zu einer Entspannung beitragen.

Hals-Nasen-Ohren-Ärzte – Tinnitus-App auf Rezept

Mitglieder der Techniker Krankenkasse (TK), die unter Tinnitus leiden, haben ab sofort die Möglichkeit, sich eine spezielle App zur Linderung ihres Leidens verschreiben zu lassen. Voraussetzung ist eine entsprechende ärztliche Diagnose. Die monatlichen Kosten der App-Nutzung in Höhe von 19,90 € pro Patient werden dann von der TK übernommen. Die App mit dem Namen Tinnitracks wurde vom Hamburger Start-up Sonormed entwickelt.

Die sogenannte neuroakustische Tinnitus-Therapie dient als Alternative zur herkömmlichen Tinnitusbehandlung. Sie basiert auf einer speziellen Filtersoftware. Nach der Bestimmung der individuellen Tinnitus-Frequenz des Patienten durch den Arzt oder Akustiker wird diese aus den

von den Patienten frei auszuwählenden Musikstücken herausgefiltert. Beim Anhören des aufbereiteten Musikstücks wird der „auditorische Kortex“ im Gehirn stimuliert. Ziel ist es, auf diese Weise die bei Tinnitus-Patienten bestehende Überaktivität des Gehirns zu drosseln und so die Lautstärke des Tinnitus zu reduzieren.

Während sich die Gesundheitsapps in Deutschland lange Zeit strikt auf den sogenannten zweiten Gesundheitsmarkt beschränkten, lassen sich nun erste Übergänge in den ersten Gesundheitsmarkt beobachten. Noch sind es einige wenige Krankenkassen, die ihren Mitgliedern spezielle Apps im medizinischen Kernleistungsbereich anbieten. Häufiger ist das Angebot kostenloser Apps auf dem Gebiet Fitness/gesunde Lebensführung, wobei zunehmend auch Wearables bezuschusst werden.

ZAHNÄRZTE

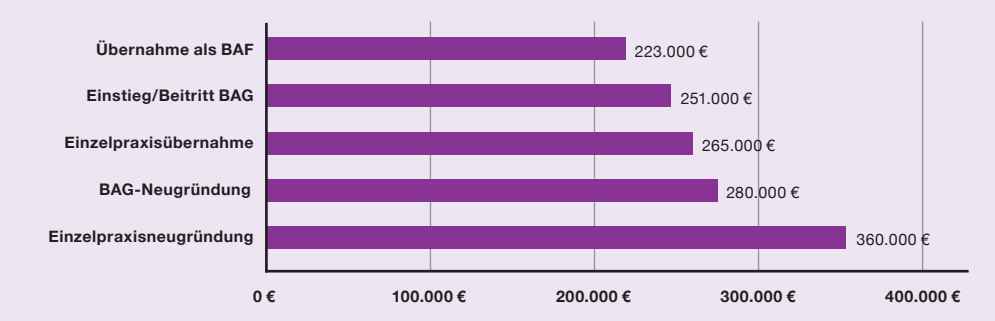
Einzelpraxis nach wie vor beliebt

Bereits seit 1984 erstellt die Deutsche Apotheker- und Ärztebank (apoBank) gemeinsam mit dem Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) einmal jährlich eine Existenzgründungsanalyse für Zahnärzte. Grundlage für die Auswertung bieten die von der aopBank finanzierten Existenzgründungen.

Der aktuellsten Analyse für das Jahr 2014 zufolge steigt das durchschnittliche Alter der Zahnärzte bei der Niederlassung/Existenzgründung stetig an. Im vergangenen Jahr betrug das Durchschnittsalter der zahnärztlichen Existenzgründer 36,7 Jahre und lag damit um ein halbes Jahr höher als 2010. Dies lässt sich den Studienautoren zufolge auf den Trend zurückführen, dass viele junge Zahnärzte immer länger als Angestellte in einer Praxis mitarbeiten, bevor sie sich zur Selbständigkeit entschließen. Dementsprechend werden auch Neugründungen von Einzelpraxen eher von älteren Zahnärzten durchgeführt. Im Gegenzug ist die Kooperationsbereitschaft bei jüngeren Zahnärzten (bis 30 Jahre) ausgeprägter. Während sich nur 23 % der über 40-Jährigen für eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) entschieden, betrug dieser Anteil bei den jüngeren Zahnmedizinern ein gutes Drittel (34 %). Die Beweggründe für das Eingehen einer Kooperation sind gerade für die jüngeren Zahnärzte in dem geringeren Investitionsbedarf, dem breiteren Leistungsspektrum und der besseren Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Freizeit zu suchen. Die Übernahme einer Einzelpraxis wurde in allen Altersgruppen nahezu gleich oft gewählt und stellte 2014 mit 60 % die beliebteste Existenzgründungsart gefolgt von Berufsausübungsgemeinschaften (29 %) und Neugründungen (11 %) dar.

Die höchsten Investitionsvolumina waren erwartungsgemäß bei den Einzelpraxisneugründungen zu schultern und lagen 2014 bei durchschnittlich 360.000 € (vgl. Abb. 4). Die Einzelpraxisübernahme kam bei einem Durchschnittswert von 265.000 € um 95.000 € günstiger. Für den Eintritt in eine bereits bestehende Praxis lag der durchschnittliche Investitionsbedarf bei 251.000 €, während für die Neugründung einer BAG pro Zahnarzt 280.000 € zu Buche schlugen. Am günstigsten war die Übernahme einer Praxis als BAG mit 223.000 €.

Abb. 4 – Durchschnittlicher Gesamtinvestitionsbedarf nach Gründungsform



Quelle: apoBank, Institut der Deutschen Zahnärzte (2015) Grafik: REBMANN RESEARCH

Bei der altersbezogenen Betrachtung trugen die jüngeren Zahnärzte (bis 30 Jahre) mit durchschnittlich 185.000 € auch die höchsten Übernahmepreise. Der Übernahmepreis über alle Altersgruppen lag im Schnitt bei 163.000 €. Insgesamt entfielen rund zwei Drittel des Investitionsvolumens einer Praxis auf den Kaufpreis. Auch die Lage einer Praxis, ob in ländlichen Gebieten oder in Großstädten, beeinflusst die Kaufpreise bzw. die Investitionen. Tendenziell lagen die Kaufpreise laut der Analyse aufgrund der geringeren Kaufpreise in Großstädten niedriger, was den Experten zufolge auf die größere Konkurrenz zurückzuführen ist.

Regional

Neben fachrichtungsspezifischen Kenntnissen sollten auch regionale Besonderheiten zur Kenntnis genommen werden, bevor es zu einschneidenden ökonomischen Entscheidungen kommt. Regional stellt den Fokus auf die einzelnen KV-/KZV-Bezirke ein und zeigt die Veränderungen auf.

Baden-Württemberg: Qualitätsnetz Kinzigtal – Anerkennung nach Stufe II

Als erstes Deutsches Praxisnetz wurde das „Medizinische Qualitätsnetz Ärzteinitiative Kinzigtal e. V.“ (MQNK) nach der Stufe II gemäß der Rahmenvorgabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) anerkannt. Letztere liefert die Basis für eigene Regelungen der Kassenärztlichen

Vereinigungen (KVen) und beinhaltet drei Anerkennungsstufen (Basisstufe, Stufe I und II) und anschließend eine Rezertifizierung nach jeweils fünf Jahren. In der zweiten und somit höchsten Anerkennungsstufe sind neben den Voraussetzungen der vorhergehenden Stufen folgende Anforderungen zu erfüllen.

- Patientenzentrierung: Einsatz von Software zur Vermeidung von Medikationsfehlern und zur Erstellung von Medikationsplänen, elektronische Fallakte und feste Standards zur Terminkoordination
- Kooperative Berufsausübung: elektronischer Datenaustausch zwischen den Ärzten im Rahmen einer eigenen sicheren Leitlinie, Netz-IT-Infrastruktur, detaillierte Kooperationsvereinbarungen mit anderen Leistungserbringern unter Berücksichtigung der Schwerpunkte der Kooperationspartner (indikationsbezogene Vernetzung)
- Verbesserte Effizienz: Nachweis der Effizienz durch Patientenbefragungen (standardisierte Fragebögen), Qualitätsindikatoren mit Zielgrößen (hinsichtlich Prävention, Arzneimitteltherapieüberwachung etc.), elektronische Befundübermittlung, zertifiziertes Qualitätsmanagement

Seit Jahren kämpfen die Ärztenetze in Deutschland um eine bessere Wertschätzung und Vergütung ihrer Tätigkeit. Ziel ist eine Anerkennung als eigenständige Leistungserbringer. Die Bundesrahmenvorgabe zur Anerkennung von Ärztenetzen ist bereits seit dem 1. Mai 2013 in Kraft. Trotzdem haben sich viele KVen nur zögerlich an die Umsetzung gemacht. Nicht zuletzt deshalb bestehen zwischen den einzelnen KVen zum Teil große Unterschiede, was die finanzielle Netzförderung und weitere Unterstützung dieser Kooperationen anbelangt.

Mit dem Mitte des Jahres in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurde die Position der Ärztenetze nun gestärkt. So wurde den KVen bis zum 23. Oktober eine Frist gesetzt, eine eigene Richtlinie auf Basis der Rahmenvereinbarung zu erlassen. Ferner müssen sie nun für anerkannte Netze gesonderte Vergütungsregelungen vorsehen, die allerdings aus der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung zu finanzieren sind. Ergänzend ist eine finanzielle Förderung auch aus den Mitteln des Strukturfonds möglich. Trotz der gesetzlichen Vorgabe sind einige KVen ihrer Pflicht zur Umsetzung einer Förderrichtlinie nach wie vor nicht nachgekommen. Die Agentur deutscher Arztnetze (ADA) erwägt nun, Klagen bei den zuständigen Aufsichtsbehörden zu erheben.

Nordrhein: Online-Pharmazieberatung für Ärzte

Bereits seit Anfang Juni bietet die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (KV NO) im Rahmen eines sogenannten Medikationschecks ihren Vertragsärzten die Möglichkeit einer Online-Pharmazieberatung zur Beurteilung komplexer Arzneimitteltherapien. Ärzte senden zu diesem Zweck ein ausgefülltes Online-Formular direkt an die KV-Mitarbeiter. Dieses enthält Informationen zu Alter, Geschlecht und Abstammung des Patienten sowie über dessen Erkrankung, Diagnosen sowie die Therapie einschließlich anamnestischer Besonderheiten und relevanter Laborbefunde. Die verordneten Arzneimittel werden in einer Liste (mit Applikationsart und Dosierung) erfasst. Bei der KV übernimmt dann ein erfahrenes zehnköpfiges Team, bestehend aus einem Apotheker, sechs PTA, einer Ärztin mit Spezialisierung auf Pharmakotherapie sowie zwei externen Pharmazeuten, die individuelle Analyse. Die Bearbeitung der Anfragen erfolgt innerhalb eines Werktages. Häufig nachgefragte Themen sind laut KV Auskünfte zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen, zur geriatrischen Pharmazie oder Bewertung neuer Arzneimittelstudien.

Mit dem schnellen und unkomplizierten Verfahren zielt die KVNO darauf ab, die Arzneimitteltherapiesicherheit der Patienten zu verbessern. Der Vorteil des neuen Beratungsangebots besteht laut KV darin, dass die Therapiehoheit beim Arzt verbleibt. Die Beratung erfolgt auf Basis anonymisierter Informationen und es kommt nicht zu einem Kontakt zwischen Patient und Beratungsteam.

Seit geraumer Zeit gibt es bundesweit vielfältige Projekte zur Verbesserung der Sicherheit und Wirtschaftlichkeit von Arzneimitteltherapien. Das Projekt ARMIN befindet sich mittlerweile in der Pilotphase mit ersten Testapotheken. Seit Anfang April laufen auch die ersten Tests einer Medikationsanalyse für Versicherte der Privaten Krankenversicherung DKV, die zu diesem Zweck mit den „Guten-Tag-Apotheken“ der Kooperation Elac Elysée kooperiert. Patienten, die mindestens fünf Medikamente einnehmen, können sich bei den teilnehmenden Apotheken melden und einen Termin vereinbaren. Im Anschluss an ein rund einstündiges Gespräch über aktuell eingenommene verschreibungspflichtige Medikamente sowie Selbstmedikation bewertet der Apotheker die Daten und informiert Patienten oder Arzt über mögliche Wechsel- und Nebenwirkungen.

Grundsätzlich begrüßen die Apotheker eine intensivere Einbindung in die Patientenversorgung. Bereits seit einigen Jahren treten sie dafür ein, einen aktiveren und verantwortungsvolleren Part im Gesundheitswesen zu übernehmen. Dies machen sie auch in ihrem Leitbild „Apotheke 2030“ deutlich. Demzufolge sollen die „Medikationsanalyse“ und das „Medikationsmanagement“ künftig „als adäquat honorierte Dienstleistung“ der Apotheker angeboten werden.

Hessen: Verbesserte Zahnvorsorge von Schwangeren und Kleinkindern

Die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) Hessen hat gemeinsam mit der DAK-Gesundheit einen Vertrag geschlossen, um die Mundgesundheit von Schwangeren und Kleinkindern weiter zu verbessern. Ziel ist es, Karies bei Kleinkindern einzudämmen. Karies nimmt gegenwärtig bei den Kleinkindern zu und stellt sogar die häufigste chronische Erkrankung im Kleinkindalter dar.

Das Konzept setzt mit zusätzlichen Zahnvorsorgeuntersuchungen bereits bei werdenden Müttern an und bezieht so die Eltern schon vor der Geburt in die Vorsorge mit ein. Neben einer Aufklärung über die Erkrankung Karies und einer Sensibilisierung für das Thema sowie dessen Ursachen wird beispielsweise ein Putztraining angeboten. Zudem umfasst der Vertrag Zahnvorsorgeuntersuchungen ab dem sechsten Lebensmonat bzw. bei Durchbruch der ersten Zähne bei Kleinkindern sowie nachfolgend nach Durchbruch der ersten Backenzähne des Milchgebisses.

Bereits 2010 hatte die DAK Gesundheit mit dem Uniklinikum Düsseldorf und dem Berufsverband der Frauenärzte sowie dem Verein Integrierte Versorgung NRW e.V. einen Vertrag geschlossen, um die Frühgeburtenrate durch eine optimale Betreuung der Schwangeren zu senken und Risiken im Vorfeld zu erkennen. Auch das Thema Mundhygiene spielt in diesem Zusammenhang eine nicht zu unterschätzende Rolle, da ebenso Infektionen im Mundbereich ein Risiko für Frühgeburten darstellen.

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.

OECD: Deutsches Gesundheitssystem – gut, aber teuer

Wie in vielen anderen Industrienationen steigen auch in Deutschland die Gesundheitsausgaben weiter an. Dies lässt sich der neuen Studie der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) „Health at a Glance 2015“ entnehmen. Deutschland nimmt demzufolge bei den Gesundheitsausgaben weiter einen Spitzenplatz im Ländervergleich (hinter den USA, der Schweiz, Norwegen, den Niederlanden und Schweden) ein. Kaufkraftbereinigt kommt die Studie für Deutschland auf einen Betrag von 4.819 US-Dollar (4.481 €) pro Kopf (2013), während im OECD-Durchschnitt lediglich 3.453 US-Dollar (3.213 €) pro Kopf für die Gesundheit der Bürger ausgegeben wurden. Im Rückblick stiegen die Pro-Kopf-Ausgaben in Deutschland zwischen 2009 und 2013 jährlich um rund 2 %. Im Vergleich hierzu lag der OECD-Durchschnitt bei 0,6 %. Für das Jahr 2014 wird in Deutschland sogar eine Steigerung um 2,5 % erwartet.

Beim Indikator „Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP)“ lag Deutschland mit 11,0 % hinter den oben genannten Ländern – mit Ausnahme von Norwegen – auf dem fünften Platz. Im Vergleich hierzu betrug der OECD-Durchschnittswert 8,9 %. Laut OECD lassen sich die hohen Gesundheitsausgaben in Deutschland unter anderem auf folgende Faktoren zurückführen:

- Dynamik der Arzneimittelausgaben: Nach einer Phase der Stagnation der Arzneimittelausgaben stiegen diese im Jahr 2013 mit rund 7 % pro Kopf wieder besonders stark an. Diese Ausgabendynamik lässt sich sowohl durch sehr hohe Arzneimittelpreise (z. B. neue Hepatitis-C-Medikamente) als auch durch einen hohen Medikamentenverbrauch erklären. So zeigt der Bericht, dass die Pro-Kopf-Arzneimittelkosten im Jahr 2013 in Deutschland bei 678 US-Dollar (631 €) und damit um 30 % über dem OECD-Durchschnitt lagen. Im OECD-Vergleich fällt Deutschland insbesondere bei den Antihypertensiva, Antidiabetika sowie den Antidepressiva durch einen überdurchschnittlichen Arzneimittelkonsum auf.
- Hohe Anzahl vermeidbarer Krankenhausfälle: Laut OECD ist hierfür nach wie vor die vergleichsweise hohe Bettendichte (Rang 4 im OECD-Vergleich) verantwortlich, von der Anreize zu nicht zwingend erforderlichen Klinikaufenthalten und Eingriffen ausgehen. Der Bericht nennt beispielsweise die Versorgung mit Hüftendoprothesen, deren Zahl zwar rückläufig ist, bei denen Deutschland jedoch im Jahr 2013 mit 283 Hüftgelenken je 100.000 Einwohnern hinter der Schweiz auf dem zweiten Platz lag. Der OECD-Durchschnitt befand sich bei nur 161 Hüftoperationen.

Neben den hohen Gesundheitsausgaben identifiziert die OECD im vergleichsweise hohen Durchschnittsalter der Ärzte eine weitere Schwachstelle des deutschen Systems, die insbesondere vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung immer problematischer wird.

Die hohen Gesundheitsausgaben haben jedoch auch positive Seiten. So profitieren deutsche Patienten laut OECD von einem traditionell guten Zugang zur Gesundheitsversorgung, vergleichsweise sehr kurzen Wartezeiten, einer geringen finanziellen Eigenleistung und guten Wahlmöglichkeiten. Auch hinsichtlich des Ausbaus des Gesundheitssystems schneidet Deutschland sehr gut ab. Als Indikator dienten hier die hohen Überlebensraten nach einer Schlaganfallversorgung.

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.

Erstes Qualitätssiegel für Medical Apps

Seit September gibt es für Medical Apps eine neue Möglichkeit der Qualitätssicherung. Der Bundesverband Internetmedizin (BIM) hat erstmals eine App mit dem von ihm entwickelten Siegel „Qualitätsprodukt Internetmedizin“ zertifiziert. Die App „Onelife“, die sich an Schwangere richtet, hat alle Kriterien des Anforderungskataloges erfüllt. Diese umfassen sowohl die Vorgaben

des hierzulande geltenden Medizinproduktegesetzes für die CE-Zertifizierung (Risikoklasse 1) als auch jene der US-amerikanischen Food and Drug Administration (FDA) für Medical Apps (ebenfalls Risikoklasse 1). Neben dem Qualitätssiegel hat der Hersteller der App die Option, dank der entsprechenden Dokumentation die CE-Zertifizierung der App als Medizinprodukt in Form einer Konformitätserklärung direkt und ohne weitere Formalitäten bei der zuständigen Gesundheitsbehörde zu beantragen. Lediglich die Voraussetzungen der Risikoklasse 1 müssen erfüllt sein. Die App Onelife hat auf diesem Weg die CE-Kennzeichnung erhalten. Partner des BIM für die Zertifizierung ist das Zertifizierungsunternehmen mpP Group. Die Kosten für das Qualitätssiegel belaufen sich auf 4.000 € je App. Noch in diesem Jahr sollen laut BIM bis zu zehn weitere Zertifizierungen folgen.

Qualitätssichernde Maßnahmen wie jene des BIM sind im Bereich des täglich wachsenden Angebots der Medical Apps dringend notwendig. Einer aktuellen Schätzung des Marktforschungsunternehmens Research2Guidance zufolge gibt es momentan bereits 97.000 Gesundheitsapps, wobei Experten von einem weiteren starken Marktwachstum ausgehen. Laut den Prognosen werden bis zum Jahr 2017 weltweit rund 3,4 Mrd. Menschen ein Smartphone besitzen und rund 50 % davon Gesundheitsapps nutzen. In Deutschland verwendet gegenwärtig bereits rund die Hälfte der Bevölkerung Gesundheitsapps – mit steigender Tendenz. Als problematisch gestalten sich hierbei die bislang fehlende Qualitätssicherung und Transparenz.

Neben einem oft fragwürdigen medizinischen Nutzen für den Anwender greifen Apps häufig auf persönliche Daten und Aktivitäten zu, um möglichst individuelle Ratschläge und Auswertungen geben zu können. Dabei gelten jedoch viele Apps datenschutzrechtlich als nicht sicher. Durch das neue Siegel verspricht sich der BIM eine Qualitätsverbesserung der Produkte der Internetmedizin. Nutzer erhalten hierdurch ebenso wie die medizinischen Leistungserbringer und Krankenkassen die Möglichkeit, seriöse Anbieter gezielt auszuwählen. Auch die App-Entwickler profitieren: Ihnen bieten das Siegel und die Zertifizierung die Möglichkeit, sich im zunehmenden Wettbewerb abzuheben. Ferner haben sie dank einer Zertifizierung bessere Chancen – beispielsweise über Verträge mit Krankenkassen – den strategisch wichtigen Übergang vom zweiten in den ersten Gesundheitsmarkt zu schaffen.

Großes Interesse an Online-Sprechstunden

Gesundheitsapps werden immer beliebter. Bislang spielen sie in der medizinischen Diagnostik und Therapie jedoch nur eine marginale Rolle. Durch die rasante Entwicklung des E-Health-Bereichs könnte sich dies allerdings bald ändern. Im Auftrag des Telekommunikationsonlinehändlers modeo.de untersuchte das Marktforschungs- und Beratungsinstitut YouGov die Einstellung der deutschen Bevölkerung zu der Frage: „Können Gesundheitsapps den Arztbesuch ersetzen?“ Der repräsentativen Umfrage zufolge kann sich rund jeder sechste Deutsche vorstellen, dass Apps dazu geeignet sind, einen Arztbesuch zu ersetzen. Erwartungsgemäß wird diese Einstellung vor allem von den jüngeren Befragten geteilt, während die älteren – die aufgrund anzunehmender häufigerer Praxisbesuche oft bereits eine persönliche Beziehung zu ihren Ärzten aufgebaut haben – diesbezüglich etwas skeptischer eingestellt sind.

Bei der Beurteilung der Möglichkeit der Substitution des Praxisbesuchs durch Gesundheitsapps spielt auch die Frage eine Rolle, welche Leistungen durch die Miniprogramme ersetzbar sind. So können sich 23 % der Umfrageteilnehmer den Einsatz einer App zur Messung von Vitalfunktionen wie zum Beispiel Puls, Blutdruck oder Körpertemperatur vorstellen. 21 % halten eine Anwendung in Zusammenhang mit sportlichen Aktivitäten für möglich. Einen weiteren Einsatzbereich sehen die Befragten im Zusammenhang mit Themen wie Stressvermeidung und -bewältigung.

Die größten Potenziale vermuten die Umfrageteilnehmer jedoch in den Online-Konsultationen. So kann sich jeder Dritte eine Online-Beratung durch den Arzt bei kleineren Krankheiten oder Beschwerden vorstellen. Allerdings nutzen erst 4 % der Befragten eine oder mehrere Gesundheitsapps zur Selbstdiagnose und 32 % haben Angst vor einem generellen Datenmissbrauch (z. B. Verwendung der Daten zu Werbezwecken oder Missbrauch durch Krankenkassen).

Aufgrund des sogenannten Fernbehandlungsverbots nach § 7 der Musterberufsordnung für Ärzte sind gegenwärtig den Online-Sprechstunden in Deutschland jedoch enge Grenzen gesetzt. Die wenigen Online-Angebote wie bspw. jenes der Lübecker Patientus GmbH umfassen daher lediglich Beratungsleistungen (z. B. bezüglich der Möglichkeiten des Social Freezings bei unerfülltem Kinderwunsch oder der Lasertherapie bei Fehlsichtigkeit). Experten sind der Meinung, dass sich derartige Telemedizin-Dienste bei einem verantwortungsvollen Umgang mit den Anliegen der Patienten sowie bei einem streng leitlinienbasierten Vorgehen durchaus seriös betreiben lassen. Deshalb mehren sich die Stimmen jener, die eine Aufhebung des Fernbehandlungsverbots in der jetzigen Form fordern. Gerade für die Behandlung von chronisch Kranken oder in dünn besiedelten und medizinisch schlecht versorgten Regionen könnten telemedizinische Anwendungen für die Patienten wie auch Leistungserbringer von Bedeutung sein. Kritiker hingegen halten die Online-Diagnose und -Therapie ohne persönlichen Patientenkontakt für unverantwortlich, da sie aus ihrer Sicht einen realen Arztbesuch nicht ersetzen können und unter anderem ein erhöhtes Risiko von Fehldiagnosen bergen.

Unternehmensphilosophie & Geschichte

Gute Zusammenarbeit lässt Ihren Erfolg wachsen.

Vom Experten für Experten: Sie sind im Medizinbereich tätig und wissen, wovon Sie reden. Genauso sind wir Profis auf unserem Fachgebiet: der finanziellen Beratung von Angehörigen der Heilberufe.

Gegründet wurde das Unternehmen im Jahre 1988 von Rolf Huttenlocher und Martin Graf. Das gesamte Beratungsteam verfügt über fundiertes Know-how – damit Ihr Erfolg stets weiter wächst!

Unternehmen Online

Ist es nicht beruhigend, stets einen unabhängigen und erfahrenen Berater an der Seite zu haben?

Unser Service endet nicht mit dem Beratungsgespräch – er geht noch weiter.
Wo Andere aufhören, fangen wir erst an.
Rund um die Uhr stehen Ihnen die Beratungsangebote auf unserer Website zur Verfügung.

Profitieren Sie von unserer Onlineterminvereinbarung, aktuellen Mandantennews, Seminarauskünfte und zahlreichen weiteren Infos.

Wir beraten Sie bei der Entscheidungsfindung

individuell, objektiv und kompetent.

Mehr darüber unter:

www.hug-beratung.de

HUG

Healthcare Competition Center

Bei Wirtschafts- und Finanzfragen ist guter Rat nicht teuer, sondern er lohnt sich doppelt: Heilberufsangehörige wie Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Physiotherapeuten, Krankengymnasten, Dentallabors, wie auch mittelständische Gewerbebetriebe u.v.m. müssen ihre finanzielle Gesamtsituation im Griff haben. Profitieren Sie von einem unabhängigen Berater, der Ihre Schwächen aber auch Chancen/Risiken erkennt und Ihre Stärken gezielt fördert!

HUG

Healthcare Competition Center

H.U.G
Betriebswirtschaftliche
Beratungsgesellschaft mbH

Kesselstraße 17, 70327 Stuttgart
Postfach 60 02 63, 70302 Stuttgart
Fon +49 711 / 2 48 97 73
Fax +49 711 / 28 27 91
E-Mail mail@hug-beratung.de

Was wir für Sie tun können:

Unsere Aufgabe ist es, zum Erfolg Ihres Unternehmens beizusteuern.

Als Ihr objektiver Partner beraten wir Sie bei allen Fragen, die sich im Rahmen einer Gründung oder Kooperation stellen, bei betriebswirtschaftlichen und finanziellen Anliegen, Sanierung, Praxisübergabe und Altersvorsorge und Vermögensberatung sowie - analyse (inkl. Lifemap).

Erfolgreiche Beratung aus einer Hand!

- Praxisgründung / Praxiseinstieg
- Kooperationsformen
- Finanzierung / öffentliche Fördermittel / Leasing
- Financial Planning
- Controlling
- Praxisbewertung

Ihr Erfolg ist unsere Aufgabe!

- Lifemap
- Debt-Relief Plan
- Vermögensberatung / - analyse
- Versicherungsanalyse
- Altersvorsorge / staatliche Förderung

Unabhängigkeit und Freiheit im Alter!

- Praxisabgabe / Praxiswertgutachten
- Altersvorsorge
- Staatliche Förderungen

Ihre optimale Strategie in eine sichere Zukunft!

Sie möchten ruhig schlafen – guten Gewissens, dass Sie das Optimum herausholen?

Sie bestimmen den Weg!

- Unabhängig / Neutral
- Seit über 20 Jahren auf dem Markt
- Individuelles Beratungskonzept

Schritt für Schritt zum Ziel:

Schaffen – Erhalten – Wachsen

Wir unterstützen Sie rundum professionell bei allen wirtschaftlichen Anliegen – Schritt für Schritt bis ans Ziel und noch darüber hinaus. Sie haben mehr Zeit für Ihr Tagesgeschäft oder Privatleben – lassen Sie finanziellen Fragen ruhig unsere Sorge sein!

Fortbildungsveranstaltungen 2016

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 DHBW
Dozent IBG Institut

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

Burkhard Bedei
langjähriger Mitarbeiter der KV-Nord-Württemberg,
Mitautor unterschiedlichster Fachliteratur

Ulrike Hespeler
Assessorin der Landesärztekammer Baden-Württemberg

Kooperation?

3 Fortbildungs-punkte

Die Zukunft des niedergelassenen Arztes liegt in der Kooperation.

Seminarinhalt:
- Kooperationsformen unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten
- Abrechnungsproblematik der einzelnen Kooperationsformen
- Der Weg zur richtigen Kooperation
- Wertsicherung der Praxis
- Nachfolgeregelung durch Kooperationsformen

Abendseminar: von 19:00 bis 21:00 Uhr

Praxis oder Klinik?

3 Fortbildungs-punkte

Die wirtschaftlichen Gegebenheiten zur Selbständigkeit sind so günstig wie noch nie.

Seminarinhalt:
- Einstiegsvarianten in Kooperationsformen
- Teilzulassung
- Anstellungsmodelle
- Praxisübernahme
- Öffentliche Förderung
- Finanzierungsformen

Abendseminar: von 19:00 bis 21:00 Uhr

Die Termine sowie den Veranstaltungsort erfahren Sie bei uns.

Ärztestammtische 2016

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

2016 haben Sie so gute Möglichkeiten wie noch nie, eine berufliche Veränderung vorzunehmen!

Bei einer kulinarischen Tischrunde erfahren Sie alles Wichtige zum Thema

- **Teilzulassung mit Angestelltenverhältnis,**
- **Vollzulassung,**
- **Juniorpartner,**
- **Finanzierung,**
- **öffentliche Fördermittel.**

Welche Kooperation ist sinnvoll?

Bei einer kulinarischen Tischrunde erfahren Sie alles Wichtige zum Thema

- **Kooperationsformen,**
- **Honorarauswirkungen,**
- **Betriebswirtschaftliche Gestaltungsmöglichkeiten.**

Praxisabgabe und Nachfolge rechtzeitig planen!

Bei einer kulinarischen Tischrunde erfahren Sie, wie und wann man rechtzeitig beginnt die Nachfolge zu planen.

Nutzen Sie unser Know-how!

HUG

Healthcare Competition Center

H.U.G
Betriebswirtschaftliche
Beratungsgesellschaft mbH

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

Unternehmensgründung:
1988

Geschäftsführer:
Martin Graf

Beraterteam:
Martin Graf, Dragisa Macos,
Achim Bacher

Vertragsarztexperte:
Burkhard Bedei

Seminarorganisation:
Susanne Ullrich

Sekretariat:
Sonja Miltschuh

Healthcare/Gesundheitswesen

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

Competition/Wettbewerb

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

Center/Schaltstelle

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

HUG

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

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

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

QUID

H.U.G Quartalsinformation