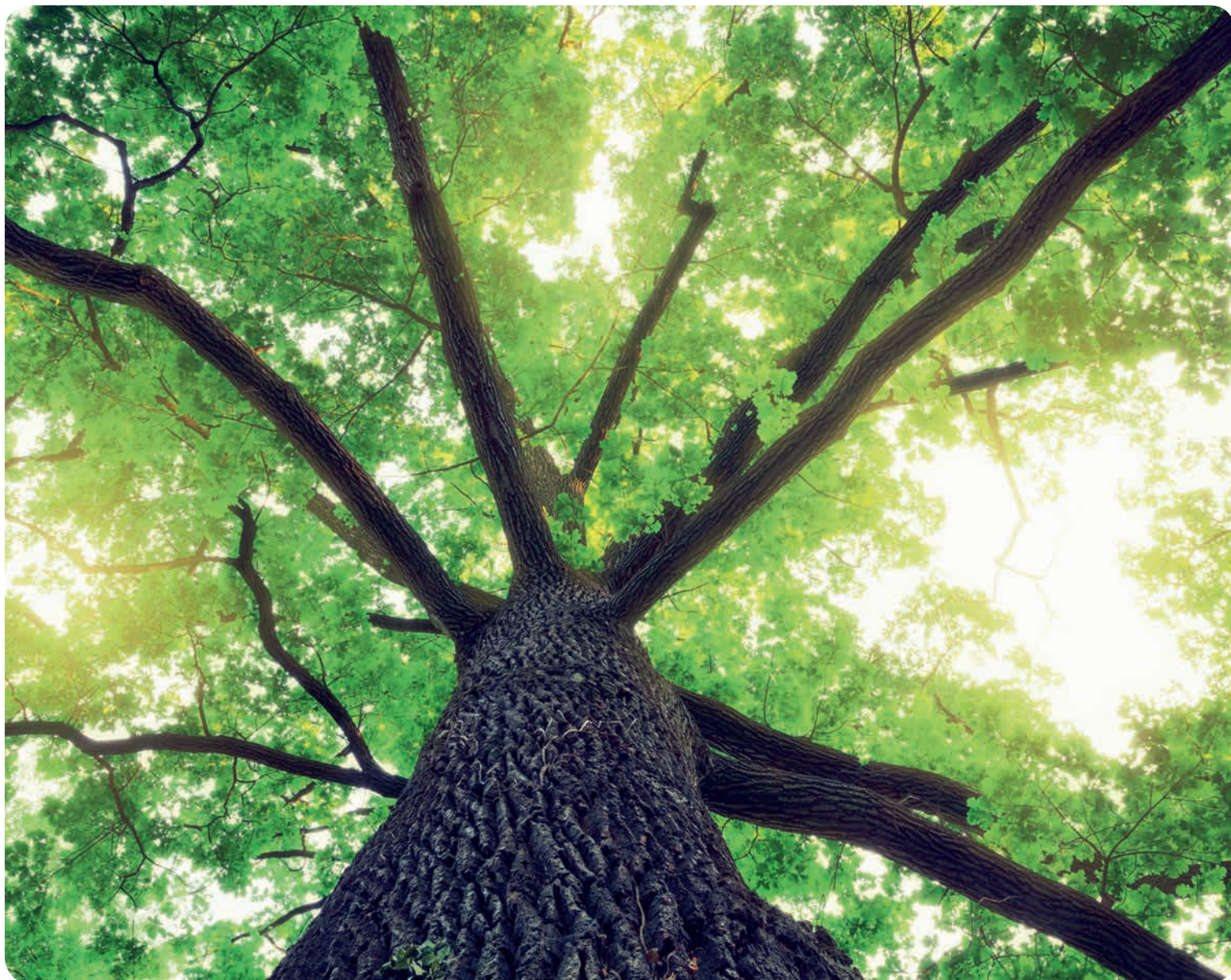


HEFT V

REGIONALE VERSORGUNGSKONZEPTE – NEUAUFLAGE

PraxisWissen Schriftenreihe zur Theorie und Praxis in neuen Versorgungsformen



STATEMENTS VON KASSENVERTRETERN

DR. MED. HANS-JÜRGEN BECKMANN

DR. MED. DOMINIK DEIMEL

SUSANNE EBLE, BERLIN-CHEMIE AG

DR. MED. GERHART GLASER

DR. MED. DIRK HOCHLENERT

DR. MED. KLAUS MEYER-LUTTERLOH

DR. RER. OEC. ANDREAS RÜHLE

KLAUS RUPP, DIRK GANGEL, WILFRIED BRIDTS

DR. UPPENKAMP, BERLIN-CHEMIE AG

u. v. a.

gesundheits
management 
Ihre Zukunft gemeinsam gestalten
BERLIN-CHEMIE



Vorwort

In abgestimmten Versorgungskonzepten sind gute Medikamente am wirkungsvollsten eingesetzt.

Dr. Reinhard Uppenkamp

Die Zusammenarbeit in der Region ist in vielerlei Hinsicht sinnvoll. Kurze Wege schaffen Vertrauen, Geschwindigkeit und sind ökologisch sinnvoll. Das Zusammenwirken vieler in einer Region macht diese stärker als die Summe ihrer einzelnen Partner. Die Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg wird durch das gemeinsame Auftreten viel intensiver wahrgenommen, als jeder Player für sich. Oder wer hätte je vom Kinzigtal gehört, gäbe es dort kein spannendes Projekt der Versorgung der Region.

Gemeinsam kann die Realität der Versorgung von und für Ärzte, Kliniken und Patienten verbessert werden. Die starke Gemeinschaft der Anbieter macht den Patienten ein gutes Angebot. Sie müssen keine unnötigen Doppeluntersuchungen, keine Umstellung der verordneten Medikamente über sich ergehen lassen, wenn die Ärzte und Kliniken miteinander reden und sich absprechen. Dafür bleiben die Patienten auch gern in der Region bei den verlässlichen Partnern.

Es gibt gute Beispiele dafür, die wir in diesem Heft zu Wort kommen lassen. Und wir erläutern mit namhaften Autoren die einzelnen Schritte, die zu einem Regionalen Versorgungskonzept führen. Solche Konzepte sind politisch gewollt und sie sind wirtschaftlich sinnvoll, daher werden sie sich durchsetzen. Grundlage der Umsetzung ist die Analyse der Situation vor Ort. Sie bildet den Ausgangspunkt für Gespräche mit Krankenkassen, die an höherer Qualität der Versorgung interessiert sind (bei insgesamt gesicherter wirtschaftlicher Versorgung natürlich). Solche Ansätze

müssen evaluiert werden, die Kennzahlen dafür sollte man schon zu Beginn mitdenken, damit die Verbesserung auch dokumentiert werden kann.

Mit diesem Heft bieten wir Ihnen Anregungen, wie solche Konzepte aussehen können und wie man sie erarbeiten kann. In abgestimmten Versorgungskonzepten sind gute Medikamente am wirkungsvollsten eingesetzt. Ein Patient, der sich als Teil einer Gemeinschaft fühlt, der an jeder Stelle im gleichen Sinn informiert wird, wird die ihm verordnete Therapie besser annehmen, als wenn er unterschiedliche Informationen und Verordnungen bekommt. Daher unterstützen wir innovative Ansätze und hoffen Ihnen mit diesem Heft einen wertvollen Beitrag für neue Ideen zu geben.

Dr. Reinhard Uppenkamp
Vorstandsvorsitzender BERLIN-CHEMIE AG

Inhalt

1

04 **KASSENSTATEMENTS**

AOK Nordost: Frank Michalak; **TK:** Thomas Ballast;

Deutsche BKK: Achim Kolanoski; **Barmer GEK:** Dr. Christoph Straub

2

09 **RAHMENBEDINGUNGEN**

Nur der Wandel bleibt: Anforderungen an professionelles Management im Arztnetz

3

19 **WIE ENTSTEHT EIN REGIONALES VERSORGUNGSKONZEPT**

Aufbau eines regionalen Versorgungskonzepts

Erwartungshaltung der Kassen

Daten erheben und zur Planung nutzen

Behandlungspfade erarbeiten

4

45 **BETRIEBSWIRTSCHAFTLICHE GRUNDLAGEN**

Prozessmanagement von medizinischen Leistungen auf Basis einer betriebswirtschaftlichen Kalkulation

Kennzahlen gesteuertes Management regionaler Versorgungskonzepte

Marketing in Ärzte-Kooperationen

5

62 **STEUERLICHE GRUNDLAGEN**

Steuerliche Rahmenbedingungen innovativer Versorgungsformen

6

73 **PRAXISBEISPIELE:**

PraxisNetz Süderelbe

Diabetisches Fuß-Syndrom

Integriertes Versorgungsmodell Bünde

Wundversorgungsnetz Ammerland

1

KAPITEL



KASSENSTATEMENTS

Frank Michalak,

Vorsitzender des Vorstandes der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse

Thomas Ballast,

stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Techniker Krankenkasse

Achim Kolanoski,

Vorstandsvorsitzender der Deutschen BKK

Dr. Christoph Straub,

Vorstandsvorsitzender der BARMER GEK

Welche Bedeutung werden Ihrer Meinung nach künftig besondere Versorgungsangebote auf regionaler Ebene haben?



FRANK MICHALAK,
VORSITZENDER DES VORSTANDES DER AOK
NORDOST – DIE GESUNDHEITSKASSE

Die verschiedenen Gesundheitsmodernisierungsgesetze haben zu einer Öffnung der bisher stark regulierten Märkte in den Regionen der AOK Nordost in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern geführt. Auf unterschiedlicher rechtlicher Basis sind Netzwerke verschiedener Leistungsanbieter mit dem Ziel entstanden, eine koordinierte medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten sicherzustellen, gerade auch in Regionen mit unzureichender Versorgungsstruktur.

Diese vertraglichen Möglichkeiten in der Gestaltung besserer Versorgungsstrukturen nutzt die AOK Nordost bereits intensiv. So bietet sie derzeit eine Vielzahl von Verträgen zur Integrierten Versorgung an, welche sowohl indikations- als auch populationsbezogen sind.

Auch Vertragswerke, die eine bevölkerungsbezogene, flächendeckende integrierte Versorgung ermöglichen sollen, gewinnen zunehmend an Bedeutung. Ein Beispiel hierfür ist der Vertrag über die hausärztlich basierte sowie fachübergreifende integrierte Versorgung, der die Arztnetze unter dem Dach einer Marke „Mein AOK – Gesundheitsnetz“ vereint.

Die Arztnetze schließen hierbei einen IV-Vertrag, der eine umfassende Vernetzung zwischen den teilnehmenden Vertragsärzten, z. B. durch gemeinsame Behandlungspfade, vorsieht und darüber hinaus es ermöglicht, Module für Service- oder Versorgungsangebote aufzusetzen.

Als Beispiel für einen indikationsspezifischen IV-Vertrag ist insbesondere die Regelung zur telemedizinischen Versorgung der Patienten im Bereich der Herzerkrankungen zu nennen.

In enger Zusammenarbeit mit verschiedenen Vertrags- und Kooperationspartnern setzt die AOK Nordost Versorgungsangebote um, die die Qualität der Versorgung optimiert und dabei gleichzeitig die Patienten wirtschaftlicher versorgt. Dieses Versorgungsangebot bietet die Chance, eine Antwort auf den demographischen Wandel und die damit einhergehende zunehmende Anzahl an Chronikern und multimorbiden Patienten sowie die ungleiche regionale Verteilung der Ärzte zu finden.

Nicht zuletzt hat die Qualität in der Gesundheitsversorgung eine große Bedeutung für die zukünftige Wettbewerbsfähigkeit der gesamten Region.



**THOMAS BALLAST,
STELLVERTRETENDER VORSTANDSVORSITZENDER
DER TECHNIKER KRANKENKASSE**

Bei der Ursachenanalyse der stetig steigenden Kosten innerhalb des deutschen Gesundheitswesens wird deutlich, dass es in der Vergangenheit kaum Anreize zur Qualitätsdifferenzierung gab und unternehmerische Bestrebungen nicht gefördert wurden.

Das deutsche Gesundheitswesen ist nach wie vor geprägt von Begriffen wie Zulassung, Bedarfsplanung, Budgetierung und Honorarverteilung. Marktregulierende Ansätze, welche primär dem Ziel einer kurzfristigen Kostendämpfungspolitik gefolgt sind, konnten nicht der zum Teil mangelhaften Effizienz des Systems entgegenwirken.

Dieses Steuerungsversagen führte innerhalb des letzten Jahrzehnts zur Liberalisierung der Vertrags- bzw. Gestaltungsoptionen im Bereich der Gesetzlichen Krankenkassen und zu einer zunehmenden Öffnung für wettbewerbliche Elemente. Neben den Ansätzen der Vertragsliberalisierung, wie z. B. in der Integrierten Versorgung, wurde ein Grundstein für neue unternehmerische Strukturen auf der vertragsärztlichen Seite durch die Möglichkeit der Gründung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gelegt. Flankiert wurden diese Entwicklungen durch eine Flexibilisierung des vertragsärztlichen Berufsrechts. Insbesondere

re in der regionalen Gesundheitsversorgung führte dies zunehmend zur Entstehung neuer Versorgungs- und Geschäftsmodelle. Arbeiten derzeit noch drei Viertel der niedergelassenen Ärzte in einer Einzelpraxis, sind infolge der gegenwärtigen Liberalisierung weitere Kooperationen und Konzentrationen der Leistungserbringer zu erwarten.

Ziel der neuen Versorgungskonzepte und damit verbundenen Vertragsoptionen muss jedoch nicht nur die Lösung von vorhandenen Finanzierungsproblemen, sondern die Verbesserung der Versorgungsqualität unter ganzheitlicher Betrachtung des Krankheits- und Versorgungsereignisses sein. Die Einbindung neuer Versorgungsangebote in bestehende Strukturen erfordert ein Management auf zentraler Ebene, um die Prozesse der Prävention, Diagnose, Therapie und Rehabilitation fach- und/oder sektorenübergreifend zu planen, zu begleiten, zu bewerten und nach medizinisch qualitativen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten zu optimieren. Dabei muss die Umsetzung neuer Versorgungsformen auf regionaler Ebene erfolgen. Wesentlich für die Akzeptanz neuer regionaler Versorgungsansätze ist die Orientierung am Patienten, der zum Kunden wird. Solchermaßen optimierte Versorgungsprozesse erfordern die Kooperation von Akteuren, die sich regional organisieren.

Die positiven Effekte der Liberalisierung im Vertragsbereich wurden durch die Einführung des Gesundheitsfonds und die Implementierung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs konterkariert. Dies auch, seitdem der Gesetzgeber durch Vorlagepflichten und Prüfungen mehr Einfluss auf die Versorgungsangebote übernommen hat. Die künftige Ausgestaltung regionaler Versorgungsangebote hängt damit entscheidend von den weiteren gesundheitspolitischen Weichenstellungen ab. Ein Wettbewerb hin zur besten Versorgung benötigt Handlungsspielräume und weniger regulierende Gesundheitspolitik!



Ihrer Gesundheit zuliebe
DeutscheBKK

**ACHIM KOLANOSKI,
VORSTANDSVORSITZENDER DER DEUTSCHEN BKK:**

Zunächst einmal: Versorgungsangebote, die über den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehen, müssen von den Krankenkassen finanziert werden. Wie sieht die finanzielle Lage aus? Laut der Vierteljahresstatistik für das 1. Quartal 2012 verfügen die Krankenkassen über ein Vermögen von ca. 11,5 Mrd. Euro. Dieses Vermögen ist aber wegen Fehlern im Finanzausgleich des Gesundheitsfonds, dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA), ungleich verteilt. Damit wird der Finanzausgleich seinem eigentlichen Zweck nicht gerecht: Die Beitragsgelder aus dem Gesundheitsfonds sollen so gerecht verteilt werden, dass ein fairer Wettbewerb zwischen den Krankenkassen möglich ist – unabhängig davon, wie gesund oder krank die Versicherten einer Krankenkasse sind. Da dies bis heute nicht richtig funktioniert, lohnt es sich für die Krankenkassen weiterhin massiv, junge und gesunde Versicherte anzuwerben. Für kranke und ältere Versicherte, die tatsächlich auf eine medizinische Versorgung angewiesen sind, sind die Zuweisungen aus dem Fonds zu gering. Das Anwerben dieser Versichertengruppe mit sinnvollen Versorgungsangeboten birgt hohe Risiken. Die Schräglage des Morbi-RSA führt auch dazu, dass Investitionsmittel für längerfristig angelegte Versorgungsangebote fehlen.

Die Deutsche BKK hat in den letzten zehn Jahren ihr Versorgungsmanagement weiterentwickelt und Verträge auch nach Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten ausgerichtet. Wegweisende regionale Versorgungsangebote konnten so erhalten bleiben – wie das auch international bekannte „Wolfsburger Modell“ mit dem Test auf Humane Papillomaviren (HPV) als Auslöser des Gebärmutterhalskrebses bei Frauen.

Neue Angebote sind hinzugekommen, bei denen die Versicherten individuell in der Versorgungslandschaft begleitet und beraten werden. So unterstützen unsere acht Gesundheitsassistentinnen als medizinisch ausgebildetes Fachpersonal an den Standorten Wolfsburg, Braunschweig, Hannover, Köln/Bonn und Kassel/Baunatal kranke Versicherte der Deutschen BKK. Ob es um Pflege oder Hilfsmittel geht, um Hilfe während eines Krankenhausaufenthaltes oder nach der Entlassung – die Gesundheitsassistentinnen beraten die Versicherten, „übersetzen“ Diagnosen, helfen beim Ausfüllen von Anträgen oder organisieren Anschlussbehandlungen. So werden für den Patienten belastende und für den Versicherer kostentreibende „Dreh-türeffekte“ vermieden. Dieser kostenlose Service der Deutschen BKK unterstützt Versicherte und entlastet Angehörige.

Daneben hat die Deutsche BKK an 16 Standorten so genannte „Neutrale Stellen“ als Partner. Ziel ist hier die sehr kurzfristige Beratung von Versicherten mit Verhaltensstörungen, psychischen und psychosomatischen Erkrankungen sowie von Versicherten mit orthopädischen Leiden und die Einleitung von weiterführenden Therapien. Die „Neutralen Stellen“ helfen schnell und unbürokratisch in akuten Notsituationen – lange Wartezeiten auf Behandlungstermine werden so vermieden.

Insgesamt sehe ich einen Trend zur Individualisierung des Versorgungsmanagements mit Partnern in Regionen, außerhalb von großvolumigen Selektivverträgen in der Fläche.



**BARMER
GEK** die gesund
experten

DR. CHRISTOPH STRAUB
VORSTANDSVORSITZENDER DER BARMER GEK

**REGIONALE VERSORGUNGSKONZEPTE IM SPAN-
NUNGSFELD ZWISCHEN WIRTSCHAFTLICHKEIT
UND EFFIZIENZ**

In den vergangenen Jahren haben sich die Rahmenbedingungen für regionale Versorgungskonzepte erheblich verändert: Einerseits haben der Wegfall der Anschubfinanzierung zur Integrierten Versorgung und die neuen Regelungen zur Hausarztzentrierten Versorgung den finanziellen Handlungsspielraum der Krankenkassen verengt. Andererseits hat der Gesetzgeber die rechtlichen Möglichkeiten, Selektivverträge überhaupt erst abschließen zu können und damit auch regionale Versorgungskonzepte zu realisieren, erweitert.

Ergänzt man diese Aspekte noch um die wirtschaftlichen Auswirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs auf Selektivverträge, die im Versorgungsstrukturgesetz festgelegte Regionalisierung der Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und der im aktuellen Gutachten der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) beschriebenen Skepsis zur leistungsorientierten Vergütung, dann ergibt sich ein höchst komplexes Spannungsfeld, unter dem regionale Versorgungskonzepte zu entwickeln sind.

Insgesamt dürften die genannten Gründe und Rahmenbedingungen dazu führen, dass das Engagement

von Krankenkassen bei der Entwicklung regionaler Versorgungskonzepte abnimmt. Für die BARMER GEK trifft dies allerdings nicht zu – im Gegenteil: Angesichts großer regionaler Unterschiede der Versorgungsstrukturen und -bedarfe gibt es aus unserer Sicht eine grundsätzliche Notwendigkeit für regionale Versorgungsansätze. Intelligente regionale Versorgungskonzepte werden somit auch zur Verpflichtung von Krankenkassen.

Natürlich spielt die Wirtschaftlichkeit von regionalen Versorgungskonzepten seit dem Auslaufen der Anschubfinanzierung eine noch größere Rolle. Die Erwartungen der Krankenkassen an die Leistungserbringer haben dementsprechend zugenommen. Auch werden die Vertragskonzepte immer anspruchsvoller. Gleichwohl bewerten wir diese Entwicklungen positiv, führen sie langfristig doch zu mehr Qualität und Effizienz – auch wenn wir mit deutlich längeren Vorlaufzeiten bei der Entstehung von Selektivverträgen sowie deren Vermittlung und Verhandlung mit den Leistungserbringern zu rechnen haben.

Die BARMER GEK hat deshalb ihr Engagement bei der Entwicklung und Umsetzung von regionalen Versorgungskonzepten noch einmal erhöht. Zur Förderung von Ärztnetzen wurden beispielsweise mehrstufige Vergütungsmodelle entwickelt, die neben der Honorierung einer qualitätsgebundenen Infrastruktur auch das Erreichen von Versorgungszielen und die langfristige Morbiditätsentwicklung von Patienten berücksichtigen. Auch für Hämophilie, Ambulantes Operieren, Augenerkrankungen, Krebserkrankungen, Rückenerkrankungen, ADHS und vielen anderen Krankheitsbildern hat die BARMER GEK mit Ärzten und anderen Leistungserbringern Versorgungsverträge entwickelt, die auf regionale Besonderheiten eingehen. Der langfristig zu erwartende Erfolg dieser Konzepte, wird allerdings maßgeblich von dem Engagement der Leistungserbringer abhängen. Sie müssen es schaffen, ihre Patientinnen und Patienten von den Vorteilen zu überzeugen.

RAHMENBEDINGUNGEN



Susanne Eble

Diplom-Ökonomin / Medizin (FH)

Leitung Gesundheitsmanagement BERLIN-CHEMIE AG

Stellvertretende Vorstandsvorsitzende im Bundesverband Managed Care

Nur der Wandel bleibt: Anforderungen an professionelles Management im Ärztenetz

Susanne Eble, M.A.,

Leiterin Gesundheitsmanagement BERLIN-CHEMIE AG

1. AUSGANGSSITUATION

Seit die Beitragssätze für die Krankenversicherung festgeschrieben sind, haben die Krankenkassen kaum noch Einfluss auf ihre Einnahmen. Dies zieht ein wachsendes Interesse an der Steuerung der Ausgabenseite nach sich. Gleichzeitig bestimmt seit der Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) die Morbiditätsstruktur einer Kasse deren Einnahmen.

Auf eine einfache Formel gebracht heißt das: Kostet der Versicherte in der Versorgung mehr, als er über den Morbi-RSA an Zuweisungen generiert, entsteht bei der Krankenkasse ein Defizit – für diesen Versicherten. Diese Deckungsbeitragssystematik zwingt die Kassen quasi dazu, die Versorgung mitzugestalten. Dies können sie, indem sie innovative Versorgungsmodelle konzipieren, die sie den Versicherten zusammen mit den Leistungserbringern anbieten. Die ersten vertraglichen Möglichkeiten hierzu fanden bereits im Jahre 2000 Einzug ins SGB V. Die im Jahre 2004 geänderte Form der Integrierten Versorgung gab den Kassen zudem die Möglichkeit, direkt mit den Leistungserbringern Verträge abzuschließen. In den folgenden Jahren wurden vom Gesetzgeber verschiedene Formen von Selektivverträgen ausgebaut – mit dem Ziel, die Krankenkassen zukünftig in den Wettbewerb zu stellen.

Diese Umverteilung der Finanzströme verändert gleichzeitig die Machtverhältnisse: Denn die Gelder, die im Rahmen der Selektivverträge zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern fließen,

fehlen im Gesamtvertrag, d. h. die Gesamtbudgets werden um die Summe bereinigt, die durch Selektivverträge gebunden ist. Der Differenzbetrag steht also nicht mehr für die Verteilung über den Honorarverteilungsmaßstab zur Verfügung (vgl. Abb. 1 u. 2).

Selektivverträge erlauben die Vereinbarung einer leistungsorientierten Vergütung. Anders als im Kollektivvertrag können Anreize in die Vergütung einfließen, aber auch Sanktionen. Letzteres wird sich in den nächsten Jahren wohl kaum durchsetzen, da die Teilnahme an Selektivverträgen noch sehr auf Freiwilligkeit der Ärzte und erst recht der Versicherten beruht. Die erfolgreiche Umsetzung eines solchen Vertrages dürfte daher derzeit wohl nur mit einem kooperativen Ansatz funktionieren.

Bislang lässt die große Welle der Selektivverträge auf sich warten – aus unterschiedlichen Gründen, die teils in der Umsetzung, teils in der Motivation aller Beteiligten liegen. Dennoch sind Selektivverträge ein Instrument, das die Zukunft im Gesundheitswesen deutlich prägen wird. Spätestens wenn bei den Kassen nach den finanziell positiven Jahren 2011/2012 die Überschüsse aufgebraucht sind und die Entscheidung zur Erhebung von Zusatzbeiträgen ansteht, sind die Kassen aufgefordert, die Versorgung mitzugestalten und mit ausgewählten Leistungserbringern leistungsorientierte Verträge abzuschließen.

Ambulante Versorgungsstrukturen **heute**

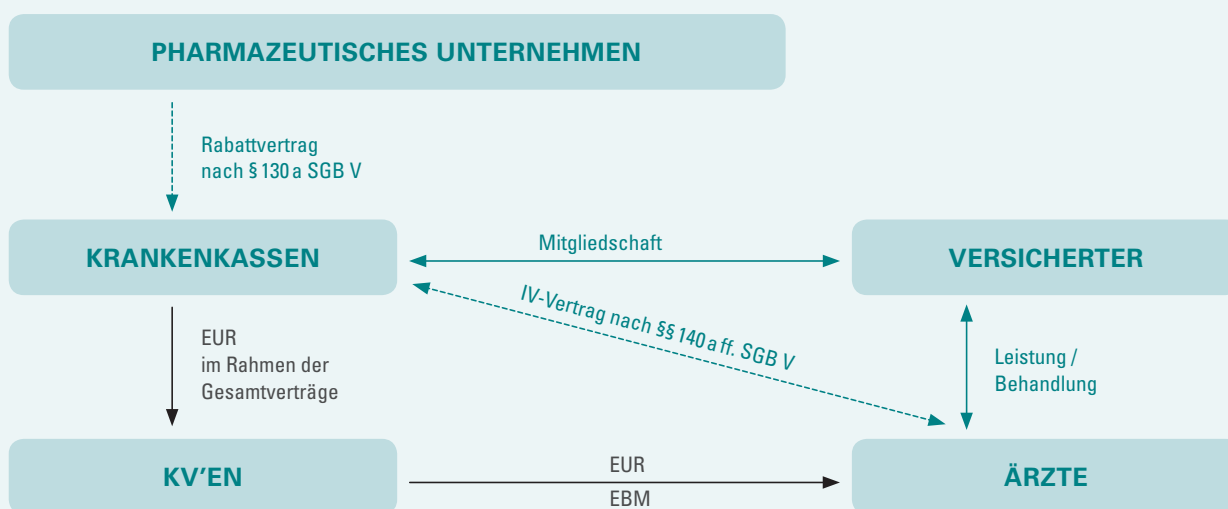


Abbildung 1: Klassische Versorgungsstrukturen, in die seit 2000 die Selektivverträge eingefügt wurden (eigene Darstellung)

Ambulante Versorgungsstrukturen **morgen**

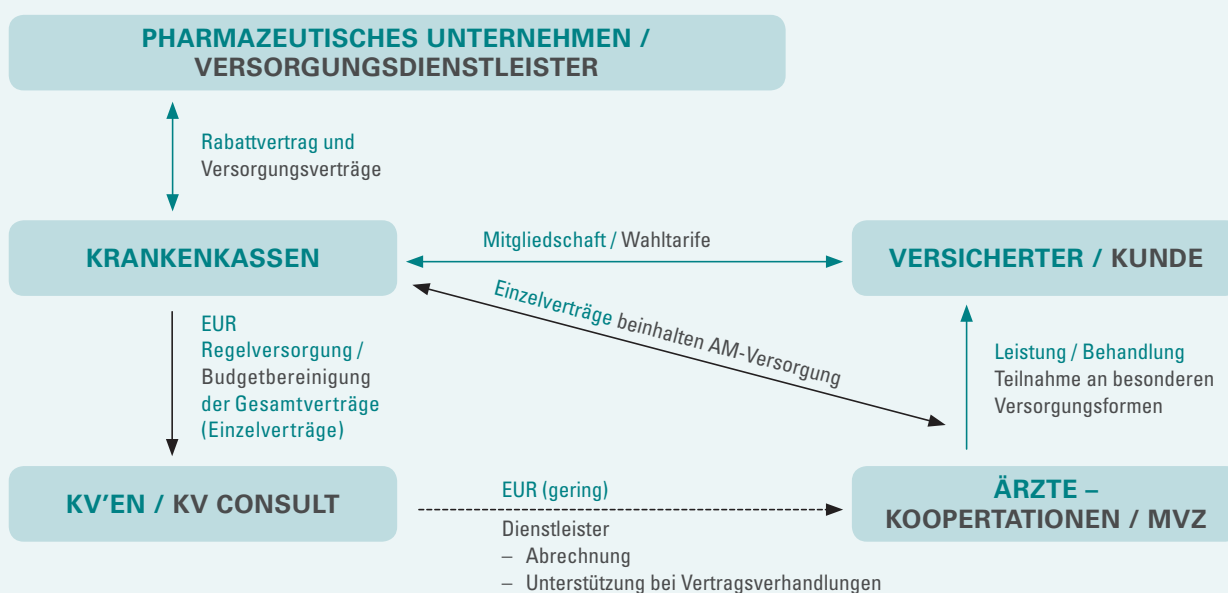


Abbildung 2: neue Versorgungsstrukturen, die sich langsam entwickeln (eigene Darstellung)

DIE KRANKENKASSEN

Die Krankenkassen stehen nicht nur aufgrund der oben beschriebenen neuen Finanzierungssystematik und drohender Zusatzbeiträge unter Wirtschaftlichkeits- und Wettbewerbsdruck. Auch die mit dem GKV-OrgWG eingeführte Insolvenzfähigkeit zwingt Kassen zu einer wirtschaftlich ausgerichteten Prozessoptimierung sowie zu einem starken Fokus auf die Ausgaben. Einfaches Sparen würde zwar dem wirtschaftlichen Anspruch Rechnung tragen, jedoch nicht der Wettbewerbsfähigkeit. So sind die Kassen auf ein Versorgungssystem mit Leistungserbringern angewiesen, das ihre Versicherten optimal versorgt. Optimal ist hier im Sinne von wirtschaftlich zu verstehen (im besten Fall günstiger als die Zuweisungen aus dem Morbi-RSA), gleichzeitig soll der Patient durch eine „bessere“ Versorgung spüren, dass er bei seiner Kasse gut aufgehoben ist. Um solch eine Versorgung zu gestalten, werden sich die Krankenkassen über kurz oder lang des Instruments der Selektivverträge bedienen. Dass die Krankenkassen die Notwendigkeit eines gut versorgten Patienten schon vor Einführung des Gesundheitsfonds und des Morbi-RSA erkannt haben, zeigt eine im Jahr 2008 im Auftrag von Accenture durchgeführte Studie (s. Abb. 3).

Während die Rangliste früher von gut verdienenden und gesunden Personen angeführt wurde, steht dort heute der gut gemanagte Patient unter der Betrachtung des Morbi-RSA. Je besser der Patient im System versorgt ist, desto mehr besteht die Chance, dass er günstiger versorgt werden kann – z.B. indem durch abgestimmte Tertiär-Prävention Folgeerkrankungen vermieden oder reduziert werden können. Auf die Versorgungsqualität kann die Krankenkasse nur direkten Einfluss ausüben, wenn sie mit (ausgewählten) Leistungserbringern Selektivverträge schließt.

DER LEISTUNGSBRINGER

Der Leistungserbringer wird in diesem Szenario zu einem Vertragspartner, der die Qualität, die Effizienz und die Ökonomie seiner Leistung belegen muss. Über die Möglichkeit des selektiven Kontrahierens (§§ 73b u. c sowie 140 a ff. SGB V) können zwischen

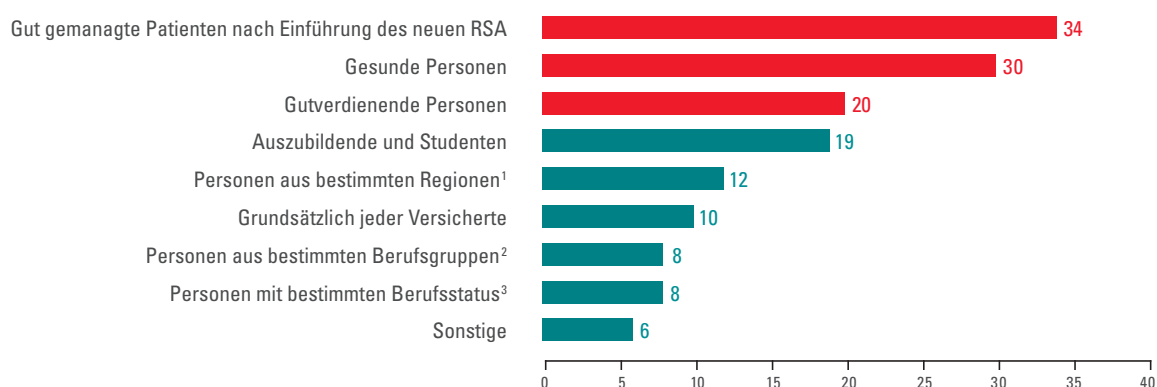
Kassen und Leistungserbringer sowohl Honorarpauschalen als auch qualitätsorientierte Leistungspauschalen vereinbart werden. Komplexe IV-Verträge können die Arzneimittelversorgung über gekoppelte Rabattverträge nach § 130 a Abs. 8 SGB V beinhalten. Seit dem 01.01.2012 können Hersteller von Arzneimitteln oder Medizinprodukten auch direkte Vertragspartner in Verträgen nach § 140 a ff. SGB V werden. Um die komplette Versorgungskette innerhalb der Verträge abbilden zu können, wurden im Verlauf der Gesetzesänderungen ebenso die Pflegekassen sowie Pflege- und Rehaeinrichtungen als mögliche Vertragspartner aufgenommen.

Die Leistungserbringer sind gefordert, die Kosten ihrer Leistungen zu benennen. So können in Selektivverträgen z. B. Honorarpauschalen zwischen Kassen und Leistungserbringern vereinbart werden, die qualitätsorientierte Vergütungsanteile enthalten. Als Verhandlungsgrundlage für die Versorgung von Krankheitsbildern bietet sich der Betrag aus dem Morbi-RSA an, der für die Versorgung dieser Erkrankung zur Verfügung steht. Die Ärzte benötigen hierzu eine Kalkulation, die darstellt, welchen Betrag sie für eine kostendeckende Leistungserbringung berechnen müssten. Sind sie dazu nicht in der Lage, drohen betriebswirtschaftliche Einbußen. Prozesskostenmanagement und Prozesskostenkalkulation werden also für Leistungserbringer immer wichtiger.

Wenn Leistungserbringer höhere Beträge für eine Leistung fordern, als die Krankenkassen anbieten, sollten sie den Mehrbedarf anhand einer Prozesskostenkalkulation belegen und zugleich den Mehrnutzen aufzeigen können, z.B. in Form von kompensatorischen Einsparungen oder einer besseren Qualität. Dies wird jedoch nur möglich sein, wenn schon heute Leistungen und Ergebnisse dokumentiert und evaluiert werden.

Diese neuen Herausforderungen sind kaum mehr von einer Einzel- oder Gemeinschaftspraxis zu bewältigen. Kooperationen in Form von Verbünden oder MVZs helfen, Synergien zu nutzen, Kompetenzen (z. B. Verhandlungskompetenzen) zu bündeln und somit Wirtschaftlichkeitsreserven zu heben.

Zukünftige Kundengruppen der Krankenkassen



¹ ohne Rücksicht auf Einkommensniveau und Gesundheitszustand; Bundesländer, Ost-/Westdeutschland)

² ohne Rücksicht auf Einkommensniveau und Gesundheitszustand

³ Angestellte, Selbstständige

Abbildung 3: Zukünftige Kundengruppen der Krankenkassen (Anzahl Nennungen; bis zu drei Nennungen möglich). In: Fokus Krankenversicherungsmarkt. Herausforderungen der jüngsten Gesundheitsreform. Hrsg: Accenture, Universität Bayreuth, Mai 2008, S. 20.

DIE INDUSTRIE

Die Industrie (Arzneimittelhersteller und Hersteller von Medizinprodukten) kann seit dem 01.01.2011 (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz AMNOG) originärer Vertragspartner in Verträgen nach § 140 a ff. SGB V werden. Insbesondere vor dem Hintergrund der zu bewältigenden organisatorischen und administrativen (Zusatz-)Aufgaben, die ein IV-Vertrag für die Leistungserbringer mit sich bringt, kann hier sowohl eine Arbeitsteilung als auch das Einbringen von Know-how seitens der Industrie von Vorteil sein. Die Erfahrung aus bislang umgesetzten Verträgen zeigt vor allem die Notwendigkeit der Koordination in der Versorgungsebene. Hier kann die Industrie ihre Steuerungskompetenz für die erfolgreiche Umsetzung des Vertrages einbringen. Ebenso können Managementleistungen vom Industriepartner zur Verfügung gestellt werden. Alle Leistungen sollten jedoch im Vorfeld klar deklariert und mit allen Vertragspartnern vereinbart werden. Nur wenn jeder Vertragspartner seine Aufgabe kennt, kann so ein dreiseitiger Vertrag reibungslos umgesetzt werden und der Patient von einer besseren Versorgung profitieren.

2. SELEKTIV- UND KOLLEKTIVVERTRÄGE

Die wettbewerbliche Ausrichtung des Gesundheitswesens und die damit verbundenen Selektivverträge sind Entwicklungen, die in einem langjährigen Reformprozess angelegt wurden – ein gewollter Trend. Auch wenn sich der Gesetzgeber eine schnellere und flächendeckendere Umsetzung von Selektivverträgen gewünscht hätte, muss man dieser (doch noch relativ neuen) Vertragform die nötige Zeit geben, sich zu etablieren. Sowohl bei der Gestaltung als auch bei der Umsetzung betreten die Akteure teilweise Neuland. Auch die Interaktionen mit dem bestehenden Kollektivvertragssystem (Stichwort Budgetbereinigung) sind in ihrer Komplexität nicht zu unterschätzen. Mit den aktuell bestehenden Vertragsformen kann jedoch die komplette Versorgung abgebildet werden. Die „neuen Freiheiten“ müssen nur genutzt werden und die Leistungserbringer den Mut aufbringen, die Versorgung aktiv mitzugestalten.

In den Flächenverträgen, wie dem Hausarztvertrag nach § 73 b SGB V und dem Vertrag zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 73 c SGB V,

ist dies nur bedingt bis gar nicht möglich. Anders sieht dies in den Verträgen nach §§ 140 a ff. SGB V aus.

3. SZENARIEN SELEKTIVER VERTRAGSMODELLE

TOP-DOWN-VERTRAGSMODELLE

Als Top-down-Vertragsmodelle können vor allem Flächenverträge (Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73 b SGB V und besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73 c SGB V) bezeichnet werden. Sie werden von den Kostenträgern entwickelt und gesteuert. Die Verträge werden von den Krankenkassen ausgeschrieben, Ärzte und Leistungserbringerverbünde können sich in die Verträge einschreiben. Dies ist für einzelne Ärzte ebenso möglich wie für größere Zusammenschlüsse und Verbünde. Letztere besitzen kraft ihrer Größe eine gewisse Verhandlungsmacht und können zumindest Teile des Vertrages mitbestimmen oder beeinflussen. Ärztenetze mit einem hohen Organisationsgrad könnten beispielsweise einen für ihre Versorgungsbelange zugeschnittenen Vertrag nach § 73 c SGB V abschließen, wenn sie sich mit den Krankenkassen auf ein regionales Versorgungskonzept einigen. Dieser könnte anstelle eines flächigen Hausarztvertrages nach § 73 b SGB V treten, wenn die hausärztliche Versorgung an sich innerhalb des Vertrages nach § 73 c mit geregelt ist. Für den einzelnen Arzt wird der Zutritt zum Vertrag über die Einschreibung ermöglicht, wenn er die darin geforderten Zugangsvoraussetzungen erfüllt. Diese sind bei den aktuellen Verträgen sehr allgemein gehalten und bis dato meist gut zu erreichen. Wenn die Zahl der vertraglich eingebundenen Leistungserbringer aus Qualitäts- und Kostengründen künftig möglicherweise verringert werden soll, ist allerdings damit zu rechnen, dass die Zugangsvoraussetzungen deutlich angehoben werden. Und genau dies könnte der Hebel sein, der in den kommenden Jahren zunehmend zu einem „echten“ selektiven Kontrahieren führen wird.

Neben der Erhöhung des Zugangsniveaus zu Selektivverträgen stehen der Krankenkasse Instrumente der Bewertung des einzelnen Vertragsteilnehmers zur Verfügung. So wird zum Beispiel über die Online-

abrechnung eine Transparenz hergestellt, die die Krankenkasse weiter befähigen wird, die Zugangsvoraussetzungen und die aktive Beteiligung der Vertragspartner qualitativ und quantitativ zu gestalten und zu bestimmen. Auf diese Weise ermöglicht das selektive Kontrahieren nicht nur einen Ausschluss derer, die die Zugangsvoraussetzungen (z. B. Qualitätsmanagement, Onlineabrechnung) nicht erfüllen, sondern auch jener, deren Therapie- und Verordnungsverhalten nicht den Vorstellungen der Kasse entspricht.

Mehr Gestaltungsmöglichkeiten aus Sicht der Leistungserbringer und somit eine höhere Flexibilität sieht der Vertrag zur Integrierten Versorgung nach § 140 a ff. SGB V vor. Deshalb kann dieser als „Bottom-up-Modell“ bezeichnet werden.

BOTTOM-UP-VERTRAGSMODELL

Dieses Vertragsmodell bietet die Möglichkeit zu individuellen Lösungen, die auf die jeweilige Versorgungssituation bzw. den Versorgungsbedarf vor Ort abgestimmt sind. Als rechtliche Grundlage bietet sich die Integrierte Versorgung nach § 140 a ff. SGB V an. Während es zwischen 2004 und 2008 aufgrund der einprozentigen Anschubfinanzierung einen wahren Boom beim Abschluss von Verträgen zur Integrierten Versorgung gab, ist es danach eher ruhig geworden. Ohne die Anreizsystematik der Anschubfinanzierung müssen die Verträge in sich wirtschaftlich sein und zudem die Versorgung – im Vergleich zur Regelversorgung – nachweislich verbessern. Nur dann stellen die Verträge ein attraktives Angebot für die Versicherten dar und werden gleichzeitig dem wirtschaftlichen Anspruch der Kassen gerecht.

Die Gestaltungsmöglichkeiten eines IV-Vertrages sind gerade für Leistungserbringer wesentlich größer als in den „Top-down-Verträgen“: Wie auch in den Flächen-Selektivverträgen (§ 73 b, c SGB V) ermöglicht der § 140 b SGB V den Vertragspartnern zum einen abweichende Regelungen vom Kapitel 4 des SGB V und damit von allen Festlegungen der Beziehungen zu Leistungserbringern im ambulanten Bereich, wie sie gesetzlich geregelt sind. Zum anderen erlauben

IV-Verträge auch Abweichungen von Regelungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und des Krankenhausentgeltgesetzes.

So werden komplexe Fallpauschalen, Übertragung der Kompetenzen der Partner zwischen den Sektoren sowie neue Behandlungsmethoden möglich. – Verboten ist nur, was der Gemeinsame Bundesausschuss abschließend abgelehnt hat. Die neuen Möglichkeiten werden in vielen Verträgen jedoch noch nicht ausgeschöpft. Der größte Vorteil eines IV-Vertrages im Vergleich zu den Verträgen nach den §§ 73 b und 73 c SGB V besteht in der Möglichkeit, sowohl sektorenübergreifende Versorgungsmodelle abzubilden als auch andere Berufsgruppen in den Vertrag einzubinden.

Während sich erste IV-Verträge teilweise des Vorwurfs einer anreizgetriebenen und ineffizienten Versorgungsoptimierung ausgesetzt sahen, müssen zukünftige IV-Verträge Elemente eines Businessplans beinhalten. Hier sind nicht nur die betriebswirtschaftlichen Kennzahlen eines Netzes gefordert, sondern auch regionale Kennzahlen der Versorgung. Die Kostenträger befinden sich somit in einer neuen Situation: Sie stehen in einem völlig neuen Wettbewerb, sind wirtschaftlichem Druck ausgesetzt und voll insolvenzfähig. Versorgungsoptimierung heißt in diesem Kontext, exakte Vorstellungen von Behandlungswegen zu haben, klare Businesspläne und Finanztableaus vorzulegen und Sicherheit über die Kostenentwicklung zu schaffen. Der Vertrag soll ein wirtschaftlich tragfähiges und nachhaltiges Konzept darlegen, das

den Kostenträger, aber auch einen eventuellen Geld- und Kreditgeber, überzeugt. Bei diesen Anforderungen wird deutlich, dass professionelle Managementstrukturen erforderlich sind, die in geschäftsfähigen Rechtsformen agieren.

TRANSAKTIONSKOSTEN

Bei allen Bestrebungen nach mehr Wettbewerb und einer selektivvertraglichen Ausgestaltung des Gesundheitswesens darf nicht vergessen werden, dass dezentrale und individuelle Regelungen mehr Kosten verursachen als zentrale und kollektivvertragliche Regelungen. Ein Teil der (erwarteten) Einsparungen müssen für Transaktionskosten einkalkuliert werden, die sich aus den Prozessen der Gestaltung, der Verhandlung und des Controllings ergeben, wie das folgende Schaubild zeigt (Abb. 4).

4. ENTSCHEIDUNGSSTRUKTUREN

Grundsätzlich kann angenommen werden, dass die Entscheidungshoheit des einzelnen Arztes deutlich eingeschränkt und auf andere Akteure, z. B. Krankenkassen, übergehen wird. Besonders die Möglichkeit zum Abschluss von Selektivverträgen ermöglicht es den Kassen, die Versorgungslandschaft nachhaltig zu gestalten. Wie weit sie diesen Gestaltungsspielraum nutzen können und nutzen werden, hängt nicht unerheblich davon ab, ob sie ausgereifte Konzepte von Leistungserbringerverbünden vorgelegt bekommen, die einerseits den (neuen) wirtschaftlichen Anforde-

Transaktionskosten in Anlehnung an Picot et. Al. 1997



rungen der Kassen gerecht werden und andererseits die Versorgung so optimieren, dass die jeweilige Krankenkasse sich mit diesem Versorgungsangebot im Markt differenzieren und positionieren kann.

THERAPIEN

Therapien werden zunehmend in Therapieleitlinien und Behandlungspfaden festgelegt. In indikationsbezogenen Verträgen zur Integrierten Versorgung ist dies bereits heute gängige Praxis.

Die Arzneimittelverordnung wird zunehmend über die Arztsoftwaresysteme gesteuert, die Bestandteil von Hausarztverträgen sind. Diese enthalten die Arzneimittel aus den Rabattverträgen, die von Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmen abgeschlossen wurden. Grundsätzlich kann in den IV-Verträgen von Vorgaben der Hausarztverträge und der Rabattverträge abgewichen werden. Dies sollte aber mit der Krankenkasse abgestimmt und gut begründet werden. Generische Arzneimittel werden vorwiegend in der Apotheke ausgetauscht, wenn keine Aut-idem-Kennzeichnung auf dem Rezept vermerkt ist. Wird innerhalb eines IV-Vertrags vorwiegend mit Aut-idem-Ausschluss gearbeitet, sollte auch dies mit der Krankenkasse im Vorfeld abgesprochen werden.

ÜBERWEISUNG ZU KOLLEGEN UND STATIONÄRE EINWEISUNGEN

In der selektivvertraglichen Welt werden Über- und Einweisungen nur noch zu Vertragspartnern möglich sein. Auch gilt: Bei der Gestaltung von Verträgen im Rahmen der Integrierten Versorgung sind die Netzverbünde in der Lage, die Partner weitestgehend selbst zu bestimmen und die Behandlungspfade auszugestalten.

SANKTIONEN

Während frühere und aktuelle Verträge meist noch keine Sanktionsmechanismen beinhalten, könnten diese in zukünftigen Verträgen durchaus zu finden sein.

Bislang fehlt der Hebel, um Vertragsinhalte durchzusetzen. Mit einer vertragsgebundenen Software ließen sich Abweichungen von Vertragsvereinbarungen sehr schnell nachvollziehen und sanktionieren. Beispielsweise werden Ausschüttungen oder zusätzliche Vergütungen nur an die Leistungserbringer ausbezahlt, die sich entsprechend den Vertragsinhalten konform verhalten haben.

GESUNDHEITSFONDS UND MORBI-RSA

Die Zuweisungen aus dem Fonds in Form von Zuschlägen für die Krankheiten der Versicherten aus dem Morbi-RSA bilden einen neuen Entscheidungsrahmen für die Kassen. Die Kassen werden die Versorgung von chronischen Krankheiten an den Zuweisungen aus dem Morbi-RSA messen müssen – Stichwort: Deckungsbeitragssystematik.

Bei der Frage nach den privilegierten Vertragspartnern zeigten die Krankenkassen das stärkste Interesse an Ärztenetzen, MVZs und IV-Anbietern – also an Partnern mit kooperativen Strukturen (s. Abb. 5). Dies zeigt auch, wie wichtig Kooperationen heute schon sind und in Zukunft sein werden.

5. ZUKUNFT DER INTEGRIERTEN VERSORGUNG – CHANCEN FÜR GESUNDHEITSNETZWERKER

Ein Boom an Vertragsabschlüssen zur Integrierten Versorgung wie ab 2004 – zu Zeiten der Anschubfinanzierung – wird nicht mehr zu erwarten sein. Auch werden die Verträge sich inhaltlich von den IV-Verträgen der ersten Generation unterscheiden – sie werden eine andere Qualität haben. Hier sind die Gesundheitsnetzwerker im Vorteil: Sie haben an ihrer Qualität im Verbund gearbeitet, sind vernetzt, kennen ihre Versorgungsstruktur, können den Kassen aktiv Angebote machen und haben aufgrund ihrer Daten Argumente für die Finanzierung.

Von den Krankenkassen bei selektiven Verträgen bevorzugte Vertragspartner (Anzahl Nennungen)

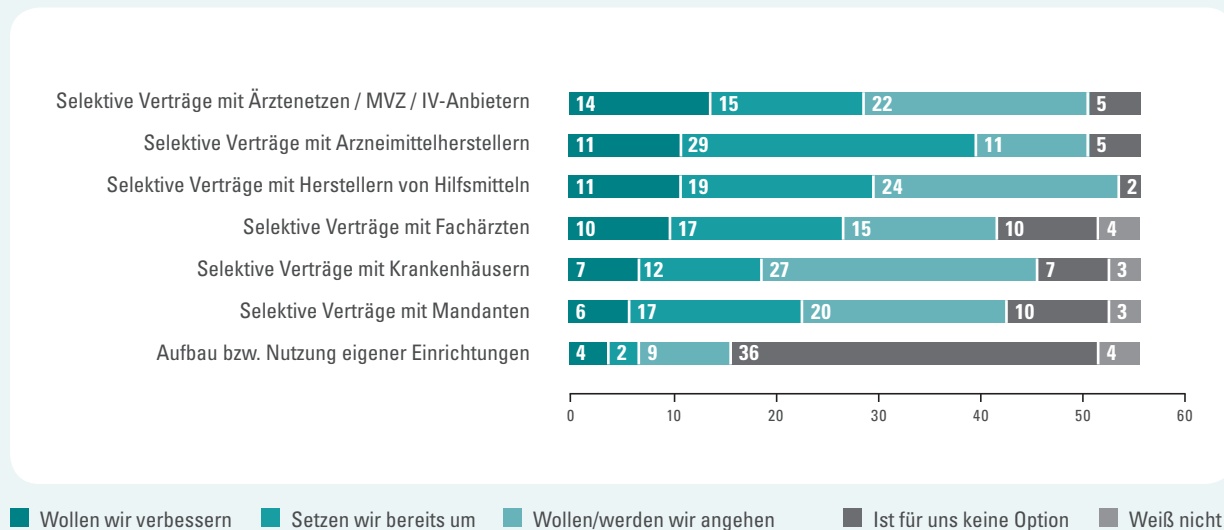


Abbildung 5: Von den Krankenkassen bei Selektivverträgen bevorzugte Vertragspartner (Anzahl Nennungen). In: Fokus Krankenversicherungsmarkt. Herausforderungen der jüngsten Gesundheitsreform. Hrsg: Accenture, Universität Bayreuth, Mai 2008, S. 29.

„TOP-DOWN“ ODER „BOTTOM-UP“ – WELCHES VERTRAGSMODELL FÜR WEN?

Die dargestellten Top-down- und Bottom-up-Szenarien können generell weder als gut noch als schlecht bewertet werden. Vielmehr spielen die unternehmerische Ausrichtung und die Managementfähigkeit der Leistungserbringer eine maßgebliche Rolle für die Initiierung und Umsetzung der jeweiligen Vertragsmodelle. Das Top-down-Vertragsmodell verlangt einen geringeren administrativen Aufwand, da er quasi kollektivvertragliche Organisationsstrukturen aufweist. Diese Art von Verträgen eignet sich für den Einzelarzt oder für eine Berufsausübungsgemeinschaft.

Das Bottom-up-Szenario eignet sich für Leistungserbringerverbünde mit hohem Organisationsgrad und professioneller Managementstruktur. Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass die Gestaltungsmöglichkeiten mit dem administrativen Aufwand und somit mit den Transaktionskosten korrelieren (s. Abb. 6).

Abhängigkeit von Aufwand und Gestaltungsmöglichkeiten in Versorgungsverträgen

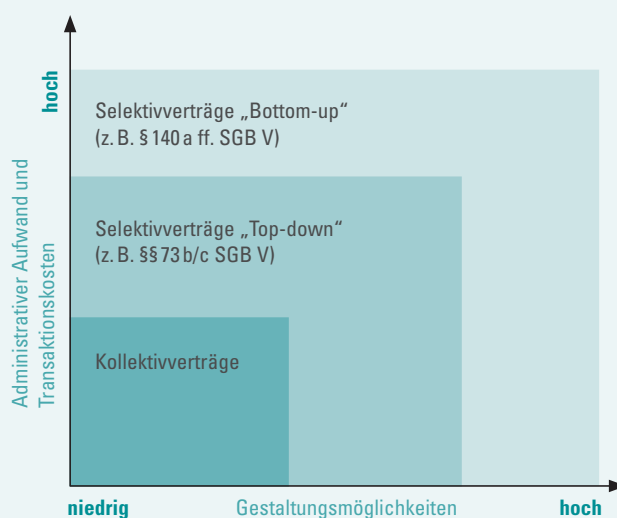


Abbildung 6: Abhängigkeit von Aufwand und Gestaltungsmöglichkeiten in Versorgungsverträgen (eigene Abbildung der Autorin)

Die Selektivverträge sollen für die teilnehmenden Versicherten interessant sein – Qualität macht die besonderen Verträge attraktiv. Zu allen Ausschreibungen gehört die Forderung nach Qualitätsmanagement in der Praxis dazu. Innerhalb eines Netzes kann sich die Krankenkasse als Vertragspartner zudem darauf verlassen, dass das Netzmanagement auch für Verbindlichkeit sorgt. Hier wurde nicht nur der Kurs besucht, sondern auch gemeinsam an der Umsetzung gearbeitet.

Die leitliniengerechte Behandlung sollte Standard sein – falls die Umsetzung in der Fläche noch nicht erreicht ist, können Ärztenetze durch die verbindliche Einführung von Behandlungspfaden die Leitlinien und die netzintern abgestimmte Arzneimittelauswahl in der Praxis umsetzen.

Die Daten der Netze sind gut, aussagekräftig und vor allem schnell verfügbar. Was bei den Krankenkassen aufgrund der Datenflüsse teilweise deutlich länger dauert, können die Netze viel schneller beantworten, z. B.: Wann waren die Versicherten bei welchem Arzt und welche Arzneimittel haben sie dort verschrieben bekommen? Die Verfügbarkeit von Daten aus der Vergangenheit vereinfacht zudem die Erstellung von Businessplänen.

Für Vertragsangebote ist eine Analyse der regionalen Versorgungsstrukturen sinnvoll. Anbieter für Datenanalysen fertigen entsprechende Untersuchungen je nach Zugänglichkeit und Umfang der Daten an. Mit solchen Analysen ist zunächst eine Grundlage geschaffen, die realistisch die Versorgungssituation in einer Region abbildet und nicht nur das Bauchgefühl der teilnehmenden Ärzte wiedergibt.

Zu beachten ist dabei: Der wichtigste Vertragspartner der Selektivverträge ist der Patient. Er muss, wie in allen Selektivverträgen, zustimmen – vor allem zu jeder Form der Einschränkung seiner freien Wahl. Die freie Arzt- und Apothekenwahl wird in den Selektivverträgen deutlich eingeschränkt, das sehen die Gesetze so vor. Vor dem Hintergrund der Budgetbereinigung ist diese Regelung jedoch nachvollziehbar.

Die Einschränkung der freien Arzt- und Apothekenwahl ist für Versicherte nur dann akzeptabel, wenn es für sie an anderer Stelle einen gefühlten, individuellen Vorteil gibt. Dieser Vorteil kann darin liegen, dass in dieser Kooperation besonderer Service angeboten wird, dass Arzt und Apotheker besser miteinander vernetzt sind und sich über den Medikationsplan austauschen. Vorteilhaft kann auch die Bevorratung der Apotheke mit den Medikamenten sein, die im Vertrag vereinbart wurden und daher häufig verschrieben werden. Für diese Medikamente kann der Apotheker entsprechend gut beraten.

6. FAZIT UND AUSBLICK

Der Wandel im Gesundheitswesen wird sich fortsetzen. Ärzte und Ärztenetze, die in kooperativen Strukturen agieren und sich den neuen Herausforderungen stellen, sind dafür gut gerüstet. Die Ära der Selektivverträge hat begonnen und wird in der Versorgung einen festen Platz einnehmen. Das ist gleichzeitig der Startschuss für Gesundheitsnetzwerke, die sich in diesem neuen Markt positionieren wollen und das Ziel haben, die Versorgung nachhaltig selbst zu gestalten. Neben den vielfältigen Chancen, die mit den Selektivverträgen geboten werden, dürfen die Herausforderungen und insbesondere die Anforderungen nicht unterschätzt werden.

Die künftigen Bedingungen erfordern Investitionen in die Prozessqualität – und in die Managementqualität. Die Entscheidung über die Teilnahme an oder das Angebot von Selektivverträgen erfordert organisatorische und ökonomische Kompetenz. Nur wer seine Kosten kennt, kann Angebote mit alternativen Finanzierungsstrukturen machen, die realistisch sind. Die Kalkulation von Pauschalen sollte für die beteiligten Ärzte auch die Sicherheit bieten, dass die Kosten damit abgegolten werden. Das setzt voraus, dass die Kosten zunächst bekannt sind. Neben der Definition von Prozessen muss eine Praxis für die dauerhafte Erfolgssicherung auch irgendwann feststellen können, was neue Prozesse eigentlich kosten und welche Verträge mit den darin geregelten Aufgaben rentabel sind.

WIE ENTSTEHT EIN REGIONALES VERSORGUNGSKONZEPT



Dr. med. Klaus Meyer-Lutterloh

Ehrevorsitzender des Bundesverbandes Managed Care e.V. (BMC), Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für bürgero-orientierte Gesundheitsversorgung (DGbG e.V.)

Dr. med. Dominik Deimel

Geschäftsführender Gesellschafter der com2health GmbH, Weinheim, Bundesverband Managed Care, Leiter der Arbeitsgruppe „Prozess- und IT-Management“

Klaus Rupp

Leiter Versorgungsmanagement in der TK

Dirk Gangel

Fachreferent im Versorgungsmanagement in der TK

Dr. Mark Richter

Regionalleiter Ost, Gesundheitsmanagement der BERLIN-CHEMIE AG

Dr. Tom Anwand

Referent für Gesundheitsmanagement, BERLIN-CHEMIE AG

Aufbau eines regionalen Versorgungskonzeptes

Dr. med. Klaus Meyer-Lutterloh,
DGbG e.V

Dr. med. Dominik Deimel,
com2health GmbH

AUSGANGSLAGE IN DER REGION

In der ambulanten ärztlichen Versorgung hat die herkömmliche Einzelpraxis, sowohl mit hausärztlicher als auch mit fachärztlicher Tätigkeit, zunehmend um ihre Existenz zu kämpfen. Angesichts der erschwerten Bedingungen fehlt es nicht selten an der erforderlichen unternehmerischen Kompetenz der Betreiber. Eine Konsequenz aus diesen Entwicklungen muss sein, verstärkt unternehmerisches Know-How zu erwerben, Initiativen zu entwickeln und Synergien zu nutzen. Eine der Möglichkeiten, die sich dabei anbietet, ist ein regional vernetztes Versorgungskonzept. Gerade die Kooperation ambulanter Leistungserbringer z. B. in Form eines Ärztenetzes hat in einigen Regionen bereits eine sehr gute Infrastruktur aufgebaut, um neue Versorgungsformen zu unterstützen.

Folgende Fakten spielen dabei eine Rolle:

- Die Honorarreformen der letzten Zeit haben trotz Zunahme der Gesamtvergütung zu überraschenden Verschiebungen bei den Praxis-Einnahmen geführt. Die betriebswirtschaftliche Situation hat sich dadurch für viele Praxen deutlich verschlechtert, während andere wiederum zu den Gewinnern gehören. Insgesamt sind die wirtschaftlichen Planungsgrundlagen für Ärzte derart ins Wanken geraten, dass die Praxisführung zunehmend einer „Fahrt im Nebel“ gleicht. Hier kann die wirtschaftliche Situation in regionalen Kooperationen für alle Beteiligten durch die Nutzung von Synergien krisenfester gestaltet werden.
- Viele Mediziner, die in der Bundesrepublik Deutschland ausgebildet werden, stehen zukünftig nicht in genügender Anzahl für die unmittelbare medizinische Patientenversorgung zur Verfügung, da sie ihre Zukunftschancen in anderen Branchen sehen. Verschärft wird die Situation durch die Überalterung der Ärzteschaft.
- Die steigende Lebenserwartung der Bevölkerung bei gleichzeitig abnehmender Geburtenrate führt zu einem zunehmenden Anteil älterer Bürger an der Gesamtpopulation und zu Veränderungen des Morbiditätsspektrums. Insbesondere Multimorbidität, chronisch Kranke und eine deutliche Zunahme Pflegebedürftiger erhöhen den Leistungsbedarf. Gesundheitsfonds und Morbi-RSA beeinflussen inzwischen die Versorgungsstrategie von Krankenkassen und Leistungserbringern.
- Individuelle Präferenzen der Versicherten und Patienten gewinnen an Bedeutung. Den Bedürfnissen der zu versorgenden Bevölkerung ist in dieser Hinsicht Rechnung zu tragen. Es können sich daraus aber auch Chancen für den sogenannten „zweiten Gesundheitsmarkt“ ergeben, zum Beispiel für „IGeL“-Angebote.
- In einzelnen Regionen entwickeln sich Ungleichgewichte zwischen Versorgungsbedarf und Versorgungsangeboten mit der Folge fehlender Nähe zu adäquaten Behandlungsmöglichkeiten oder eines erschwerten Zuganges zu ihnen. Hier muss mit innovativen Versorgungskonzepten das Notwendige an Grundversorgung sichergestellt werden. Diese Gebiete stellen eine besondere Herausforderung dar.

Die Neugestaltung der Rahmenbedingungen für Versorgungsstrukturen, Versorgungsprozesse und Versorgungsverträgen im Laufe der letzten zehn bis zwölf Jahre lassen den Akteuren inzwischen viele Spielräume für innovative Konzepte und Versorgungsmodelle. Die Grenzen zwischen den herkömmlichen Sektoren werden immer durchlässiger. Diese Entwicklungen sind weiter im Fluss.

GRÜNDUNGSINITIATIVE

Ob innovative regionale Versorgungskonzepte entstehen, hängt zunächst davon ab, dass sich engagierte Initiatoren zusammenfinden, die aus der aktuellen Situation die notwendigen Schlüsse ziehen und die Idee zu einem regionalen Versorgungsverbund entwickeln. Entscheidend ist dabei nicht nur der gute Wille, sondern möglichst von Anfang an auch ein professionelles Management. Die Anforderungen an ein solches Modell sind hoch, wenn es eine zukunftsichere Perspektive entwickeln soll. Der Nachweis von Effektivität und Effizienz ist hierfür eine unabdingbare Voraussetzung. Dies wurde bisher bei vielen neuen Modellen wie zum Beispiel der integrierten Versorgung in Entwicklung, Umsetzung und Betrieb unterschätzt.

Innovative Versorgungskonzepte müssen sich außerdem im Wettbewerb durch besondere Eigenschaften hervorheben; dazu gehören insbesondere:

- ein funktionierendes kooperatives Netzwerk,
- die Orientierung am Bedarf und an den Bedürfnissen der zu versorgenden Bevölkerung,
- strukturierte Behandlungsprozesse,
- ein Qualitätsmanagement,
- hohe Produktivität bei wettbewerbsfähigen Kosten.

Das setzt nicht nur einen unternehmerischen Anspruch an die Organisation voraus, sondern bedarf auch eines methodischen Vorgehens, welches sicherstellt, dass dieses neue Konzept optimal in die gegebene Situation einer Region platziert werden kann. Bereits in der Anfangsphase sind deshalb bestimmte Regeln des Projektmanagements zu beachten. Dazu

gehören eine verbindliche Zieldefinition und eine Bedarfsanalyse, bevor auf dieser Basis ein Versorgungskonzept entwickelt wird. Von der Sorgfalt, die auf diese Schritte verwandt wird, hängen letztlich dessen Erfolgschancen ab.

ZIELE BEIM AUFBAU EINES REGIONALEN VERSORGUNGSKONZEPTE

Ziele helfen, planloses Agieren zu vermeiden. Sie dienen nach innen als Führungsinstrument und nach außen zur Profilierung. Für eine kurze und prägnante Zielformulierung und -vermittlung empfiehlt es sich, ein Leitbild bzw. eine Vision aufzustellen. Bei der Formulierung der Ziele ist ein systematisches Vorgehen von Nutzen.

Folgende Fragen können dabei hilfreich sein:

- Was ist der Zweck oder die selbst gestellte Aufgabe des regionalen Versorgungsmanagements?
- Welche Versorgungsziele und wirtschaftlichen Ziele sollen erreicht werden?
- Wodurch soll sich das regionale Versorgungskonzept von anderen Mitbewerbern unterscheiden?
- Welches sind die Zielgruppen, für die das regionale Versorgungskonzept organisiert werden soll?
- Welche Probleme soll das das Versorgungskonzept für potenzielle Zielgruppen, also Versicherte, Patienten oder sonstige „Kunden“ lösen?

Auch wenn die Beantwortung dieser Fragestellungen eine differenziertere Auseinandersetzung mit den einzelnen Themen erfordert, auf die der Artikel auch im Weiteren eingeht, so hilft es bereits beim Start der Entwicklung eines neuen Versorgungskonzeptes, auf diese Fragen erste Antworten zu finden. Hierbei ist es von Anfang an bei der Formulierung der Ziele hilfreich, bestimmte Erfolgskriterien konsequent im Auge zu behalten.

Dazu gehören:

- Die „Idee“ des regionalen Versorgungskonzeptes ist innovativ und unterscheidet sich deutlich von der bisherigen Regelversorgung.

3

WIE ENTSTEHT EIN REGIONALES VERSORGUNGSKONZEPT

Schrittweises Vorgehen bei der Entwicklung eines Versorgungskonzeptes



- Konkrete Patienten-Bedarfe und Bedürfnisse werden gedeckt, ein bestehendes Versorgungsproblem gelöst oder ein neuer Nutzen für Versicherte und Patienten angeboten.
- Die Kooperationspartner und die angebotenen Leistungen und Produkte sind exakt definiert und lassen sich im Wettbewerb abgrenzen.
- Das regionale Versorgungsmanagement ist längerfristig rentabel.

Die Vielfalt möglicher Zielsetzungen ist groß. Um sich am Markt gegenüber Wettbewerbern durchsetzen zu können, muss die Leistungserbringung überzeugend sein. Dazu muss das Wettbewerbsumfeld umfassend identifiziert und analysiert werden. Eine besondere Bedeutung ist den Kernkompetenzen der beteiligten Arztpraxen beizumessen. Ein für das Versorgungskonzept spezifisch ausgebildetes Personal, geeignete Gerätschaften und Räumlichkeiten sind erforderlich. Besonders kleinere Organisationen (z.B. Gemeinschaftspraxen oder kleinere Ärztenetze) sollten dabei verstärkt über eine Kooperationsform mit anderen Leistungserbringern bzw. Gesundheitsunternehmen nachdenken.

KLÄRUNG VON BEDARF UND NACHFRAGE

Grundsätzlich gilt, dass sich neue Versorgungsformen und -strukturen langfristig nur durchsetzen können, wenn durch sie ein deutlicher und akzeptierter Mehrwert für die beteiligten Leistungserbringer und Patienten bzw. Kunden sowie ein Nutzen für die Kostenträger erzeugt wird.

Auch hier ist es nötig, zur Analyse des Bedarfs bestimmte Fragen zu klären, wie zum Beispiel:

- Gibt es regionale Defizite der medizinischen Versorgung aus Sicht der Patienten?
- Gibt es eine regionale Über-, Unter- oder Fehl-inanspruchnahme der Versorgungsangebote?
- Gibt es regional eine besondere Häufung bestimmter Behandlungsanlässe?
- Werden derzeit die erwarteten Versorgungsziele erreicht?
- Wie ist die Compliance/Adherence der chronisch kranken Patienten?
- Wie ist die Ausgabensituation der Krankenkassen?
- Wie entwickelt sich die Morbidität? Ziehen ältere Menschen weg? Ziehen junge weg?

Der Mehrwert und damit der Erfolg eines Angebots steht und fällt mit der Erreichung folgender Voraussetzungen:

- Erfüllung konkreter Patientenbedürfnisse,
- Lösung eines oder mehrerer Versorgungsprobleme,
- Erzeugung eines neuen Patientennutzens.

Eine besondere Berücksichtigung im Rahmen der Bedarfsanalyse sollte der Gesundheitsfonds finden, welcher über den Morbi-RSA und den damit verbundenen neuen Verteilungsschlüssel der Beitragseinnahmen neue Möglichkeiten für die Gestaltung von innovativen Versorgungsformen erschließt. Vor allem für die Betreuung chronisch kranker Patienten können Direktverträge in Zukunft einen stark zunehmenden Anteil an der GKV-Gesamtvergütung erreichen. Der Vergütungsanteil aus dem Kollektivsystem soll 2010 noch 55 %, 2015 nur noch 42 % betragen (Quelle: KBV).

Allerdings sind die Anforderungen an die neuen Direktverträge hoch: das Angebot beinhaltet u.a. die Umsetzung anerkannter und qualitätsgesicherter Behandlungspfade und die durchgehende Betreuung der Patienten anhand dieser Pfade über die verschiedenen Stufen des Gesundheitswesens wie Hausarzt – Facharzt – Klinik – Reha etc. Es ist zu erwarten, dass sich rasch ein Wettbewerb zwischen Leistungserbringern um das aus Kassensicht für ihre Versicherten optimale Versorgungsangebot entwickelt. Angebotsentwicklung, Umsetzung, Marketing und stetige Prüfung der Wirtschaftlichkeit erfordern ein professionelles Management – und das im ständigen Wettbewerb mit anderen neuen Versorgungsformen und anderen Kollegen. Hier ist eindeutig die strategische Lenkung eines Ärztenetzes gefragt. Rechtzeitig auf neue Gegebenheiten zu reagieren und gegebenenfalls die Organisation neu auszurichten ist erfolgsrelevant und unabdingbar, vor allem im Hinblick auf die immer noch geringe Planungssicherheit im deutschen Gesundheitswesen.

CHANCEN UND MÖGLICHKEITEN DER VERBESSERUNG DER REGIONALEN VERSORGUNG

Unabhängig von den Zwängen des GKV-Leistungskatalogs können medizinische Prozesse und Verfahren mit betriebswirtschaftlichen Methoden analysiert und optimiert werden – zum Nutzen von Patienten und Leistungserbringern. Dazu gehören vor allem:

• Stärkere Kooperation und Vernetzung der Leistungserbringer

Entscheidend ist, an möglichst vielen Stufen der gesamten Behandlungskette beteiligt zu sein, dabei ist aber gegebenenfalls effizientere externe Fachkompetenz zu nutzen.

- Einführung von Versorgungsstandards wie der **Evidenzbasierten Medizin (EbM)** mit Leitlinien/Behandlungspfaden, Case Management, Patienten-Coaching (vor allem bei Compliance-Problemen). Standards bedeuten keine Leistungsausgrenzung, sondern im Gegenteil, eine Stärkung der individuellen Medizin durch die grundsätzliche Verfügbarkeit aller bekannten Methoden, Verfahren, Instrumente – im Rahmen des vereinbarten und verfügbaren Leistungsspektrums.

• Verstärkte Delegation von derzeitigen ärztlichen Leistungen

Die Delegation hat sowohl auf horizontaler – Kooperation mit Kollegen – wie auch vertikaler Ebene – Delegation an qualifiziertes nicht-ärztliches Personal – zu erfolgen. Viele Leistungen müssen nicht notwendigerweise von Ärzten selbst erbracht werden, sondern können z.B. an das Praxispersonal delegiert werden. Ein typisches Beispiel ist die Routinebetreuung chronisch kranker Patienten. Für weitere Ausführungen sei auf die aktuelle Literatur verwiesen.

● **Stärkung der primären und sekundären Prävention**

Gezielte Erweiterung des Leistungsangebotes zur Reduzierung von Folgekosten: Vor allem in Verbindung mit Verträgen/Programmen im Rahmen des Morbi-RSA erhält die Sekundärprävention im Sinne von Vermeidung von Progression oder Spätschäden der Krankheit einen besonders hohen Stellenwert. Sie ist ein essentieller Angebotsbestandteil.

● **Ergebnisorientierte Vergütung**

Eine verstärkte an Qualität und Leistung orientierte Vergütung belohnt Leistungserbringer, die an einer patientenorientierten Behandlung interessiert sind. Die Bewertung erfolgt anhand von Vergleichszahlen. Ein Vergütungsmodell, das gute Qualität belohnt, findet sich diesen z. B. in der Neufassung des §136 Abs. 4 SGB V, das seit dem 1.1.2009 in Kraft getreten ist. Nachweis der Ergebnisse durch praktiziertes Qualitätsmanagement und Benchmarking.

● **Einbindung eines zunehmend mündigen Versicherten bzw. Patienten**

Stärkung der Compliance und Selbstverantwortung: Vor allem durch Delegation an qualifiziertes Betreuungspersonal kann mehr Zeit für persönliche Patientenbetreuung aufgewendet werden. Speziell geschultes Personal kann den Umgang des Patienten mit der Krankheit und die Entwicklung des Selbstmanagements intensiv fördern. Intensive Patienten-(= Kunden-)Orientierung: Alle Angebote haben sich primär am Bedarf und Nutzen für den Patienten zu orientieren. Dies gilt auch für die im Wettbewerb der Versorger und Versorgungsmodelle immer wichtiger werdende nicht-medizinische Infrastruktur wie Öffnungszeiten, Zugang, Umgebungsambiente, Freundlichkeit des Personals, der Ansage des Anrufbeantworters usw. Für eine stärkere am Patienten orientierte Versorgung muss deren individuelle Sicht und Betroffenheit in den Blickpunkt von Optimierungsansätzen

des regionalen Versorgungsmanagements rücken. In einem solchen, zunehmend patientenorientierten Gesundheitssystem ist die Beurteilung aus Sicht der Patienten von entscheidender Bedeutung. Nur wenn neue Versorgungsformen auch von den Patienten angenommen werden, können Sie sich durchsetzen.

● **Kooperation bei Investitionen**

Kooperation bei Investitionen in und Nutzung von Geräten, sinnvoller, problembezogener Einsatz der Medizintechnik und von IT/Kommunikation wie z. B. einrichtungsübergreifende elektronische Patientenakten, Telemonitoring und –medizin.

● **Stetige Optimierung der Wettbewerbsfähigkeit der eigenen Versorgungseinrichtung**

Dies bedeutet die stetige Analyse und Bewertung der medizinischen, technischen und wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit im Vergleich zum Wettbewerb.

Für einen umfassenden Versorgungsansatz ist möglichst die gesamte Versorgungskette – von Prävention bis hin zur Rehabilitation – zu berücksichtigen. Ob Vollversorger oder Spezialist, jede Versorgungsart bietet individuelle Möglichkeiten bedarfsorientierte Angebote zu schaffen. Im Folgenden sollen einige Ansätze genannt werden, wie das konkrete Angebotsspektrum patientenorientierter ausgestaltet werden kann.

Letztendlich gilt nicht nur, einzelne Behandlungsabschnitte im Angebotsspektrum innovativ zu gestalten. Für eine umfassende Versorgung müssen einzelne Angebote eng verzahnt und aufeinander abgestimmt werden. Dieser Aspekt ist nicht nur für eine patientenorientiertere Behandlung von Bedeutung, sondern auch für die Effizienz des regionalen Versorgungsmanagements. Somit schließen sich für den Patienten qualitativ hochwertige Leistungen und wirtschaftliche Leistungserbringung nicht aus. Vielmehr können Qualität und Wirtschaftlichkeit als komplementäre Zielbeziehung gesehen werden. Eine enge Verzahnung der Leistungserbringer untereinander ermöglicht einen kontinuierlichen Behandlungsfluss. Unnötige Doppeluntersuchen können vermieden werden. Gleichzeitig wirken aufeinander abgestimmte Leistungsprozesse kostenoptimierend für die beteiligten Akteure.

Neben dem Aspekt, welches Angebotsspektrum eine qualitativ hochwertige und effiziente Versorgung ermöglicht, ist der Ort der Leistungserstellung gleichermaßen von Bedeutung und sollte bei der Entscheidung für ein konkretes Versorgungskonzept hinreichend berücksichtigt werden. Insbesondere in Organisationen, die räumlich getrennt sind, muss verstärkt über die Kooperation und Kommunikation untereinander nachgedacht werden. Im Gegenteil zu Medizinischen Versorgungszentren, bei denen die Leistungserbringung unter einem Dach stattfindet und kurze Wege zu den einzelnen Leistungserbringern bestehen, sind Versorgungsnetze mit besonderen Herausforderungen der räumlichen Trennung

konfrontiert. Prinzipiell gilt: je größer die räumliche Distanz zwischen den einzelnen Leistungserbringern, desto wichtiger ist eine integrierende IT-Infrastruktur. Unter kostenoptimierenden und qualitätsoptimierenden Aspekten sollte stets abgewogen werden, ob es möglich ist Patienten Angebote in ihrer gewohnten Umgebung zur Verfügung zu stellen. Können Patienten zuhause betreut werden? Ist eine ambulante Betreuung der stationären vorzuziehen? Können telefonische Beratungen, Telemonitoring oder Telemedizin eingesetzt werden? Auch hier sind Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit keine Unvereinbarkeiten. Ist eine ambulante Betreuung nicht zwingend erforderlich, sollten Patienten nach Möglichkeit in ihrer gewohnten Umgebung behandelt werden. Ein entsprechendes Vergütungssystem in Form von übergreifenden Honorierungsformen könnte einen Anreiz darstellen, einen übergreifenden Versorgungsansatz voranzutreiben.

Losgelöst von traditionellen Vorstellungen, alles „selbst“ machen zu wollen, gilt für einen unternehmerischen Ansatz auch im Gesundheitswesen die Prüfung „Make or buy“. Dabei müssen selbstverständlich standesrechtliche Grundsätzen beachtet werden. Ausgehend von den Zielen und Kernkompetenzen der beteiligten Leistungserbringer sollte über zweckmäßige Outsourcingstrategien nachgedacht werden. Die beteiligten Akteure sollten sich vollends auf ihre Kernkompetenzen konzentrieren können, um im Wettbewerb langfristig und erfolgreich bestehen zu können. Der Mehrwert für den Patienten liegt klar auf der Hand.

Wenn die Fallzahlen nicht ausreichend sind oder es an geeigneten Kooperationspartnern mangelt, so dass eine allumfassende Vollversorgung aus einer Hand nicht möglich oder sinnvoll ist, können und sollten auch kleinere, eigenständige Einheiten (Praxen, kleine Berufsausübungsgemeinschaften oder MVZ) in Kooperation mit anderen Gesundheitsunternehmen eine

3

WIE ENTSTEHT EIN REGIONALES VERSORGUNGSKONZEPT

solide wirtschaftliche Grundlage entwickeln. Nicht die Größe entscheidet über den Erfolg, sondern Wettbewerbs-, Marketing- und Wirtschaftlichkeitsaspekte. Hier bestehen auch deutliche Chancen für die Weiterentwicklung von bestehenden Ärztenetzen.

Bei einer ambulanten Vollversorgung hat die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Fachdisziplinen und den Versorgungsebenen eine besonders hohe Priorität. Funktionierende, zeitnahe Kooperationen im Sinne eines optimierten Prozessmanagements erzeugen einen erlebbaren Patientennutzen insbesondere durch überzeugende Kompetenz und Minimierung unnötiger Wartezeiten.

Ein solches Angebot kann auch als populationsbezogene Vollversorgung konzipiert werden. Dabei wird kein wesentlicher Unterschied mehr zwischen Kranken und Gesunden oder Prävention, kurativer Medizin und Rehabilitation gemacht. Individuelle Angebote bekommen die Versicherten entsprechend ihrem Gesundheitszustand, ihren Kenntnissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten. Eine als ambulanter Vollversorger organisierte Ärztegemeinschaft bietet jedem, der ein Gesundheitsproblem hat, adäquate Leistungen an. Die Kooperation mit anderen Sektoren, z. B. dem stationären Bereich, erfolgt in weitgehend verbindlich abgesicherte Strukturen.

Eine Alternative ist ein integriertes Versorgungskonzept für spezialisierte Leistungen (z. B. für Handchirurgie, Psychiatrie, Augenheilkunde usw.). Hier ist die Situation vergleichbar mit der indikationsbezogenen integrierten Versorgung. Unabdingbar ist eine inten-

sive Zusammenarbeit mit den zuweisenden und nachsorgenden Versorgern. Durch planbarere Zuweiserkontingente können Zusatzleistungen sicherer kalkuliert und Wachstum durch Wettbewerbsvorteile erzeugt werden. Je nach Art der Einrichtung können mehr sozial orientierte Leistungen, zum Beispiel Hauskrankenpflege oder Case Management sowie wohnortnahe Notdienste z. B. für postoperative Probleme angeboten werden. Online-Services der Einrichtung können Patienteninformationen bereitstellen, Fragen der Patienten beantworten und somit vor allem die behandelnden Ärzte entlasten. Eine elektronische Patientenakte bietet vielfältige Unterstützung bei Behandlung und für die zeitnahe Kommunikation mit den Nachbehandlern.

KONTAKTDATEN

Dr. med. Klaus Meyer-Lutterloh

Ehrevorsitzender des Bundesverbandes
Managed Care e.V. (BMC)

Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für bürgerorientierte Gesundheitsversorgung (DGbG e.V.)
Reinhardtstr. 28

10117 Berlin

E-Mail: Dr.Meyer-Lutterloh@t-Online.de

Dr. med. Dominik Deimel

Geschäftsführender Gesellschafter
com2health GmbH

Hopfenstraße 4

69469 Weinheim

E-Mail: dominik.deimel@com2health.de

Erwartungshaltung der Kassen

Klaus Rupp,

Leiter Versorgungsmanagement in der TK

Dirk Gangel,

Fachreferent im Versorgungsmanagement in der TK

EINFÜHRUNG IN DAS THEMA „REGIONALE VERSORGUNGSKONZEPTE“

Die Regelversorgung ist geprägt durch ständische Formen und durch eine Vielzahl von Sektorengrenzen sowie Zusatzkosten durch Schnittstellen. Dieses Problem wurde von der Politik erkannt und versucht in den letzten 15 Jahren durch verschiedene Gesundheitsreformen und Gesetzgebungen zu lösen.

Ein entscheidender Schritt ist mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz) mit in Kraft treten zum 1. Januar 2004 gelungen. Diese Gesundheitsreform führte zu einer marktwirtschaftlichen und wettbewerbsorientierten Neuausrichtung des Gesundheitssektors. Ein wesentlicher Garant für diesen Erfolg ist im § 140a-d SGB V „Beziehungen zu Leistungserbringern in der integrierten Versorgung“ zu sehen. Er förderte eine stärkere Vernetzung der verschiedenen Fachdisziplinen und Sektoren (Hausärzte, Fachärzte, Krankenhäuser, etc.), um so ein Re-Engineering der Versorgungskette und die Umsetzung neuer, innovativer Ideen durch Einzelverträge zu ermöglichen, und somit die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern sowie die Gesundheitskosten zu senken. Der Erfolg der integrierten Versorgung lässt sich in einfachen Zahlen ausdrücken. Alleine die Techniker Krankenkasse (TK) hatte 2011 bundesweit über 250 Verträge zur Integrierten Versorgung in ihrem Vertragsportfolio, **mit den Schwerpunkten:**

- Orthopädie,
- Kardiologie/-chirurgie,
- psychische Erkrankungen,
- Onkologie,

- Schmerztherapie,
- ambulant Operieren und
- Förderung von Innovationen.

Abgeschlossene IGV-Verträge

Jahr	2007	2008	2009	2010	2011
Anzahl Verträge nach §140a-d SGB V	285	248	210	234	252

Tabelle 1: TK-eigene Übersicht über abgeschlossene IGV-Verträge

MOTIVATION DER KASSEN REGIONALE ANSÄTZEN ZU FÖRDERN

Für Krankenkassen sind drei inhaltliche Schwerpunkte bei regionalen Versorgungskonzepten von Bedeutung; die Sicherung eines hohen Qualitätsstandards, die Effizienzverbesserung der Prozesse sowie die Möglichkeit innovative Leistungen und Service zu entwickeln, die sich von der Regelversorgung und Mitbewerbern abheben. Es handelt sich hierbei jedoch nicht um eine strikte Trennung; alle drei Varianten können in dafür geeigneten Modellen idealerweise verknüpft werden.

SICHERUNG EINES HOHEN QUALITÄTSSTANDARDS

Die Krankenkassen haben ein vorrangiges Interesse hohe Qualitätsstandards in den regionalen Versorgungskonzepten zu vereinbaren, um infolgedessen zielgruppenorientierte, qualitätsgesicherte regionale Versorgungsmodelle – sowohl indikationsspezifisch

als auch populationsbezogene – ihren Versicherten anbieten zu können. Dadurch besteht für die Krankenkassen die Möglichkeit die medizinische Qualität in regionalen Versorgungsmodellen gegenüber der Regelversorgung zu steigern und sich so gegenüber Mitbewerbern abzuheben.

EFFIZIENZVERBESSERUNG DER PROZESSE

Neben der Sicherung eines hohen Qualitätsstandards ist es für die Krankenkassen ebenso wichtig die Effizienz der Versorgungsprozesse zu verbessern. Hierbei steht insbesondere die wirtschaftliche Optimierung im Vordergrund, gerade auch unter den Blickwinkel des Gesundheitsfonds und des Morbi-RSAs. Dabei steht die Optimierung der Wirtschaftlichkeit in keinem Widerspruch zu einem parallelen Ausbau bzw. zur Sicherung des bestehenden Qualitätsniveaus. Vielmehr kann sogar durch die Effizienzverbesserung der Prozesse auch die Qualität der Versorgung gesteigert werden, wie zum Beispiel durch die Vermeidung von Doppeluntersuchungen.

INNOVATIVE LEISTUNGEN UND SERVICE

Durch den zunehmenden Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen untereinander, ist es für die Krankenkassen wichtiger geworden, sich von den Mitbewerbern durch innovative Leistungen und Service abzuheben.

Dies kann durch Vermarktung interessanter Leistungsangebote erfolgen, wie zum Beispiel:

- Angebote, die den Versicherten eine besondere Vor- und Nachsorge garantieren oder eine bevorzugte Betreuung durch Koryphäen ermöglichen.
- Angebote, deren Schwerpunkt auf der Verbesserung der Servicequalität liegen, wie beispielsweise die Optimierung der Präsenzzeiten oder verkürzter Wartezeiten auf einen Termin.
- Angebote, die bei der Erprobung innovativer Leistungen unterstützen sollen, über die der Gemeinsame Bundesausschuss noch nicht entschieden hat, ob sie in den gesetzlichen Leistungskatalog aufgenommen werden oder nicht.

VORAUSSETZUNGEN FÜR EINEN VERTRAGSABSCHLUSS

Der Gesundheitsmarkt hat sich seit den neunziger Jahren stark gewandelt. Neben einer Vielzahl von Gründen, wie beispielsweise der Kassenwettbewerb, ist die Möglichkeit wettbewerbsorientierte Einzelverträge abzuschließen, ein wichtiges Element sich von den Mitbewerbern zu differenzieren.

Damit auch Einzelverträge weiterhin für Veränderungen stehen, sollten zukünftige Vertragspartner von Einzelverträgen nach § 140a-d SGB V, § 73b und c SGB V aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen folgende Voraussetzungen erfüllen.

STARKE VERTRAGSPARTNER – PROFESSIONALISIERUNG DER VERTRAGSPARTNER

Selektives Kontrahieren mit dem Anspruch einer „flächendeckenden Versorgung“ erfordert ein kompetentes Vertragsmanagement auf beiden Seiten. Es ist daher für die Krankenkassen von außerordentlicher Wichtigkeit, dass die Vertragspartner gut organisiert sind und über professionelle bzw. unternehmerische Strukturen und Prozesse verfügen, welche die Interaktionen zwischen den Leistungsanbietern und den Krankenversicherungen kanalisieren, strukturieren und aufbereiten.

Wichtige Strukturen und Prozesse sind zum Beispiel:

- Der Zusammenschluss von Vertragsgemeinschaften und Interessenvertretungen, die sich als Managementgesellschaften organisieren
- Der Aufbau von Kompetenzen im administrativen Bereichen, wie zum Beispiel
 - im Abrechnungsmanagement,
 - im Controlling,
 - in der elektronischen Vernetzung (IT-Lösungen oder
 - in der Vermarktung.
- Der Aufbau einheitlicher medizinischer Qualitätsanforderungen und Leistungsinhalte auf Basis evidenzbasierter Leitlinien und Versorgungspfade.
- Die Gestaltung und Weiterentwicklung der Integrationstiefe, vertikal wie horizontal.

Des Weiteren müssen aus der Sicht der Krankenkassen starke Vertragspartner über eine positive Positionierung im Wettbewerb und Innovationsbereitschaft verfügen. Hierfür könnten Eigenschaften des Vertragspartners, wie Flexibilität, Kreativität sowie langfristiges Planen von großem Nutzen sein.

INFORMATIONEN- UND KOMMUNIKATIONS-QUALITÄT

Aufgrund der sektoralen Trennung besteht eine geringe Informationstransparenz und -qualität in regionalen Versorgungsmodellen, was wiederum erheblichen Einfluss auf den Erfolg der Modelle hat. Eine Möglichkeit, dies zu vermeiden bzw. zu reduzieren, ist der Einsatz von IT-Lösungen, da leistungsfähige IT-Lösungen in der Lage sind komplexe Versorgungsereignisse ganzheitlich durch Einbindung aller Akteure abbilden zu können, die Prozesse nachhaltig zu verbessern sowie die Qualität der medizinischen und pflegerischen Ergebnisse grundlegend zu steigern. Es ist daher für die Krankenkassen eine wichtige Voraussetzung, dass Vertragspartner zur Vermeidung von Datenredundanzen und zur Sicherung der Qualität des Versorgungskonzeptes die Bereitschaft mitbringen IT-Lösungen zu implementieren.

VERSORGUNGSVERANTWORTUNG UND -EFFIZIENZ

Die Zukunft von regionalen Versorgungsmodellen liegt in der Übernahme der Versorgungsverantwortung durch die Leistungsanbieter, mit dem Ziel überflüssige Leistungen zu vermeiden und auf der kostengünstigsten bedarfsorientierten Leistungsstufe zu erbringen. Grundsätzlich gibt es zwei Möglichkeiten die Versorgungsverantwortung zu übernehmen.

1. Indikationsbezogene Verantwortung

Wenn Leistungsanbieter eine indikationsbezogene Verantwortung übernehmen, bedeutet dies, dass sie für bestimmte indikationsbezogene Versorgungsprozesse die medizinische und ökonomische Verantwortung übernehmen. Diese Vergütungsform basiert oft auf Komplexpauschalen.

Als Weiterentwicklung der einfachen Komplexpauschalen ist die Erweiterung um die erfolgsorientierte

Vergütung zu sehen, auch bekannt als Pay-for-Performance. Hierunter versteht man, das Leistungsanbieter für qualitativ gute Leistungen einen Bonus und bei schlechten Leistungen einen Malus erhalten.

2. Gesamtversorgungsverantwortung

Die Gesamtversorgungsverantwortung über die medizinischen und ökonomischen Leistungen für ein Versichertenkollektiv zu übernehmen, ist die Königsdisziplin der in Frage kommenden Vergütungsformen. Bei dieser Vergütungsform erhalten die teilnehmenden Leistungsanbieter, vornehmlich Koordinationsärzte¹, ein virtuelles Budget², mit dem sie alle bzw. einen Großteil der aus medizinischer Sicht anfallenden Leistungen für das teilnehmende Versichertenkollektiv bezahlen.

Egal auf welche Vergütungsform sich die Vertragspartner einigen, wichtig ist, dass bei der Kalkulation der Vergütung die Wirtschaftlichkeitsaspekte im Vordergrund stehen, denn nur wenn ein Vertrag ein Mindestmaß an Wirtschaftlichkeit im Laufe der Jahre erzielen wird, haben Krankenkassen ein Interesse diesen Vertrag abzuschließen bzw. langfristig fortzuführen.

VERSORGUNGSQUALITÄT

Die Versorgungsqualität befasst sich mit der Qualität der Patientenversorgung. Eine hohe Versorgungsqualität liegt dann vor, wenn vorgegebenen Qualitätsanforderungen an die Versorgung und an die Ergebnisse der Versorgung entsprochen wird.

Mit Hilfe von regionalen Versorgungsmodellen kann die Versorgungsqualität gegenüber der konventionellen Regelversorgung messbar gesteigert werden. Wichtig dabei ist, dass die Versorgungsqualität bedarfsgerecht und angemessen ist sowie die Lebensqualität der Patienten verbessert. Dies kann sich zum Beispiel in einer Minimierung der Zahl vermeidbarer Schadens- und Todesfälle oder auch in mehr Transparenz über die Versorgungsqualität mittels Veröffentlichung von aussagekräftigen und für den Versicherten verständliche Qualitätsdaten manifestieren.

¹ Unter Koordinationsärzten versteht man in der Regel Hausärzte, hausärztlich tätige Internisten, Frauenärzte und Kinderärzte.

² Bei einem virtuellen Budget wird kein Budgetbetrag ausgezahlt, lediglich der erzielte Effizienzgewinn am Ende des Budgetjahres.

Module zur Optimierung der Versorgungsqualität können unter anderem folgende sein:

- Optimierte Zusammenarbeit der beteiligten Leistungsanbieter, beispielsweise durch interdisziplinäre, sektorenübergreifende Kommunikationsverfahren oder durch eine Patientenakte,
- Persönliche Qualifikation und Erfahrungen der Leistungsanbieter sowie Weiterbildungsverpflichtung,
- Versorgung nach zertifizierten Versorgungspfaden und evidenzbasierten Leitlinien,
- Evaluation der entwickelten Prozesse durch Dritte,
- „Feedback-Schleifen“ werden entwickelt, beispielsweise Qualitätszirkel,
- „Mindestmengen“ – Leistungsanbieter müssen eine bestimmte Anzahl an Patienten p. a. behandeln,
- Ausstattungsmerkmale der medizinischen Einrichtungen,
- Maßnahmen und Instrumente zur Erhöhung der Patientenorientierung unter Einbeziehung der Patienteninteressen,
- Ergebnisorientierte Vergütung – Pay-for-Performance (P4P).

Wichtig bei der Auswahl geeigneter Module ist es, dass für die Versicherten einen Mehrwert aus qualitativer Sicht erlebbar und auch wahrnehmbar wird. Eine Befragung der TK in 2009 zeigte (Abb.1), dass TK-Mitglieder ein deutlich erhöhtes Interesse an ausführlichen Beratungsgesprächen, an der intensiven Zusammenarbeit zwischen Klinik und Ärzten bzw. zwischen Ärzten verschiedener Fachgebiete, dem Zugang zu Koryphäen und an der Verbesserung der Servicequalität, wie verkürzte Wartezeit und schnelle OP-Termine haben.

NIEDRIGE TRANSAKTIONS- BZW. OVERHEAD-KOSTEN

Der Wechsel von der flächendeckenden Regelversorgung hin zur regionalen Versorgung durch Einzelvertragsoptionen stellt sich derzeit immer noch mit hohen Transaktions- bzw. Overheadkosten dar. So ist beispielsweise der Prozess der Übermittlung von Abrechnungsinformationen, insbesondere im ambulan-

ten Bereich, noch stark manuell geprägt, was zu hohen Verwaltungskosten bei den Krankenkassen und den Leistungsanbietern führt. Des Weiteren ist der Betreuungsaufwand für einzelne Verträge noch zu hoch, vornehmlich bei der Rekrutierung von Teilnehmern. Die Leistungsanbieter sollten daher so aufgestellt sein, dass sie effizient und effektiv arbeiten sowie über geeignete IT-Lösungen zur Kommunikation zwischen den Leistungsanbietern und auch zu den Krankenkassen verfügen.

AUSREICHENDES TEILNEHMERPOTENTIAL

Die Berechnung der Krankenkasse, welche Anzahl an Teilnehmern für ein Versorgungsmodell ausreichend ist, wird extrem von den Economies of Scale – Skalen- oder Größenvorteile - beeinflusst. Durch die Ausweitung der Teilnehmerzahlen ergeben sich verminderte Durchschnittskosten für alle Vertragspartner. Aus diesem Grund erfolgt die Durchführung regionaler Versorgungsmodelle nur in Regionen mit relevanter Versichertenzielgröße; d.h. eine Krankenkasse wird unter normalen Umständen keinen Einzelvertrag in einer Region schließen, in denen nicht eine ausreichende Anzahl potentieller Versicherter leben. D.h. wiederum für potentielle Vertragspartner, dass sie erst intern prüfen sollten, ob sie eine aus ihrer Sicht ausreichende Anzahl an Versicherten einer Krankenkasse behandeln, bevor sie in die Gespräche mit der Krankenkasse gehen.

VERTRAGSSTRATEGIEN

Es gibt die unterschiedlichsten Vertragsstrategien. Im Folgenden wird exemplarisch dargestellt, wie eine Vertragsstrategie einer Krankenkasse für einen Vertrag mit einem Ärztenetz aussehen könnte.

Die Ärztenetze der ersten Generation haben nicht den Erfolg gebracht, den viele erwartet haben. Gründe für das Scheitern der ersten Generation sind sehr vielfältig, wie die nachfolgende Übersicht zeigt.

TK-Trendmonitor

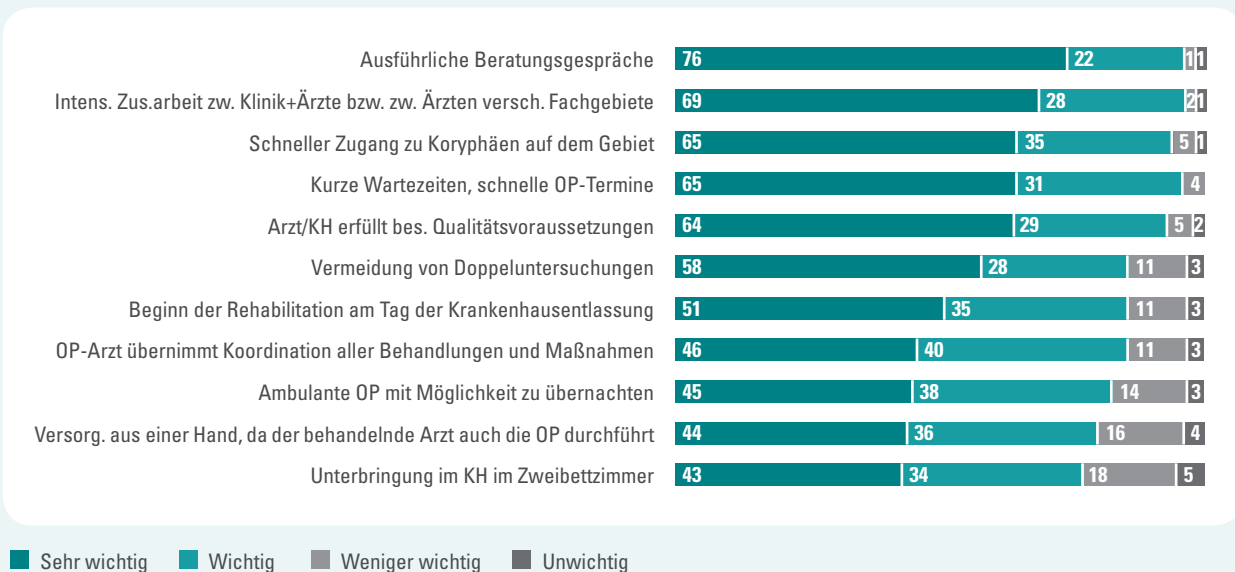


Abbildung 1: TK-Trendmonitor 2009, TK-repräsentativ, n = 1.003 Fälle (Quelle: Techniker Krankenkasse 2009).

Gründe für das Scheitern der ersten Generation Arztnetze

- Die Anreize für die Leistungserbringer zu einer nachhaltigen Verhaltensänderung waren schwach.
- Es fehlten die Möglichkeiten Patienten zu steuern und es fehlten die Anreize für Patienten, sich in einem Ärztenetz zu bewegen bzw. sich steuern zu lassen.
- Eine ehrenamtliche Leitung eines Netzes ohne professionelle Unterstützung gerät schnell an Grenzen.
- Zu viele Ziele wurden gleichzeitig verfolgt.
- Es bestand ein Mangel an aussagefähigen, transparenten und zeitnahen Daten.
- Vielerorts war die Bereitschaft der Ärzte nicht groß genug sich richtig zu vernetzen.
- Arztnetze müssen sich langsam entwickeln.

Mittlerweile haben sich die Ärztenetze alleine oder in Zusammenarbeit mit Krankenkassen weiterentwickelt. Diese zweite Generation von Arztnetzen könnte ein

idealer Partner für Krankenversicherungen sein, sich dem Thema wieder zu nähern. Der Gründe liegen hierfür in der strategischen Bedeutung von Ärztenetzen, wie zum Beispiel in der Verbesserung der Servicequalität, der Steuerung und Integration auf örtlicher Ebene zugunsten von Qualität und Wirtschaftlichkeit sowie in der verstärkten Einbindung von Patienten und Versicherten in ein ganzheitliches, abgestimmtes Versorgungsangebot.

Als einen Einstieg in eine Kooperation mit einem Ärztenetz könnten Krankenkassen Verträge mit professionellen Vertragspartnern in Regionen schließen, deren Basisanforderungen auf der Verbesserung des Services und der Qualität liegen. Wichtig dabei ist, dass der Nutzen bzw. Mehrwert des regionalen Versorgungsangebotes gegenüber der konventionellen Versorgung für die Versicherten deutlich erkennbar sein muss. Bei dieser Ausprägung sind u.a. die Verbesserung bzw. die Erleichterung des Zugangs zu medizinischen Leistungen sowie die intensivisierte Betreuung der Patienten durch die Leistungserbringer wesentliche Ziele.

Für eine erfolgreiche Implementierung der Service- und Qualitätselemente müssen die Vertragspartner verschiedene Voraussetzungen erfüllen, wie zum Beispiel:

- Die Vertragspartner müssen ein Finanzierungskonzept erstellen, welches die Vergütung der vereinbarten Service- und Qualitätselemente regelt.
- Alle Vertragspartner müssen geeignete Mess- und Überwachungskriterien aufbauen, um sicherzustellen, dass die Service- und Qualitätselemente umgesetzt werden.
- Es müssen zwischen den Vertragspartnern stringente Arbeits- und Verfahrensanweisungen entwickelt werden, die die Umsetzung der Service- und Qualitätselemente unterstützen und regeln.
- Für die Einhaltung bzw. nicht Einhaltung der Arbeits- und Verfahrensanweisungen sowie weitere Regelungen, muss es für die verantwortlichen Vertragsteilnehmer Konsequenzen geben und zwar in Form von Bonus und Malus.
- Potentielle Vertragspartner müssen die Infrastrukturen (elektronische Vernetzung, Internetauftritt, etc.) und Organisationsgrad (Netzvorstand, Netzmanagement, Netzziele, etc.) haben bzw. in der Lage sein, die Infrastruktur zeitnah aufzubauen, um zukünftige Weiterentwicklungen umsetzen zu können.

Wenn die Grundanforderungen erfolgreich umgesetzt worden sind und die Versicherten diese Form der Versorgung positiv aufgenommen haben, sollten gemeinsame Anstrengungen unternommen werden, die medizinische Versorgung zu verbessern.

Insbesondere die Verbesserung der medizinischen Versorgung ist von zentraler Bedeutung für die Krankenkassen. Denn nur wenn das Niveau der medizinischen Versorgung gesteigert bzw. mindestens gehalten werden kann, wird ein Vertrag mit einem Ärztenetz langfristig erfolgreich sein.

Um dieses Ziel erreichen zu können, sind beispielsweise folgende Elemente zu vereinbaren:

- Entwicklung und Vereinbarung gemeinsamer Versorgungspfade und Leitlinien,
- Entwicklung und Einführung von Qualitätsindikatoren, um so indirekt auf die Verbesserung der Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität einwirken zu können,
- Vereinbarung neuer und innovativer Versorgungsmethoden, wie beispielsweise PET/CT.

Als letzte Stufe der Entwicklung kann dann die Übernahme der Budgetverantwortung durch das Ärztenetz erfolgen. Allerdings sollte dies erst erfolgen, wenn die vorher beschriebenen Anforderungen erfolgreich implementiert worden sind. Das (virtuelle) Budget sollte alle Leistungen umfassen, die die Vertrags- und Kooperationspartner direkt oder indirekt beeinflussen können.

Wichtig bei der Umsetzung dieser Stufe ist darauf zu achten, dass u.a. folgende Voraussetzungen erfüllt werden:

- Zur Kalkulation des virtuellen Budgets muss ein tragfähiges Konzept sowie ein umfassendes Vergütungs- und Honorierungssystem (payment mix) entwickelt werden.
- Das Versorgungsnetz muss über geeignete Steuerungsmöglichkeiten verfügen, wie zum Beispiel Gatekeeper oder Koordinationsärzte.
- Verschiedene Effizienzzirkel müssen aufgebaut werden.
- Das Ärztenetz muss über ein professionelles Management verfügen.
- Das Controlling, die Arbeits- und Verfahrensanweisungen sowie die Bonus- und Malusregelungen müssen bedarfsgerecht weiterentwickelt werden.

Zu welchem Zeitpunkt, welche Stufe idealerweise umgesetzt werden soll, kann nicht in Zeit bemessen werden, da sie im höchsten Maße vom Reifegrad der Vernetzung der Leistungsanbieter abhängt.

AUSBLICK

Den Krankenkassen ist es durch die konsequente Nutzung der gesetzlichen Rahmenbedingungen nach §§ 140 a-d SGB V gelungen, ein vielseitiges kassenindividuelles Leistungsangebot zu etablieren, Versorgungsprozesse hinsichtlich Qualität, Wirtschaftlichkeit sowie Serviceelemente zu optimieren und einen hohen Wissenstransfer im Bereich der Einzelverträge zu generieren.

Diesen Erfolg wollen viele Krankenkassen weiter ausbauen, da grundsätzlich der finanzielle Rahmen für die Entwicklung innovativer regionaler Modelle in ausreichender Höhe in der GKV vorhanden ist. Es ist zunehmend zu beobachten, dass Krankenkassen das Ziel haben, den Wandel von einer Einzelleistungsmentalität zum Gesamtlösungsansatz zu vollziehen. Um dies zu erreichen, muss die Integrationstiefe neuer und bestehender Verträge ausgebaut, unnötige (Transaktions-)Kosten reduziert, die Erfolgsmessung standardisiert und die medizinische Versorgung verbessert sowie erfolgreiche Verträge zu Populationsmodellen bzw. flächendeckenden Modellen ausgebaut werden.

Wichtig bei der Umsetzung regionaler Versorgungskonzepte ist es auf den Zeitfaktor zu achten, denn Integration erfordert Evolution nicht Revolution und die benötigt bekanntlich Zeit.

LITERATUR

„TK-Trendmonitor 2009 – Wünsche und Bedürfnisse der TK-Mitglieder zu Gesundheits- und Krankenversicherungsthemen“; Erstellt durch das Meinungsforschungsinstitut INFO

„Zukunft der Krankenhausversorgung: Qualität, Wettbewerb und neue Steuerungsansätze im DRG-System“; Prof. Norbert Klusen und Andreas Meusch; Nomos Verlag; 2008

„Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Sondergutachten 2009

Daten erheben und für die Planung nutzen

Dr. Mark Richter,

Regionalleiter Ost, Gesundheitsmanagement der BERLIN-CHEMIE AG

DATENANALYSEN ALS GRUNDLAGE REGIONALER VERSORGUNGSKONZEPTE

Wer die Versorgungssituation verändern möchte, sollte sie kennen. Dabei geht es nicht nur um die eigene Erfahrung mit Versorgungsdefiziten, sondern darum nachvollziehbare Daten zu kennen, die in dem Konzept berücksichtigt werden sollen. Datenanalysen helfen, die Arbeit von Ärztenetzen und anderen Kooperationsformen zielgerichtet auf zukunftsweisende Leistungsfelder auszurichten.

Die leitenden Fragestellungen sind:

- Für welche Indikationen und Patientenkollektive sollen Versorgungskonzepte entwickelt werden?
- Für welche Krankenkassen sollen Versorgungskonzepte entwickelt werden?
- Für welche Regionen im Einzugsgebiet des Ärztenetzes sollen Versorgungskonzepte entwickelt werden?

Eine solche Datenanalyse kann eingesetzt werden entweder:

- zur systematischen, zielgerichteten **Suche** nach neuen oder aber
- zur **Überprüfung** bzw. Konkretisierung bereits bestehender Ideen für regionale Versorgungskonzepte.

Für die Analyse des Bedarfs und der Potenziale zur Verbesserung der Versorgung bestimmter Indikationen und Patientenkollektive, sollen idealerweise Daten aus allen beteiligten Leistungsbereichen genutzt

werden. Integrierte Systeme, die über Sektorgrenzen hinweg Behandlungsabläufe darstellen können, existieren in aller Regel nicht, schon gar nicht in der Phase der erstmaligen Erarbeitung eines regionalen Versorgungskonzeptes. Gerade in der Startphase sollte das Netz sich aber gut vorbereiten, um in einem erfolgversprechenden Feld beginnen zu können. Im Folgenden wird diskutiert, wie gerade in der Anfangsphase dies zunächst im ambulanten Bereich auf der Ebene eines Ärztenetzes erfolgen kann.

Folgende Datenanalysen eines Ärztenetzes, MVZ oder Ärztehauses scheinen geeignet, die Basis zur Beantwortung der oben genannten leitenden Fragestellungen zu bilden.

PATIENTENKOLLEKTIV BEZOGENE ANALYSEN

Gegenstand sind:

- Wohngemeinde,
 - Alter,
 - Geschlecht und
 - Diagnosedaten gemäß ICD-10
- der von Ärzten des Netzes betreuten Patienten

Damit lassen sich das aktuelle Krankheitsgeschehen und das Patientenkontingent beschreiben. Vor allem liegt ein **Mengengerüst** vor, welches die Relevanz verschiedener Indikationen bewertbar macht – bewertbar zum einen bezüglich des Behandlungsaufwandes und zum anderen hinsichtlich der krankheitsbedingten Kosten der Krankenkassen.

KRANKENKASSEN BEZOGENE ANALYSEN

Eine Analyse des Patientenanteils der verschiedenen Krankenkassen **insgesamt** und **differenziert** nach verschiedenen Krankheiten bzw. Krankheitsgruppen, ist sinnvoll, um jeweils mit dem richtigen Thema die passende Krankenkasse anzusprechen und das Versorgungskonzept kassenspezifisch auszugestalten.

So wird möglicherweise ein Versorgungskonzept für den chronischen Rückenschmerz für eine AOK anders auszugestalten sein als für eine Ersatzkasse. Bei einer AOK mit einem Rentneranteil von fast 50 Prozent können eher die Kosten der Behandlung im Vordergrund stehen, während für eine Ersatzkasse mit einem Rentneranteil von 25 Prozent die Vermeidung von Arbeitsunfähigkeit von größerer Bedeutung ist. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, unterschiedliche Konzeptansätze auszuarbeiten.

RÄUMLICHE ANALYSEN

Der Wohnort der Patienten gibt Aufschluss darüber, wie die **räumliche Abdeckung des Ärztenetzes** ist. Schwerpunkte und Schwachpunkte der Patientenversorgung werden sichtbar. Kombiniert mit den oben beschriebenen Patientendaten ergeben sich je nach Ausdehnung des Ärztenetzes auch eventuell regional unterschiedliche Notwendigkeiten für die Versorgungskonzepte. Weiterhin können sich z. B. Ansatzpunkte für regionale Marketingmaßnahmen ergeben.

Woher können derartige Daten kommen und wie lassen sie sich verarbeiten und analysieren?
Als Datenquellen kommen in Frage:

- a) Krankenkassen
- b) Kassenärztliche Vereinigungen
- c) Integrierte Ärztenetz-Software
- d) Praxisverwaltungssysteme der einzelnen Netzärzte

a) Krankenkassen

Daten von Krankenkassen können immer dann zur Verfügung stehen, wenn eine Krankenkasse bereits enger Kooperationspartner des Ärztenetzes ist und eine gemeinsame Entwicklung eines Versorgungskonzeptes vorgesehen ist.

Die gewonnenen Informationen stehen allerdings nur bezogen auf die eine Krankenkasse zur Verfügung.

b) Kassenärztliche Vereinigungen

Die gleiche Einschätzung gilt für Daten der Kassenärztlichen Vereinigung, die aber kassenübergreifend zur Verfügung zu stehen würden.

c) Integrierte Ärztenetz-Software

Integrierte Ärztenetz-Software z. B. mit gemeinsamer Patientenakte und einheitlichen Standards der Datenerfassung ist, wenn vorhanden, als Datenquelle geeignet. Mit geringem Aufwand können alle aufgeführten Daten für alle Praxen des Ärztenetzes erhoben werden.

d) Praxisverwaltungssysteme der einzelnen Netzärzte

In der Regel stehen den Ärztenetzen vor allem am Anfang der Entwicklung regionaler Versorgungskonzepte jedoch weder Kassen- noch KV-Daten zur Verfügung. Auch haben die wenigsten Ärztenetze ein gemeinsames Softwaresystem, das eine Datenerfassung an zentraler Stelle ermöglicht. Somit bleibt häufig nur die Möglichkeit aus den **Praxisverwaltungssystemen** der einzelnen Netzärzte die Daten zu generieren und auswertbar zusammen zu fassen.

Eine Methode besteht darin, die Angaben aus den Systemen der Netzärzte **auszählen** zu lassen und in **standardisierten Datenblättern zu erfassen**. Mit dieser Methode lassen sich zumindest einige der gewünschten Informationen bekommen, wie z. B. die Anteile der verschiedenen Erkrankungen und der verschiedenen Krankenkassen. Auch die räumliche Analyse nach Postleitzahlen und die Analyse der Alter-

3

WIE ENTSTEHT EIN REGIONALES VERSORGUNGSKONZEPT

struktur der Patienten sind möglich. Die Daten werden von Hand zusammengefügt und bilden eine Momentaufnahme, eine kombinierte Auswertung wie sie oben beschrieben wurde, ist auf diese Weise noch nicht möglich.

Eine andere Methode ist, die erforderlichen Daten aus den Praxisverwaltungscomputern der Netzärzte **auszulesen** und so umzuwandeln, dass sie in einem **einheitlichen Format** vorliegen.

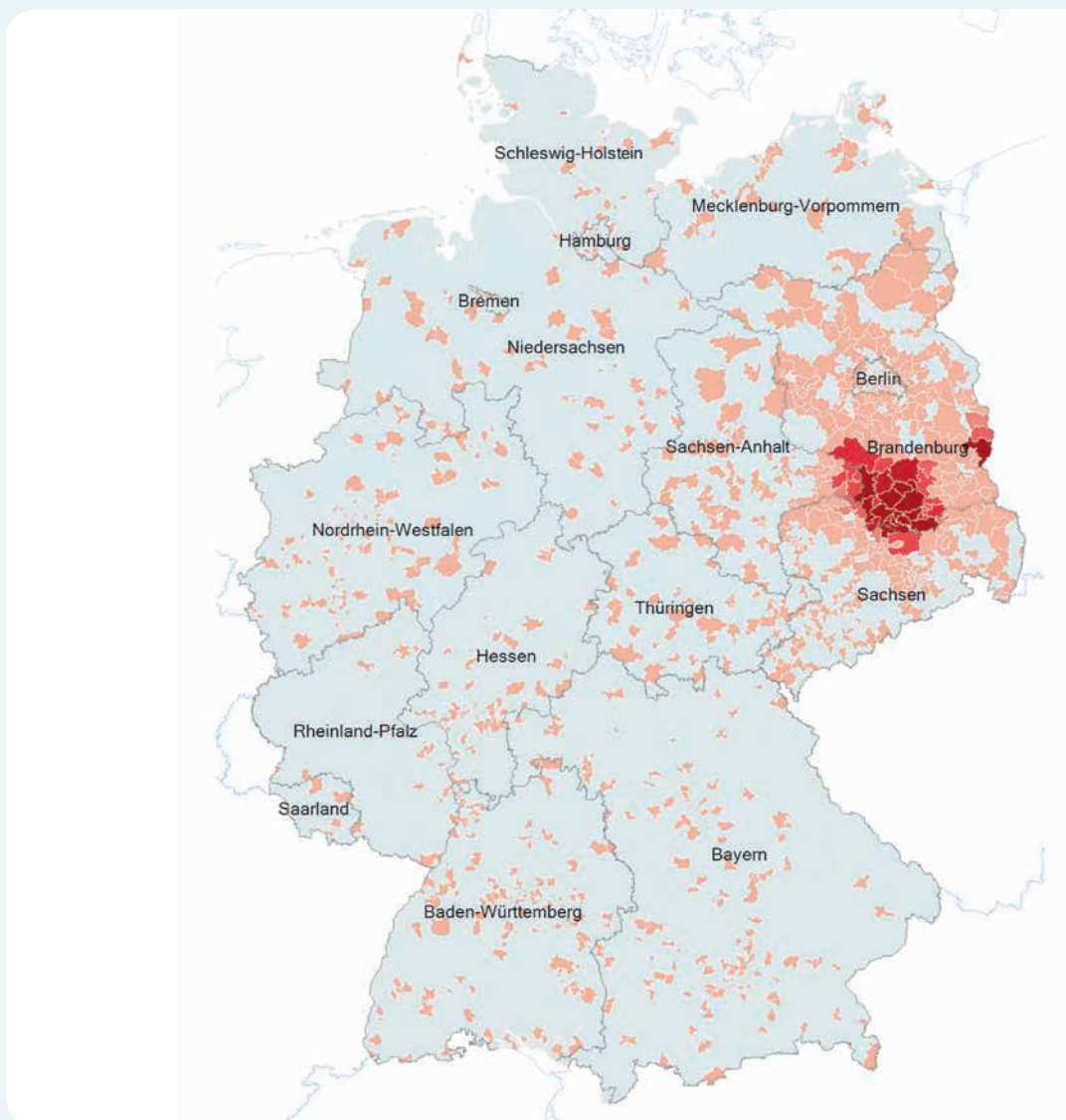
Um den Aufwand für dieses Vorgehen berechenbar und überschaubar zu machen, wurde ein standardisiertes Verfahren in Zusammenarbeit mit der Firma Health Concept limited und dem Unabhängigen Centrum für empirische Markt- und Sozialforschung (UCEF GmbH) entwickelt.

Die standardisierte Lösung beinhaltet die Aspekte:

- Datenschutz
- Datenerhebung
- Datenzusammenführung
- Datenanalyse
- Prognose

Für alle Analysen gilt, dass die hohen **datenschutzrechtlichen** Anforderungen berücksichtigt werden müssen. Darauf wurde bei der Konzeptentwicklung extrem viel Wert gelegt. Datenerhebung, –zusammenführung und –analyse sind komplexe Bearbeitungsschritte, die Zeit und Know-how erfordern.

Nachfolgend werden exemplarisch einige Ergebnisse der **Datenanalysen und Prognosen** für ein fiktives kleines Ärztenetz im südlichen Brandenburg, bestehend aus 22 Ärzten (überwiegend Hausärzte und Internisten) veranschaulicht.



EINZUGSGEBIET

Es wird das tatsächliche Einzugsgebietes eines Ärztenetzes bezogen auf die Wohngemeinden der Netzpatienten ermittelt. In der Regel werden Versorgungskonzepte für die Patienten entwickelt, die im Kerneinzugsgebiet leben und regelmäßige Patienten des Netzes sind. Für durchreisende, eher zufällige Patienten wird in den meisten Fällen kein Versorgungskonzept entwickelt.

Quelle: Eigene Analysen, Datenbasis fiktives Ärztenetz, UCEF-Grafik, Kartengrundlage GfK GeoMarketing

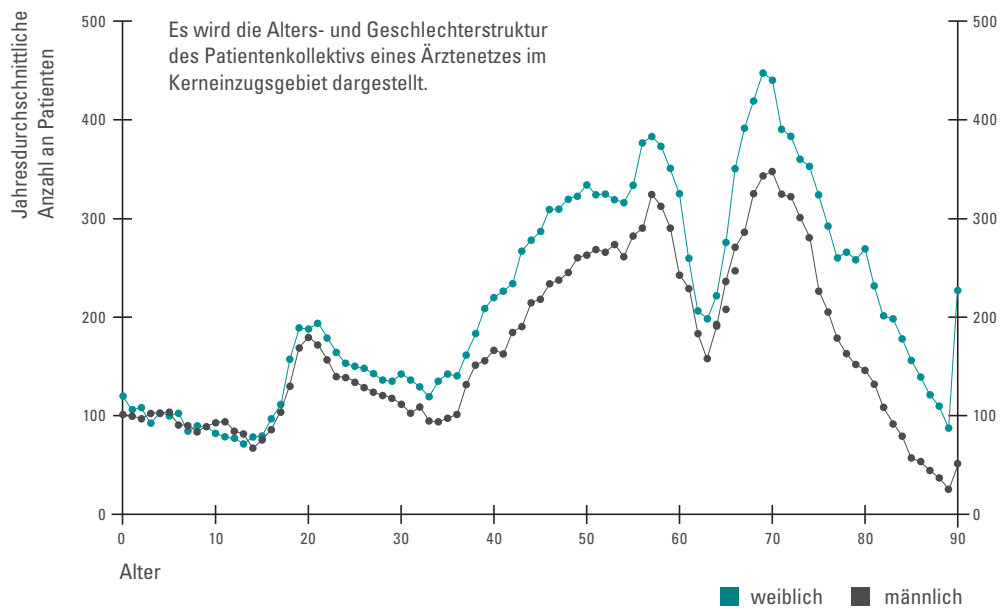
ANZAHL PATIENTEN



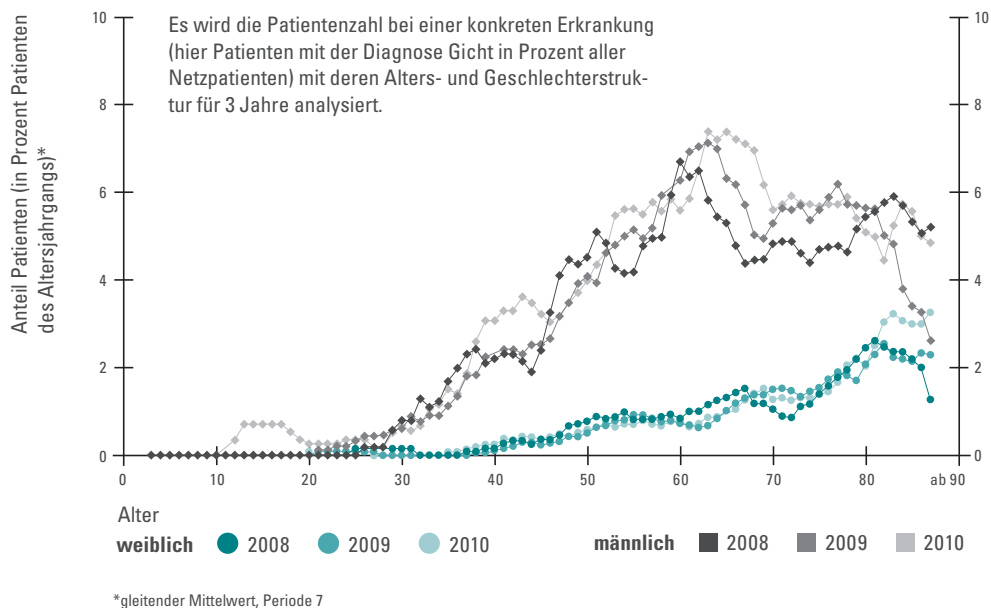
3

WIE ENTSTEHT EIN REGIONALES VERSORGUNGSKONZEPT

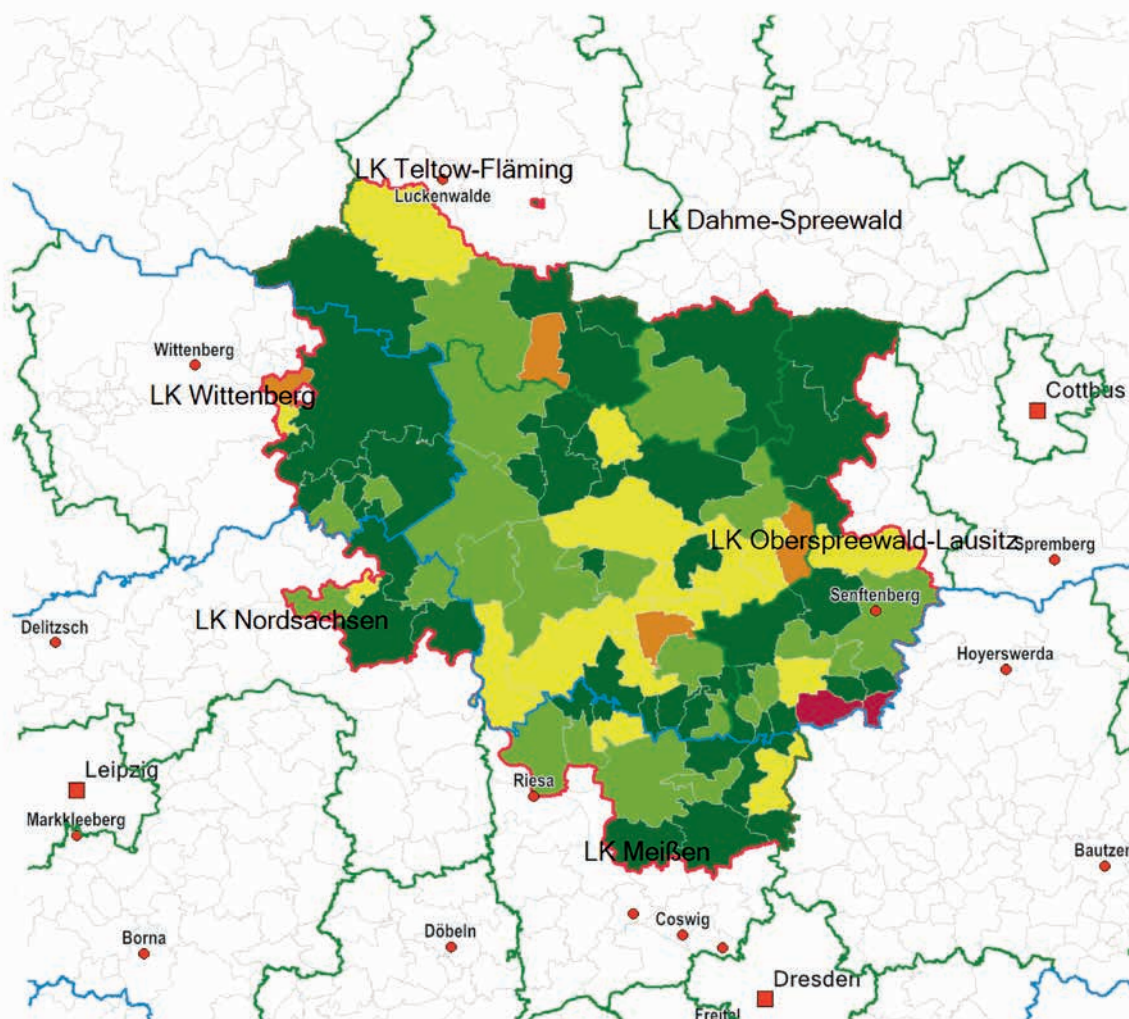
Patientenstruktur



Morbidität



Quelle: UCEF-Grafik



BEVÖLKERUNGSENTWICKLUNG

Es werden verschiedene retrospektive und prospektive Analysen zur Bevölkerungsentwicklung im konkreten Einzugsgebiet des Ärztenetzes durchgeführt. Exemplarisch ist die prozentuale Veränderung der Bevölkerungsgruppe ab 75 Jahre auf Gemeindeebene für die letzten 10 Jahre dargestellt.

ENTWICKLUNG DER BEVÖLKERUNG AB 75 JAHRE 2001 – 2009

Anzahl (2001 = 100)

■ ≤ 100

■ ≤ 110

■ ≤ 120

■ ≤ 130

■ > 130

— Ländergrenze

— Kreisgrenze

— Grenze Einzugsgebiet

Quelle: Eigene Analysen, Datenbasis Statistik Lokal; Gebietsänderungen der Gemeinden, Statistische Ämter des Bundes und der Länder; UCEF-Grafik

Behandlungspfade erarbeiten

Dr. Tom Anwand,

Referent für Gesundheitsmanagement, BERLIN-CHEMIE AG

Behandlungspfade sind ein essentieller Bestandteil der Selektivverträge da nur so vertragskonforme Behandlungsabläufe sichergestellt werden können.

DEFINITION

Eine konsentierende oder gar einheitliche Definition für Behandlungspfade ist in Deutschland derzeit (noch) nicht identifizierbar. Zu sehr hängen die Inhalte einer Definition noch vom Blickwinkel des jeweiligen Betrachters ab. So gilt aus historischen Gründen ein Behandlungspfad sehr häufig „nur“ als klinischer Behandlungspfad (engl.: clinical pathway) bezüglich der besten Durchführung der Krankenhaus-Gesamtbehandlung. Daneben wird der Begriff „Integrierter Versorgungspfad“ genutzt, welcher als schriftliche Festlegungen die Aufgabenverteilung bei der Versorgung einer definierten Patientengruppe innerhalb eines geographischen Bereichs (regional) oder einer Institution (lokal) beschreibt. Diese Festlegungen können, müssen sich jedoch nicht auf klinische Leitlinien stützen.

Die weiteren Ausführungen orientieren sich an folgender Definition:

Ein integrierter Behandlungspfad (IBP) ist der im Behandlungsteam selbst gefundene berufsgruppen- und institutionsübergreifende Konsens bezüglich der besten Durchführung der Gesamtbehandlung unter Wahrung festgelegter Behandlungsqualität und Berücksichtigung der notwendigen und verfügbaren Ressourcen sowie unter Festlegung der Aufgaben und der Durchführungs- und Ergebnisverantwortlichkeiten.

EINORDNUNG UND ABGRENZUNG

Behandlungspfade sind im Kontext des Geschäftsprozessmanagements angesiedelt. Sie stellen eine besondere Form von Kernprozessen, primären Geschäftsprozessen dar. Umgekehrt gilt aber: nicht jeder Kernprozess ist auch ein Behandlungspfad.

Der Behandlungspfad ist weder eine klinische oder pflegerische Leitlinie mit Darstellung der verschiedensten diagnostischen und therapeutischen Optionen, noch eine starre Arbeitsanweisung, die im Sinne einer Kochbuchmedizin die ärztliche oder pflegerische Entscheidungsfreiheit einschränkt und unausweichlich den Behandlungsweg vorschreibt. Der Pfad stellt vielmehr den im Team definierten Handlungskorridor für die Diagnostik und Therapie bei einem Patienten mit einem beschreibbaren Symptom oder Krankheitsbild im Sinne einer logistischen und zielorientierten Ablauforganisation mit Entscheidungsvarianten (alternative Pfadverzweigungen, Teilpfade) dar.

FUNKTION UND NUTZEN

Ein Behandlungspfad steuert den Behandlungsprozess, beinhaltet gleichzeitig die behandlungsbegleitenden Dokumentationsinstrumente und erlaubt die Kommentierung von Abweichungen von der Norm zum Zwecke fortgesetzter Evaluation und Verbesserung.

Werden die Behandlungspfade unter Berücksichtigung existierender Leitlinien erstellt, können sie ein wesentliches Instrument der Leitlinien-Implementierung sein. Neben einer optimalen Patientenbehandlung und effizienter Ablauforganisation fördert er Teamwork und Kommunikation, definiert und evaluiert Behandlungsziele.

Im ambulanten Sektor können durch Behandlungspfade einerseits relativ verbindliche Behandlungsabläufe innerhalb einer Gruppe von Leistungserbringern (Ärztennetz, Kooperationsform) festgeschrieben werden. Andererseits können diese Behandlungspfade für das praxisinterne Qualitätsmanagementsystem und als Vorbereitung der Kooperationsformen auf Vertragsfähigkeit mit Partnern sowie als Bestandteil von Selektivverträgen genutzt werden.

In weiteren Schritten kann der Behandlungspfad die Grundlage einer betriebswirtschaftlichen Kalkulation sein. Hierzu dient die strukturierte Dokumentation geplanter Behandlungen, Operationen, Medikamentengaben, Aufenthalte usw. Der Pfad unterstützt eine optimale Organisation des Behandlungsablaufes ebenso wie eine Analyse der Ressourcennutzung. Er kann darüber hinaus Basis der Preisfindung sein, um beispielsweise Selektivverträge über die Gesamtbehandlungskosten unter Berücksichtigung einer definierten Leistungsbeschreibung mit Krankenkassen treffen zu können.

AKTUELLE ENTWICKLUNGEN

Seit mehreren Jahren fordert zum Beispiel der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen in Deutschland sektorübergreifende Behandlungsprozesse zu optimieren. Dabei gibt es mehrere Entwicklungen, die den Einsatz von Behandlungspfaden befördern. Mit dem zwar recht langsamen, aber dennoch stetigen Fortschreiten der Prozessorientierung in den Krankenhäusern, wegen der Einführung der DRG mit ihren ökonomischen Anforderungen, sind Behandlungspfade stärker in Kliniken anzutreffen.

In einer weiteren Entwicklungsebene werden Behandlungspfade immer mehr Bestandteil medizinischer Qualitätsmanagementsysteme. So betrachtet das QEP-System Behandlungspfade als Kernziel. Dabei sollen für mindestens fünf in der Praxis häufig auftretende oder schwere Erkrankungen/Beschwerdebilder/Leistungen Behandlungspfade mit Ablaufbeschreibungen dokumentiert und in der Patientenversorgung angewendet werden [vg. QEP-Manual Kapitel 1.3.4. Therapie und Versorgung].

Sektorübergreifende Versorgungsstrukturen, wie z. B. Modelle der Integrierten Versorgung, erfordern wegen einrichtungsübergreifender Schnittstellen ausgereifte Prozesse und ein zwischen den beteiligten Einrichtungen konsentiertes Versorgungsmodell. Dazu sind Behandlungspfade ein sinnvolles Werkzeug.

PFADAUFBAU

Charakteristika eines Behandlungspfades sind die Beschreibung von Abfolge, Terminierung, Inhalten und Verantwortlichkeiten wichtiger Bestandteile der Versorgung definierter Patientengruppen. Zentrale Orientierung eines Behandlungspfades ist dabei die Zeitachse, auf welcher die einzelnen Elemente der Versorgung angeordnet werden.

Ein Pfad ist üblicherweise hierarchisch über verschiedene Pfadebenen strukturiert [vgl. z. B. Eckart, Jörg; Sens, Brigitte (Hrsg): Praxishandbuch Integrierte Behandlungspfade. Economica Verlag, Heidelberg. 2006]. Diesen Ebenen enthalten Qualitätsindikatoren, mit deren Hilfe die Berücksichtigung der Pfadelemente in der Praxis gemessen wird.

QUALITÄT UND INDIKATOREN ALS PFADINHALTE

Behandlungspfade sollen Qualität sicherstellen und messbar machen. Im Verlauf des Pfades werden Punkte festgelegt, an denen im Behandlungsprozess die Qualität sichtbar wird.

Zum Monitoring und zur Bewertung der Qualität werden als Werkzeug (Qualitäts-)Indikatoren genutzt. Medizinische Qualitätsindikatoren (= Klinische Messgrößen) messen Eigenschaften der Gesundheitsversorgung (z.B. von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen). Vielfach synonym zum Begriff Qualitätsindikator wird der Begriff Kennzahl verwendet.

Als quantitatives Maß können sich die erhobenen Messwerte der jeweiligen Qualitätsindikatoren innerhalb oder außerhalb eines Referenzbereiches bewegen oder einen Referenzwert über- oder unterschreiten. Anhand von Qualitätsindikatoren lassen sich z. B. auch Qualitätsziele ableiten. Als Beispiele seien Laborwerte wie der HBA1C-Wert, aber auch die Häufigkeit von Hypoglykämien oder die Häufigkeit des Einsatzes von kurzwirksamen Nitraten bei Angina Pectoris Anfällen genannt.

So kann zum Beispiel die Rate der kardiologischen Interventionen, die zu keiner Besserung der Symptome geführt haben, ein Punkt sein, an dem die Qualität der Auswahl der richtigen Patienten für die Intervention und die Qualität der Intervention sichtbar werden. Wenn diese Rate in der Vergangenheit einen bestimmten Wert hatte, kann der Qualitätsindikator so gesetzt werden, dass dieser Wert künftig unterschritten wird.

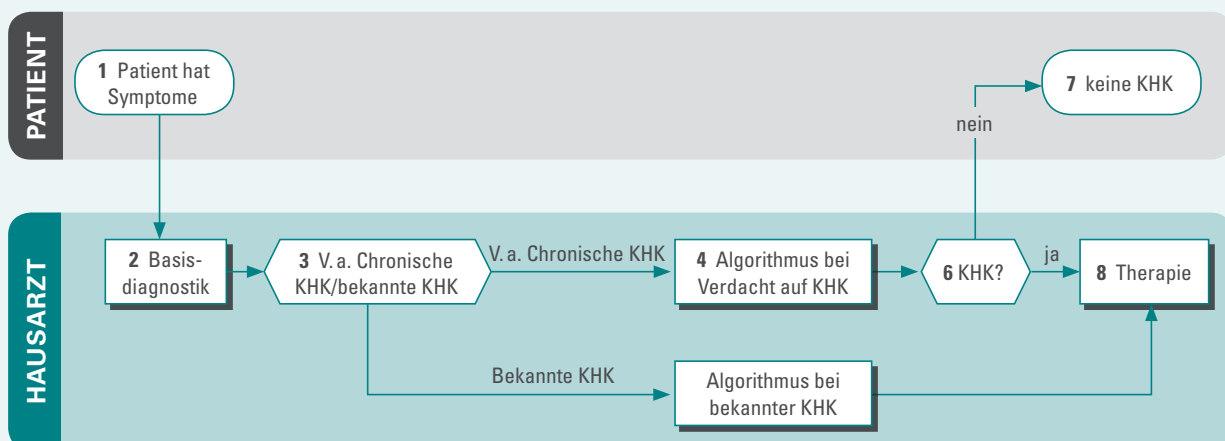
In Deutschland existieren mittlerweile umfangreiche Programme zur Qualitätsbewertung der medizinischen Versorgung anhand von Qualitätsindikatoren (z. B. QiSA der AOK, AQUIK der KBV und viele mehr). Mit einem definierten und abgestimmten Set valider Qualitätsindikatoren kann der erreichte Grad der Versorgungsqualität nicht nur abgebildet werden, sondern es wird die Möglichkeit eröffnet, Vergütung an Qualitätsindikatoren zu koppeln. Im internationalen Sprachgebrauch hat sich hierfür der Begriff „pay for performance“ durchgesetzt.

Hier schließt sich der Kreis, weil sich strukturierte Behandlungsabläufe und somit Behandlungspfade als Werkzeug für die Vergütung anhand von Qualitätsindikatoren eignen.

PFADDESIGN UND PFADLAYOUT

In der graphischen Darstellung von Behandlungspfaden werden die zeitliche Reihenfolge und die Beteiligten im Behandlungsablauf dargestellt. Obwohl es bei Behandlungspfaden wie auch beim Qualitätsmanagement keine explizite Vorschrift gibt, wie die Abläufe graphisch darzustellen sind, ist es empfehlenswert, sich dabei an den Vorgaben der Geschäftsprozessmodellierung zu orientieren. Nur so kann eine (auch

Darstellung in Swimlanes



nachträgliche) Umsetzung in EDV-Systemen sichergestellt werden. Diese Standards setzen sich immer mehr im Geschäftsleben durch, wodurch zwangsläufig auch im Gesundheitswesen und bei Krankenkassen solche Prozessdarstellungen erwartet werden. Bei dieser Geschäftsprozessmodellierung gibt es verschiedene Notationen, wobei zwei bei den Behandlungspfaden besonders verbreitet sind: Ereignisgesteuerte Prozesskette (EPK) und Business Process Modeling Notation (BPMN).

Wesentliches Kennzeichen ereignisgesteuerter Prozessketten (EPK) ist die Abbildung der zu einem Prozess gehörenden Funktionen in deren zeitlich-logischer Abfolge „von oben nach unten“ (s. Abb. 3). Der Ablauf bei der Business Process Modeling Notation (BPMN) erfolgt in der Regel horizontal und von links nach rechts, analog zu der Zeitachse bei physikalischen Diagrammen (s. Abb. 1). Für Behandlungspfade bieten sich als grafische Variante hierbei die sog. Swimlanes an.

ENTWICKLUNG VON PFADEN

Behandlungspfade werden – wenn möglich – unter Berücksichtigung existierender medizinischer Leitlinien entwickelt. Dabei kommen die fünf wesentlichen Pfadbausteine, Theorie, Prozess, Dokumentation, Steuerung und Qualität zum Einsatz.

Geht man von der o.g. umfassenden Definition aus, so darf der Pfad einem Behandlungsteam nicht von außen aufgezwungen werden, sondern ist von ihm selbst zu entwickeln. Im Rahmen eines selbst gefundenen berufsgruppen- und institutionsübergreifenden Konsenses sind schon bei der Entwicklung möglichst alle Akteure der Behandlungsabläufe zu integrieren. Ein Berücksichtigen der notwendigen und auch der verfügbaren Ressourcen ist gerade in Regionen mit Fehl- und Unterversorgung von essentieller Bedeutung. Somit ist beim Erstellen und Umgang mit Behandlungspfaden neben der medizinisch-fachlichen Ebene noch eine betriebswirtschaftliche, gesundheitspolitische und auch soziale Ebene zu berücksichtigen.

Nur so können sowohl der Entwicklungsprozess als auch die Implementierung und Anwendung zur Verbesserung der internen Kommunikation, der Projekt- und Gruppenarbeit sowie des Teamzusammenhaltes führen.

Eine Pfaduhr® soll als Orientierungshilfe für die notwendigen Schritte bei der Entwicklung eines Integrierten Behandlungspfades dienen [Die Pfaduhr® wurde im Rahmen eines Berliner Pilotprojektes 2009 von Thomas Ertner, Ertner Managementberatung, zur Veranschaulichung der einzelnen Schritte bei der Pfadentwicklung konzipiert und durch Dr. Tom Anwand, Gesundheitsmanagement, BERLIN-CHEMIE AG, adaptiert.].

Pfaduhr®

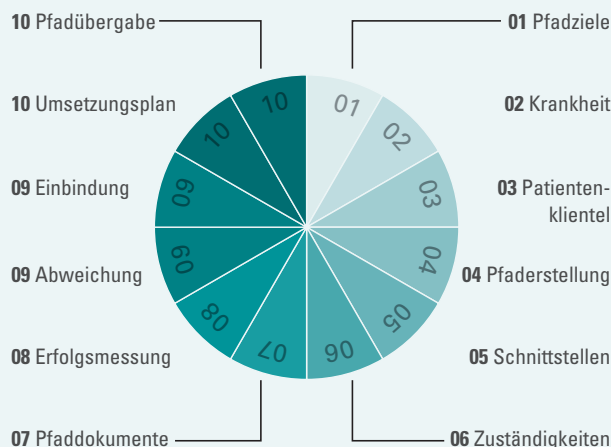


Abbildung 2: Ablauf der Workshopserie der Behandlungspfadentwicklung (eigene Darstellung)

ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK

Der Begriff „Behandlungspfad“ und die Methodik werden immer noch sehr heterogen gebraucht. Es gilt: „Nicht überall wo Pfade draufsteht sind auch Pfade drin“.

Fortführen nichtinvasive Diagnostik

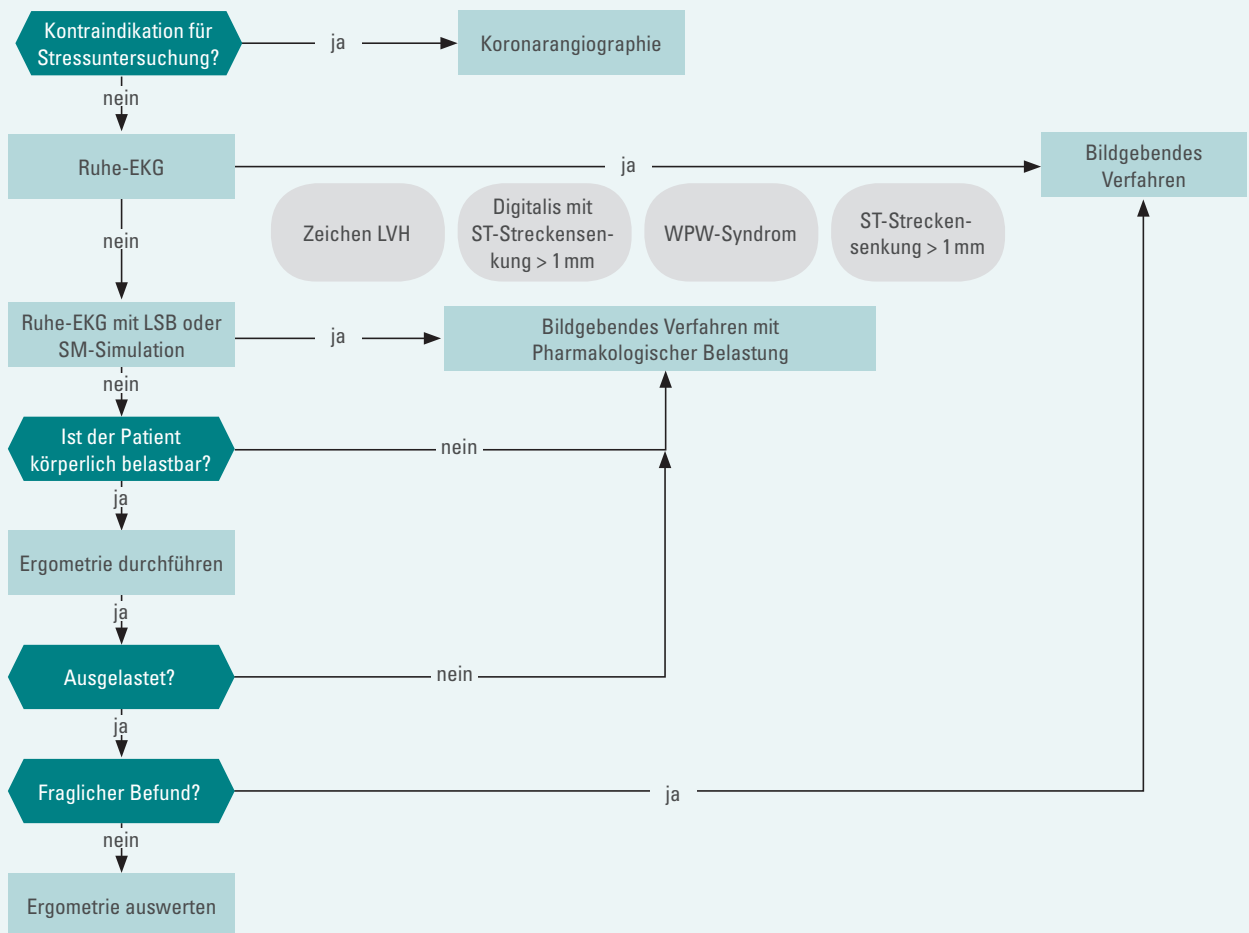


Abb. 3: Darstellung eines Pfades als Prozesskette von oben nach unten (aus einem eigenen Behandlungspfad)

Im Idealfall gilt: Behandlungspfade ...

- sind Aktionspläne zur Behandlung bestimmter Erkrankungen,
- orientieren sich an der zeitlichen Abfolge,
- legen die Verantwortlichkeiten für diagnostische und therapeutische Maßnahmen fest,
- erleichtern die medizinische Dokumentation,
- bilden die Grundlage für Kostenträgerrechnung und Prozesskostenrechnung,
- sind evidenzbasiert,
- sind Steuerungsinstrument,

- sind Bestandteil eines QMS,
- dienen der Ablaufoptimierung,
- fördern die Interdisziplinariät/Interprofessionalität.

Die Zukunft und der Erfolg von Behandlungspfaden werden immer stärker im Bereich der Bereitstellung bzw. dem Angebot gezielter Dienstleistungen (Wettbewerb, Unternehmensstrategie) liegen (dort wo es möglich ist). Dann ist auch der Entwicklungs- und Umsetzungsaufwand gerechtfertigt.

BETRIEBSWIRTSCHAFTLICHE GRUNDLAGEN

**Bernd Knorr**

Regionalleiter West, Gesundheitsmanagement der BERLIN-CHEMIE AG

Dr. med. Dominik Deimel

Geschäftsführender Gesellschafter der com2health GmbH, Weinheim, Bundesverband Managed Care, Leiter der Arbeitsgruppe „Prozess- und IT-Management“

Dr. Şevket Turgut,

Referent Gesundheitsmanagement BERLIN-CHEMIE AG

Prozessmanagement von medizinischen Leistungen auf der Basis einer betriebswirtschaftlichen Kalkulation

Bernd Knorr,

Regionalleiter West, Gesundheitsmanagement der BERLIN-CHEMIE AG

EINFÜHRUNG

Die Gesundheitswirtschaft befindet sich aktuell in einem massiven Umbruch. Die gesundheitspolitische Gesetzgebung hat dies mit den verschiedensten Gesetzen (GKV-WSG, dem VÄndG und dem GKV-Org-WG) eingeleitet. Durch die Wirkungsweise und Mechanismen des **Morbi-RSA** sind die Krankenkassen gezwungen, die Ausgaben für die medizinische Versorgung ihrer Versicherten noch stärker als bisher nach ökonomischen Grundsätzen zu beurteilen. Auf der Basis von **Deckungsbeiträgen** für Erkrankungen nach den einzelnen **Morbiditätsgruppen (MG/HMG)** ergibt sich für die Krankenkasse pro Versichertem entweder ein positiver, neutraler oder negativer Deckungsbeitrag (DB).

Vereinfachte Darstellung Deckungsbeitrag

Einnahmen höher als Ausgaben	= positiver DB
Einnahmen gleich Ausgaben	= neutraler DB
Einnahmen niedriger als Ausgaben	= negativer DB

Das nachfolgende Schaubild (Abb. 1) zeigt schematisch die Situation einer Krankenkasse. Betrachtet werden hierbei Versicherte mit der Haupterkrankung Diabetes. Ferner werden weitere Erkrankungen, sprich Komorbiditäten, berücksichtigt.

Wie die Grafik zeigt, haben rund 70% aller Diabetiker neben ihrer Erkrankung Diabetes höchstens eine weitere Komorbidität, in der Regel eine Herz-Kreis-Lauferkrankung. Der Deckungsbeitrag pro Versicherten ist positiv.

Wiederum 90% der Versicherten in diesem Beispiel haben neben dem Diabetes mellitus bis zu zwei weitere Erkrankungen. Durch das Hinzukommen einer weiteren Erkrankung ist der Deckungsbeitrag pro Versicherten bereits negativ!

Bei den Kosten ist deutlich eine dramatische Zunahme ab der dritten Komorbidität zu sehen; dies führt dann zu einer deutlichen Verschlechterung des Deckungsbeitrags.

In der Konsequenz sind die Krankenkassen gezwungen, die Ausgaben für die medizinische Versorgung ihrer Versicherten entsprechend zu ermitteln und Leistungsbedarfe zu kalkulieren mit dem Ziel, durch ein Versorgungsmanagement für ihre Versicherten einen positiven Deckungsbeitrag zu erzielen. Die notwendigen Leistungsbedarfe werden dann ausgeschrieben.

Die Krankenkassen werden aktiv mit unterschiedlichen Fragestellungen und Angeboten auf medizinische Leistungserbringer zugeben bzw. diese Leistungen ausschreiben.

Die entsprechende Fragestellung an medizinische Leistungserbringer wird daher lauten:

„Zu welchen Konditionen können Sie die medizinische Versorgung, z. B. unserer an Diabetes mellitus erkrankten Versicherten, anbieten und gewährleisten?“

Die medizinischen Leistungserbringer müssen sich auf diese Situation einstellen. Um die oben erwähnte Frage zu beantworten, oder um ein eigenes Leistungs-

Anzahl gleichzeitiger, typischer Komorbiditäten je Patient

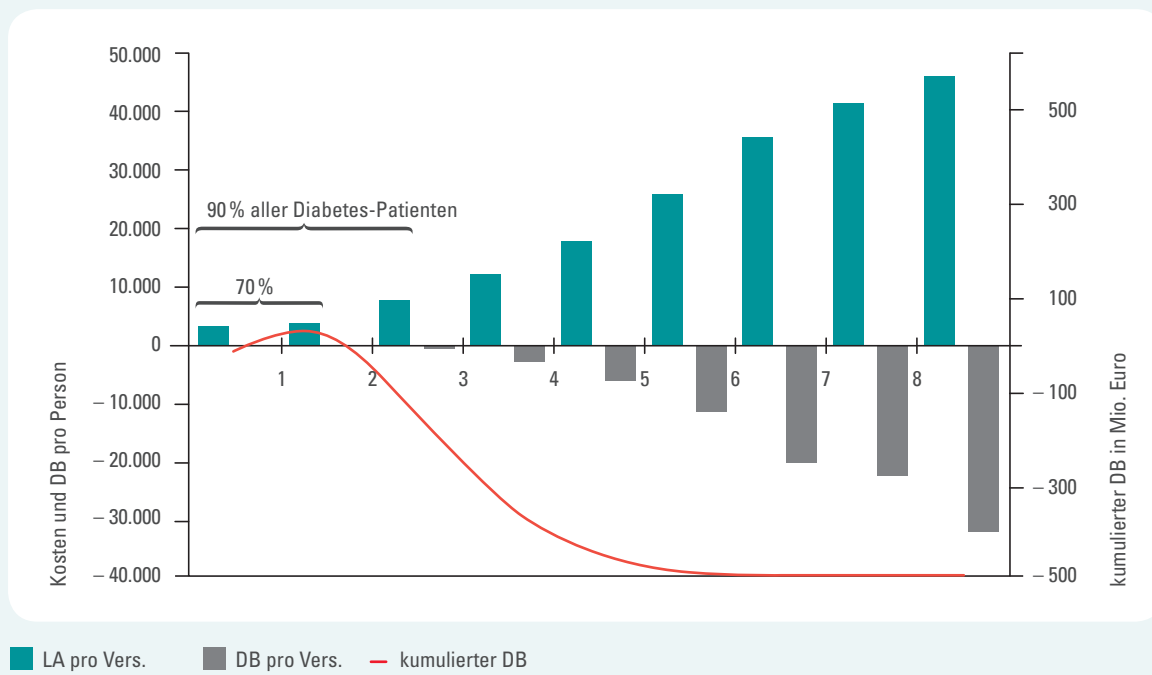


Abbildung 1: Schematisch die Situation einer Krankenkasse.

angebot zu erstellen, sind verschiedene Aufgaben, die nachstehend beschrieben werden, zu bewältigen. Dies hat nichts mit einer Ökonomisierung der Medizin zu tun!

Hinzu kommt, dass einzelne Leistungserbringer die Art der Versorgung nicht gewährleisten können. Kooperationen und Systempartnerschaften zwischen Leistungserbringern gehört die Zukunft.

Dabei kommt es immer häufiger zu ganz neuen Konstellationen:

- Krankenhäuser kooperieren mit niedergelassenen Ärzten,
- Haus- und Fachärzte schließen sich zu Kooperationen zusammen,
- Regionale Praxisnetze gründen überregionale Genossenschaften,
- etc.

Eine der Herausforderungen für die medizinischen Leistungserbringer wird es in Zukunft sein, ihre Honorare für die geleistete medizinische Versorgung eigenständig zu kalkulieren. Niedergelassene Ärzte sind in der Regel damit überfordert, da ihnen bisher diese Aufgabe von den kassenärztlichen Vereinigungen abgenommen wurde.

Einen Einfluss auf die Honorarhöhe der ärztlichen Gebührenordnungen (Einheitlicher Bewertungsmaßstab, EBM, bzw. Gebührenordnung für Ärzte, GOÄ) hatte der einzelne Arzt nicht. Er musste sich also auch nicht ein entsprechendes betriebswirtschaftliches Wissen aneignen. Damit ist es aber jetzt vorbei. Ohne ein betriebswirtschaftliches Grundverständnis wird er nicht in der Lage sein, seine Praxis unter den geänderten Rahmenbedingungen wirtschaftlich zu führen.

Im stationären Bereich war dies schon immer anders. Krankenhäuser verfügen neben dem ärztlichen Leiter auch über einen entsprechenden Fachmann, welcher für die wirtschaftliche Führung des Krankenhauses verantwortlich ist. Ferner haben die Einführungen der Fallpauschalen dafür gesorgt, dass die Versorgungsprozesse im Krankenhaus analysiert und unter wirtschaftlichen Überlegungen kalkuliert worden sind.

Aktuell können zwei Arten von Vertragskonstrukten unterschieden werden:

● FLÄCHENDECKENDE VERTRÄGE

Hier hat die Kassenärztliche Vereinigung einen Auftrag auf gesetzlicher Grundlage einen Vertrag mit einer Krankenkasse zu verhandeln, der die Leistungsinhalte und die Honorierung im Detail regelt. Beispiele für diese Verträge sind: Behandlungsprogramme für Chroniker (DMP) und Strukturverträge. Der einzelne Arzt als Leistungserbringer war weder bei der Festlegung der Leistungsinhalte noch bei der Festlegung des Honorars involviert.

● SELEKTIVVERTRÄGE

Unter die Selektivverträge fallen als Klassiker die Verträge der integrierten Versorgung. Bei diesen Verträgen verständigen sich Leistungserbringer mit einer Kasse oder mehreren Kostenträgern über den Umfang der medizinischen Versorgung und über das Honorar. Im Gegensatz zu den oben genannten Vertragsarten definieren die Leistungserbringer ihren Leistungsumfang und haben dafür auch ein adäquates Honorar kalkuliert und verhandelt. In diesem Kontext wird häufig fälschlicherweise von „**Einkaufsmodellen der Krankenkassen**“ gesprochen. Dies ist dann der Fall, wenn Leistungserbringer nur reagieren. Positiv gesehen kann es aber auch ein „**Angebotsmodell von medizinischen Leistungserbringern**“ sein.

Wenn medizinische Leistungserbringer eigene Angebotsmodelle für Krankenkassen entwickeln möchten, müssen bestimmte „Hausaufgaben“ erledigt werden. Diese sind:

1. *Erlernen von betriebswirtschaftlichen Kenntnissen,*
2. *Definition des Versorgungsauftrages,*
3. *Definition der einzelnen Prozessschritte des Versorgungsauftrages,*
4. *Berechnung der Kosten für diese Prozessschritte,*
5. *Controlling und Steuerung der Prozesse.*

1. BETRIEBSWIRTSCHAFTLICHE KENNTNISSE

Allein die Fragestellung, ob sich die angebotenen medizinischen Leistungen eines Selektivvertrages rechnen, setzt neben dem medizinischen Leistungsportfolio ein solides betriebswirtschaftliches Wissen voraus. Die medizinischen Leistungserbringer müssen in der Lage sein, einen Geschäftsplan (Businessplan) für ihr Geschäftsmodell zu entwickeln und diesen mit entsprechenden Kalkulations- und Rechenmodellen zu versehen. Orientierungshilfen können dabei die bisherige EBM-Struktur, die Fallpauschalen im Krankenhaus und dgl. sein.

Ein sauberes Kosten- und Erlösmanagement bildet die Grundlage, wenn es zum Beispiel um die Frage geht, ob die regionale Vollversorgung von Patienten einer Krankenkasse nicht nur medizinisch, sondern auch wirtschaftlich durchgeführt werden kann. Die Höhe des notwendigen Gesamtbudgets muss valide berechnet werden.

Den Krankenkassen als einzelvertragliche Partner müssen die angestrebten Einsparungen, wie etwa Krankenhauseinweisungen, Reduktion der stationären Verweilzeit (Krankenhaustage) usw., ausführlich dargestellt werden. Denn nur dann sind die Chancen hoch, einen Vertragsabschluss mit der Krankenkasse zu erzielen. Es ist also wichtig sich im Vorfeld darüber im Klaren zu sein, ob solche Zahlen für den Versorgungsaufwand zur Verfügung stehen, oder wie diese Zahlen generiert werden können.

Aufbau eines prozessorientierten Managementsystems

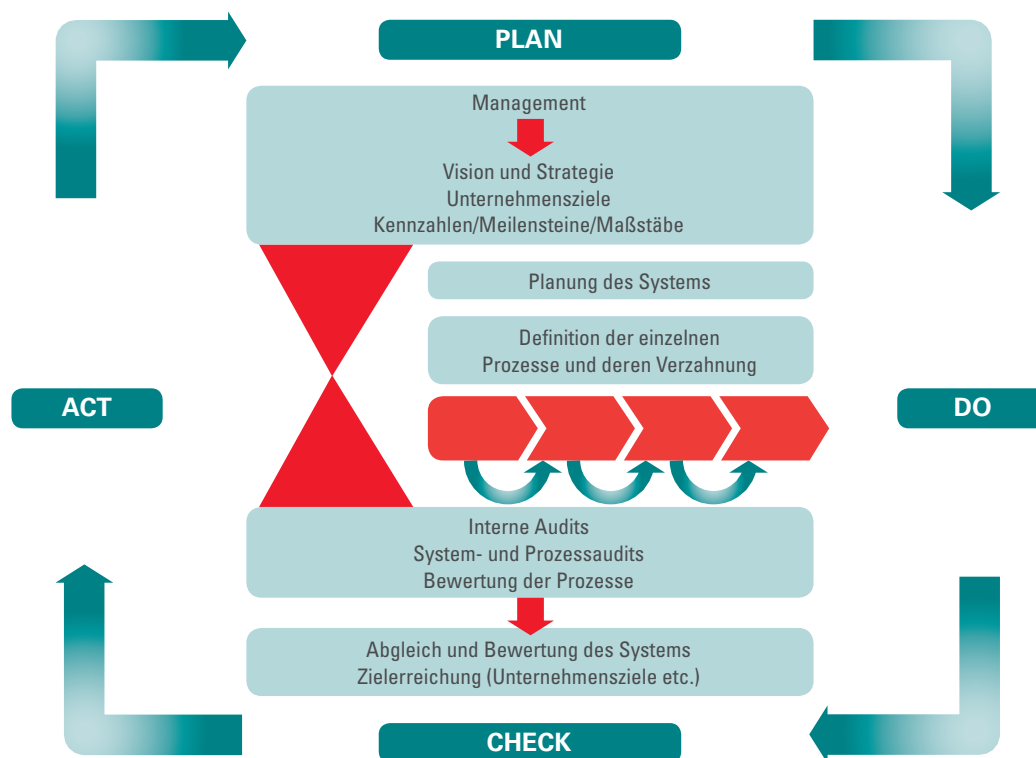


Abbildung 2: Prozessorganisation im Sinne der kontinuierlichen Verbesserung, eigene Darstellung.

2. DEFINITION DES VERSORGUNGSaufTRAGES

Ein Versorgungsauftrag ist immer die Abfolge einzelner Prozessschritte. In der Industrie wird in diesem Kontext von der Wertschöpfungskette gesprochen. Konkret bedeutet dies die Beantwortung der Fragen: Wer macht was und wann im Rahmen einer Patientenversorgung. Werden diese Fragen im Einzelnen beantwortet ist schnell festzustellen, dass unterschiedlich viele Schnittstellen (z. B. Hausarzt, Facharzt, Krankenhaus, Reha, Pflege usw.) an einem Versorgungsauftrag mitwirken. Die Praxis zeigt, je mehr Schnittstellen in einer Wertschöpfungskette, desto mehr Problemfelder können sich ergeben. Werden betriebliche und organisatorische Abläufe stark zerstückelt und müssen strukturbedingte Verantwortungs- und Durchführungsgrenzen in der Organi-

sation überwunden werden, so hat dies in der Regel negative Auswirkungen für die Wertschöpfungskette, die Kundenorientierung und die eigene Struktur.

Negativbeispiele:

- Gesamtabläufe werden undurchsichtig
- an Schnittstellen gibt es Zeitverzug, Kompetenzgerangel, Fehlerquellen
- Entscheidungen dauern zu lange

Um diese Risiken zu minimieren ist eine zentrale, prozessorientierte Steuerung zu schaffen. Diese Steuerung umfasst neben den medizinischen auch die pflegerischen und logistischen Abläufe. Ergänzt um die Erlössteuerung und Kostenkontrolle, einem Qualitätsmanagement und einem Prozesscontrolling.

3. DEFINITION DER EINZELNEN PROZESS-SCHRITTE DES VERSORGUNGS-AUFTRAGES

Wie bereits oben erwähnt lässt sich ein gesamter Versorgungsprozess in Einzelprozesse aufgliedern. Die Frage die sich hier stellt ist: Welche Einzelprozesse sind als **Kernprozesse** einer Leistung zentraler Bestandteil des Versorgungsauftrages.

Für medizinische Leistungserbringer hat es sich bewährt, den Versorgungsauftrag durch **Behandlungspfade**/Patientenpfade zu beschreiben. Innerhalb dieser Beschreibung lassen sich die Kernprozesse sauber von den Hilfsprozessen unterscheiden.

Behandlungspfade sollen sich an der Evidenz, also der bestmöglichen Erkenntnis orientieren. Durch Berücksichtigung entsprechender **medizinischer Leitlinien** wird dies gewährleistet.

Kernprozesse einer medizinischen Versorgung sind in der Regel die

- Patientenaufnahme inklusive Anamnese,
- Diagnostik,
- Therapie- und Behandlungsoptionen,
- Patientenschulung,
- Dokumentation und Controlling.

4. BERECHNUNG DER KOSTEN FÜR DIESE PROZESS-SCHRITTE

Wie viel sollte ein Produkt oder eine Dienstleistung genau kosten? Das ist eine der wichtigsten und schwierigsten unternehmerischen Fragen überhaupt. Die Antwort darauf entscheidet, wie gut oder schlecht sich Produkt oder Dienstleistung verkaufen lassen. Für eine genaue Preiskalkulation muss zunächst ermittelt werden, welche Kosten für das Anbieten eines Produktes oder einer Dienstleistung entstehen. Der Preis sollte diese Kosten und auch einen zusätzlichen Gewinn abdecken.

Eine genaue Preiskalkulation orientiert sich dabei an drei wichtigen Faktoren:

- Angebot und Nachfrage.

- Der Preis soll so hoch sein, dass die Kosten gedeckt und Gewinn erwirtschaftet wird.
- Der Preis soll konkurrenzfähig sein.

Die Frage „**Wie teuer ist für mich als Leistungserbringer meine Dienstleistung oder der einzelne Prozess?**“ lässt sich leider für ärztliche Kooperationsformen nicht so einfach beantworten. Dies liegt zum einen daran, dass die Kostensituation pro Leistungserbringer völlig unterschiedlich ist. So ist zum Beispiel die Höhe der Personalkosten oder auch der Miete für die Praxisräume stark regional abhängig. Auch der Geräteeinsatz unterscheidet sich zwischen einem Haus- und einem Facharzt erheblich.

Zum anderen liegt es aber auch daran, dass die Effizienz der an einem Versorgungsauftrag beteiligten Praxen unterschiedlich sein kann. Es wird Praxen geben, die ihre Prozesse optimiert haben, und solche Praxen, die in diesem Bereich noch Optimierungspotenzial haben.

In der Praxis haben sich unterschiedliche Herangehensweisen etabliert:

- Orientierung an der Systematik des einheitlichen Bewertungsmaßstabes. Der EBM trennt die Ärztliche Leistung (ÄL) von der Technischen Leistung (TL) und rechnet mit kalkulatorischen Honoraren bzw. Zeitaufwand (Abb. 3).
- Erfassung des Zeitaufwandes pro Leistung (**REFA-Methode**). Mittels einer Datenerfassungsmethode (ursprünglich Zeitwerte) wird eine vergleichbare Datenbasis ermittelt. **Beispiele sind:**
 - Wie lange dauert die Patientenadministration an der Anmeldung?
 - Wie lange dauert die Durchführung eines EKGs?
 - Wie lange dauert die Dokumentation eines DMP-Patienten?
 - usw. (Abb. 4)

Da die reine Datenerfassung nicht zu vergleichbaren Ergebnissen führen kann, gruppierten sich schnell auch organisatorische/prozessorientierte Methoden zu den Datenerfassungsmethoden. Im Weiteren entstanden daraus die Steuerungsmethoden (neudeutsch: Controlling)

EBM-Kalkulationsmodell

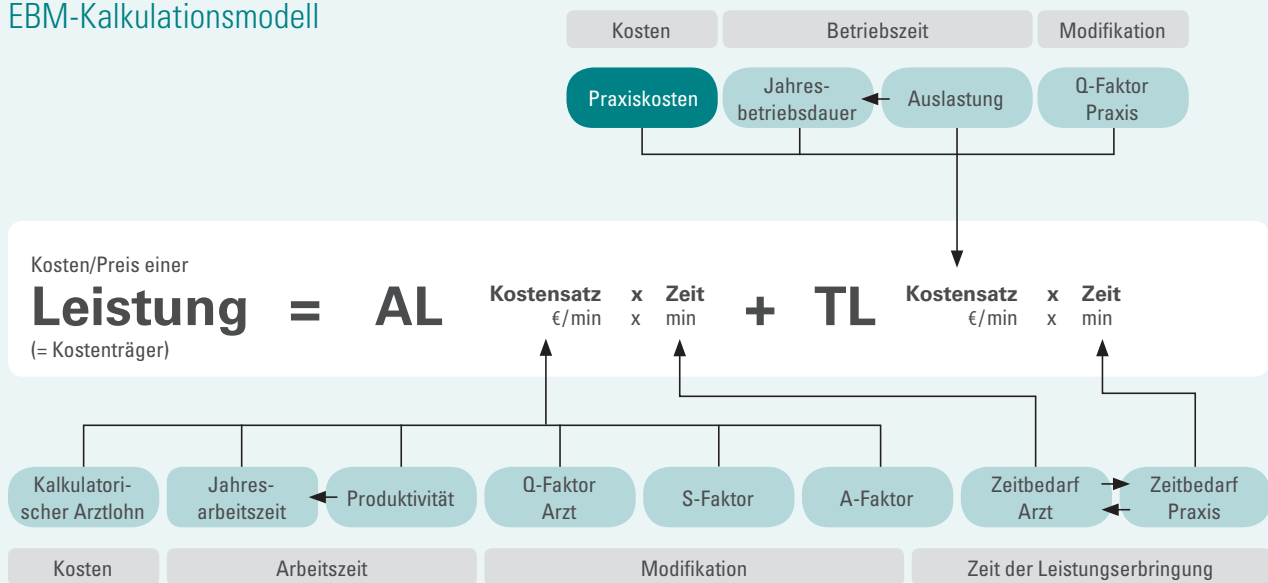


Abbildung 3: Quelle KBV

Prozessdarstellung im Fußnetz Köln

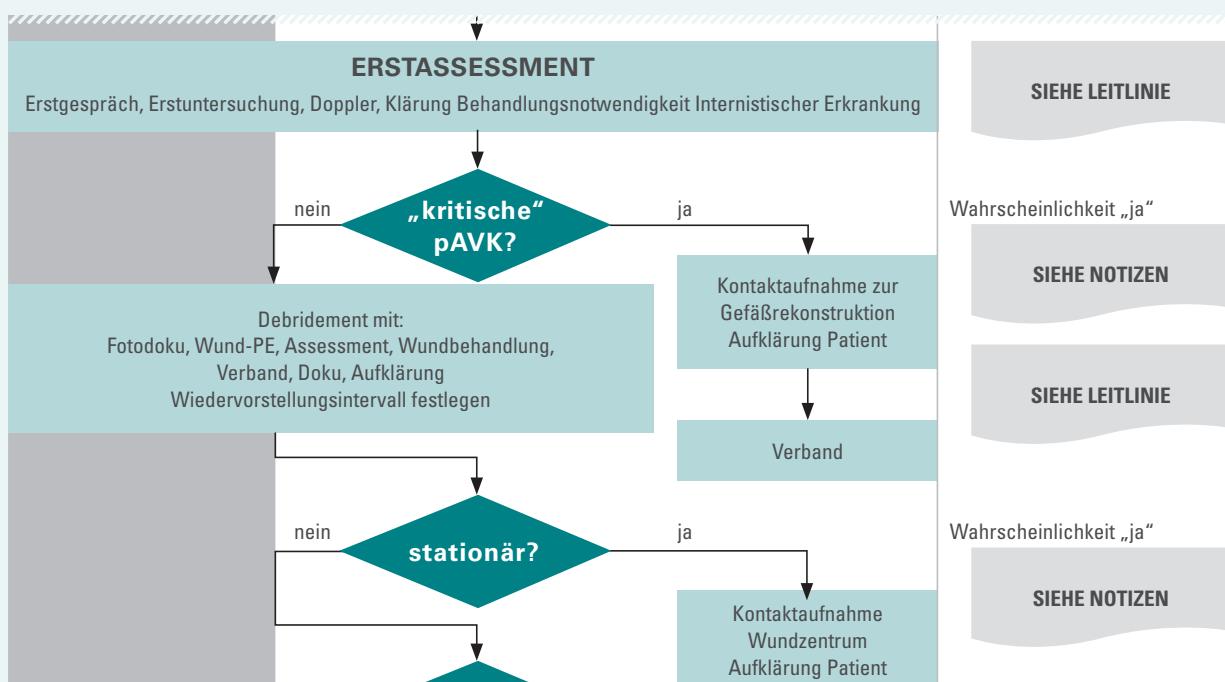


Abbildung 4: Ausschnitt aus dem Prozess Diabetischer Fuß des Fußnetzes Köln

5. CONTROLLING ALS STEUERUNGSTRUMENT

Grundsätzlich stellt eine Arztpraxis ein wirtschaftliches Unternehmen dar. Der niedergelassene Vertragsarzt ist also per se ein Unternehmer.

Wie für andere Unternehmen auch, sind die wichtigsten Kostenblöcke für medizinische Leistungserbringer die Personalkosten, weiter die Kosten für den medizinischen Bedarf einschließlich der Sachkosten. Hierunter fallen als größte Kostenblöcke die Mietkosten für Praxisräume sowie der Aufwand für medizinische Geräte (Kauf oder Leasing). Miete oder Personalkosten sind in den meisten Fällen kurzfristig nicht zu beeinflussen.

Es gilt daher geeignete Controlling-/Messinstrumente heranzuziehen. Hierfür hat sich in der Praxis der Soll-Ist-Vergleich am besten bewährt. Er zeigt dem Leistungserbringer, ob die gesetzten Ziele erreicht wurden.

Ein Controlling hat folgende Bestandteile:

- Unternehmenszielsetzung und dafür notwendige Maßnahmenplanung,
- Betriebswirtschaftliche Planung,
- Soll-Ist-Vergleich und Analyse der Abweichungen,
- Maßnahmen zur Gegensteuerung.

Um die zurückgelegte Entwicklung einer Arztpraxis oder einer ärztlichen Kooperation zu analysieren, werden aus dem **Rechnungswesen** die Ist-Ergebnisse übernommen und mit der ursprünglichen Planung verglichen. Die Analyse der Abweichungen ist das eigentlich Interessante und Bedeutsame. Eine Abweichung muss dabei nicht unbedingt als „gut“ oder „schlecht“ interpretiert werden. Sie kann auch die Erkenntnis bringen, dass Planung auf nicht erreichbaren Annahmen beruhte. Weichen also Ist- und Soll- bzw. Planwerte voneinander ab, so muss der Praxisinhaber die Ursachen dafür finden. Daraus wiederum werden Maßnahmen für die Zukunft abgeleitet.

Diese können z. B. sein:

- Prozessabläufe überprüfen,
- Kosten überprüfen,
- Effizienz steigern/verbessern.

Im Fall eines Planungsfehlers, muss die Planung überarbeitet werden. Der Soll-Ist-Vergleich führt also auch dazu, Ziele zu überdenken, neu zu formulieren oder geplante Aktivitäten zu korrigieren.

Abweichungen sind übrigens normal!

Das bedeutet aber nicht, dass es sinnlos ist, überhaupt zu planen. Planabweichungen zeigen vielmehr konkrete Erkenntnisse über ein Unternehmen, die es sonst nicht gäbe.

Kennzahlengesteuertes Management regionaler Versorgungskonzepte

Dr. med. Dominik Deimel,
com2health GmbH

EINLEITUNG

Kooperatives Zusammenarbeiten z. B. in regionalen Ärztenetzen ermöglicht den Aufbau neuer Versorgungskonzepte, welche nicht nur eine verbesserte Abstimmung der Diagnostik und Therapie für den Patienten ermöglicht sondern auch neue betriebswirtschaftliche Spielräume für alle Beteiligten schafft. Umso mehr die etablierten Strukturen aufbrechen und innovative, unternehmerische Ansätze die neuen Versorgungskonzepte bestimmen, ist es unerlässlich ein kennzahlenorientiertes Management aufzubauen, welches eine betriebswirtschaftliche Steuerung und eine Transparenz über die Prozess- und Ergebnis-Qualität zulässt.

Die Frage stellt sich allerdings, wie Gesundheitseinrichtungen zu entsprechenden Kennzahlen kommen und wie ein übergreifendes kennzahlenorientiertes Versorgungsmanagement in der ambulanten Versorgung aber auch über die Sektorengrenzen hinweg etabliert werden kann.

KENNZAHLEN IM GESUNDHEITSWESEN

Kennzahlen im Gesundheitswesen sind absolute oder relative Größen, mit Hilfe derer wirtschaftliche und medizinisch- pflegerische Sachverhalte quantitativ dargestellt werden können. Hierbei ermöglichen Kennzahlen einem Unternehmen betriebswirtschaftliche Sachverhalte zu beschreiben bzw. Prognosen über die weitere ökonomische Entwicklung zu erstellen. Gleichzeitig gelten Kennzahlen als Vorgabe für Zielgrößen und gestatten die Kontrolle der Zielerreichung.

Kennzahlen können Informationen zu Kosten (z. B. Personalkosten, Sachmittel, Umlagen u.a.) als auch zur Zeitdauer (z.B. Dauer bis Arztbrief beim Hausarzt eintrifft, durchschnittliche Wartezeit des Patienten auf einen elektiven Eingriff) beinhalten und gehen damit auch über eine reine betriebswirtschaftliche Betrachtung hinaus. Qualitätsorientierte Kennzahlen lassen Aussagen über Patientenzufriedenheit und Outcome (Morbidity, Re-Morbidity) zu (Tab.1).

Doch liegen heute die notwendigen Kennzahlen-Modelle zur Beantwortung der relevanten Fragestellungen nur bedingt vor. So hat z. B. die derzeit immer noch stark sektorierte Versorgung zur Konsequenz, dass die Erhebung von Daten im deutschen Gesundheitssystem an den jeweiligen Sektorengrenzen aufhört. Während in deutschen Krankenhäusern vermehrt Management-Informationen-Systeme zur Datenzusammenführung und Steuerung genutzt werden, ist im ambulanten Sektor lediglich eine abrechnungsbezogene Auswertung der Informationen möglich.

ENTWICKLUNG VON KENNZAHLENMODELLEN

Die Entwicklung neuer Versorgungsformen in den letzten zehn Jahren hat inzwischen einen Stand erreicht, der hohe unternehmerische Freiheitsgrade für die Leistungserbringer-Organisationen ermöglicht. Mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG § 137a SGB V) steht seit 2007 eine rechtliche Grundlage zur Verfügung, die inzwischen zu unterschiedlichen Modell-Ansätzen geführt hat. Der Aufbau von medizinischen Versorgungszentren, die Bildung neuer

Beispiele für Kennzahlen

QUALITÄT**Kennzahlen für den Gesamtprozess**

- Infektionsrate
- Zahl der Komplikationen
- Zahl der Wiederaufnahmen
- Anzahl der Kontakte zw. Pflegekräften und Patient
- Ergebnisse aus Patientenbefragungen

Kennzahlen zu Tätigkeiten und Teilprozessen

- Wird der Patient beim Mittagessen und in der Mittagspause gestört?
- Ist die Laboranforderung unterschrieben?

ZEIT

- Durchlaufzeit
- Liegezeit
- Transferzeit
- Bearbeitungszeit
- Verweildauer des Patienten
- Wartezeiten des Patienten
- Wartezeiten des Personals
- Leerzeiten des OP
- Dauer der Wiederverfügbarkeit von Instrumenten

KOSTEN

- Personalkosten
- Sachkosten
- Kosten der Verschwendung von Ressourcen
- Mengen- und Preiskomponenten
- Fixe und variable Anteile; d. h. Leistungsmengen abhängige und unabhängige Anteile

Tabelle 1: Beispiele für Kennzahlen

Kooperationsmodelle zwischen stationären und ambulanten Versorgern (z. B. im Rahmen von interdisziplinären Zentren) aber auch die Kettenbildung und die Entwicklung von Franchise-Konzepten beweisen, dass der Weg hin zu neuen Versorgungsformen am Ende eine hohe Variabilität erzeugen kann und wird.

Doch gerade dort, wo neue Versorgungsformen auch zu neuen Geschäftsfeldern und -modellen führen, die am Ende in Verträge mit leistungsgesteuerten Geldflüssen übergehen, ist es unumgänglich, Transparenz in alle für die Gesamtorganisation relevanten Daten und Kennzahlen zu bringen. Dies bedeutet am Ende, dass jeder, der sich an einem solchen neuen Versorgungskonzept beteiligen möchte, auch bereit sein muss, die für die Steuerung und das Controlling notwendigen Daten zur Verfügung zu stellen. Ist diese Bereitschaft vorhanden obliegt es dem Ärztenetz ein für ihre Zwecke relevantes Kennzahlenmodell aufzubauen, um die Daten zu ermitteln, die regelmäßig für

die Umsetzung des Versorgungsmanagements erhoben und geliefert werden muss.

Zur Erstellung eines Kennzahlenmodells brauchte es in der Versorgungskette den Aufbau einer Kunden/Lieferanten-Beziehung innerhalb einer Organisation (z.B. einem kooperierendem Ärztenetz) bzw. zu den angebundenen Partnern (z.B. zu Krankenhäusern, Reha-Kliniken u.a.). Innerhalb dieses Versorgungsmodells lassen sich dann die Schnittstellen zwischen den unterschiedlichen internen und externen Bereichen identifizieren und die Input/Output Beziehungen beschreiben (Abb. 1).

Mit den klassischen vier W-Fragen (Wer, wann, wo, wie?) können die Beziehungen und die notwendigen Kennzahlen (zu Qualität, Kosten, Zeit, Zuverlässigkeit, Flexibilität, Menge u.a.) erarbeiten:

Entwicklung Kennzahlenmodell Gesundheitswesen

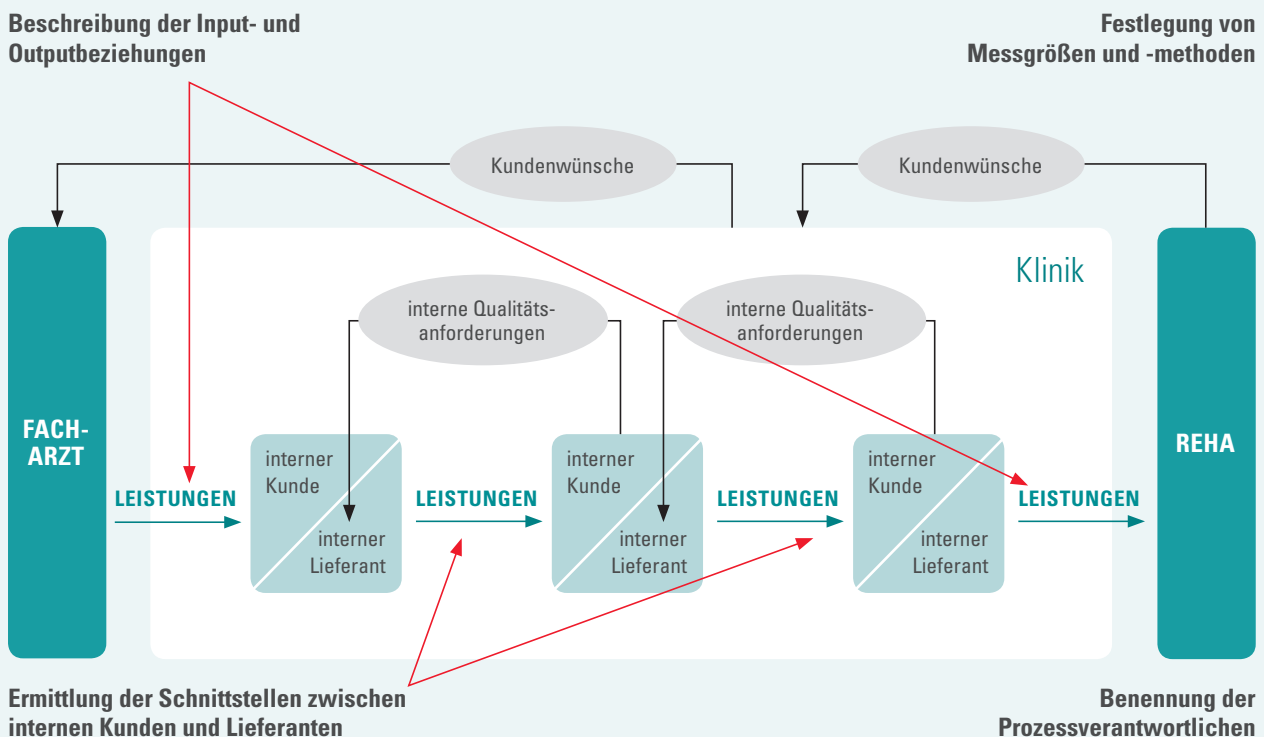


Abbildung 1: Quelle: Greiling, Michael, Vortrag: 2009

WER: Welche Berufsgruppe? Welche Person liefert die Leistung? Welche Qualifikation muss die Person vorweisen, die den Output annimmt; muss es Fachpersonal sein oder reicht es aus, wenn es angelernte bzw. nicht qualifizierte Mitarbeiter sind?

WANN: Zu welchem Zeitpunkt ist die Abnahme der geforderten Leistung garantiert, ohne definierte Wartezeiten bei der Übergabe der Leistung zu überschreiten?

WO: Eine eindeutige präzise Ortsangabe ist nötig, sofern verschiedene Orte zur Annahme zur Verfügung stehen bzw. im Wechsel angeboten werden.

WIE: Welche Güte muss das Produkt, die Information, die Dienstleistung besitzen (Vollständigkeit, Qualität), das vom Lieferanten geliefert wird?

In der ambulanten Versorgung hat die einzelne Arztpraxis in der Regel einen guten Überblick über die Anzahl der behandelten Patienten, die erbrachten Leistungen und die verursachten Kosten. Ein darüber hinausgehendes Daten-Management und Controlling war bisher nicht notwendig. Der einzelne Arzt entscheidet selber über Art und Umfang der Steuerung seiner Praxis.

Mit der stärkeren Vernetzung der verschiedenen Gesundheits-Dienstleister geht die Erwartung einher, dass die Effektivität verbessert, die Gesamtkosten gesenkt und die Qualität der Versorgung gesteigert wird. Genau hier liegt der unternehmerische Anspruch dieser Kooperationsmodelle, die am Ende in einem sich im zunehmenden Wettbewerb stehenden Markt durchsetzen sollen und auch können. Dies erfordert aber auch eine stärkere Transparenz über die erbrachten Leistungen und ihre Qualität (Abb. 2).

Beziehung zwischen Versorgungsqualität und Kosten

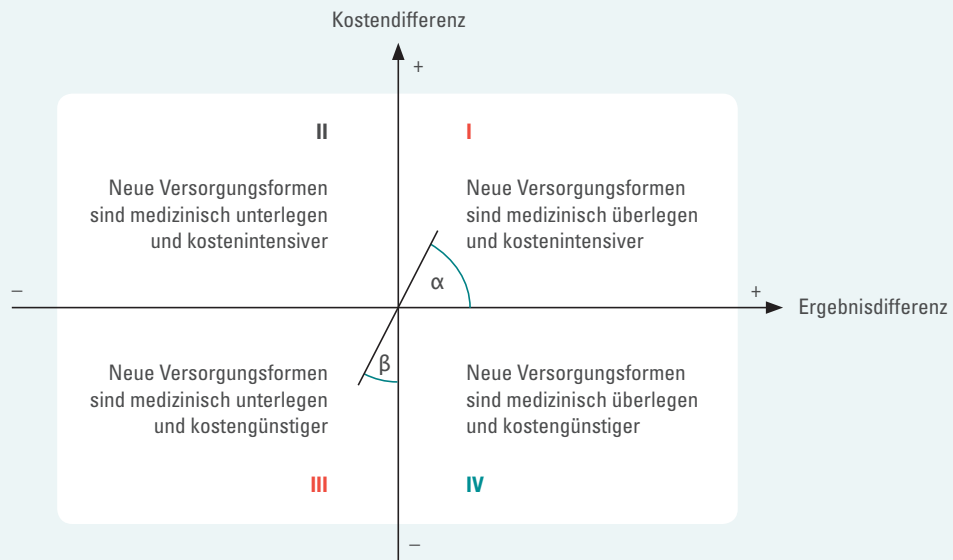


Abbildung 2: Quelle: Schulz, Sebastian, Vortrag: Evaluation Integrierter Versorgungsformen

DATENQUELLEN FÜR DEN AUFBAU EINES KENNZAHLEN-MANAGEMENT

Ein Kennzahlen-Management dient den Betreibern innovativer Versorgungskonzepte dazu, nach innen und außen (z.B. gegenüber Kostenträgern) die Effektivität und Qualität ihres kooperativen Handelns aufzuzeigen. Die Herausforderung wird nicht nur darin bestehen, entsprechende Kennzahlenmodelle zu entwickeln, sondern auch eine entsprechende IT Infrastruktur aufzubauen, um die Datenqualität zu erreichen, die für eine zeitnahe kennzahlengesteuertes Management notwendig ist.

Schaut man sich die heutige IT-Landschaft innerhalb der ambulanten Versorgung an, so stellt man fest, dass neben den klassischen Praxis-Verwaltungs-Systemen (PVS) alle vorhandenen Lösungen für eine übergreifendes ambulantes Management (z.B. in einem Ärztenetz) aus den Ansätzen der Einzelpraxissystemen entwickelt wurden. So stehen bisher keine Kostenrechnung, kein Lieferantenmanagement, keine Einkaufsdaten und auch kein übergreifendes Controlling zur Verfügung. Technologisch betrachtet ist auch

kein zentrales IT-Management möglich, da die übergreifenden IT Systeme lediglich eine Übergabe der Daten von einer zur nächsten Arztpraxis zulassen. Hinzu kommt trotz der dominanten Marktposition der zwei großen PVS Anbieter in Deutschland, dass es weiterhin über 30 verschiedene PVS-Systeme auf dem Markt gibt, die technologisch unterschiedliche Daten-Schnittstellen besitzen. Vorhandene Standards (z.B. BDT, XML, HL7 u.a.) helfen Kern-Informationen ohne größeren Aufwand zu transportieren. Daten bzw. Kennzahlen, die über diesen Standard hinausgehen, erfordern häufig eine sehr aufwändige Vorgehensweise.

Auf dem Markt befinden sich unterschiedliche IT-Lösungen, die das Zusammenführen von Daten inkl. einer evtl. notwendigen Pseudonymisierung erlauben. Der in vielen anderen Branchen bereits etablierte technologische Ansatz eines Data Ware Houses bzw. Management-Information-Systems, welcher die Zusammenführung und Auswertung unterschiedlicher Datenquellen in einem System erlaubt, kommt hierbei zur Anwendung. Die Notwendigkeit verschiedene Fragestellungen aus Sicht der Medizin, des Qualitäts-

Managements aber auch der Betriebswirtschaft in einer IT Lösung abzubilden lässt sich nur durch eine flexibles Datenmodell und eine einfache Auswertbarkeit erreichen. Data Ware House Lösungen bieten hierbei Daten-Schnittstellen, Routinen zur Daten-Zusammenführung und Auswertungsberichte an.

NOTWENDIGE VORAUSSETZUNGEN FÜR EINE GEMEINSAMES KENNZAHLEN MANAGEMENT

Insgesamt hat die Anforderung gemeinsamer Patientenversorgung und Kooperation in vielen Ärztenetzen zu einer Vereinheitlichung der Praxis-Verwaltungs-Systeme geführt. Auch wenn diese häufig mit hohem Investment verbundene Entscheidung vordergründig den Datentransfer zwischen den Arztpraxen vereinfacht, so kann dies auf längere Sicht nicht die Lösung bei der Umsetzung gemeinsamer Versorgungsmodelle sein.

Wichtiger erscheint es, dass für ein Kennzahlen-Management in einem kooperativen Versorgungsansatz eine Organisation geschaffen wird, die sich für die Zusammenführung, Aufbereitung und Interpretation der Daten verantwortlich zeigt. Die Gründung einer separaten Managementgesellschaft bzw. der Aufbau einer internen Geschäftsstelle mit entsprechender Infrastruktur (personell und informationstechnologisch) sind Beispiele für Organisationsformen, die helfen ein gemeinsames Datenmanagement zu etablieren.

Vor der IT-Lösung eines gemeinsamen Kennzahlen-Managements ist allerdings zunächst noch die Entwicklung eines Datenmodells für die Beantwortung der relevanten Fragestellungen notwendig. So kommen unter Berücksichtigung der unternehmerischen Herausforderung neuer Versorgungsformen mit der evtl. verbundenen Übernahme einer Budget-Verantwortung für den Patienten (z.B. im Rahmen eines IV-Vertrages mit Einsparcontracting) zusätzliche Fragestellungen auf das Management zu: Wie kann ich meine Patientengruppe mit den optimal Kosten so behandeln und evtl. coachen, dass die aktuellen Krankheiten versorgt sind und eine effektive Prävention das Neuauftreten von Krankheiten verhindert?

Hierzu wird derzeit ein entsprechendes „Morbidity-Profiling“ entwickelt, welches eine Vorhersage und somit eine Risiko-Abschätzung möglicher Kosten zu einer definierten Population zulässt. Das hierzu notwendige Kennzahlenmodell muss allerdings nicht nur eine Aussage über die Morbidität einer Patientengruppe zulassen (z.B. über die Diagnose-Statistik der Krankenkassen) sondern auch die Daten der Leistungserbringer (z.B. Abrechnungsdaten u.a.) sowie der Kostenträger zusammenführen. Mit diesem Ansatz wird derzeit der Versuch unternommen, übergreifende Versorgungsmodelle zu rechnen und parallel die Zusammenführung der Informationen für eine Versorgungsforschung aufzubauen.

Gerade im Bereich der Versorgungsforschung liegt ein weiteres Potential einer Kennzahlenorientierung, da allein die Transparenz über die ambulante Arzneimittelversorgung gerade bei multimorbiden Patienten ein erhebliches Einsparpotential mit sich bringen würde.

ZUSAMMENFASSENDE THESEN

- ❶ Ein Versorgungsmanagement ohne Kennzahlen zu Kosten, Zeit und Qualität ist nicht steuerbar.
- ❷ Passende Kennzahlen, insbesondere über die Sektorengrenzen hinweg müssen im Ärztenetz entwickelt werden.
- ❸ Es geht nicht nur um Kosten und Zeiteffizienz, sondern besonders auch um die Erstellung von Qualitäts-Kennzahlen.
- ❹ Versorgungsmanagement braucht zwingend die Aufnahme und Steuerung von Prozessen (z.B. übergreifende klinische Behandlungspfade für ambulante und stationäre Versorgung).
- ❺ IT Unterstützung für regionale Versorgungskonzepte erfordern zentral betreute Software-Lösungen.
- ❻ Die Bedeutung des „Case-Managements“ zur Steuerung des Patienten wird zunehmen und erfordert entsprechende über die Sektorengrenzen hinweg reichende „workflow-orientierte“ IT Unterstützung.

Marketing in Ärztekooperationen

Dr. Şevket Turgut,

Referent Gesundheitsmanagement BERLIN-CHEMIE AG

EINLEITUNG

Die Ökonomisierung im Gesundheitswesen sowie der politisch gewollte Wettbewerb erfordern zunehmend den Einsatz marktwirtschaftlicher Elemente und Strategien seitens der Akteure. Entsprechend müssen Ärzte unternehmerisch denken und ihr Handeln den neu entstandenen Anbieterstrukturen anpassen. In dem Zusammenhang wird der Einsatz des Marketings in der Praxis und in Netzen an Bedeutung gewinnen.

Der Arzt sieht sich zunehmend einem informierten Patienten gegenüber, der Angebote von Kassen und Leistungserbringern gegeneinander abwägt. Diese Veränderung, auch wenn sie nicht alle Patienten einer Arztpraxis betrifft, kann als Wandel vom Verkäufer zum Käufermarkt beschrieben werden. In vielen Regionen ist der Arzt nicht der alleinige Anbieter von Leistungen, sondern steht im Wettbewerb mit anderen Ärzten, Krankenhäusern und MVZen, die um den Patienten werben. Der zunehmend besser informierte Patient kann aber auch durch gezielte Maßnahmen gewonnen und an die Praxis gebunden werden.

DEFINITION

„Marketing umfasst alle Maßnahmen einer ziel- und wettbewerbsorientierten Ausrichtung der marktrelevanten Aktivitäten der Unternehmung an ausgewählten Problemfeldern gegenwärtiger und zukünftiger Kundenpotentiale unter Einsatz planender, steuernder, koordinierender und kontrollierender sowie marketingpolitischer Instrumente.“

Marketing bezieht sich nicht auf die Bedürfnisse des Kunden allein, sondern kann als Konzept zur Unternehmensführung gesehen werden. Um die individuellen Ziele zu erreichen, werden alle Aktivitäten an akuten und prospektiven Entwicklungen der Märkte ausgerichtet.

MARKETINGANSÄTZE

Verschiedene Marketingansätze unterscheiden dabei die Aktivitäten im Bereich der Dienstleistungen, der Beziehungen und der Gesellschaft, wobei im Gesundheitsmarketing Akteure aus allen genannten Bereichen zu finden sind:

- **Patienten** nehmen als Leistungsempfänger, Verbraucher und Kunden teil.
- **Leistungserbringer** sind durch Ärzte, Zahnärzte, Ärztekooperationen, Krankenhäuser, Apotheker sowie andere Anbieter von gesundheitsbezogenen Leistungen vertreten.
- **Kostenträger** sind die gesetzlichen Krankenkassen und die Privaten Versicherungen, die im Rahmen von Einzelverträgen als Vertragspartner bzw. Kunde von Ärztekooperationen auftreten können.
- **Unternehmen** beteiligen sich in dem Bereich Pharma, Medizintechnik oder als Managementgesellschaften.
- **Öffentlichkeit** ist in Form von Verbänden, Politik oder Medien ein wichtiger Faktor im Gesundheitsmarketing.

DIENSTLEISTUNGSORIENTIERTER MARKETINGANSATZ

Im besonderen Interesse des Austauschprozesses zwischen den Interaktionspartnern steht der Patient in seiner Eigenschaft als Kunde. Der mündige Patient bzw. Kunde steht im Mittelpunkt und wird in die Leistungserbringung mit einbezogen. Der gesamte Interaktionsprozess muss auf den Patienten inhaltlich und qualitativ abgestimmt werden, wobei der Umfang der Beteiligung des Patienten vom Arzt bestimmt wird. Die Gestaltung des Behandlungs- und Serviceangebots der Arztpraxis orientiert sich konsequent an den Patientenbedürfnissen und soll bessere Therapie-, Behandlungs- und Beratungsleistungen als die des Konkurrenten hervorbringen. Die Zufriedenheit des Patienten ist Ausgangspunkt für alle Ausrichtungen, Entscheidungen und Maßnahmen unter Berücksichtigung von Qualität und Wirtschaftlichkeit.

BEZIEHUNGSORIENTIERTER MARKETINGANSATZ

Der beziehungsorientierte Ansatz setzt ebenfalls bei den Patienten/Kunden an. Im Mittelpunkt stehen jedoch die strategischen Entscheidungen. Es wird besonders darauf geachtet, dass die bestehenden Verhältnisse zu den Patienten beibehalten und intensiviert werden. Langfristige Beziehungen, Kooperationen und Partnerschaften werden angestrebt, um auf dem Markt zu bestehen.

GESELLSCHAFTSORIENTIERTER MARKETINGANSATZ

Bei diesem Marketingansatz steht die Gesellschaft in Form von Unternehmen, Einrichtungen, Organisationen und der Öffentlichkeit im Fokus der Aktivitäten. Gesellschaftsbezogene Interessen werden bei den unternehmerischen Planungen berücksichtigt sowie eigene Interessen in der Öffentlichkeit bekannt gemacht und vertreten. Im Idealfall werden relevante Entwicklungen mit Mitteln der Public Relations oder des Lobbying im Vorfeld beeinflusst.

Bei allen Marketingansätzen müssen Ärztekooperationen bei ihren Planungen die Krankenkassen mit berücksichtigen. Im dienstleistungsorientierten Marketingansatz sind die Zufriedenheit des Patienten sowie Qualität und Wirtschaftlichkeit wichtige Vertragsinhalte. Die strategischen Entscheidungen im beziehungsorientierten Ansatz betreffen ebenso langfristige Beziehungen, Kooperationen und Partnerschaften mit den Kostenträgern. In diesem Zusammenhang können Aktivitäten des gesellschaftsorientierten Marketingansatzes für oder mit Krankenkassen durchgeführt werden.

MARKETINGABLAUF

Der Marketingablauf lässt sich grundsätzlich in drei Schritte einteilen:

- Im ersten Schritt gilt es im Rahmen der **Marktanalyse** die gegenwärtige und die künftig zu erwartende Situation der Ärztekooperation zu analysieren. Die Patientenstruktur nach demographischen Merkmalen und Morbiditäten bildet dabei eine wichtige Datengrundlage.
- In einem weiteren Schritt erfolgt die Festlegung von **Marketingzielen**. Die Marketingziele richten sich selbstverständlich nach den Zielen der Ärztekooperation. Eine detaillierte Ergründung der Partialinteressen aller Beteiligten ist dabei aber unabdingbar.
- Anschließend werden die **Marketingstrategien** entwickelt. Marketingstrategien sind mittel- bis langfristige Grundsatzentscheidungen darüber, wie, mit welcher Vorgehensweise und unter Einsatz welcher Marketinginstrumente die festgelegten Marketingziele erreicht werden sollen.

Mögliche Strategievarianten sind **Bewahrungsstrategien** (mit gleichen Leistungen auf den gleichen Markt), **Innovationsstrategien** (mit neuen Leistungen auf den gleichen Markt) und **Ausbruchstrategien** (mit neuen Leistungen auf einen neuen Markt).

MARKETINGWERKZEUGE

Die klassischen Marketinginstrumente sind auch auf das Gesundheitswesen übertragbar (**4Ps**):

PRODUKTPOLITIK (PRODUCT)

Im Bereich der Produktpolitik geht es um Art und Umfang der Behandlungsleistung, welche für den Patienten erbracht wird. Dabei werden alle Maßnahmen berücksichtigt, die der bestmöglichen Gestaltung des Produktes dienen und den Erwartungen des Patienten entsprechen.

DISTRIBUTIONSPOLITIK (PLACE)

Im Rahmen der Distributionspolitik geht es darum, die Behandlungsleistungen und andere Serviceleistungen möglichst zeit- und bedarfsgerecht für den Patienten zu erbringen. Wichtige Faktoren sind hierbei die räumliche und zeitliche Erreichbarkeit und Mobilität der Ärzte, der Umfang von Hausbesuchen und die Regelung der Wartezeiten. Im übergeordneten Kontext geht es u. a. um Standortpolitik, den Aufbau von Vertriebs- und Überwachungsstrukturen sowie von Kooperationen und Versorgungsnetzen.

KOMMUNIKATIONSPOLITIK (PROMOTION)

Die Kommunikationspolitik beinhaltet alle zielgruppengerechten Maßnahmen, mit welchen die Behandlungs- und Serviceleistungen den Patienten angeboten werden bzw. mit welchen die Ärzteskooperation den Patienten vorgestellt wird. Eine weitere Form der Patientenkommunikation ist das Empfehlungsmarketing durch zufriedene Patienten, die Freunden und Verwandten die Kooperation weiterempfehlen.

PREISPOLITIK (PRICE)

Die Preispolitik oder Kontrahierungspolitik befasst sich mit der Art und Weise der Vergütung ärztlicher Behandlungen. Diese kann z. B. bei Selbstzahlerleistungen und Einzelverträgen zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern geregelt werden. Eine genaue Prozesskostenanalyse ermöglicht dabei die Wirtschaftlichkeit einer Leistungserbringung.

Dieser klassische Marketing-Mix wird im Rahmen des Dienstleistungsmarketings oft durch drei weitere „P“

ergänzt. Im entsprechenden **7P-Marketing Mix** für Dienstleistungen finden sich zudem:

PERSONALPOLITIK (PERSONNEL)

Die Personalpolitik befasst sich mit den Mitarbeitern und deren Fähigkeiten bzw. Kompetenzen. Die Mitarbeiter müssen befähigt und motiviert werden, die Marketingstrategien auch entsprechend umsetzen zu können. Unterstützende Maßnahmen zielen daher beispielsweise auf Qualifikation und Weiterbildung, interne und externe Kommunikation sowie Arbeitsplatzgestaltung.

AUSSTATTUNGSPOLITIK (PHYSICAL FACILITIES)

Die Ausstattung und Gestaltung einer Praxis beeinflusst den Patienten auch bei der Beurteilung der ärztlichen Leistungen. Entsprechend wichtig ist ein umfassend geordnetes, gepflegtes und hygienisches Erscheinungsbild der Praxen und Netzeinrichtungen. Weitere Standortfaktoren wie Parkplätze, Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr sowie Orientierungshilfen innerhalb der Einrichtungen gehören ebenfalls zu der Ausstattungspolitik.

PROZESSPOLITIK (PROCESS)

Eine gute Prozesspolitik optimiert Arbeitsabläufe und führt zu besserer Qualität sowie Arbeits- und Patientenzufriedenheit. Offen dargestellte Prozesse erhöhen zudem die Transparenz und fördern das Vertrauen bei dem Patienten. Das Qualitätsmanagement stellt dabei einen wichtigen Teil der Prozesspolitik dar.

Die Umsetzung von Marketing in Arztnetzen sollte anhand einer individuellen Marketing-Konzeption erfolgen, die Marketing-Ziele, Marketing-Strategien und Marketingmaßnahmen definiert und Instrumente zur Erfolgskontrolle nennt. Entsprechend werden folgend lediglich **Beispiele für Marketingaktivitäten** genannt, die optional eingesetzt werden können:

● Patienten-Kommunikation:

Verständliche Erklärung des Therapie-/Behandlungsablaufes, Internetpräsenz, Radio- und Fernsehprogramme für Patienten, Netzbroschüren und Informationsprospekte, Vorträge, Patiententage.

• **Kontakt- und Kooperationsaufbau:**

Vorträge, Workshops, Konferenzen, Einbindung nicht ärztlicher Berufe in Leistungsprogramme, Einbindung in integrierte Versorgungssysteme.

• **Interne Kommunikation:**

Wichtige Instrumente der kooperationspezifischen Kommunikation: Regelmäßige Rundbriefe, Netzzeitungen, Internetauftritte, Netzbüro sowie Netzkonferenzen.

• **Pressearbeit:**

Pflege der Beziehungen zu Journalisten durch Presseberichte, Interviews, Führungen oder Pressekonferenzen.

• **Events:**

Vorträge und Führungen, Kulturveranstaltungen, indikationsspezifische Patientenveranstaltungen, Tage der offenen Tür und Netzfeste.

• **Lobbying:**

Kontaktpflege zu politischen Entscheidungsträgern, Interessenvertretern und Multiplikatoren durch gemeinsame Aktivitäten, Einladungen zu Veranstaltungen, und Datenversorgung für Politik.

WERBERECHT

Dem Arzt sowie der Ärztekooperation sind bei der Anwendung von Marketingaktivitäten allerdings Grenzen gesetzt. Gemäß § 1 der Musterberufsordnung für Ärzte (MBO) übt der Arzt einen freien Beruf aus und unterliegt den ärztlichen Standesvorschriften. Bis 2000 galt ein generelles Werbeverbot für den Arzt, das nur in Einzelfällen werbende Maßnahmen zuließ. Heute ist die ärztliche Werbung zulässig, so lange diese nicht berufswidrig ist. Das Werbeverbot hat sich in eine Werbeerlaubnis mit Verbotsvorbehalt gewandelt. Was nun erlaubte Information und was berufswidrige Werbung ist, wird in den §§ 27 ff. MBO, aber auch im Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UGW), im Heilmittelwerbegesetz (HWG) und in den verfassungsrechtlichen Vorgaben im Grundgesetz geregelt. Erlaubt ist sachliche, berufsbezogene Werbung, die nicht anpreisend, irreführend oder vergleichend ist.

Erlaubte Werbe- und Marketingmaßnahmen sind z.B.:

- Broschüren, Netzzeitungen und Wartezimmerfernsehen mit Patienteninformationen, sofern sie allgemein gehalten werden und nicht die Leistungen eines werbenden Arztes herausstellen,
- Hinweise auf Ortstafeln, in kostenlos verteilten Stadtplänen und über Bürgerinformationsstellen,
- Darstellung von besonderen Service- und Dienstleistungen,
- Hinweise auf Zertifizierung,
- Darstellung auf einer eigenen Internethomepage,
- Nutzen eines Netzlogos,
- Netzeinheitlichen Praxisschilder oder Praxiskleidung,
- Tage der offenen Tür,
- Kultur-, Sport- und Sponsoring,
- Versenden von Geburtstagsglückwünschen ohne Hinweise auf das eigene Leistungsspektrum.

Verboten sind dagegen beispielsweise:

- Verbreiten von Flugblättern, Postwurfsendungen, Mailingaktionen,
- Plakatieren,
- Trikotwerbung, Bandenwerbung, Werbung auf Fahrzeugen,
- Unaufgeforderte Wiedereinbestellung ohne medizinische Indikation,
- Bildliche Darstellung in Berufskleidung bei der Berufsausübung, wenn ein medizinisches Verfahren oder eine ärztliche Behandlungsmaßnahme beworben wird.

Oben genannte Beispiele beziehen sich auf die Hinweise und Erläuterungen zu den §§ 27 ff. MBO vom 10.09.2002 (fortgeschrieben am 12.08.2003). Die häufig weit formulierten Rechtsnormen erlauben jedoch unterschiedliche Interpretationen, weshalb individuelle Werbemaßnahmen immer einer vorigen juristischen Prüfung bedürfen. Ebenso empfiehlt es sich für jede Ärztekooperation, individuell zu prüfen, ob einzelne Marketingaktivitäten aktuellen Rahmenbedingungen genügen. Dementsprechend sind Marketingaktivitäten auch laufend auf Wirksamkeit zu prüfen und entsprechend anzupassen. Sicher scheint nur, dass der Erfolg einer Ärztekooperation in Zukunft immer mehr die Qualität des Marketings widerspiegeln wird.

5

KAPITEL

STEUERLICHE GRUNDLAGEN



Dipl. Kfm. Wilfried Bridts
Wirtschaftsprüfer, Steuerberater

Steuerliche Rahmenbedingungen innovativer Versorgungsformen

Dipl. Kfm. Wilfried Bridts,
Wirtschaftsprüfer, Steuerberater

Vor dem Hintergrund der neuen gesetzlichen Regelungen im Gesundheitswesen erbringen zahlreiche Ärzte ihre Leistungen in steigendem Umfang im Rahmen von Netzwerkzusammenschlüssen, die in unterschiedlichen Rechtsformen organisiert sein können. Dies hat für die Beteiligten jedoch zahlreiche Auswirkungen auf ihre steuerliche Veranlagung. In diesem Beitrag wird die aktuelle steuerliche Situation für Praxisnetze dargestellt.

EINLEITUNG

Der Zusammenschluss zu vernetzten Praxen eröffnet den Ärzten die Möglichkeit, unter Beibehaltung der selbstständigen Tätigkeit durch eine verbindliche, strukturierte Zusammenarbeit mit anderen Ärzten und anderen im Gesundheitswesen Beschäftigten, Qualität und Wirtschaftlichkeit bei der Patientenversorgung zu optimieren, finanzielle Vorteile zu erzielen sowie die Lebensqualität entscheidend zu verbessern. Solange ein Netz lediglich aus Hausarztpraxen, Facharztpraxen sowie weiteren arztnahen Leistungserbringern besteht, die sich im Rahmen der Patientenbehandlung abstimmen, ihre Kommunikation anpassen und daran arbeiten, regional oder bezogen auf ein bestimmtes Krankheitsbild, eine verbesserte Versorgung sicherzustellen, ergeben sich steuerlich keine Besonderheiten.

EINKOMMENSTEUER FÜR ÄRZTE

Ärzte werden bei der Einkommensteuer den freien Berufen zugeordnet. Sie erzielen deshalb aus ihrer Praxis Einkünfte aus freiberuflicher, selbständiger Tätigkeit (§ 18 EStG). Sie dürfen wahlweise ihren Gewinn nach der Methode der Einnahmen-/Überschussrechnung oder durch Bilanzierung ermitteln.

GEWERBESTEUER

Ärzte erzielen aus ihrer heilberuflichen Tätigkeit freiberufliche Einkünfte und müssen deshalb keine Gewerbesteuer (GewSt) auf ihre Praxisgewinne bezahlen, soweit sie ausschließlich ärztlich tätig sind. Üben Ärzte neben ihrer ärztlichen Tätigkeit auch gewerbliche Tätigkeiten aus, z. B. Verkauf von Nahrungsergänzungsmitteln, Verkauf von Kontaktlinsen, Vermittlung von gewerblichen Geschäftsabschlüssen etc., so unterliegen sie mit den Gewinnen aus diesen Geschäften grundsätzlich der Gewerbesteuer.

UMSATZSTEUER

Die Umsatzsteuer knüpft im Gegensatz zu den Ertragsteuern (= Einkommensteuer, Körperschaftsteuer, Gewerbesteuer) nicht an eine Saldogröße wie den Gewinn, sondern an einzelne Lieferungen und Leistungen an, bei denen jeweils zu überprüfen ist, ob sie der Umsatzsteuer unterliegen oder nicht.

Die Leistungen des Arztes sind ausdrücklich von der Umsatzsteuer befreit. Dies gilt jedoch nur, soweit er Heilbehandlungen erbringt, die als Tätigkeiten zum Zweck der Vorbeugung, Diagnose, Behandlung und, soweit möglich, der Heilung von Krankheiten oder

Gesundheitsstörungen bei Menschen vorgenommen werden. Dem Vorteil der Umsatzsteuerbefreiung steht der Nachteil gegenüber, dass der Arzt die Umsatzsteuer, die ihm selbst in Rechnung gestellt wird (= sog. Vorsteuer) nicht vom Finanzamt erstattet bekommt.

STEUERN BEI GEMEINSCHAFTSPRAXEN

Diese Grundsätze der steuerlichen Behandlung von Ärzten gelten auch für Berufsausübungsgemeinschaften/Gemeinschaftspraxen in der Rechtsform der Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) oder der Partnerschaftsgesellschaft (PartG).

Einnahmen und Ausgaben, die betrieblich bedingt sind, aber nur einzelne Gesellschafter betreffen (= sog. Sonderbetriebseinnahmen und -ausgaben) werden gesondert aufgezeichnet und nur diesen zugerechnet, sind aber in der Steuererklärung der Gesellschaft zu erfassen.

Ein Einzelarzt kann neben seinen freiberuflichen Einkünften auch gewerbliche Einkünfte haben. Die verschiedenen Einkünfte beeinflussen sich gegenseitig nicht, wenn sie in der Buchführung sowohl hinsichtlich der Einnahmen als auch der Ausgaben klar getrennt werden oder zumindest getrennt werden können. Anders ist dies bei Gemeinschaftspraxen. Diese können nach derzeitigem Rechtsstand insgesamt nur eine Einkunftsart realisieren. Wenn eine ärztliche Gemeinschaftspraxis neben ihren freiberuflichen Einkünften auch solche aus Gewerbebetrieb hat, so „färben diese auf die freiberuflichen Einkünfte durch“ bzw. „infizieren diese gewerblich“ (sog. gewerbliche Infizierung). Die gesamten Gewinne der Gemeinschaftspraxis unterliegen dann der Gewerbesteuer (Ausnahme: gewerbliche Einkünfte bis etwa 1,5 bis 3 Prozent der Gesamteinnahmen).

Entgegen einem weit verbreiteten Irrtum gibt es eine solche Infizierung bei der Umsatzsteuer nicht. Es ist also nicht möglich, dass gewerbliche Leistungen die steuerbefreiten Leistungen des Arztes infizieren und damit umsatzsteuerpflichtig machen.

STEUERN BEI ORGANISATIONSGEMEINSCHAFTEN INNERHALB DES NETZES

Im Rahmen der losen Zusammenarbeit können einzelne Ärzte bereits Apparatgemeinschaften, Laborgemeinschaften oder darüber hinaus Praxisgemeinschaften bilden, für die besondere steuerliche Regelungen gelten. Diese besonderen Organisationseinheiten bestehen neben den Arztpraxen und ergänzen oder unterstützen deren Tätigkeit.

Wenn an einer solchen Organisationsgemeinschaft ausschließlich Ärzte beteiligt sind und ausschließlich Leistungen gegenüber diesen Ärzten erbracht werden, so handelt es sich steuerlich um eine sog. Hilfgesellschaft, die nur den Zwecken ihrer Mitglieder dient, keinen direkten Patientenkontakt hat und deshalb auch keine Einnahmen aus ärztlicher Tätigkeit erzielt. Die beteiligten Ärzte leisten Kosteneinlagen und erhalten über eine gesonderte Feststellung am Jahresende den auf sie entfallenden Kostenanteil steuerlich zugewiesen.

Bei der Umsatzsteuer gibt es eine besondere Regelung, nach der die Umsätze dieser Organisationsgemeinschaften mit den Ärzten steuerbefreit sind. Allerdings gibt es auch hinsichtlich der Umsatzsteuer Gestaltungen, die zur Steuerpflicht der verrechneten Leistungen führen können.

STEUERN BEI EINER MANAGEMENTGESELLSCHAFT

Damit ein Netz erfolgreich arbeiten kann, müssen die Vereinbarungen zwischen den Netzteilnehmern nach und nach einen höheren Grad an Verbindlichkeit annehmen. Dieser kann grundsätzlich durch Verträge hergestellt werden. In der Praxis wird in diesem Stadium überwiegend die gesellschaftsrechtliche Einbindung der Netzmitglieder in eine Rechtsform angestrebt.

Ein Praxisnetz kann nur funktionieren, wenn es aktiv gemanagt wird. Neben der organisierten Netzstruktur (GbR, Verein etc.) wird deshalb häufig eine Betreibergesellschaft/Managementgesellschaft etabliert, wie in Abb. 1 dargestellt. Als Rechtsformen werden für Managementgesellschaften die GbR, die GmbH & Co. KG, die GmbH und die Genossenschaft eingesetzt.

Organisierte Netzstruktur mit Managementgesellschaft

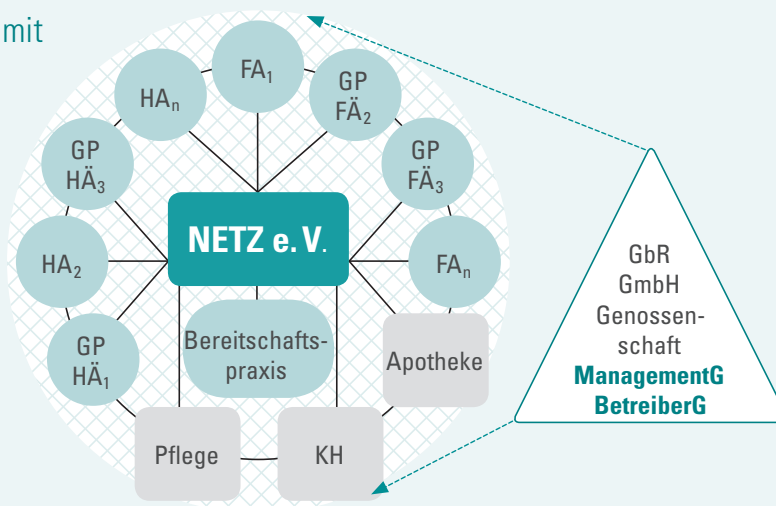


Abbildung 1: Organisierte Netzstruktur mit Managementgesellschaft; eigene Abbildung des Autors

STEUERLICHE ASPEKTE BEI EINER MANAGEMENT-GbR

Die Management-GbR bzw. Betreiber-GbR kann unterschiedliche Aufgaben haben. So ist es möglich, dass sie lediglich die innere Verwaltung des Netzes übernimmt und steuerlich wie die Netz-GbR selbst behandelt wird. Dann besteht auch keine Gefahr der gewerblichen Infizierung für die „Gesellschafter“.

- In der Regel soll die Management-GbR aber Vertragsabschlüsse für das Netz bearbeiten und abschließen, gemeinsame Einkäufe organisieren und abwickeln und andere finanzielle Transaktionen für das Netz managen. Dann geht ihre Tätigkeit weit über die einer bloßen Hilfsgesellschaft hinaus.
- Je nach dem Umfang der Tätigkeit und der damit verbundenen Verwaltung kann aus der GbR auch eine vollkaufmännische offene Handelsgesellschaft (OHG) werden. Steuerlich werden beide Gesellschaftsformen gleich behandelt.

Wenn die finanziellen Transaktionen der Managementgesellschaft umfangreicher und damit auch risikoreicher werden, ist weder die GbR noch die OHG eine geeignete Rechtsform, da beide mit der unbeschränkten persönlichen Haftung aller Gesellschafter neben dem Gesellschaftsvermögen verbunden sind.

Sobald an einer Management-GbR gewerbliche Unternehmen und/oder Kapitalgesellschaften als Gesellschafter beteiligt sind und wenn die GbR zumindest teilweise gewerbliche Tätigkeiten entfaltet, ist sie grundsätzlich gewerbsteuerpflichtig mit allen ihren Einkünften. Wenn diese Management-GbR als Außen-gesellschaft, z. B. durch Abschluss des IV-Vertrages mit der Krankenkasse, auftritt und dadurch steuerlich als sog. „Mitunternehmerschaft“ zu qualifizieren ist, ist diese steuerliche Folge unvermeidbar.

Steuerliche Folgen ergeben sich auch für die Anteilseigner. Wenn sich freiberuflich tätige ärztliche Gemeinschaftspraxen direkt an einer gewerblichen Personengesellschaft beteiligen, die eine steuerliche Mitunternehmerschaft ist, so infizieren sie sich gewerblich. D. h. die gesamten Einkünfte der Gemeinschaftspraxis werden in Einkünfte aus Gewerbebetrieb umgewidmet und die Ärzte müssen Gewerbesteuer auf ihre Praxisgewinne bezahlen. Besser ist es deshalb, wenn sich die einzelnen Gesellschafter der ärztlichen Gemeinschaftspraxen an der Management-GbR beteiligen oder die Beteiligung in einer beteiligungsgleichen gewerblichen Personengesellschaft gehalten wird (sog. Ausgliederungsmodell).

Neben der Beteiligung sind aber auch die Leistungsbeziehungen der Ärzte und ihrer Gemeinschaftspraxen

xen zur Management-GbR von Bedeutung. In der Praxis werden diese Beziehungen der Gesellschafter zu einer Management-GbR unterschiedlich gestaltet. Teilweise erhalten die Leistungserbringer über ihre Stellung als Gesellschafter der Managementgesellschaft z. B. die anteiligen Einnahmen aus einem IV-Vertrag im Rahmen der Gewinnverteilung. In anderen Fällen stellen sie an die Managementgesellschaft Rechnungen für die einzelnen erbrachten Leistungen.

Wenn der Arzt seine ärztlichen Tätigkeiten der (gewerbesteuerpflichtigen) Management-GbR in Rechnung stellt, so handelt es sich bei ihm nicht um freiberufliche Einnahmen aus seiner Arztpraxis, sondern nach der Systematik des Steuerrechts um gewerbliche Sonderbetriebseinnahmen. Diese werden ihm persönlich, aber im Rahmen seiner Beteiligung an der Management-GbR zugerechnet. Entsprechend werden Betriebsausgaben des Arztes in seiner der Praxis, die der Beteiligung zuzuordnen sind, aus den Betriebsausgaben der freiberuflichen Praxis ausgegliedert und zu Sonderbetriebsausgaben bei der Management-GbR. Diese Zuordnung gilt grundsätzlich auch für beteiligte Gemeinschaftspraxen.

Die Gründung einer Management-GbR sollte daher auch aus steuerlichen Gründen vermieden werden, sofern sich daran Ärzte und Gemeinschaftspraxen daran beteiligen wollen.

STEUERLICHE ASPEKTE BEI EINER MANAGEMENT-GmbH

Die Management-GmbH ist eine Kapitalgesellschaft, die mit ihren Gewinnen der Körperschaftsteuer (seit 2008: 15 Prozent) und nach Berücksichtigung von Kürzungen und Hinzurechnungen der Gewerbesteuer (je nach Hebesatz der Gemeinde 7 bis 17 Prozent) unterliegt. Diese Steuerbelastung ist definitiv. Verluste bleiben in der GmbH gefangen, können also nicht, wie bei Personengesellschaften, zu den Anteilseignern durchgereicht werden. Bei ungenügender Kapitalausstattung besteht die Gefahr der Zahlungsunfähigkeit oder Überschuldung der GmbH. Beide Tatbestände lösen die Insolvenzantragspflicht aus und können weitreichende Haftungsfolgen haben.

Für eine Management-Gesellschaft, in welcher Rechtsform sie auch immer betrieben wird, sollte vor ihrer Gründung ein Businessplan erarbeitet werden. Daraus ist ersichtlich, ob die Gesellschaft überhaupt Gewinne erwirtschaften kann. Infolge davon kann auch die Problematik einer Ertragsteuerbelastung, z.B. einer Management-GmbH, angemessen berücksichtigt werden. Grundsätzlich sollte eine Management-GmbH nicht nur als Serviceunternehmen ohne eigene Gewinnerzielungsabsicht verstanden werden. Anteilseigner werden der Gesellschaft nur Kapital zur Verfügung stellen, wenn sich dieses marktgerecht verzinst. Ferner sind zukünftige Investitionen der Gesellschaft in Personal oder IT-Ausstattung etc., nur aus Gewinnen möglich, es sei denn es soll jedes Mal eine Kapitalerhöhung durchgeführt werden. Dies ist in der Praxis nicht durchführbar.

Sollten Chancen zur Erzielung von Gewinnen und nachfolgend zur Ausschüttung von Gewinnen bestehen, ist zu klären, welche steuerlichen Folgen diese bei den Anteilseignern auslösen.

Bezüglich der Ausschüttungen aus einer GmbH ist zu unterscheiden, von wem und wie die Anteile gehalten werden. Die Beteiligung kann im steuerlichen Betriebsvermögen der Arztpraxis, der Gemeinschaftspraxis oder eines Krankenhauses, MVZ etc. gehalten

werden. Dann gilt seit 2008 das sog. Teileinkünfteverfahren, das heißt 60 Prozent des Brutto-Ausschüttungsbetrags sind mit dem vollen Steuersatz des Anteilseigners zu versteuern.

Werden die Anteile von einer Kapitalgesellschaft (z. B. GmbH) in deren Betriebsvermögen gehalten, ist die Ausschüttung bei der empfangenden Körperschaft zunächst steuerfrei, mit Ausnahme von 5 Prozent nicht abzugsfähigen Betriebsausgaben.

Werden die Anteile an der Management-GmbH im Privatvermögen der Gesellschafter gehalten, so unterliegen Ausschüttungen ab 2009 der pauschalen Abgeltungssteuer von 25 Prozent und tauchen grundsätzlich in der Einkommensteuererklärung des beteiligten Arztes nicht mehr auf. Bei der Gewerbesteuer hängt die Besteuerung von der Beteiligungshöhe ab. Beträgt die Beteiligung, mindestens 15 Prozent (sog. Schachtelprivileg), so unterliegt die Ausschüttung bei der empfangenden Kapitalgesellschaft nicht der Gewerbesteuer. Ist die Beteiligung niedriger, fällt Gewerbesteuer auf den Ausschüttungsbetrag an.

Bei der Beteiligung von Gemeinschaftspraxen tritt die Frage auf, ob deren freiberufliche Einkünfte, wie bei der Beteiligung an einer gewerblichen Personengesellschaft, auch durch die Beteiligung an einer Kapitalgesellschaft gewerblich infiziert werden. Das oberste Steuergericht (BFH) hat diese Frage mehrfach verneint, also keine Infektion angenommen.

Bei Geschäften der Management-GmbH mit den Gesellschaftern jeder Art ist grundsätzlich zu beachten, dass diese wie unter fremden Dritten abgewickelt werden müssen. Den Gesellschaftern dürfen demnach keine Vorteile zugewendet werden, die den Gewinn oder das Vermögen der GmbH schmälern. Die Differenz zu den Marktpreisen wird steuerlich korrigiert. Sie stellt eine sog. verdeckte Gewinnausschüttung dar und wird dem Gewinn der GmbH außerbilanziell wieder hinzugerechnet. Eine entsprechende Korrektur findet beim Anteilseigner/Gesellschafter statt.

STEUERLICHE ASPEKTE BEI EINER MANAGEMENT-GENOSSENSCHAFT

Förderwirtschaftlicher Sinn einer eG ist es, im Wege der gemeinschaftlichen Selbsthilfe, die Angebots- oder Nachfragemacht der Mitglieder zu bündeln und diesen durch den gemeinschaftlichen Geschäftsbetrieb besondere wirtschaftliche Vorteile zu verschaffen, die die Mitglieder als Einzelne am allgemeinen Markt nicht erlangen können.

Den auf diese Weise erwirtschafteten Überschuss hat die eG an ihre Mitglieder auszukehren, soweit sie ihn nicht in die Rücklagen einstellt, um ihren Förderzweck auch künftig zu sichern. **Dazu stehen ihr genossenschaftsrechtlich verschiedene Wege offen:**

- Sie kann den Mitgliedern im Fördergeschäftverkehr (z. B. gemeinsamer Einkauf) mit dem genossenschaftlichen Unternehmen von vornherein günstigere Konditionen bieten.
- Sie kann den Mitgliedern, falls sich die Geschäftslage günstiger entwickelt als geplant, am Ende des Geschäftsjahres nachträglich eine sog. genossenschaftliche Rückvergütung (umsatzbezogen) gewähren.
- Sie kann den Mitgliedern in bestimmten gesetzlichen Grenzen ihre Geschäftsguthaben verzinsen.
- Sie kann den verbleibenden Überschuss an die Mitglieder als sog. Dividende (bezogen auf Geschäftsguthaben) auszahlen.
- Die Rückvergütungen können von der Genossenschaft steuerlich als Betriebsausgaben (wie nachträgliche Rabatte) abgezogen werden (§ 22 KStG) und mindern dementsprechend den Gewinn der Genossenschaft.

Daraus ist ersichtlich, dass für die Genossenschaft hinsichtlich der Zuwendung von Vorteilen an Gesellschafter (hier: Genossen) auch steuerlich andere Kriterien gelten müssen, als für andere Kapitalgesellschaften. Im Übrigen werden Genossenschaften aber ertragsteuerlich wie andere Kapitalgesellschaften (z.B. GmbH) behandelt, so dass auf die diesbezüglichen Erläuterungen verwiesen werden kann.

Das Ärztenetz mit Sonderverträgen mit den Krankenkassen

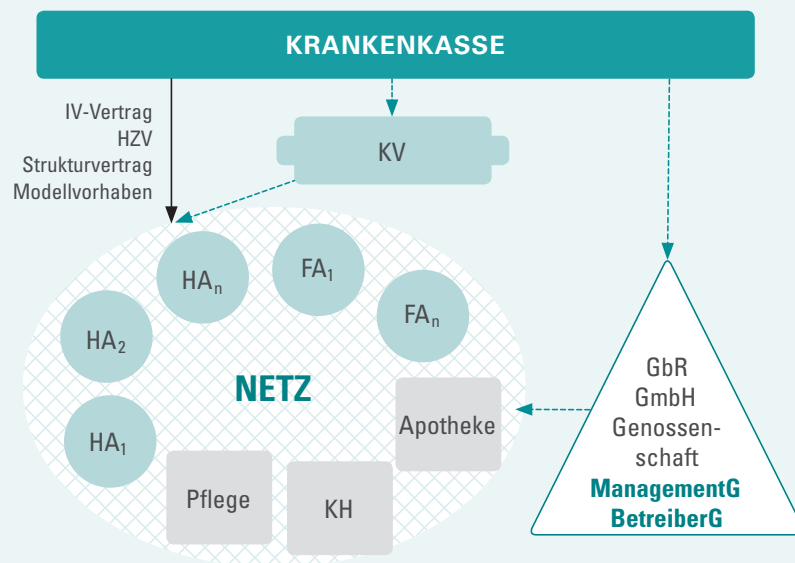


Abbildung 2: Sonderverträge mit Krankenkassen im Rahmen einer organisierten Netzstruktur; Eigene Abbildung des Autors
Die Beziehungen der Beteiligten untereinander sind in Abbildung 4 dargestellt.

IV-Vertrag mit Praxisnetz und Managementgesellschaft

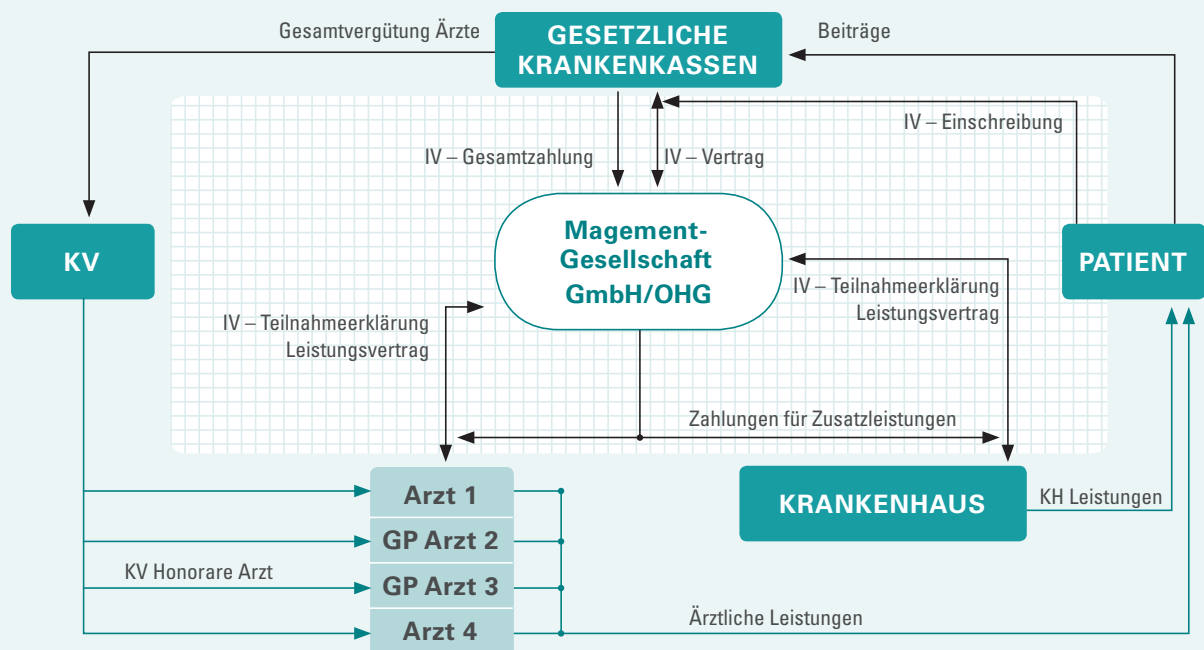


Abbildung 3: Eigene Abbildung des Autors

DAS ÄRZTENETZ MIT SONDERVERTRÄGEN MIT DEN KRANKENKASSEN

STEUERLICHE PROBLEME IM ZUSAMMENHANG MIT DER INTEGRIERTEN VERSORGUNG

Systematischer Überblick

Bei der heilberuflichen Tätigkeit eines Einzelarztes, die von den Krankenkassen über die KV im Rahmen der Gesamtvergütung abgerechnet wird, kann ohne weiteres unterstellt werden, dass es sich ertragsteuerlich um freiberufliche Einkünfte handelt, die umsatzsteuerlich befreit sind.

Bei den Sonderverträgen tritt das Problem auf, dass zum Teil neuartige Leistungen (z. B. Anlage und Führung einer elektronischen Patientenakte oder Mitwirkung an Einsparcontractings, Abgabe von Hilfsmitteln oder Medikamenten) von gesetzlichen Krankenkassen direkt an Ärzte oder deren Netze oder Managementgesellschaften vergütet werden. Die Unterstellung, dass was von gesetzlichen Krankenkassen an Ärzte bezahlt wird, grundsätzlich Vergütung für Heilbehandlung sei, kann in diesen Fällen steuerlich nicht mehr ohne weiteres gelten.

Kritische Bereiche bei USt (★) und GewSt (❖)

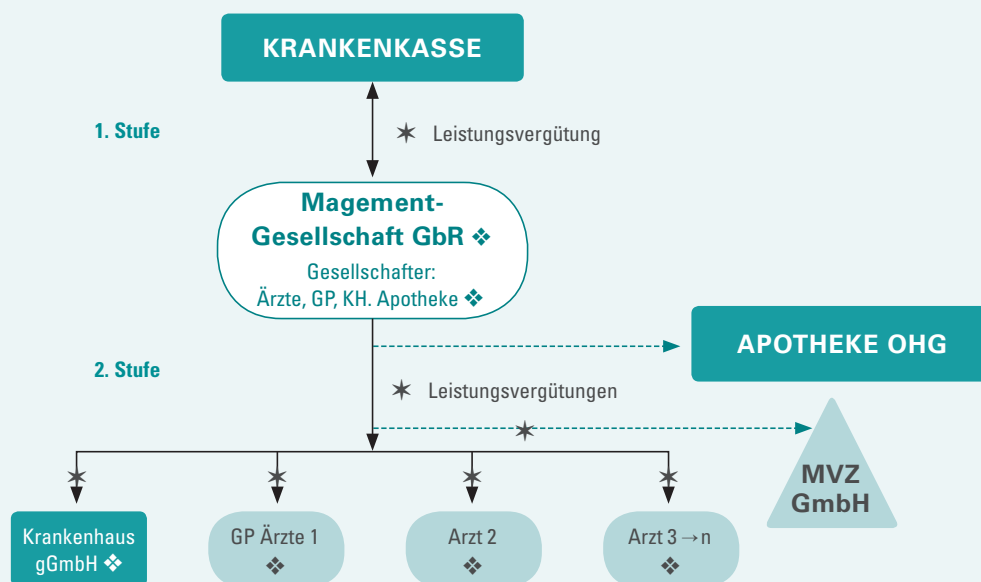


Abbildung 4: Kritische Bereiche bei der Gewerbesteuer und der Umsatzsteuer; Eigene Abbildung des Autors

INTEGRIERTE VERSORGUNG UND PROBLEMBE- REICHE BEI DER UMSATZSTEUER:

IV UND DIE UMSATZSTEUERBEFREIUNG DER ÄRZTLICHEN LEISTUNGEN

Für Ärzte und Zahnärzte ergibt sich die Umsatzsteuerbefreiung aus § 4 Nr. 14 UStG. Diese Befreiungsvorschrift wurde zum 01.01.2009 völlig neu gefasst und mit einem Einführungsschreiben vom 26.06.2009 erläutert. Damit sind nunmehr ambulante und stationäre Leistungen, die der medizinischen Betreuung von Personen durch das Diagnostizieren und Behandeln von Krankheiten und anderen Gesundheitsstörungen dienen, in einer Befreiungsvorschrift zusammengefasst. Bei ambulanten Leistungen von Ärzten gilt die Befreiung nur insoweit, als der Arzt eine ärztliche Heilbehandlung erbringt, eine Leistung also, bei der das therapeutische Ziel im Vordergrund steht. Nicht umsatzsteuerbefreit sind dagegen andere Leistungen wie z. B. die Erstellung bestimmter Gutachten, viele IGeL-Leistungen etc. Im Bereich der Umsatzsteuer ist aber nicht nur das nationale Recht, bzw. die Rechtsprechung deutscher Finanzgerichte zu beachten, sondern in zunehmendem Maße auch die Rechtsprechung des EUGH, die letztlich sogar deutsches Recht bricht.

In § 4 Nr. 14 Buchst. c UStG werden die Leistungen von Managementgesellschaften im Rahmen von IV-Verträgen ausdrücklich angesprochen und weitgehend umsatzsteuerfrei gestellt.

IV UND UMSATZSTEUERPROBLEME BEI ZWISCHENSCHALTUNG EINER MANAGEMENTGESELLSCHAFT

Bei Zwischenschaltung einer Managementgesellschaft, in welcher Rechtsform auch immer, zwischen die Ärzte als Leistungserbringer und die Krankenkasse, besteht zunächst lediglich eine vertragliche Beziehung zwischen der Krankenkasse und der Managementgesellschaft (1. Stufe), nicht aber Vertragsbeziehungen der gesetzlichen Krankenkasse mit den einzelnen Leistungserbringern. Die Managementgesellschaft selbst verpflichtet sich gegenüber der

Krankenkasse, die vertraglichen Behandlungs-, Dokumentations- und sonstigen Leistungen über zugelassene Leistungserbringer sowie eigene Verwaltungsleistungen zu bewirken.

Die Managementgesellschaft erbringt aber selbst keine medizinischen oder pflegerischen Leistungen, sondern kauft diese Leistungen bei Ärzten, Krankenhäusern, Pflegeheimen etc. ein und schließt hierüber Verträge mit diesen Leistungserbringern als Subunternehmer ab (2. Stufe).

Es ist zu klären, ob die Honorare für ärztliche Tätigkeiten, die im Rahmen des IV-Vertrages von der Krankenkasse bezahlt und durch die Managementgesellschaft vereinnahmt werden, auch auf Ebene der Managementgesellschaft nach § 4 Nr. 14 UStG von der Umsatzsteuer befreit sind, denn die Managementgesellschaft selbst erbringt ja definitiv keine ärztlichen Leistungen.

Im Umsatzsteuerrecht werden Managementgesellschaften als Träger definiert, die nicht selbst Versorger sind, sondern eine Versorgung durch dazu berechnete Leistungserbringer anbieten. Sie erbringen mit der Übernahme der Versorgung (von den Krankenkassen) von Patienten und dem „Einkauf“ von Behandlungsleistungen Dritter (z.B. Ärzte) steuerfreie Leistungen, wenn die Leistungserbringer die jeweiligen Heilbehandlungsleistungen unmittelbar mit der Managementgesellschaft abrechnen.

Daneben erbringt sie üblicherweise eigenständige Managementleistungen im Rahmen der Beschaffung des IV-Vertrags, dessen Umsetzung und der Abrechnung der einzelnen Leistungen. Mit diesen eigenen Managementleistungen erbachten Managementgesellschaften vor 2009 umsatzsteuerpflichtige Dienstleistungen. Diese werden mit 19 Prozent USt besteuert. Auch dieser Bereich ist nun anders geregelt. In den vorgenannten Fällen wird die Wahrnehmung von Managementaufgaben als unselbständiger Teil der Heilbehandlungsleistungen der Managementgesellschaft gegenüber den jeweiligen Krankenkassen angesehen und so dass auch diese Leistungen umsatzsteuerbefreit sind.

MANAGEMENTLEISTUNGEN BEI IV

Anders ist dies, wenn in einem Vertrag zur integrierten Versorgung nach § 140a SGB V lediglich Steuerungs-, Koordinierungs- und/oder Managementaufgaben von der Krankenkasse auf die Managementgesellschaft übertragen werden. Dann handelt es sich um eine reine Auslagerung von Verwaltungsaufgaben. Diese Leistungen einer Managementgesellschaft sind umsatzsteuerpflichtig.

Weitere wichtige umsatzsteuerliche Fragen im Zusammenhang mit der Einschaltung von Managementgesellschaften bei IV-Verträgen wurden indessen in den letzten Jahren durch die Rechtsprechung des EUGH und die neuere Rechtsprechung des BFH geklärt:

- **Rechtsform:** Es kommt für die Umsatzsteuerbefreiung nicht darauf an, in welcher Rechtsform die ärztliche Tätigkeit ausgeübt wird. Eine Managementgesellschaft, aber auch eine Berufsausübungsgesellschaft, wie ein MVZ darf z. B. also auch in der Rechtsform der GmbH betrieben werden.
- **Einschaltung von Subunternehmern und Angestellten:** Die Umsatzsteuerbefreiung ärztlicher heilberuflicher Leistungen ist auch zu gewähren, wenn für die Leistungserbringung angestellte Berufsträger oder freiberufliche Berufsträger (Subunternehmer) eingeschaltet werden. Erforderlich ist nur, dass die ausreichende fachliche Qualifikation der die Leistung ausführenden natürlichen Personen nachgewiesen werden kann.

IV UND PROBLEMBEREICHE BEI DER GEWERBESTEUER

Ungeplante Gewerbesteuerbelastungen im Rahmen der integrierten Versorgung können auftreten:

- **bei Ärzten und arztähnlichen Berufen durch Umqualifizierung der freiberuflichen Einkünfte in gewerbliche Einkünfte:**
 - durch die Art der Tätigkeit, also Verlassen der Grenzen des § 18 EStG (Freiberuflichkeit),
 - durch gesellschaftsrechtliche Verhältnisse, also die Abfärbetheorie bei Gemeinschaftspraxen;
- **bei gemeinnützigen Krankenhäusern, Pflegeheimen, Reha-Einrichtungen etc.**
 - durch Nichtanwendbarkeit der sonst einschlägigen Gewerbesteuer-Befreiungsvorschrift,
 - durch ungewollte Begründung eines sog. wirtschaftlichen Geschäftsbetriebs, insbesondere Gefährdung der Gemeinnützigkeit ausgelöst durch die Art der Tätigkeit (nicht begünstigt) oder durch gesellschaftsrechtliche Verhältnisse (Beteiligung an Personengesellschaften).

Bei den teilnehmenden Ärzten besteht die Gefahr der Umqualifizierung ihrer an sich freiberuflichen Einkünfte in gewerbliche Einkünfte u. a. dadurch, dass der Arzt berufsuntypische bzw. typisch gewerbliche Tätigkeiten entfaltet, wie z. B. mit dem Verkauf von Kontaktlinsen, Hilfsmitteln oder Medikamenten. Problematisch können im Rahmen von IV-Verträgen z. B. auch die Vergütungen für die Einrichtung und Pflege der elektronischen Patientenakte, die Vergütung für ein Qualitätsmanagement, aber auch die Vergütung zur Mitwirkung an einem Pharmarabattvertrag bzw. ganz allgemein für die Reduzierung der Medikamentenausgaben sein, wie sie z. B. im weithin bekannten BARMER-Vertrag vorgesehen waren.

Während der einzelne Arzt ggf. gewerbliche von den freiberuflichen Einkünften organisatorisch und buchhalterisch so abgrenzen kann, sodass es nicht zur Inflationierung kommt, ist das bei Gemeinschaftspraxen nicht möglich. Für diese gewinnt die Zuordnung der einzelnen Tätigkeiten zum freiberuflichen oder gewerblichen Bereich also eine große Bedeutung.

Den Fall, dass in einem IV-Vertrag die Fallpauschale der Ärzte, die in einer Gemeinschaftspraxis arbeiten, neben der medizinischen Betreuung auch die Abgabe von Arzneien und Hilfsmitteln abdeckt, hat die Finanzverwaltung so beurteilt, dass es dann nicht zu einer gewerblichen Infizierung der Einkünfte kommt, wenn sich die Abgabe von Medikamenten und/oder Hilfsmitteln und die ärztliche Tätigkeit derart bedingen und miteinander verflochten sind, dass die Durchführung der ärztlichen Leistung ansonsten nicht möglich wäre (z. B. bei Verwendung von Implantaten und den dabei benötigten Medikamenten).

Dieser Grundsatz gilt auch bei der Abgabe von Impfstoffen im Rahmen von Impfungen durch Ärzte oder beim Einkauf von Materialien und medizinischen Hilfsmitteln zum Zwecke der Heilbehandlung. Umgekehrt besteht immer dann die Gefahr der gewerblichen Infizierung, wenn die Verflechtung eben nicht so eng ist und die Ärzte einen Bedarf abdecken, der sonst von Gewerbetreibenden wie Apotheken, Sanitätshäusern, Optikern und anderen Heil- und Hilfsmitteldistributoren besetzt ist.

Die Gewerblichkeit führt nicht mehr zwangsläufig zu hohen zusätzlichen Belastungen, da sie bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen zumindest teilweise auf die ESt-Zahlungen der Ärzte bzw. Gesellschaftern von Gemeinschaftspraxen angerechnet werden kann.

Viele der angesprochenen Probleme können durch eine sorgfältige, auf die steuerrechtlichen Erfordernisse angepasste Abfassung der IV-Verträge eingegrenzt oder ganz vermieden werden. Trotzdem verbleiben auch bei einer optimierten Abfassung der Verträge Zweifel an der ertragsteuerlichen Qualifizierung einiger Leistungen, die typischerweise in IV-Verträgen oder anderen Sonderverträgen vereinbart werden.

SCHLUSSBEMERKUNGEN

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die steuerlichen Probleme bei Praxisnetzen komplex sind. Deshalb sollten bereits bei deren Gründung und Aufbau die rechtlichen und steuerlichen Fragen umfassend und sorgfältig geprüft werden.

Generell bei Sonderverträgen, speziell aber bei IV-Verträgen, gibt es noch offene steuerliche Fragen, weil sich die Verträge hinsichtlich der Leistungskomplexe und der teilnehmenden Leistungserbringer sehr stark unterscheiden können. Unerwartete und unerwünschte steuerliche Belastungen können dann sowohl bei den Leistungserbringern als auch bei ihren Organisationsgesellschaften bzw. den Managementgesellschaften auftreten.

Die Tendenz der steuerlichen Gesetzesentwicklung und der Haltung der Finanzverwaltung zu den neuen Versorgungsformen ist insgesamt positiv zu beurteilen. Steuerliche Probleme werden deshalb bei der Umsetzung der neuen Versorgungsformen weiter in den Hintergrund rücken und kein unüberwindliches Hindernis mehr darstellen. In Zweifelsfälle ist zu empfehlen sich rechtzeitig mit der Finanzverwaltung abzustimmen bzw. eine sog. verbindliche Auskunft einzuholen.

PRAXISBEISPIELE



Dr. med. Gerhart Glaser

Facharzt für Urologie, 1. Vorsitzender des Praxisnetzes Süderelbe

Dr. med. Dirk Hochlenert

Facharzt für Innere Medizin, Diabetologe DDG

Dr. med. Hans-Jürgen Beckmann

Vorstandsmitglied „Medizin und Mehr“

Dipl. Kff. Claudia Schrewe

Geschäftsführerin Forum Dienste GmbH

Dr. rer. oec. Andreas Rühle

Geschäftsführer der ägnw eG, Ärzegenossenschaft
Niedersachsen-Bremen

PraxisNetz Süderelbe

Dr. med. Gerhart Glaser,

Facharzt für Urologie, 1. Vorsitzender des PraxisNetzes Süderelbe

Entwicklung von Kostenanalysen für IV-Verträge am Beispiel des Integrierten Versorgungsmodells „Ambulantes Operieren im PNS – PraxisNetz Süderelbe“

HISTORIE / MOTIVATIONEN

Der Wunsch nach Optimierung der ambulanten operativen Versorgung im Raum Süderelbe und die Generierung adäquater Honorare für ambulante Operationen außerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) war im Jahr 2003 Antrieb für den Vorstand des PNS – PraxisNetz Süderelbe in Zusammenarbeit mit dem Landesverband Nord der Betriebskrankenkassen (BKK LV Nord), ein Integriertes Versorgungsmodell für stationersetzendes ambulantes Operieren zu entwickeln. Die operierenden Ärzte des PraxisNetzes Süderelbe orientierten sich bei ihrem Vorhaben streng an die Rahmenbedingungen im Sozialgesetzbuch (SGB) V, § 140 a bis § 140 d: „Integrierte Versorgung (IV) ist die interdisziplinäre, fachübergreifende Versorgung eines Patienten durch die koordinierte Zusammenarbeit verschiedener Partner“.

Unter Beachtung und Umsetzung der Vereinssatzung verfolgte das PNS das Ziel, bei Operationen aus unterschiedlichen Fachdisziplinen die Notwendigkeit für Klinikaufenthalte zu reduzieren. **Bei eingeschränkten finanziellen Ressourcen im Gesundheitswesen wollten alle PNS-Beteiligten mit ihrem Integrierten Versorgungsmodell verantwortungsvoll dazu beitragen,**

- dem Wirtschaftlichkeitsgebot durch Vermeidung von Krankenhausaufenthalten auf hohem ambulantem Niveau gerecht zu werden,

- den beteiligten Haus- und Fachärzten für ihre IV-Leistungen eine im Vergleich zum Regelfall deutlich bessere Vergütung zu garantieren und
- durch Vermeidung vollstationärer Behandlungen kürzere Arbeitsunfähigkeitszeiten zu erreichen.

Als wichtiger IV-Katalysator sollte auch den zuweisenden Ärzten, die nicht PNS-Mitglied sind, eine Mitbeteiligung über eine Öffnungsklausel im geplanten IV-Vertrag ermöglicht werden. Besonderer Modellanreiz zur Einschreibung von Patienten sollte ein im Bundesvergleich überdurchschnittlich hohes Honorar für Zuweiserleistungen darstellen.

Den Patienten selbst sollte ein möglichst allumfassendes interdisziplinäres und sektorübergreifendes Behandlungs- und Betreuungsspektrum „aus einer Hand“ angeboten werden. Neben der Ersparnis von Krankenhaustagesätzen sollten die Patienten zum Anreiz an eine IV-Teilnahme von allen gesetzlichen Zuzahlungen (Rezeptgebühren etc.) befreit werden. Die Entwicklung des Integrierten Versorgungsmodells „Ambulantes Operieren im PNS – PraxisNetz Süderelbe“ stand unter dem Arbeitsmotto „Schnittstellen überwinden, gemeinsam führen und abschöpfen“.

Grundlage dieser Entwicklung war die Analyse und Definition der Faktoren:

- | | |
|-------------------------------|------------------------------|
| 1. Patientenstrom | <i>Kooperation</i> |
| 2. Kommunikationsstrom | <i>Informationsaustausch</i> |
| 3. Geldstrom | <i>Abschöpfung</i> |

REALISIERUNG / UMSETZUNG

VORBEREITUNGEN UND ANALYSEN

Zur Entwicklung seines IV-Modells für stationersetzendes ambulantes Operieren waren innerhalb des PNS zahlreiche Fragen zu beantworten und umfangreiche Recherchen notwendig. Diese waren:

- 1 Ist-Analyse operativer Leistungen im Netz:** Was wird in welcher Frequenz von welchen Fachrichtungen operiert?
- 2 Ist-Analyse operativer Qualität im Netz:** Standards in Raumanforderungen und Hygiene, Qualität des Operators (z. B.: Fortbildungen, Op.-Zahlen pro Indikation) im Vergleich zur Klinik
- 3. Qualitäts-Analyse:** Implementierung von Qualitätsmanagement in den Netz-Praxen (→ begonnen/abgeschlossen/QM-Zertifikat?)
- 4. Welche Operationen können stationersetzend ambulant erbracht werden?** Resultierende Aufgaben:
 - Indikationsliste: Operationskatalog (keine „klassischen“ ambulanten Operationen; Ausnahme: Kinder unter 18 Jahre; ambulante Indikationen aus § 115b SGB V)
 - Bildung von Komplexen durch Definition von Behandlungspfaden:
 - **Leistungsbereiche** (prä-operativer, operativ-anästhesiologischer, post-operativer, Notfall-, Dokumentations-, Abrechnungs-, Anlagen- und Evaluierungs-Komplex)
 - **Leistungsdefinitionen** (Erstellung des IV-Operationskataloges)
 - **Leistungszeiträume** (Erstkontakt/Operation/Ende der Nachbehandlung)
 - **Erstellung eines IV-Ablaufdiagramms** (siehe Anlage 1: PNS-IV-Segelanleitung)

5 Organisation der interdisziplinären, fachübergreifenden Versorgung: Hausarzt, Facharzt, Physiotherapeut, Pflegedienst, (Netz-) Apotheken, Heil- und Hilfsmittel, Notfall-Management für den ambulanten Sektor (u.a. Krankentransport) und den stationären Sektor mit Krankenhausunterbringung, optionale

Leistung Pflege (Abstimmung, Organisation) und REHA (Einleitung, Organisation).

RESSOURCEN

- Netz-Management- und -Vorstand
- Netz-IV-Arbeitsgruppe (Haus- und Fachärzte)
- Netz-Förderer (IT, Consulting für Abrechnungsfragen, Datenschutz)
- Extern: Juristen (Finanz-, Steuer- und Vertragsrecht in IV-Verträgen/Vereinen)
- Extern: Finanzamt Hamburg (Expertise zu MwSt. in IV-Verträgen/Vereinen)

KOSTEN-ANALYSEN / -KALKULATIONEN

Für alle ärztlichen und nicht-ärztlichen Leistungen wurden Personal-, Sach- und Zeit-Kalkulationen vorgenommen.

PRÄ-OPERATIVER KOMPLEX

- **Diagnosestellung: haus- / fachärztlich**
 - Indikationsstellung unter Beachtung patientenspezifischer Begebenheiten und Belange – hausärztlich (Allgemeinbefinden, Anamnese, aktuelle Befunde, relevante Vorbefunde etc.)
 - Erforderlichen Laborleistungen
 - Beurteilung der Operationsfähigkeit – fachärztlich (aktuelle Befunde: EKG, Labor u. a.)
 - Beurteilung der Narkosefähigkeit (aktuelle Befunde: EKG, Labor u. a.)
 - Empfehlung der individuellen Anästhesie
 - Festlegung des Anästhesieverfahrens und gegebenenfalls der Prämedikation
 - Sonstige Vorbereitung zur Operation
- **Festlegung des Behandlungsprozederes:**
 - Aufklärung zur Operation einschließlich der Darstellung alternativer Behandlungsmethoden mit Erläuterung von Risiken und Komplikationen
 - Aufklärung zur Anästhesie mit Erläuterung von Risiken und Komplikationen
 - Aufklärung über die notwendigen Inhalte des PNS-IV-Modells/-Vertrags
 - Nachbehandlung

Einverständniserklärung des Patienten:

- OP-Einwilligung
- Anästhesie-Einwilligung
- Teilnahme zur Behandlung gemäß den Inhalten des IV-Vertrages
- Datenschutzerklärung

Die Entscheidung zur Operation durch den Patienten markiert den Einstieg in das PNS-IV-Programm.

OPERATIV-ANÄSTHESIOLOGISCHER KOMPLEX
(Hauptleistungen: Operation, Anästhesie inkl. aller anästhesie- und operationsbedingter Medikamente, Sachkosten etc.)

- Operation und die direkte postoperative Nachsorge mit allen damit verbundenen Arzt- und Sachleistungen (inkl. 24-Stunden-postoperative Erreichbarkeit des Operators)

Kalkulationsbeispiel „Urologische Operation am Genitale“ (ohne Benennung von Einzelpreisen):

Instrumente/Material (Verschleiß, pauschal):

Rolltisch, Nadelhalter, Scheren, chirurgische, anatomische Pinzetten, Moskitoklemmen, Skalpell, Koagulationsgerät und -Ableitung, Sauerstoffgerät mit Schlauchsystem, Blutdruckmessgerät, Notfall-Koffer und -Utensilien in Bereitschaft, Instrumenten-Nachbereitungs- und -Sterillisationskosten, Elastomull®, Leukosilk®, Polysept®- Lösung

Instrumente/Material (Einzelkosten):

sterile Abdecktücher (mit / ohne Loch), 18er Skalpellklinge, Safil®- Nahtmaterial (4 x 0), 2 ml Spritze, Kanülen, sterile Kompressen, Sofra-Tüll®, sterile Handschuhe (Größe X), OP-Maske

Lokalanästhesie (kombiniert Einzelkosten, Pauschalen):

Xylocain® 2% (2–20 ml), 2/5/10 ml Spritze, Kanüle (Größe X)

Arztkosten:

Pauschal inkl. aller Rüst-, Vor-/Nachbereitungs- und Dokumentationszeiten

Personal- und Raumkosten:

Pauschal inkl. aller Rüst-, Vor-/Nachbereitungs- und Dokumentationszeiten

Komplikationsmanagement:

Materieller und zeitlicher Arzt- und Personalaufwand pauschal. Pauschal inkl. aller Rüst-, Vor-/Nachbereitungs- und Dokumentationszeiten

Gesamt-Nebenkostenpauschale für Urologische Indikation am Genital:

Summe in EUR

Spezielle Anästhesien

Leitung, Regional, Intubation, andere, mit allen damit verbundenen Arzt- und Sachleistungen. Analog zu operativen Kalkulationen:

Summe in EUR

POSTOPERATIVER KOMPLEX

(inkl. aller post-op.-bedingter Medikamente, Hilfsmittel, Physiotherapie etc.)

- Unterbringungs- und Verpflegungsleistungen (pauschal für 1 Krankenhausübernachtung)
- Transportkosten zwischen Praxis, dem Krankenhaus oder Zuhause (gemäß Vertrag)
- Hausbesuche
- ambulante Nachbehandlung bis sechs Wochen nach dem operativen Eingriff
- Verpflichtung zur unentgeltlichen Behandlung bei Rezidiveingriffen innerhalb von sechs Wochen
- Versorgung mit Arznei- und Hilfsmitteln, die im unmittelbaren Zusammenhang mit den definierten Indikationen stehen (Zuzahlung gemäß § 61 SGB V für Versicherte entfällt)

In allen einzelnen Kostenkalkulationen galt es besondere Szenarien zu berücksichtigen:

- Mit der IV-Komplexpauschale sollen Heil- und Hilfsmittel sowie Materialien abgegolten, per Rechnung in der PNS-Geschäftsstelle eingereicht und aus den eigens dafür gebildeten IV-Honorar-Rückstellungen bestritten werden.
- Alle Analgetika, Antibiotika, Antithrombotika, Narkosemittel, sämtliche Verbrauchsmaterialien für Narkose und Operationen (Nahtmaterial, Skalpell, Abdecktücher, Antibiotikaketten, Redon- und andere Drainagen, Spritzen, Kanülen, Instillationen, Katheter etc. sowie auch Verbrauchsmaterialien, die im Regelfall über Sprechstundenbedarf mit den Krankenkassen abgerechnet werden).
- AO-Material, Netze, Verbandsschuhe etc.; ggf. können für teure Medikamente und Antibiotika auf Antrag mit Begründung Kostenerstattungen über die IV-Marge hinausgeleistet werden.
- Alle Hilfsmittel, die bei einer operativen Krankenhausversorgung nicht im DRG (i. e.: **Diagnosis Related Groups** = Diagnosebezogene Fallgruppen = Krankenhaus-Fallpauschalensystem) abgebildet sind und der Klinik von den Kassen extra honoriert werden, sollten daher nicht Gegenstand des PNS-IV-Vertrages sein, daher nicht aus der dem DRG abgeleiteten Komplexpauschale, sondern EBM-konform vergütet werden.
Beispiel: Orthesen oder Unterarm-Gehstützen müssen als extrabudgetäre Hilfsmittel auf normalem GKV-Rezept der jeweiligen Krankenkasse eingereicht werden.
- **Ausnahmen:** außergewöhnlich hoher Antibiotika-, Antithrombotika- und Verbandsmaterial-Bedarf bei schweren prolongierten Verläufen (auf Antrag zusätzliche Kostenübernahme außerhalb der IV-Regelung i. S. eines Risk-Sharings).
- Leistungen für physiotherapeutische Maßnahmen, sofern sie im unmittelbaren Zusammenhang mit den Indikationen stehen, für die Zeit der durchschnittlichen Verweildauer entsprechend der DRG. Darüber hinaus erforderliche physiotherapeutische Maßnahmen sind auf den dafür vorgesehenen Vordrucken zu Lasten der Krankenkassen zu verordnen.

- Prä-operative Röntgenleistungen (Thorax in 2 Ebenen o. ä.) und alle op.-induzierten Histologien sind nicht integriert und erfolgen als normale GKV-Leistung mittels regulärer Überweisung.
- Rücküberweisung an Hausarzt/Zuweiser.

DOKUMENTATION / VERWALTUNG

Sämtliche Kosten wurden in folgenden administrativen Sektoren kalkuliert:

- Dokumentation aller beteiligten Akteure im gesamten Zeitraum über Untersuchung, Behandlung und Nachsorge im Sinne einer begleitenden Patientendokumentation (diese dient der Evaluierung und unterstützt das PNS bei Anfragen durch die Krankenkassen).
- Zeitnahe Erstellung eines Anästhesie- und OP-Berichts, deren Dokumentation und Versand an die zuweisenden Ärzte,
- Abstimmung mit/Organisation von häuslicher Pflege,
- Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen, die sich nahtlos an die Behandlung anschließen
- Controlling/Evaluation,
- Personeller und technischer Abrechnungs- und Verwaltungsaufwand in den Praxen und der PNS-Geschäftsstelle (inkl. ausgelagerter Consulting-Leistungen).

KOSTENANALYSE PRO INDIKATION

Entsprechend der oben beschriebenen Prozeduren wurden alle Kostenanalysen für jede einzelne IV-Indikation erstellt (siehe: Kalkulationsbeispiel „Urologische Operation am Genital“).

KOMMUNIKATION / INFORMATIONSFLOSS

- Entwicklung eines minimalistischen Dokumentationsbogens (EDV- und Papier) (siehe Anlage 2) sowie anderer einheitlicher Formulare (Praxis-EDV kompatibles/Klinik-Einweisungsformular/Kranken-transportschein etc.)
- Komplette IV-Abrechnung und -Verwaltung über die PNS-Geschäftsstelle in Kooperation mit Frielingsdorf Consult unter Entwicklung/Nutzung elektronischem/r Daten-Austausch (sichere Datenübermittlung, z. B. Verschlüsselungsprogramm PGP = Pretty Good Privacy) und -Banken
- Einsatz der ersten deutschen völlig webbasierten netzinternen Kommunikationsplattform „PNS-star.net® – Portal seit November 2008, in Kooperation mit Netzförderer GLP networks AG
- Implementierung des Qualitätszirkels „Integrierte Versorgung Ambulantes Operieren im PNS“ (1–2x pro Jahr, Teilnahmepflicht aller IV-Leistungserbringer)

HONORARFESTLEGUNG

Die Höhe des Honorars ist das Resultat der Verhandlungen mit den Krankenkassen und stellt die OPS-/DRG-gesteuerte IV-Komplex-Pauschale pro Indikation dar. Die Pauschale berücksichtigt sämtliche kalkulierten Kosten sowie Gewinnanteile für alle Leistungserbringer sowie die gesetzlichen Regelungen aus § 140 a ff. SGB V (Anschubfinanzierung für Integrierte Versorgung und § 140 d)

Erläuterung: **OPS** = Operationen- und Prozedurenschlüssel im ambulanten und stationären Bereich

HONORARVERTEILUNG IM PNS

DRG-/EBM- (i. e.: Einheitlicher Bewertungsmaßstab = Vergütungssystem der ambulanten Versorgung) adaptiertes Konzept/EDV-Unterstützung (Nutzung von Netzförderer-Ressourcen):

Honorar-beispiel: Tarsaltunnel (IV-Fallwert: 950,40 Eur)

OP (lf. Nr. 4)	Tarsaltunnel
OPS	5-056.9
DRG	B17C
Prä-op. (Punkte)	31011-3 (965)
OP (Punkte)	31242 (3520)
Post-op. Überw. (Punkte)	31503 (1400)
Post-op. Beh. OP (Punkte)	31615 (280)
Anästhesie (Punkte)	31822 (2945)
Punkte ges.	8.895
x 0,0511 (Euro)	485,65
Rel.-Gewicht	0,792
IV - Euro	950,40
Cent/Pkt	10,68

Erklärung: Die PNS-IV-Einzelhonorare sind das Ergebnis der Relation von IV-Honorar zur EBM-Punktzahlsumme.

KRANKENKASSENPARTNER / UMSETZUNG

- **Partnersuche:** Marktanteil und Motivation des Gesprächs- und Verhandlungspartners Krankenkasse/Krankenkassenverbund zur „Integrierten Versorgung“ in der Netzregion Süderelbe
- **Erste Kontakte / Präsentation des IV-Modells:** Was und wer ist/was kann das Netz?
- **Gesprächsziele / Prinzip:** Vertrauensbildung, Verlässlichkeit, gleiche Augenhöhe des(r) Verhandlungspartner
- **Verhandlungsziel:** „Win to win“ – Situation für beide Partner auf der Basis fairer, nicht einseitiger Vertragskonditionen (Krankenhaus-DRG vs. PNS-Komplex-Pauschale)
- **Verhandlungsbeginn:** Mitte 2003

SCHLUSS

Nach eingehenden juristischen Prüfungen zu berufs-, finanz-, standes-, steuer- und sonstigen vertragsrechtlichen Aspekten unterzeichnete das PNS am 22. Mai 2006 einen Vertrag zur Integrierten Versorgung „Ambulantes Operieren im PNS“ mit dem Landesverband Nord der Betriebskrankenkassen (BKK LV Nord). Über dessen Vertragsarbeitsgemeinschaft (VAG LV Nord) traten bis auf wenige Ausnahmen alle Betriebskrankenkassen diesem Vertrag bei.

Im April 2007 schloss sich die Hanseatische Krankenkasse (HEK) als weiterer Vertragspartner an.

Marktanteil beider Krankenkassen im Süderelbe-raum: ca. 30 %.

Das PNS, vertreten durch seinen geschäftsführenden Vorstand, fungiert nach außen als vertragsabschließende und netzintern als vertragsvermittelnde Partei sowie Kommunikator und Koordinator.

Nach Vertragsunterzeichnung zwischen Krankenkassen und PNS werden mit allen ärztlichen Leistungserbringern im PNS Unterverträge abgeschlossen.

Zusätzlich erfolgen nach vorheriger Ausschreibung sektorale IV-Unterverträge mit einem Hamburger Krankentransportunternehmen sowie einer Harburger Klinik.

Im Januar 2011 hat die KKH Allianz einen weitestgehend identischen IV-Vertrag mit dem PNS abgeschlossen, in dem u. a. zur besseren Evaluierung das Qualitätssicherungssystem SQS1 von MedicalTex, mit der das PNS einen IV-Untervertrag zur Qualitätssicherung eingegangen ist, aufgenommen wurde.

Der KKH Allianz-PNS-Vertrag hat einen deutlich erweiterten und im IV-Honorar aufgewerteten Operationskatalog, welcher seit Juli 2012 auch von der Vertragsstrategie des BKK LV Nordwest 1:1 für alle teilnehmenden BKK-Kassen übernommen wurde. Die das Ganze fürs PNS abrechnungs- und verwaltungstechnisch vereinheitlichende Übernahme des Katalogs durch die HEK wird seit August 2012 verhandelt.

MODELL- / VERTRAGSBEWERTUNG

Regionale und überregionale Presse, Flyer, Präsentationen auf PNS-Mitgliederversammlungen, in den Hausärztekreisen Harburg-Süderelbe und Wilhelmsburg, Kreisversammlungen der KV Hamburg, Veröffentlichung auf der PNS-Homepage im eigenem IV-Themengebiet und mittels kasseninternen Bekanntmachungen, Flyern und Webseiten.

Bilanz „Ambulantes Operieren im PNS“ (Stand: März 2009)

IV-Fallzahl:	> 1.300
IV-Abbrüche:	6
Doppelabrechnung mit KVH:	keine (3 Stichproben)
Evaluierungen:	3–6-monatlich
IV-Neben- und Sachkosten:	ca. 10 % des IV-Umsatzes (variabel nach Honorar pro Indikation)
Abrechnungs- und Verwaltungskosten:	4–7 % des IV-Umsatzes (variabel nach Honorar pro Indikation)

Der PNS-IV-Vertrag wird als einer der wenigen Verträge zum „Ambulanten Operieren“ auch nach Beendigung der gesetzlichen Anschubfinanzierung nach § 140 aff. SGB V in 2009 fortgeführt.

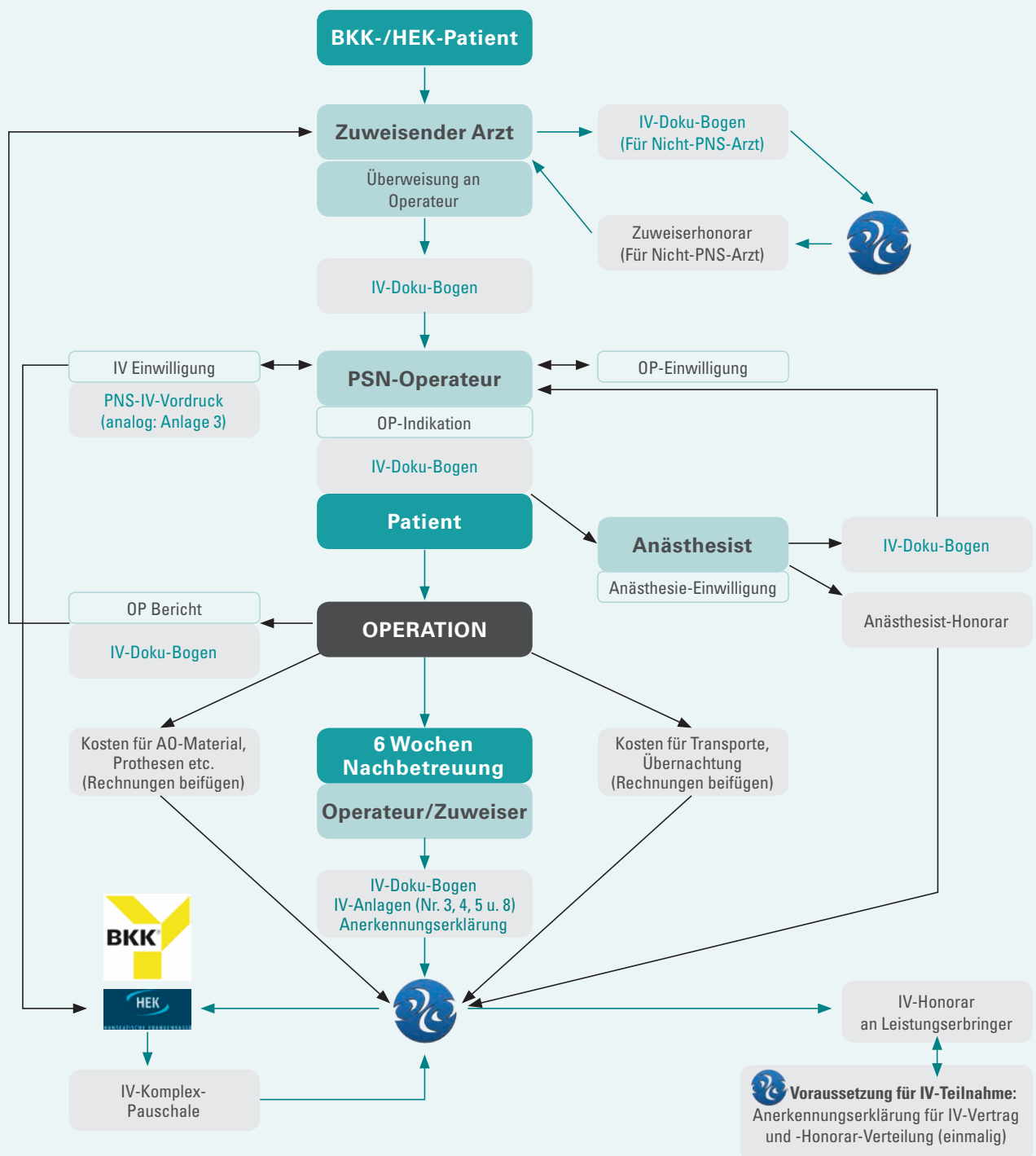
FAZIT

Am Beispiel des Versorgungsvertrages „Ambulantes Operieren im PNS – PraxisNetz Süderelbe“ kann aufgezeigt werden, dass – seit seinen Anfängen im Jahre 2003 bis heute gleichermaßen gültig – durch Prozess-, Daten- und Kosten-Analysen, verbunden mit den resultierenden Optimierungen sowie einer engen Netzkooperation die Integrierte Versorgung einen wichtigen Beitrag zum Gesundheitswesen der Zukunft leistet.

6

PRAXISBEISPIELE

Segelanleitung zum „IV-Amb-Op“-Ablauf im PSN





Integrierte Versorgung Ambulantes Operieren

Patienten-Dokumentationsbogen



Versicherten-Nr.: _____

Zuweisende(r) Ärztin/Arzt: _____

Krankenkasse: _____

Operierende(r) Ärztin/Arzt: _____

Kassen-Nr.: _____

IV-Einwilligung liegt vor: ☒ ja

Zuweisende(r) Ärztin/Arzt

Name: _____

LANR: _____

Überweisungsdiagnose: _____

ICD 10: _____ G

Operateur

LANR: _____

Datum Vorgespräch: _____

OP-Diagnose: _____

ICD 10: _____ G

Operation: _____

OPS: _____

Op.-Datum: _____

(If. Nr. gem. IV-Anlage 2)

Weitere prä-op. Befunde nötig: ☒ nein ☐ ja _____ (Fehlende Befunde benennen)

Operationseinwilligung: ☒ ja ☐ nein

Anästhesist

Narkosefähigkeit: ☒ ja

Weitere prä-anästh. Behandlung nötig: _____ (Fehlende Befunde z. B. EKG, Labor benennen)

Narkose: ☒ Intubation ☐ Leitung ☐ Lokal ☐ Regional ☐ Andere

Anästhesie-Einwilligung: ☒ ja

Postoperative Nachbehandlung

Erfolgt durch Hausarzt / Zuweiser: _____

Erfolgt durch Operateur: _____

Diabetisches Fußsyndrom

Dr. med. Dirk Hochlenert,

Facharzt für Innere Medizin, Diabetologe DDG

NETZWERK DIABETISCHER FUSS IN NORDRHEIN

In der Regelversorgung von Menschen mit Diabetischem Fußsyndrom werden die Ziele, die unter anderem in der St. Vincent-Deklaration 1989 mit einer Reduktion der Amputationen um 50 % in 5 Jahren festgelegt wurden, regelhaft nicht erreicht.

Jährlich erkranken 230.000 Menschen in Deutschland, 15.000 verlieren dabei ein Bein. Die Schwierigkeiten der Versorgung außerhalb spezialisierter Zentren liegen in der Komplexität des Krankheitsbildes sowie der Notwendigkeit der Zusammenarbeit verschiedener Fach- und Berufsgruppen.

Weitere Ursachen der Misere sind fehlende Ausbildung für Ärzte und Assistenzberufe, zu niedrige und nicht qualitätsgebundene Honorierung, eine erfahrungsgesteuerte Therapie mit wenigen wissenschaftlich gesicherten Aspekten.

Diese Schwierigkeiten werden in einer regionalen Netzwerkversorgung überwunden, die Versorgung wird deutlich effizienter.

2005 wurden Verträge in Köln, Leverkusen und Düsseldorf zur Integrierten Versorgung des DFS mit 14 Krankenkassen abgeschlossen, die 80 % der Betroffenen versichern. Die Evaluation der Programme war so erfolgreich, dass dieses Prinzip von Krankenkassen und Ärzten gemeinsam in ganz Nordrhein umgesetzt wird.

In fünf Netzen organisieren sich Ärzte in Klinik und Praxis, Pflegedienste, Schuhmacher und Podologen.

Sie versorgen die insgesamt 9,6 Mio. Einwohner in Nordrhein, eine Bevölkerungsgruppe größer als die Zahl der Einwohner Schwedens.

BEWEGGRÜNDE

Zu Beginn steht die Analyse des Mangels: Wer ist mit der aktuellen Situation so unzufrieden, dass er bereit ist, eine Veränderung anzugehen und dem Kraft zu opfern? Dies waren in Köln und Leverkusen mehrere Ärzte aus Klinik und Praxis mit unterschiedlichen zeitlichen Valenzen und mit unterschiedlicher Kompetenz. In einer Startup-Veranstaltung wurde an etwa 40 Kollegen die Frage gestellt: Was soll dieses Netzwerk an Ihrer persönlichen Situation verbessern und wo sehen Sie Gefahren?

Die überwiegende Zahl der Anwesenden waren stationär tätige Ärzte, die sich eine ambulante Weiterbetreuung ohne qualitative Einbußen wünschten. Weitere Punkte waren die verbesserte Kommunikation, verbindliche Absprachen und eine Institution wollte auch den Zustrom an Patienten steigern. Es zeigte sich in der Diskussion auch, dass die Arbeit für niedergelassene Chirurgen und Diabetologen nicht ohne zusätzliche Ressourcen abzubilden sein würde.

Die strategische Positionierung als Problemlöser für drängende gesundheitsorganisatorische und -ökonomische Probleme wurde erst im Verlauf des Projektes erkannt. Dies ist derzeit ein zentrales Motiv.

VORGEHENSWEISE

Die Teilnehmer waren sich darüber einig, dass Ressourcen erst nach der Darstellung erster Erfolge einzuwerben sein würden. Daher wurde ein Computerprogramm geschrieben und ab 2003 wurden ergebnisorientiert Daten von Patienten mit DFS gesammelt. Damit konnten einerseits Kosten berechnet, andererseits Erfolge dargestellt und publiziert werden.

Berechnung der Kosten: Diese Kosten wurden mit Hilfe eines detaillierten Behandlungspfades ermittelt. Die Elemente, die nicht durch die Dokumentation ermittelt werden konnten, wurden geschätzt. Ziel war, einen Preis zu ermitteln, der dem tatsächlichen Bedarf entspricht. Es sollte vermieden werden, einen zu hohen Bedarf zu berechnen und evtl. ein gutes Angebot der Krankenkassen auszuschlagen - aber auch, durch zu niedrige Berechnung die Zukunft des Projektes zu untergraben. Die Berechnungen wurden den Kassen zur Verfügung gestellt. Diese Transparenz machte auch offensichtlich, dass es unterhalb einer bestimmten Vergütung zwangsläufig zur Selektion der Patienten kommen muss, was ebenfalls im Interesse keiner beteiligten Partei sein konnte.

Publikation: Die Ergebnisse wurden unter anderem im Deutschen Ärzteblatt publiziert. Viele Kollegen haben die Kölner Praxen hospitiert und der positive Leumund hat wohl auch dazu beigetragen, dass dieses Projekt eine so breite Zustimmung in der Kassenlandschaft erfahren hat

Die Auswahl der Partner erfolgte durch Ansprechen aller Kreise ungeachtet der Person. Es sollte nicht der Eindruck erweckt werden, eine geschlossene Gruppe würde sich heimlich Vorteile erschleichen. Es wurden Arbeitsgruppen gebildet und eine Leitlinie verfaßt, Schnittstellen und Arbeitsaufträge definiert und schließlich ein Behandlungspfad dargestellt. Das vorgelegte Tempo, die Transparenz der Ergebnisdokumentation und die Kommunikation per E-mail führten dazu, das nur strukturiert arbeitende und an einem kontinuierlichen Lernen interessierte Kollegen dauerhaft an dem Netzwerk teilgenommen haben.

MEDIZINISCHES KONZEPT

Das medizinische Konzept beinhaltet eine Leitlinie und Schnittstellenbeschreibung, die dann in einem Behandlungspfad graphisch umgesetzt wurden. Diese wurden von Arbeitskreisen entwickelt und in voller Länge im Qualitätszirkel vorgelesen und abgestimmt. Es kann unter www.fussnetz-koeln.de eingesehen werden.

STRUKTUR

Das Netzwerk ist ein gemeinnütziger, eingetragener Verein. Nicht-ärztliche Kooperationspartner sind über Kooperationsvereinbarungen eingebunden. Regelmäßige Qualitätszirkel alle 3 Monate dienen der Besprechung von Schwierigkeiten, Fortbildung und Diskussion des Benchmarkings.

Die Verträge wurden mit insgesamt 13 Krankenkassen abgeschlossen, nach Fusionen waren es 2012 noch 7.

Die Vergütung erfolgt in gestaffelten Pauschalen, die den gesamten Fall bis zur Abheilung abdecken. Sie stocken die bestehende Vergütung in DMP und EBM auf. Dies erzeugt ein Anreizsystem, das Weiterbestehen der Läsionen nicht zu belohnen. Die Abrechnung erfolgt über Ziffern, die über die KV abgewickelt werden.

Entscheidend für den Erfolg eines Selektivvertrages, dessen Umsetzung und dessen Verbreitung ist das Management. Im Netzwerk Diabetischer Fuß hat sich ein ärztlich geleitetes Management gebildet, das sich zu einer eigenständige Firma weiterentwickelt hat.

Im Sommer 2011 hat eine große Krankenkasse fast alle ihre IV-Verträge gekündigt, darunter auch den zum Diabetischen Fuß. Dies hat kassenintern und im Umfeld eine breite Reaktion ausgelöst, was ein Umdenken veranlasst hat. Es wurde ein Strukturvertrag mit Einbindung der Kassenärztlichen Vereinigung abgeschlossen, der die Aufgabe der Netze erweitert, die nun auch delegierte Leistung durch Hausbesuche

speziell ausgebildeter „mobiler Wundassistenten“, die eng elektronisch an die entsendende Praxis angebunden sind, durchführen.

Krankenkassen bezahlen in Sonderverträgen für Veränderungen. Diese werden durch Zusammenarbeit, Ausbildung und Transparenz in Gang gesetzt. Sie münden in einer neuen, kooperativen und kompetenten Gemeinschaft von Leistungserbringern. Bausteine hierfür sind Kurse, offenes Benchmarking, Hospitationen, Fortbildungen und überregionale Treffen. Die wesentlichen Gremien der Weiterentwicklung sind die regionalen Qualitätszirkel, in denen Ergebnisse diskutiert und Beschlüsse gefasst werden, Aufmerksamkeitskampagnen und andere Aktivitäten besprochen und Aufgaben verteilt werden. So wurden 2010 und 2012 in Köln, Bonn, Bergisch Gladbach und Leverkusen Aufmerksamkeitskampagnen gestartet mit Pressearbeit, Plakataktionen, Veranstaltungen und andere Aktivitäten wie einer Woche der Fußgesundheit in Apotheken.

Das Netz wurde sowohl von Hausärzten, als auch von Patienten gut angenommen, die Patientenzahlen stiegen kontinuierlich.

Der Erfolg des Netzes konnte in vielen Untersuchungen plausibel gemacht werden, ein exakter Vergleich mit der Regelversorgung ist aber nicht möglich. Dies weil einerseits der Patient mit DFS nicht sicher aus Routinedaten erkannt werden kann, andererseits weil die Risikostruktur dieser Patienten, die schwerer krank sind als die durchschnittlichen Patienten der Regelversorgung, ebenfalls überwiegend nicht abgebildet werden können.

Eine populationsbezogene Untersuchung in Leverkusen, die seit 1990 die Amputationen in Leverkusener Krankenhäusern mit der gleichen Methode untersucht, konnte bis 1999 keine Reduktion der Amputationszahlen darstellen, in der Zeit bis 2005 aber dann eine Reduktion um 36%.



Abbildung 1: Kampagnenmotiv als Großplakat

Anzahl aller betreuten Patienten im Jahr

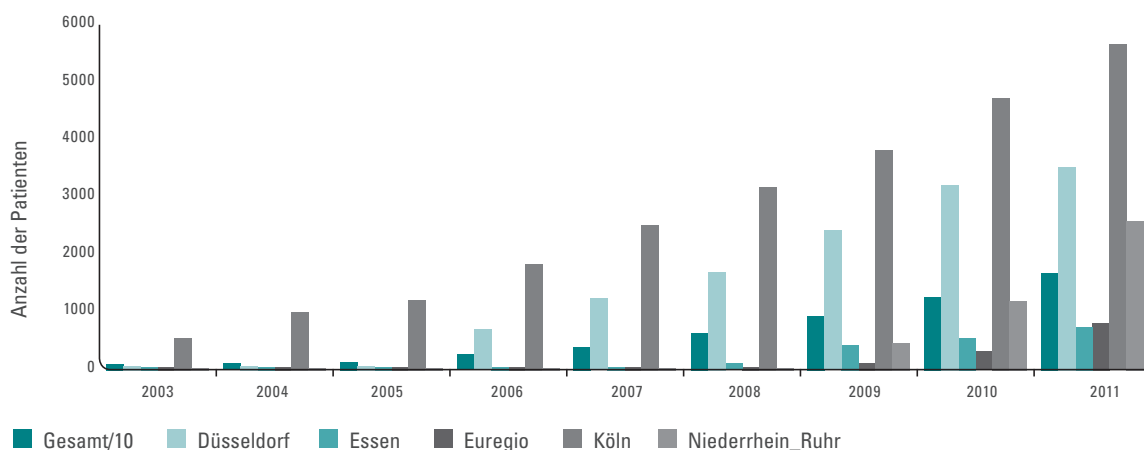


Abbildung 2

Der möglicherweise bedeutendste Effekt ist der Rückgang der Fallschwere. Obwohl das Alter der Patienten sowie andere Schweregradparameter zunahmen, fiel der Anteil an Patienten mit Knochenbeteiligung kontinuierlich ab.

Die netzwerkinterne Evaluation erbrachte deutlich weniger Amputationen (Major- wie Minoramputationen), weniger Krankenhausaufenthalte, als epidemiologisch bei diesen Patienten zu erwarten gewesen wäre.

Ab 2007 haben die Krankenkassen ein externes Institut beauftragt, die Ergebnisse aus Routinedaten zu ermitteln. Nach Anlaufschwierigkeiten konnten auch auf diesem Weg Effizienzgewinne dargestellt werden, die zu fallenden Amputationszahlen, weniger Krankenhausaufenthalten, verringerter Mortalität, weniger Altenheimnotwendigkeit und weniger Krankenschreibungen geführt haben. So ist die Wahrscheinlichkeit des Verlustes eines Beines in der Netzwerkversorgung auf $\frac{1}{4}$ reduziert. Die Zahlen sind aber nicht ohne Verzerrung, da sie die Risikoselektion nicht abbilden kön-

nen und somit die Netzversorgung mutmaßlich benachteiligen.

FAZIT

Das Netzwerk strukturiert die Zusammenarbeit und fördert das konstante Lernen im System. Es wird gut akzeptiert und betreut einen großen Teil der Patienten in der Region. Ein exakter Vergleich mit der Regelversorgung ist nicht möglich, es gibt aber viele Hinweise auf eine Kosten- und Qualitätsverbesserung. Diese Einschätzung wird von den Krankenkassen geteilt, die das Verfahren finanzieren und weiterentwickeln. Für den dauerhaften Erfolg ist die Entwicklung eines ärztlich geleiteten Managements entscheidend, das sich um die gedeihliche Entwicklung kümmert.

Integriertes Versorgungsmodell Bünde

Dr. med. Hans-Jürgen Beckmann,
Vorstandsmitglied „Medizin und Mehr“

Dipl. Kff. Claudia Schrewe,
Geschäftsführerin Forum Dienste GmbH

OPTI-MuM Integriertes Versorgungsmodell Bünde-Kirchlengern-Rödinghausen

EINLEITUNG

Die integrierte Versorgung wird als „Versorgungsform der Zukunft“ bezeichnet, denn erst die starke Vernetzung der ambulanten, stationären und rehabilitativen Leistungsbereiche macht eine optimale Versorgung der Patienten möglich. Das ist im Gesundheitswesen zwar lange bekannt, aber erst 2004 begann die Arbeit daran. Denn zu diesem Zeitpunkt sorgten gesetzlich vorgegebene Finanzierungsregelungen dafür, dass Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte, Reha-Kliniken und Krankenkassen aktiv wurden, neue Versorgungsformen anzubieten und miteinander zu kooperieren.

Mehrere Tausend Verträge existierten bis zum 31.12.2008 in Deutschland. Leider lief zu diesem Termin die vom Gesetzgeber hierfür vorgesehene Anschubfinanzierung aus. Zwar beendete dieser formale Akt manches IV-Projekt, das sich nicht bereits aus sich selber trug, doch änderte er nichts an der Notwendigkeit, im Interesse der Patientenversorgung und optimalen Nutzung der immer knapper werdenden Ressourcen im Gesundheitswesen, die sektorale Trennung der verschiedenen Bereiche im Gesundheitswesen weiter aufzuweichen. Integrierte Versorgung an sich und Ärztenetze als ein Teil dieser, stellen bis heute keine etablierte Versorgungsform dar. Wichtige reproduzierbare Erfahrungswerte fehlen. Diese Erfahrung zu gewinnen, um integrierte Versorgung plan- und wiederholbar an nahezu

beliebigen Orten zu machen, war eines der Projektziele von OPTI-MuM bei seinem Start in 2005. Die Beschreibung des Projektes mit besonderer Würdigung des Evaluationskonzeptes ist Gegenstand der nachfolgenden Ausführungen.

STRUKTUREN

Das Ärztenetz „Medizin und Mehr“ (MuM) wurde 1997 im nordrhein-westfälischen Bünde von 32 niedergelassenen Haus- und Fachärzten im Rahmen eines regionalen Modellversuches gegründet. Das Netz wuchs bis 2009 auf 75 ärztliche Mitglieder in 50 Praxen an und hat damit eine Abdeckung von 91 % der niedergelassenen Ärzte in Bünde-Rödinghausen-Kirchlengern erreicht. Diese versorgen ihrerseits ca. 72.000 Einwohner, davon etwa 60.000 GKV-Versicherte. Für ihre medizinische Versorgung fallen jährlich Kosten von ungefähr 120 Millionen Euro an.

Als interessierte Vertragspartner für die IV fanden sich auf Seiten der Kostenträger die regionalen BKKen und die IKK Westfalen, heute „Signal-Iduna IKK“. Der Versichertenanteil dieser Kassen beträgt in der Region ca. 31 %, entsprechend etwa 19.000 Versicherte. Der Anteil an den o.g. jährlichen Gesamtkosten für die medizinische Versorgung dieser Patienten liegt bei ca. 42 Millionen Euro.

Datensatzumfang für die Zielregion

Jahr	Population	Anzahl
2004	Gesamtzahl Versicherte	18.807
2005	Teilnehmer	3.625
	Nichtteilnehmer	15.241
	Gesamtzahl Versicherte	18.866
2006	Teilnehmer	5.164
	Nichtteilnehmer	13.833
	Gesamtzahl Versicherte	18.997
2007	Teilnehmer	5.973
	Nichtteilnehmer	13.468
	Gesamtzahl Versicherte	19.441

Tabelle 1: Datensatzumfang für die Zielregion

Nach fast eineinhalbjährigen Verhandlungen wurde so im April 2005 unter dem Projektnamen „OPTI-MuM“ zwischen dem Ärztenetz MuM und den genannten Krankenkassen ein Vertrag zur integrierten Versorgung unterzeichnet.

Mittlerweile bietet OPTI-MuM 25 Module mit zahlreichen Unterangeboten an und verzeichnet 25 teilnehmende Krankenkassen. Über 100 Ärzte, Physiotherapeuten, Ernährungsberater, Psychologen aus Bünde und den benachbarten Orten Kirchlengern und Rodinghausen arbeiten im Projekt. Das Bündler Lukas-Krankenhaus ist per Kooperationsvertrag eingebunden. Tatsächlich eingeschrieben für das Projekt haben sich bis Mai 2009 etwa 13.000 Versicherte. (Tabelle 2)

EVALUATIONSDESIGN

Die Evaluation des OPTI-MuM Projektes sollte ursprünglich aus Kostengründen intern durch Auswertung von Daten, die den am Projekt beteiligten KK zur Verfügung gestanden hätten, erfolgen. Nach mehrfacher Diskussion im Lenkungsgremium des Projektes – paritätisch besetzt mit 4 MuM Ärzten und 4 Kassenvertretern – wurde von diesem Vorgehen abgerückt.

Gründe hierfür waren, dass

- krankenkassenintern eine valide Vergleichsgruppe nicht abzubilden war und
- ungeachtet positiver oder negativer Resultate von Kritikern leicht Manipulation hätte unterstellt werden können.

Aus diesem Grunde wurde das Evaluationsvorhaben im Jahr 2007 dem Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie an der Universität Bielefeld, Herrn Prof. Dr. Greiner, übertragen. Der Auftrag umfasste die Auswertung von Krankenkassen und Projektdaten der Jahre 2005 und 2006, sowie im Nachgang 2007.

Besondere Sorgfalt wurde dem Evaluationsdesign gewidmet, um den Projekterfolg möglichst realistisch zu ermitteln. Es wurden 5 verschiedene statistische Ansätze wissenschaftlich analysiert und methodisch diskutiert.

Diese waren:

- Prä-Post-Vergleich
- Vergleich mit Referenzwerten
- zellenbasierter Ansatz
- Regressionsansatz
- Kontrollgruppendesign

Wenn möglich, sollte im Rahmen dieser ökonomischen Erfolgsmessung für die Summe **aller** bis Ende des Jahres 2006 und im Nachgang 2007 eingeschriebenen Teilnehmer ein realer Gesamtgewinn bzw. -verlust ermittelt werden.

Die Teilnehmerzahl am Projekt betrug zum 31.12.2006 5.164 Patienten, zum 31.12.2007 schließlich 5.973 Patienten. Für diesen nur geringen Anstieg der Teilnehmerzahl von 2006 auf 2007 waren u. a. unterjährige Kassenwechsel von Versicherten verantwortlich. Dass eine vollständige Einschreibung sich sehr langsam vollzog, liegt an der Versichertenstruktur der beteiligten Krankenkassen. IKK und BKK haben viele junge Familien versichert. Eine Einschreibung erfolgte erst im Krankheitsfall beim Besuch der Arztpraxis. Die Krankenkassen selbst schrieben ihre Versicherten nicht ein.

Steuerungsmodule

Projektmanagement	Steuerung des Gesamtprojektes durch Geschäftsführerin
Medikamentenmanagement	Optimierung der Medikamentenversorgung
Evaluation	Ermittlung der Projekterfolge

Patientenangebote

Aktiv gegen Darmkrebs	Vorzeitige Vorsorge ab 50
Aktiv gegen Prostatakrebs	PSA Bestimmung, Prostatakrebsvorsorge und Behandlung
Aktiv für sichere Schwangerschaft	Schwangerschaftsvorsorge Diabetes
Aktiv gegen Osteoporose	Ärztliche Beratung, Knochendichtemessung mit Auswertung, 3 Monate Osteoporose Gymnastik
Aktiv gegen Rückenbeschwerden	Ärztliche Beratung, 10 Termine Rückenschule (Gruppe), Analyse Ihres Rückens mit anschließenden 10 Trainingseinheiten
Aktiv gegen Übergewicht	6 Termine Ernährungsberatung, 10 Wochen Gruppenarbeit, 8 Termine psychologische Gruppe
Aktiv gegen Rauchen	10 Termine Rauchfrei-Kurs, Medikamentöse oder alternative Unterstützung, Ernährungsberatung
Aktiv gegen Darmbeschwerden	Dünndarmdiagnostik, konservative Darmbehandlung, Ernährungsberatung
Aktiv gegen Herzschwäche	Schulung und Betreuung bei Herzschwäche
Aktiv für die Psyche	Psychotherapeutische Sprechstunde mit möglicher Teilnahme an den Gruppen (8 Termine): Soz. Kompetenz, Stressbewältigung, Angstbewältigung, Schmerzbewältigung, ADHS Kurse
Aktiv gegen Wunden	Betreuung bei chronischen Wunden vom Krankenhaus bis zur Hause
Aktiv für diabetische Füße	Fußversorgung von Diabetikern
Aktiv für Gesundheit	Durchführung eines Gesundheits-Checks (Untersuchung, Labor, EKG, Beratung)
Aktiv gegen Schlaganfall	Schlaganfallvorsorge durch Risikoermittlung und Beratung, Schulungen zu Risiken.
Aktiv gegen Krankenhausangst	Hausärztlich betreuter Kurzeitaufenthalt im KH
Aktiv ambulant operieren	Beratung und Durchführung von ambulanten Operationen
Aktiv für Information	Nutzung der MuM Patientenakte, kostenfreie Karte
Aktiv gegen Schwachsichtigkeit	Augenärztliche Frühvorsorge für Kinder
Aktiv gegen Kinderübergewicht	1 jähriger Schulungskurs Sport, Ernährung, med. und psychologische Betreuung
Aktiv für Herzkranzgefäße	Schulung bei Bluthochdruck, Nordic Walking Kurs, IC Ernährungsberatung
Aktiv gegen Depression	12 Wochen Intensivprogramm Einzel- und Gruppentermine, Sport
Aktiv für Kindergesundheit	Kostenfreie Vorsorgeuntersuchung U 7a, 10 und 11

Tabelle 2: 25 OPTI-MuM-Module

Das entscheidende zu messende Erfolgskriterium für das Projekt stellte die Höhe der Gesamtkosten aus Sicht der Krankenkassen im Vergleich zu einer Kontrollgruppe von Nichtteilnehmern an OPTI-MuM dar.

Des Weiteren sollten über die Messung der Patientenzufriedenheit (ZAP Fragebogen) Aussagen zu Effekten des vernetzten Arbeitens in Ärztenetzen wie zu den Effekten integrierter Versorgung ermöglicht werden.

Versichertenbezogen standen für die Jahre 2004 bis 2007 die Stammdaten Alter, Geschlecht, Versichertenstatus und Informationen zur Teilnahme an einem Disease-Management-Programm (DMP) zur Verfügung.

Neben diesen allgemeinen Daten lagen versichertenbezogene Kostendaten vor. Es handelte sich dabei um die Nettoleistungsausgaben der Krankenkassen pro Jahr, d.h. Zuzahlungen der Versicherten und etwaige Rabatte waren bereits abgezogen. Die individuellen Leistungsdaten umfassten die Ausgaben für Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, Krankengeld, Krankenhaus und Rehabilitation. Pro Versichertem ergaben sich die Gesamtkosten als Summe dieser fünf Kostenkategorien. Hochrisikopatienten mit Kosten > 20.000,- € per anno wurden ausgeschlossen. Da ambulante Arztkosten nur über Auswertung der abgerechneten EBM-Punkte zur Verfügung standen, nicht aber in Form fester Eurobeträge, und da das Geld für die ambulante ärztliche Patientenversorgung in Form von Kopfpauschalen von den Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen angewiesen wurde, stellte dieser Bereich keine variable Kostengröße dar und wurde daher aus der Betrachtung ausgeschlossen.

Verschiedene statistische Ausschlusskriterien der o. g. alternativen Forschungsdesigns führten dazu, dass bei allen Verfahren Teilnehmer von der Ergebnisanalyse ausgeschlossen werden mussten. So fielen beispielsweise Teilnehmer am Projekt, die nicht aus den Postleitzahlengebieten Bünde-Rödinghausen-Kirchlengern kamen oder bei der Zufriedenheitsanalyse Jugendliche unter 18 Jahren, aus der Analyse heraus.

Als wissenschaftlich validestes Verfahren zur Projektauswertung wurde das „propensity score matching“, eine Methode, bei der jedem Projektteilnehmer ein exakter statistischer Zwilling zum Vergleich gegenübergestellt wird, herangezogen. Mit Hilfe des propensity score matching konnte der wirtschaftliche Gesamterfolg schließlich für 3162 Versicherte in 2006 und weitere 1524 Versicherte in 2007 angegeben werden. Der Gesamterfolg war positiv, die Finanzmittel flossen dem Projekt vertragsgemäß wieder zu. Für detaillierte Ausführungen zum Studiendesign s. „Die Anwendung des propensity score matching in der gesundheitsökonomischen Evaluation am Beispiel der Integrierten Versorgung OPTI-MuM“, auf Homepage der „Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie“ www.dggoe.de.

ZUFRIEDENHEITSANALYSE

Da das Patientenurteil im Zusammenhang mit der Beurteilung der Qualität einer medizinischen Leistung immer mehr Bedeutung gewonnen hat, war die Abfrage der Patientenzufriedenheit im Rahmen des OPTI-MuM Projektes ein weiterer wesentlicher Bestandteil der Evaluation. Ferner kann im Hinblick auf den zunehmenden Wettbewerbsdruck im Gesundheitswesen eine Qualitätsbewertung, bei der auch die Patientenzufriedenheit in den Fokus gerückt wird, interessante Ergebnisse und Ansatzpunkte für künftige Verbesserungen und neue Projekte seitens der Krankenkassen liefern. Denn diese sind bei einheitlichen Beitragsätzen an Kundengewinnungs- wie Kundenbindungsprogrammen interessiert.

Für den ambulanten Bereich ist der „Fragebogen zur Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung – Qualität aus Patientenperspektive“ (ZAP) verfügbar. Der ZAP Fragebogen wurde als ein standardisiertes Instrument zur Messung der prozessbezogenen Patientenzufriedenheit entwickelt und für das OPTI-MuM Projekt angepasst.

Die Stichprobenauswahl erfolgte nach dem Zufallsprinzip aus den ca. 8.500 bis dahin eingeschriebenen

Teilnehmern. Im Rahmen der Teilnehmerbefragung wurden 1.000 Fragebögen versandt, von denen 464 beantwortet zurückgesandt wurden. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 46,4 %. Die statistische Analyse zeigte außerdem, dass die Gruppe der 464 Rückläufer repräsentativ für die Gesamtstichprobe der 1.000 angeschriebenen Teilnehmer ist.

Die nachfolgenden Tabellen aus dem Evaluationsbericht geben die großen Fragegruppen und die erhaltenen Antworten wider.

Übersicht Organisation im Ärztenetzwerk

Wie zufrieden sind Sie mit ...	sehr zufrieden	eher zufrieden	eher unzufrieden	sehr unzufrieden	keine Angaben
... den Wartezeiten auf Arztterminen?	25,4 %	54,3 %	16,2 %	2,4 %	2,8 %
... den Wartezeiten in den Praxen?	18,3 %	54,3 %	20,7 %	3,9 %	2,8 %
... den Wartezeiten auf Termine für Zusatzangebote?	14,4 %	48,1 %	13,6 %	2,8 %	21,1 %
... dem Angebot der Notfallversorgung?	25,2 %	43,1 %	8,0 %	2,2 %	21,5 %

Tabelle 3

Übersicht Informationen im Netzwerk

Wie zufrieden sind Sie mit den Ärzten / dem Netzwerk im Bezug auf die	sehr zufrieden	eher zufrieden	eher unzufrieden	sehr unzufrieden	keine Angaben
... Informationen zu den Ursachen der Erkrankung?	33,0 %	49,4 %	12,7 %	0,4 %	4,5 %
... Informationen zum Verlauf der Erkrankung?	31,0 %	50,4 %	11,4 %	0,9 %	6,3 %
... Informationen über die geplante Therapie?	28,9 %	50,9 %	9,7 %	0,9 %	9,7 %
... Informationen über die Wirkung der verordneten Medikamente?	22,4 %	45,7 %	18,5 %	3,7 %	9,7 %
... Informationen über den eigenen Beitrag zur Heilung	26,7 %	45,3 %	13,6 %	3,0 %	11,4 %
... Verständlichkeit der Informationen?	29,7 %	47,9 %	12,3 %	0,6 %	9,5 %
... Berücksichtigung aller Behandlungsmöglichkeiten?	23,7 %	44,8 %	20,0 %	2,2 %	9,3 %

Tabelle 4

Übersicht Zusammenarbeit im Ärztenetzwerk und ärztliche Betreuung

Wie zufrieden sind Sie mit den Ärzten im Netzwerk im Bezug auf die ...	sehr zufrieden	eher zufrieden	eher unzufrieden	sehr unzufrieden	keine Angaben
... Zusammenarbeit untereinander?	29,3 %	52,2 %	6,7 %	0,6 %	11,2 %
... Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Einrichtungen?	20,9 %	51,9 %	10,3 %	0,9 %	16,0 %
... Gründlichkeit und Sorgfalt bei Untersuchungen?	35,6 %	47,0 %	10,8 %	0,9 %	5,8 %
... Betreuung?	31,5 %	46,1 %	10,1 %	1,1 %	11,2 %
... Bereitschaft, Sie rechtzeitig zu überweisen?	42,7 %	41,6 %	7,3 %	1,5 %	6,9 %
... Zeit, die bei der Untersuchung aufgewendet wird?	33,2 %	42,2 %	16,8 %	2,6 %	5,2 %

Tabelle 5

Angebot und Teilnahme an Zusatzmaßnahmen

	trifft zu	trifft nicht zu	keine Angaben
Wurde Ihnen ein Angebot für die Teilnahme an einer Zusatzmaßnahme gemacht?	52,4 %	40,3 %	7,3 %
Nehmen/Nahmen Sie an einem Zusatzangebot teil?	41,6 %	49,1 %	9,3 %
Profitieren Sie von den Zusatzangeboten	40,5 %	17,0 %	42,5 %
Helfen Ihnen die Angebote, besser mit Ihrer Erkrankung umzugehen?	39,4 %	19,0 %	41,6 %

Tabelle 6

Informationen zu den Modulen und Gesamtangebot

Wie zufrieden sind Sie mit ...	sehr zufrieden	eher zufrieden	eher unzufrieden	sehr unzufrieden	keine Angaben
... der Menge an Informationen zu den Zusatzangeboten?	16,2 %	42,2 %	23,3 %	2,8 %	15,5 %
... der Verständlichkeit der Informationen zu den Zusatzangeboten?	18,5 %	42,0 %	20,7 %	1,9 %	16,9 %
... den gesamten Möglichkeiten von OPTI-MuM?	25,9 %	40,5 %	14,9 %	1,3 %	17,9 %

Tabelle 7

OPTI-MuM als Ganzes

	trifft zu	trifft nicht zu	keine Angaben
Fühlen Sie sich nach der Einschreibung besser betreut?	55,2 %	35,1 %	9,7 %
Würden Sie sich erneut in das Projekt OPTI-MuM einschreiben	79,3 %	9,9 %	10,8 %
Würden Sie die Behandlung durch das Ärztenetzwerk OPTI-MuM weiterempfehlen?	79,7 %	9,3 %	11,0 %

Tabelle 8

DISKUSSION

Die Beteiligung an der Erhebung ist mit einer Rücklaufrate von 46,6 % sehr positiv zu bewerten. Sie lässt auf eine hohe mentale Beteiligung der Versicherten am OPTI-MuM Projekt als solches, aber auch auf eine starke Patientenbindung im Netz schließen. Diese Hypothese wird im Fragenblock „Zusammenarbeit im Ärztenetzwerk“ und „ärztliche Betreuung“ durch besonders hohe Zufriedenheitswerte bestätigt. Über 80 % der Befragten waren mit der Zusammenarbeit unter den Ärzten zufrieden, davon knapp 30 % „sehr zufrieden“. Die Frage nach der Zufriedenheit mit der Bereitschaft zur rechtzeitigen Überweisung erreichte den höchsten Wert der Antwortmöglichkeit „sehr zufrieden“ in der gesamten Auswertung. Beide Punkte stellen wichtige Erfolgskriterien für ein Ärztenetzwerk und auch das Projekt OPTI-MuM dar. Hierbei darf allerdings vermutet werden, dass diese sehr positiven Bewertungen in erster Linie das Ergebnis von 11 Jahren konsequenter Ärztenetzarbeit sind.

Die Ergebnisse sollen allen in die oft mühsame Netzarbeit involvierten Ärztinnen und Ärzten Mut machen, sich weiter zu engagieren, sollen ihnen aber auch zeigen, dass es viele Jahre Arbeit braucht, bis solche Effekte erzielt werden.

Das Leistungsspektrum von OPTI-MuM wurde von mehr als 75 % der Teilnehmer mit „sehr zufrieden“ oder „eher zufrieden“ bewertet. Zusätzlich würden rund 80 % der Befragten sich noch einmal in das Projekt einschreiben und dieses weiterempfehlen.

Verbesserungspotential besteht in der Bereitstellung von Informationen. Mit der Menge an Informationen zu den Zusatzangeboten sowie der Verständlichkeit dieser Informationen waren jeweils ca. ein Viertel der Befragten unzufrieden. Diese Defizite wurden auch in den Verbesserungsvorschlägen der Teilnehmer im Rahmen der abschließenden offenen Frage deutlich. Hier sollten die Projektpartner eine größere Informationsdichte anstreben und die Verständlichkeit der Informationen erhöhen.

Da die mangelnde Information des Patienten durch seinen Arzt in unmittelbarem Zusammenhang mit der Arbeitsdichte im alltäglichen Praxisbetrieb zu sehen war, beschlossen die Vertragspartner die Einführung eines digitalen Patienteninformationssystems über Bildschirme im Wartezimmer. Der multimediale Aufbau der danach aus der Netzzentrale in alle Wartezimmer gesendeten Informationen trug der Forderung nach verbesserter Verständlichkeit der Informationen Rechnung, z. B. durch mehrsprachige Sendungen, um die nicht der deutschen Sprache mächtigen Versicherten besser zu erreichen.

Eine Begrenzung dieser Zufriedenheitsmessung war, dass die Zufriedenheitswerte nicht mit denen einer Vergleichsgruppe oder einem Benchmark verglichen werden konnten, um eine Einordnung der Ergebnisse in Relation zu ermöglichen, da bisher keine publizierten Werte vergleichbarer Projekte vorliegen. Ebenso fehlen noch fassbare Zahlen zu unserer oben beschriebenen digitalen Patienteninformation. Diese zu liefern, wird Gegenstand zukünftiger Untersuchungen im Netz sein.

Wundversorgungsnetz Ammerland

Dr. rer. oec. Andreas Rühle

Geschäftsführer der ägnw eG, Ärztenossenschaft Niedersachsen-Bremen

Moderne Versorgung chronischer Wunden und diabetischer Füße integriert gestaltet. Das IV-Vertragsmodell der ägnw eG (Ärztenossenschaft Niedersachsen-Bremen) setzt auf die Kooperation.

Die systematische, erfolgsorientierte Behandlung chronischer Wunden ist leider ein in der medizinischen Versorgung oftmals stiefmütterlich behandeltes Thema. Patienten mit chronischen Wunden fordern viel Aufmerksamkeit, aufwendige Behandlung, hohen Materialeinsatz und das alles im Rahmen des sowie schon ausgereizten Budgets und der fixen Pauschalvergütung niedergelassener Ärzte. Anreizsysteme fehlen völlig. Die üblicherweise vorliegenden Modelle und Verträge zur Versorgung chronischer Wunden versuchen eine Verbesserung über eine enge Zusammenarbeit von Chirurgen oder „Wundzentren“ in Kooperation mit Pflegediensten zu erreichen. Außen vor bleibt üblicherweise der Hausarzt. Der Hausarzt ist aber die Vertrauensperson des Kranken und kann die Behandlung am effektivsten steuern. Die Folge solcher Vertragskonstruktion ist, dass die Patienten vom Hausarzt nicht in die Verträge eingeschrieben werden, da sie entweder nichts von den Verträgen wissen und/oder nicht in die Versorgung und Vergütung einbezogen werden.

Die ägnw eG (Ärztenossenschaft Niedersachsen-Bremen) ist ein facharztübergreifender Zusammenschluss niedergelassener Ärzte mit gegenwärtig ca. 1.000 Mitgliedern. Ihr Ansatz für den IV-Vertrag war, diese Versorgungsdefizite zu beseitigen. Kern des entwickelten Versorgungsmodells ist eine enge Kooperation zwischen dem Hausarzt und Wundkompetenzzentren. Pflegedienste und weitere Vertragspartner kommen nur unter der Steuerung des Hausarztes

zum Einsatz und sofern Sie für die Versorgung erforderlich sind (einrichtungsübergreifende Versorgung). Sogenannte Wundberater von Medizinprodukteunternehmen werden jedoch nicht eingesetzt. Gegenstand der Wundversorgung sind namentlich decubitus, ulcus cruris und diabetisches Fußsyndrom. Eine chronische Wunde liegt vor, wenn mit einer herkömmlichen Therapie innerhalb von 4 Wochen kein ausreichender Behandlungserfolg erreicht wurde.

Ziel des gegenwärtig mit den Krankenkassen DAK, und HKK – und vielen BKKen nach Einzelfallentscheidung –, geschlossenen IV-Vertrages ist die Verbesserung der Versorgung chronischer Wunden in einem definierten Zeitraum. Innerhalb von maximal 6 Monaten soll die Wunde verschlossen sein. Behandlungsqualität und Lebensqualität der Patienten wird dadurch erhöht. Dieses Ziel wird durch enge Abstimmung und Koordination der an der Versorgung Beteiligten, verbunden mit einer modernen Wundversorgung, erreicht. **Folgende Einzelziele wurden definiert:**

- Verkürzung der Behandlungszeit und Verbesserung der Heilungsraten,
- Verringerung stationärer Aufenthalte und Krankentransporte,
- Nahtlose Fortsetzung der in Kliniken begonnenen Behandlungen,
- Abgestimmte und optimierte Therapie,
- Vermeidung von Doppeluntersuchungen,
- Qualitativ hochwertige Versorgung durch Wahl eines interdisziplinären Ansatzes.

Der Vertrag wird innerhalb von Versorgungspauschalen (Komplex-Fallpauschalen) abgewickelt. Dies bedeutet, dass die Krankenkassen je nach Schwere der Wunde Pauschalvergütungen bezahlen. Diese Mittel müssen ausreichen, um die an der Versorgung Teilnehmenden sowie das Material und die weiteren Dienstleistungen, z. B. Laborleistungen, Transporte u.ä. zu finanzieren. Nicht in der Pauschale enthalten sind insbesondere stationäre Leistungen nach § 39 SGB V und die Versorgung mit speziellen Hilfsmitteln.

Die Behandlung gliedert sich in 4 Ebenen mit folgenden Partnern

<i>Ebene 1:</i>	<i>Hausarzt</i>
<i>Ebene 2:</i>	<i>Wundzentren</i>
<i>Ebene 3:</i>	<i>Ambulante Pflegedienste</i>
<i>Ebene 4:</i>	<i>Lieferanten von Verbandmaterialien</i>

EBENE 1: HAUSARZT

Frühestens 4 Wochen nach Beginn der Behandlung einer chronischen Wunde durch den Hausarzt kann der Patient in die IV eingeschrieben werden, sofern der Behandlungserfolg bis dahin ausgeblieben ist. Der Hausarzt veranlasst die Vorstellung des Patienten im Wundzentrum und übernimmt die laufende Behandlung sowie die Einschätzung von Pflegebedarf und Patienten-Compliance. Er ist direkter Ansprechpartner für den Patienten, der nicht nur Verbände wechselt, sondern auch den Patienten informiert, motiviert und das Selbstpflegepotential einschätzt. Zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen werden vorliegende Befunde und eingeleitete Maßnahmen an die Wundzentren übermittelt.

Die teilnehmenden Krankenkassen können der Aufnahme eines Patienten innerhalb einer definierten Frist widersprechen. Erfolgt kein Widerspruch gilt der Patient als in die integrierte Versorgung eingeschrieben.

EBENE 2: WUNDZENTREN

Dies sind interdisziplinär arbeitende zugelassene Wundambulanzen oder niedergelassene Fachärzte, die eine herausgehobene Qualifikation in moderner Wundversorgung vorweisen. Fachärzte können u.a. sein: Dermatologen, Chirurgen, Gefäßchirurgen, Diabetologen. Die Wundzentren nehmen bei der Behandlung eine zentrale Steuerungsfunktion bei Diagnostik, Therapieplanung und Behandlung ein und legen den Behandlungsverlauf fest. Hier erfolgt auch die Einstufung des Schweregrades der Wunden mittels eines Scoring-Modells. Sie stimmen sich mit dem mit behandelnden Hausarzt ab. Es ist vorgesehen, dass die Patienten bis zu zwölf Mal im Wundzentrum vorstellig werden, um die Entwicklung des Behandlungsverlaufes zu kontrollieren.

EBENE 3: AMBULANTE PFLEGEDIENSTE

Diese übernehmen die Verbandwechsel in Abstimmung mit den Wundzentren, sofern die Hausärzte dieses nicht selbst vornehmen (wollen). Vorgegeben sind Art und Häufigkeit des Verbandwechsels, Dokumentation und zu verwendendes Material.

EBENE 4: LIEFERANTEN VON (VERBANDMATERIALIEN) WUNDVERSORGUNGSMATERIALIEN

Diese liefern die von den Wundzentren festgelegten Wundversorgungsmaterialien direkt an. Das Wundzentrum ist frei in der Wahl der Materialien, eine vertragliche Bindung an bestimmte Hersteller erfolgt nicht. Im Vertrag erfolgt die Lieferung über das Tochterunternehmen der Ärztenossenschaft. Das eingesetzte Wundmaterial belastet nicht das Sprechstundenbedarfsbudget der teilnehmenden Ärzte.

Eingebunden in diese Aufgabe ist das Tochterunternehmen der Ärztenossenschaft Niedersachsen-Bremen, ägnw-direkt GmbH & Co. KG.

Managementgesellschaft des Vertrages ist die ägnw Management GmbH, eine Tochtergesellschaft der Ärz-

tegenossenschaft Niedersachsen-Bremen eG. Die Managementgesellschaft übernimmt die Akquisition, Auswahl, Schulung und Einbindung niedergelassener Ärzte sowie der Wundzentren und der Pflegedienste. Weitere Aufgaben sind die Abrechnung der erbrachten Leistungen von Mediziner, Pflegediensten und Wundzentren sowie die Versorgung mit Formularen und Informationsmaterial. Die regelmäßig stattfindenden Schulungsveranstaltungen für Helferinnen und Ärzte werden geplant, terminiert und durchgeführt. Hierfür werden regelmäßig hochkarätige Referenten ausgesucht. Das gesamte Budgetrisiko sowie die Budgetverwaltung liegt bei der ägnw Managementgesellschaft.

KOORDINATION

Wesentlicher Erfolgsfaktor und Kernelement von Verträgen, die den Namen integrierte Versorgung verdienen, ist Koordination. Jeder Patient, jeder Behandlungsverlauf, jede umfangreiche Versorgung wird von der Managementgesellschaft koordiniert und beobachtet. Das Zusammenspiel verschiedenster Leistungserbringer ist aufgrund der bestehenden Systemgrenzen nur über integrierte Versorgung im Sinne eines umfassenden Case Management koordinierbar. Der Sicherstellung eines abgestimmten Informationsflusses zwischen den Leistungserbringern ist besonders wichtig und wesentlicher Erfolgsfaktor des Vertrages. Nur hierüber kann das „Systemversagen“ der Regelversorgung bei diesem Krankheitsbild überwunden werden. Im 4. Quartal 2012 wird eine edv-gestützte Wund- und Behandlungsdokumentation pro Patient für alle an einem Versorgungsfall Beteiligten eingeführt werden. Die Erfüllung der im Vertrag definierten Leistungsschritte wird die auch Vergütung initiieren.

Die Qualitätssicherung der Behandlung erfolgt nicht nur durch die vertragliche Verpflichtung, sondern insbesondere auch durch regelmäßig stattfindende Qualitätszirkel der teilnehmenden Partner unter Moderation von ägnw sowie die Koordination der Versorgung durch die Managementgesellschaft. Besondere Fallkonstellationen werden besprochen und Maßnahmen zur Optimierung der Koordination der Zusammenar-

beit verabredet. Weiterhin dienen die Qualitätszirkel der gezielten Fortbildung und Vermittlung neuer Erkenntnisse in moderner Wundversorgung.

Mit den beteiligten Krankenkassen finden regelmäßig Fallbesprechungen statt. Hierzu wurde eine Steuerungsgruppe eingerichtet, bestehend aus Vertretern der Wundzentren, der ägnw und der Krankenkassen. Der Vertrag wird zudem von einem unabhängigen Institut als Ganzes evaluiert werden.

Die Vergütung der teilnehmenden Ärzte, Wundzentren und Pflegedienste ist in hohem Maße erfolgsorientiert. Für die Einschreibung und Behandlung wird eine Grundpauschale vergütet. Diese beträgt ca. 50 % des Gesamthonorars, welches für den Hausarzt bei einer chronischen Wunde des Schweregrades 3 insgesamt 800 Euro beträgt. Dies ist ausschließlich ärztliches Honorar; die Wundverbandmaterialien werden kostenlos zur Verfügung gestellt. Die erfolgsabhängige Komponente wird nur bei erfolgreichem Wundverschluss innerhalb von sechs Monaten ausgezahlt. Gelingt der Verschluss innerhalb der sechs Monate nicht, kann eine Verlängerung beantragt werden. Die Genehmigung durch die Krankenkasse ist abhängig von der bekannten Compliance des Patienten. Die Krankenkassen werden zur Förderung der Compliance in Absprache mit den teilnehmenden Ärzten beim Patienten vorstellig und unterstützen somit den Erfolg der Behandlung. Allerdings gehen die Krankenkassen nicht von sich aus und unabgestimmt auf die Patienten zu.

Eine zweite finanzielle Erfolgskomponente wird fällig, wenn nach Abschluss der Behandlung für eine gewisse Zeit kein Rezidiv auftritt.

Das Wundzentrum erhält pro Kontakt (maximal 12 mal) eine Vergütung. Die Höhe bemisst sich im Wesentlichen nach dem pro Kontakt anfallenden Arbeitsaufwand. Zugrunde liegt hierbei eine betriebswirtschaftliche Kalkulation der erforderlichen Zeit pro Arbeitsprozess und deren Bewertung mit einem Stundenverrechnungssatz. Insgesamt erhält ein Wundzentrum eine Vergütung in Höhe von 800 bis über 900 Euro, je nach Schweregrad der Wunde.

Die Abrechnung gegenüber den Wundzentren und den teilnehmenden Hausärzten übernimmt die Managementgesellschaft. Abrechnungszeitpunkte sind 4-mal während der Laufzeit einer Behandlung. Unmittelbar nach erfolgreichem Abschluss der Versorgung (Erfolgsmeldung) wird die Schlussrate an den behandelnden Arzt überwiesen. Eine zeitnahe Vergütung der erbrachten Leistung ist grundlegende Philosophie der Abrechnung der ägnw.

ERFOLGSFAKTOR UMSETZUNG

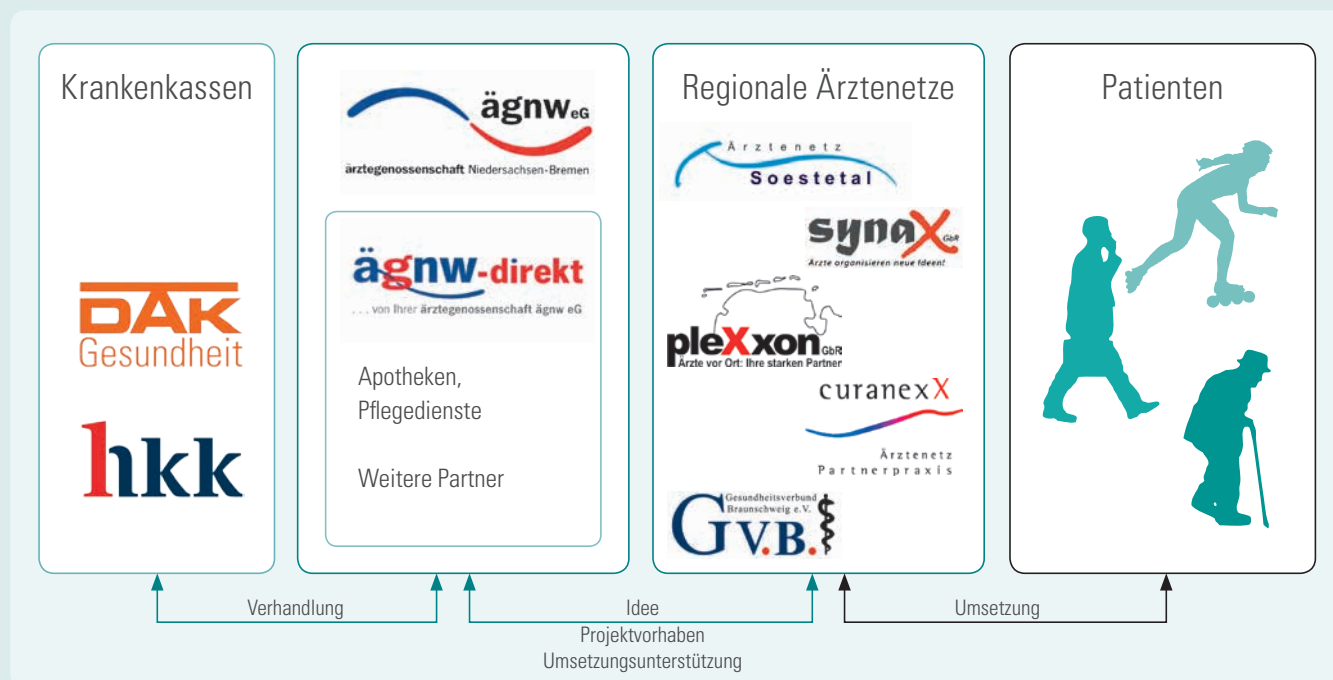
Viele inhaltlich hervorragende IV-Verträge scheitern daran, dass ein Konzept für die Umsetzung und das erfolgreiche Roll-out zu wenig beachtet und erarbeitet wird. Folgendes Konzept wurde für Niedersachsen und Bremen entwickelt: Erster Ansprechpartner sind existierende Ärztenetze, die mit einer hohen Verbindlichkeit der verbundenen Teilnehmer arbeiten. Dies haben das „Erstzugriffsrecht“ erhalten. Nachdem diese eingebunden sind, werden innerhalb der Netze die Wundzentren ausgewählt und vertraglich gebunden. Nach Etablierung der Wundzentren wird der Vertrag den Hausärzten im Rahmen von Informationsveranstaltungen vorgestellt. Nachdem die teilnehmenden Praxen definiert sind, erfolgt die Begleitung der einzelnen Praxen. Eine Schulungs- und Informationsveranstaltung für Ärzte aber insbesondere auch für Helferinnen stellt den Vertrag vor, verbunden mit einer Fachschulung in moderner Wundversorgung. Darüber hinaus finden in gewissen zeitlichen Abständen Besuche durch Außendienstmitarbeiter der ägnw statt. Hier werden gezielt abwicklungstechnische Fragen beantwortet oder wird Hilfestellung bei der Erstein-schreibung geleistet. Als eine Art Hotline steht darüber hinaus auch die Geschäftsstelle der ägnw zur Verfügung.

In Regionen, in denen keine gut funktionierenden und in Fragen moderner Versorgungskonzepte engagierte Ärztenetze existieren, wird über den Außendienst der ägnw gezielt Kontakt mit für die Funktion als Wundzentrum in Frage kommenden Ärztinnen und Ärzten aufgenommen. Sobald für eine Region mindestens 1 Wundzentrum gewonnen wurde, werden die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte zu ei-

ner Informationsveranstaltung eingeladen, auf der der Vertrag vorgestellt wird. Danach erfolgt die Einschreibung der niedergelassenen Ärzte.

Dieses abgestufte Vorgehen und die intensive Betreuung ist für den Erfolg von Verträgen unabdingbar. Der Ablauf in Arztpraxen ist nicht auf die „neue Vertragswelt“ eingestellt. Dies muss geübt und immer wieder ins Bewusstsein geholt werden. Abläufe, Ansprechpartner, Formulare, Abrechnungserstellung etc. sind komplett anders als im üblichen Kollektivvertragssystem. Dies sind Herausforderungen, die „im Kleinen“ geübt werden müssen, bevor die „großen“ Verträge kommen. Unsere Erfahrung mit der gewählten Vorgehensweise ist sehr gut, die Akzeptanz in den teilnehmenden Praxen groß. Es hat sich gezeigt, dass die eingespielten Abläufe und das „Denken“ an den Vertrag immer wieder ins Bewusstsein gerückt werden müssen.

Durch die intensive Zusammenarbeit zwischen ägnw und den Praxen werden Grundlagen geschaffen für eine erfolgreiche Umsetzung weiterer Vertragsvorhaben. Diese Grundlagen bestehen aus der Etablierung neuer Kommunikationsstrukturen, neuer Abläufe und veränderten Verhaltens gegenüber Patienten. Eine Integration neuer Vertragsformen in die Praxis-EDV ist weitgehend noch nicht möglich. Hier haben die Hersteller erheblichen Nachholbedarf. Dies betrifft nicht nur die Abrechnung von Behandlungspfaden und die Möglichkeit separater Abrechnungswege, d.h. Versand der Daten an die Managementgesellschaft und nicht an die KV. Es geht vielmehr auch darum, die betriebswirtschaftlichen Erfolge der Verträge messbar und kontrollbar zu machen. Veränderungen in den verursachten Kostenverläufen durch den Vertragsabschluss müssen transparent werden. Beim vorliegenden Vertrag wird dies über die vollständige Kostenkontrolle im ambulanten Bereich ermöglicht, weil nicht einzelne Kostenarten mit den Kassen abgerechnet werden, sondern es sich um einen Vertrag mit Budgetverantwortung der Managementgesellschaft handelt. Die Honorare für die teilnehmenden Leistungserbringer, der Einsatz an Wundverbandmaterialien, die Administrationskosten und die sonstigen Kosten (Taxifahrten etc) sind bekannt und können pro Fall und Schweregrad der Wunde aus-



gewiesen werden. Unbekannt ist der Umfang der Reduktion der stationären Aufenthalte und der damit zusammenhängenden Kosten sowie weiterer Kostenblöcke. Dieser Vergleich kann nur gemeinsam mit den Krankenkassen als Vertragspartner angestellt werden.

Die bisherigen Erfahrungen mit dem IV-Vertrag zur Versorgung chronischer Wunden sind ausgezeichnet. Von den bisher knapp 400 Fällen wurden nur wenige Fälle wegen nachhaltig nicht sicherzustellender Compliance des Patienten aus der IV ausgesteuert. Über 80 % der Fälle wurden innerhalb von 6 Monaten abgeschlossen. Alle restlichen Fälle bedurften für einen erfolgreichen Abschluss einer Verlängerung des Behandlungszeitraumes.

Es gelingt mit und über diesen Vertrag, nachhaltig neue Strukturen der regionalen Versorgung in Niedersachsen und Bremen aufzubauen. Damit wird eine wichtige Grundlage für eine erfolgreiche Tätigkeit niedergelassener Ärzte in den Regionen gelegt. Neben der deutlichen Verbesserung der Patientenversorgung ist ein zentraler Grundstein für den Ausbau des vorhandenen Vertrages gelegt. Neue, weitere Module zur umfassenden Versorgung sind in Vorbereitung und kurz vor der Einführungsreife.

Für die teilnehmenden regionalen Ärzteunternehmen (Netze) bietet die Zusammenarbeit mit der Ärztegenossenschaft den wesentlichen Vorteil, dass sie ihren Mitgliedern umsetzungsreife Vertragsmodelle anbieten und in der betreuten Region Markenbildung für eine effiziente und gute medizinische Versorgung betreiben können. Die Umsetzungsunterstützung und das kaufmännische Management liefert die Ärztegenossenschaft. In Niedersachsen und Bremen wird diese Art der Kooperation immer häufiger etabliert. Die Teilnahme am Vertrag ist nicht an eine Mitgliedschaft der Ärzte in der ägnw gebunden.

Auf einen einfachen Nenner gebracht: die regionalen Ärzteunternehmen konzentrieren sich auf die Umsetzung und die Patientenversorgung, die Ärztegenossenschaft um die Vertragsgespräche und Abrechnung mit den Krankenkassen sowie die Administration.

Der vorliegende Vertrag und die erzielten Ergebnisse sind ein hervorragendes Beispiel, wie eine erfolgreiche, sektorenübergreifende Kooperation zum Wohle der Patienten gestaltet werden kann.

INNOVATION IM DIENST DER GESUNDHEIT

BERLIN-CHEMIE entwickelt, produziert und vertreibt pharmazeutische Produkte.

BERLIN-CHEMIE ist eine deutsche Tochtergesellschaft der MENARINI-Group, die seit Jahren den führenden Platz im italienischen Pharmamarkt einnimmt.

BERLIN-CHEMIE ist ein Unternehmen mit einer reichen Tradition und einer dynamischen Entwicklung. In Berlin-Adlershof reicht unsere Geschichte bis ins Jahr 1890 zurück. Die bei uns arbeitenden Menschen kommen zum Teil aus Familien, die sich hier nun schon in der fünften Generation mit der Entwicklung, Herstellung und Vermarktung von Arzneimitteln beschäftigen.

Wir pflegen eine besonders enge Verbindung zu unserem Hauptstandort Berlin, zu dem wir uns nachdrücklich bekennen. Zugleich sind wir ein weltoffenes Unternehmen. In 31 europäischen und asiatischen Ländern sind wir mit eigenen Organisationen vor Ort tätig und beschäftigen mehr als 4.500 Mitarbeiter. Insgesamt arbeiten bei uns Menschen aus mehr als 70 Nationen. Diese Vielfalt zählt zu unseren Stärken.

Als Mitglied des Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller steht BERLIN-CHEMIE für Innovationen. Das Ziel unserer Forschung ist es, neue Arzneimittel zu entwickeln um kranken Menschen zu helfen und mehr Lebensqualität zu geben. Wir garantieren in Übereinstimmung mit der Philosophie der MENARINI-Group hochmoderne und sichere Arzneimittelproduktion in Top Qualität.

Schwerpunkt unserer Forschung ist die Entwicklung innovativer Arzneimittel auf den Gebieten:

- Entzündliche Erkrankungen und Schmerz
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Krebserkrankungen
- Virus-Infektionen

EinBlick

gesundheits
management 
Ihre Zukunft gemeinsam gestalten
BERLIN-CHEMIE

NEWSLETTER EINBLICK

Mit dem Newsletter **EinBlick** informiert das Gesundheitsmanagement der BERLIN-CHEMIE AG Sie über die Hintergründe der aktuellen gesundheitspolitischen Themen. Der Newsletter erscheint alle drei Wochen mit Nachrichten hinter der Nachricht und hält Sie so über die Entwicklungen auf dem Laufenden. Wichtig ist nicht nur, aktuell Bescheid zu wissen, sondern auch zu verstehen, warum die Themen gerade dann, gerade in diesem Kontext besprochen werden. So erkennen Sie frühzeitig, mit welcher Strategie Sie reagieren können.

Um den Newsletter **EinBlick** regelmäßig per E-Mail zu erhalten, können Sie sich im Internet unter www.einblick-newsletter.de anmelden.



BERLIN-CHEMIE AG
Glienicke Weg 125, 12489 Berlin

