

Praxis

Ein Modell, das sich rechnet

Primärversorgung. Ein Gesundheitswissenschaftler und Pharmazeut aus Deutschland hat mit „Gesundes Kinzigtal“ ein Versorgungs- und Geschäftsmodell der anderen Art initiiert. Hier wurden Anreize im Gesundheitswesen geschaffen, die die Gesunderhaltung der Menschen belohnt. Mit diesem Konzept wird auch automatisch die Primärversorgung gestärkt.

Von Michael Dihlmann

In Deutschland erfolgt die Finanzierung des Gesundheitssystems im Gegensatz zu Österreich ausschließlich über die Krankenkassen. Etwa 90 Prozent der Bevölkerung ist in gesetzlichen Krankenkassen versichert. Es besteht also keine Pflichtversicherung, sondern lediglich eine Versicherungspflicht. Die Versicherten haben eine Wahlmöglichkeit unter mehreren gesetzlichen Krankenversicherungen. Rund ein Drittel der Bevölkerung ist jedoch bei einer der elf rechtlich selbstständigen regionalen „Allgemeinen Ortskrankenkassen“ versichert.

Der Stellenplan der Krankenkassen ist bei weitem nicht so engmaschig festgelegt wie in Österreich. Es sind größere Einheiten definiert, für die je Fach ein ärztlicher Bedarf an Vollzeitstellen definiert wird. Beispielsweise im Bereich der Allgemeinmedizin sind rund drei Viertel der regionalen Einheiten noch nicht „gesperrt“. Das bedeutet, dass man sich dort als Allgemeinmediziner im Prinzip frei als Kassenarzt niederlassen kann. Die Leistungs- und Honorarordnung ist ähnlich wie in Österreich geregelt und grundsätzlich auch mit Deckelungen und Limitierungen versehen. Ärztliche Kooperationsformen aller Art inklusive An-



Dr. h.c. Helmut Hildebrandt
Gesundheitswissenschaftler, Pharmazeut und Geschäftsführer von Gesundes Kinzigtal GmbH bzw. Vorsitzender der OptiMedis AG © Michael Dihlmann

stellungen sind im Prinzip erlaubt. Einige Krankenkassen bieten ein sogenanntes Hausarztmodell an, im Rahmen dessen sich ein Patient auf freiwilliger Basis an einen Hausarzt seiner Wahl „binden“ kann und sich verpflichtet, diesen im Falle einer notwendigen Konsultation als ersten aufzusuchen.

Menschen belohnen als Konzept

So weit, so gut. Innerhalb dieser Rahmenbedingungen hat sich ein findiger Gesundheitswissenschaftler und Unternehmer überlegt, wie man das zweifelsohne nicht ganz ideale System verbessern kann. Und so ist der gelernte Apotheker Helmut Hildebrandt in Kontakt mit Ärzten in einer Region in Süddeutschland gekommen: Das Kinzigtal ist ein etwa 80 Kilometer langes Tal mit Seitentälern in Baden-Württemberg, vergleichbar etwa mit dem Tennengau in Salzburg. Dort haben die AOK und die „Landwirtschaftliche Krankenkasse“ (LKK) in Summe etwa 33.000 Versicherte bei einer Gesamtbevölkerung von etwa 70.000 Menschen.

Gemeinsam mit einem bereits etablierten Ärztenetz, dem Medizinischen Qualitätsnetz – Ärzteinitiative Kinzigtal –, schlug Hildebrandt der AOK und der LKK vor, die Anreize im Gesundheitswesen umzukehren und zwar hin zu einem System, in dem die Gesunderhaltung der Menschen belohnt wird. Dadurch sinken gleichzeitig auch die Versorgungskosten. „Indem wir zum Beispiel durch bessere Koordination und Abstimmung sowie durch Prävention, Gesundheitsförderung und Versorgungsmanagement unnötige und für Patienten belastende Krankenhausaufenthalte verhindern oder Krankheiten hinauszögern, spart das Kosten. Ein Teil der Einsparungen fließt dann wieder an die Managementgesellschaft vor Ort zurück.“

Die AOK war einverstanden und daraus entstand nach langen Verhandlungen im Jahr 2006 der Vertrag zur integrierten Versorgung „Gesundes Kinzigtal“. Vereinbart wurde, dass „Gesundes Kinzigtal“ eine ökonomische und medizinische Mit-

Lesen Sie bitte weiter auf Seite 28

Liebhaberei bei selbstständiger ärztlicher Tätigkeit Teil 4

Steuern im Bild, Teil 160

Alter oder Gesundheitszustand unbedeutend

Diese Kriterienprüfung (siehe Ärzte Woche 28, S. 19) stellt nur eine beispielhafte Aufzählung dar. Zunächst ist dabei jedes Kriterium für sich zu prüfen, um anschließend eine Beurteilung nach dem Gesamtbild mit unterschiedlicher Gewichtung der einzelnen Kriterien vorzunehmen. Dem Alter oder dem Gesundheitszustand des Abgabepflichtigen kommt dabei keinerlei Bedeutung zu. Stellt sich bei einer Tätigkeit heraus, dass sie **niemals erfolgsbringend sein kann, liegt bis zum Zeitpunkt der Feststellung der Erfolglosigkeit eine Einkunftsquelle** vor und somit können die daraus erzielten Verluste dieser Zeit geltend gemacht werden.

Die Geltendmachung von Verlusten kann zu einer erheblichen Reduzierung der Steuerbelastung führen, weshalb eine Einstufung als Liebhaberei von der Finanzverwaltung stets hinterfragt werden sollte.



Steuern im Bild

Das Steuerrecht ist eine komplexe Materie. Um Ihnen den Zugang zu erleichtern, bringt Ihnen die MEDplan steuerliche Regelungen bildhaft näher. Diesmal: **Die Liebhaberei bei selbstständiger ärztlicher Tätigkeit, Teil 4.**
◀ Mag. Susanne Glawatsch

MEDplan

Telefon +43 (0)1 817 53 50
E-Mail: info@medplan.at
www.medplan.at



Praxis.Versorgungsmodell

Impressum

Herausgeber und Verleger:
Springer-Verlag GmbH, Wien

Geschäftsführung:
Dr. Alois Sillaber, Dr. Heinrich Weinheimer,
Joachim Krieger

Leitung Journale und Redaktionen Medizin:
Gabriele Hollinek

Chefredaktion: Raoul Mazhar (RM; DW 319)

stv. Chefredaktion: Mag. Martin Krennek-Burger, BSc
(MB; DW 238)

Redaktion: Katrin Derler, BA (KD; DW 543),
Dr. DI Philip Klepeisz (PK; DW 317), Dr. Renate Lessky-
Höhl (RH; DW 285, verantwortlich für Komplementär-
medizin), Dr. Verena Kienast (Kf; DW 222, verantwor-
tlich für Apotheker Plus)

Sonderproduktionen:
Mag. Katharina Kloboucnik
(KK; Chefin vom Dienst, DW 326)

Gestaltung/Produktion: Ralf Dolberg, Michael Eiles,
Christian Ott, Tili Schlünz

Leitung Verkauf Medizin: Robert Seiwald

Anzeigenverkauf: Robert Seiwald (DW 335)
Mag. Andrea Zangerl (DW 337)

Mag. Birgit Kimmel, (DW 341, verantwortlich für
Apotheker Plus und Komplementärmedizin)

Mediaservice: Karin Husslik (DW 320)

Es gilt die Anzeigenpreisliste 2018

Kleinanzeigen/Sekretariat: Christine Neger (DW 318)

Abonnement: Springer Customer Service Center
Tel.: +49-(0)6221-345-0
E-Mail: customerservice@springer.com

Berater der Redaktion: Dr. Christoph Dachs,
Dr. Reinhold Glehr, Prof. Dr. Sibylle Kietzbl,
Prof. Dr. Lars-Peter Kamolz, Dr. Heidemarie
Abrahamian, Prof. Dr. Bernhard Ludvik, Prof. Dr. Markus
Pacek-Radosavljevic, Prof. Dr. Alexandra Kautzky-Willer,
Prof. Dr. Dr. Reingard Grabherr, Prof. Dr. Johannes
Huber, Prof. Dr. Cornelia Lass-Floerl, Doz. Dr. Martin
Hülsmann, Doz. Dr. Patrick Weninger, Prof. Dr. Roland
Sedivy, Prof. Dr. Thomas Stompe, Prim. Dr. Christa
Rados, Dr. Wolfgang Beigböck, PD Dr. Arschang
Valipour, Dr. Elia Bragagna, Prof. PD Dr. Hans-Peter
Hutter, Dr. Florian Wimpfssinger

Verlagsanschrift:
Prinz-Eugen-Straße 8-10, 1040 Wien,
Tel. +43/1/330 24 15-0, Fax +43/1/330 24 26,
E-Mail: aerzte@aerztewoche.at

Verlagsort: Wien

Erscheinungsort: Wien

Verlagspostamt: 1040 Wien P.b.b.;
ISSN: 1862-7137

Design: Trimedia Communications Austria GmbH/
Colletiva Design GmbH

Druck und Vertrieb:
ColdsetInnovation Fulda GmbH & Co KG,
Am Eichenzeller Weg 8, D-36124 Eichenzell

Erscheinungsweise: 44 x pro Kalenderjahr,
Versand per Post

Bezugspreis pro Jahr:
112,64 Euro [Inland] (inkl. Versand und MwSt.),
74,00 Euro + Porto + MwSt. auf Anfrage
[Länderabhängig] (Ausland), 77,44 Euro Ruhestand,
Turnusärzte, Außendienst, Studenten [Inland]
(inkl. Versand und MwSt.), 42,00 Euro + Porto + MwSt.
auf Anfrage [Länderabhängig] (Ausland).

Bezugsbedingungen: Das Abonnement für Einzelbezie-
her gilt mit Bezug des ersten Heftes jeweils für ein Jahr
mit der in der Preisliste für einen vollen Jahrgang ange-
gebenen Anzahl von Ausgaben. Abbestellungen inner-
halb dieser Laufzeit können nicht entgegengenommen
werden. Das Abonnement der Zeitschrift verlängert
sich automatisch um ein weiteres Jahr, wenn nicht bis 2
Monate vor Ablauf des Abonnements beim Verlag eine
schriftliche Kündigung eingegangen ist.

Adressänderungen: Informieren Sie uns bitte sofort.
Geben Sie uns dabei den Namen der Zeitschrift sowie
die alte und neue Adresse bekannt. Reklamationen für
nicht erhaltene Hefte können nur innerhalb von 2 Wo-
chen nach dem Erscheinen angenommen werden.

Alle namentlich gekennzeichneten Beiträge spiegeln
nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wider. Die
Beiträge fallen somit in den persönlichen Verantwor-
tungsbereich des Verfassers. Die Redaktion übernimmt
keine Haftung für unaufgefordert eingesandte Manu-
skripte. Mit „Sonderbericht“ oder „Advertorial“ ge-
kennzeichnete Seiten sind entgeltliche Einschaltungen
nach §26 Mediengesetz.

Allgemeiner Teil/Rechtliche Hinweise für Autoren: Die
Autorin/der Autor erklärt, dass ihr/sein Manuskript
in dieser Form bislang nicht anderweitig veröffentlicht
oder zur Veröffentlichung eingereicht wurde.

Die Autorin/der Autor überträgt mit der Übergabe des
fertigen Manuskripts und der Veröffentlichung in der
Zeitung oder Fachzeitschrift die notwendigen Nut-
zungsrechte zur Vervielfältigung und Verbreitung an
den Verlag, insbesondere das Recht der Nutzung zu ge-
werblichen Zwecken durch Druck, Nachdruck, Verbrei-
tung in elektronischer Form oder andere Verfahren und
Medien durch Springer Science + Business Media. Die
Autorin/der Autor holt, falls notwendig, die Nutzungs-
rechte an Texten und Bildern Dritter vor Übergabe des
fertigen Manuskripts ein, eventuelle Ansprüche Dritter
sind somit geklärt.

Hinweise zur Verwertung: Die Zeitschrift sowie alle in
ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen
sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung,
auch auszugsweise, die nicht ausdrücklich vom Ur-
heberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen
schriftlichen Zustimmung des Verlages. Das gilt insbe-
sondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Über-
setzungen, Mikroverfilmungen und die Verarbeitung in
elektronischen Systemen.

Produkthaftung: Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen,
Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in dieser
Zeitschrift berechtigt auch ohne besondere Kennzeich-
nung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sin-
ne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung
als frei zu betrachten wären und daher von jedermann
benutzt werden dürften. Angaben über Dosierungsan-
weisungen und Applikationsformen sind anhand ander-
er Literaturstellen oder der Packungsbeilage auf ihre
Richtigkeit zu überprüfen. Der Verlag übernimmt hier-
für keine Gewähr.

Um einen angenehmen Lesefluss zu gewährleisten, ver-
zichten wir auf das Binnen-I oder auf die gesonderte
weibliche und männliche Form bei personenbezogenen
Bezeichnungen wie „Arzt“ und „Patient“. Gemeint ist
stets sowohl die weibliche als auch die männliche Form.
Wir hoffen auf Ihr Verständnis.

Eigentümer und Copyright-Inhaber:
© 2018 Springer-Verlag/Wien. Springer Medizin ist Teil
von Springer Nature.



Druckauflage 20.411

(ÖÄK-Halbjahresschnitt 2017H2)

Inhalte der „Ärzte Woche“ sind seit Oktober 2010
auch über die Zeitungsdatenbank der APA
(http://www.defacto.at) abrufbar.

Fortsetzung von Seite 27

verantwortung für alle Indikationen und Leistungsbereiche außer Zahnmedizin für die Versicherten der beiden betroffenen Kassen übernimmt. Die „Gesundes Kinzigtal GmbH“ organisiert Versorgungsprozesse über verschiedene Sektoren hinweg und verändert die Behandlungskultur zusammen mit Leistungs- und anderen Partnern.

Patienten stärker einbeziehen

Ziel ist eine stärkere Beteiligung der Patienten mit Zielvereinbarungen und Präventionsprogrammen. Das Projekt wird laufend extern durch die Abteilung für medizinische Soziologie der Universität Freiburg evaluiert, inzwischen fortgesetzt in Kooperation der Universität Marburg und Köln. Gesundes Kinzigtal verfolgt drei gleichberechtigte Ziele, angelehnt an den Triple-Aim-Ansatz von Donald M. Berwick:

1. Die Gesundheit der Bevölkerung zu unterstützen und zu stärken.
2. Die Abläufe im Gesundheitswesen so zu organisieren, dass die Patienten das als positiv empfinden (Patientenzufriedenheit).
3. Die Abläufe im Gesundheitswesen so organisieren, dass die Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung für die Versichertengemeinschaft gesichert ist.

Geschehen soll dies durch eine bessere Vernetzung aller Partner, die an der Behandlung eines Patienten beteiligt sind sowie durch die Stärkung und Intensivierung präventiver und begleitender Angebote, ganz speziell chronischer Krankheiten. Dies soll durch eine umfassende Begleitung durch den vom Patienten gewählten „Arzt des Vertrauens“ und dessen Praxisteam sowie eine stärkere Einbindung des Patienten in den Behandlungsprozess erreicht werden.

Beteiligte Ärzte und Psychotherapeuten erhalten für den erhöhten Zeitaufwand zusätzliche Vergütungen. Gleichzeitig werden sie durch die Mitarbeiter der Geschäftsstelle auf unterschiedliche Weise unterstützt. Etwa bei der EDV-Organisation in der Praxis, durch Schulungen für Mitarbeiter, durch Unterstützung von Patienten bei komplexen Fragestellungen oder auch Umfragen und Auswertungen zu ihrer Tätigkeit. In diesem Netzwerk gibt es also keine Konkurrenten, sondern nur Mitstreiter. Und vor allem gibt es ein gemeinsames Ziel.

Mitglieder als GmbH-Teilhaber

Die Mitglieder des „Medizinischen Qualitätsnetzes – Ärzteinitiative Kinzigtal e.V.“ besitzen einen Anteil von zwei Dritteln der „Gesundes Kinzigtal GmbH“ und erhalten nach nachhaltigem wirtschaftlichem Erfolg zusätzliche Boni. Von jedem Euro, der nachweislich durch die Tätigkeit dieser Organisation eingesparrt wird, erhält die Gesellschaft 50 bis 66 Cent.

Prüfbar wird das durch die Systematik des Gesundheitssystems in Deutschland. Denn man ist im Gegensatz zu Österreich aufgrund der verfügbaren Daten in der Lage, ganz genau zu ermitteln, wie sich die Kosten für jeden einzelnen Versicherten im Vergleich zu seinem statistischen Vergleichswert entwickelt haben. Nun kann man genau berechnen, zu welchem wirtschaftlichen Ergebnis Optimierungsmaßnahmen beitragen. Und das Modell rechnet sich offenbar für alle Beteiligten.



Gesundheit belohnen. Der Ansatz, dass die Gesunderhaltung der Patienten mithilfe von Präventionsprogrammen und umfassender medizinischer Betreuung lukrativ sein kann, zeigen Daten des Versorgungsmodells „Gesundes Kinzigtal“ in Baden-Württemberg.

© Robert Kneschke / stock.adobe.com
(Symbolbild mit Fotomodellen)



Wenn wir einen Gesamtbruttoutzen für die Krankenkasse erbringen, dann bekommen wir einen Teil dieses Nutzens in Form von Geld zurück.

In Österreich kann man nur vermuten, wie sich eine Optimierung des Systems aus ganzheitlicher Sicht rechnen würde. Denn für die Krankenkassen ist alles gut, was sich aus deren Hoheitsgebiet in die Spitäler verlagert. Ein nicht ordentlich behandelter Patient mit Diabetes beispielsweise ist also für die Krankenkasse in Österreich zunächst einmal von Vorteil. Und wenn dieser Diabetiker dann etwa wegen einer Amputation im Krankenhaus Kosten erzeugt, dann bekommt das die Krankenkasse unmittelbar nicht einmal mit. Man kann den Gesamtaufwand pro Patient in Österreich nicht messen, aber wir alle können vermuten, dass eine ordentliche und vor allem strukturierte Behandlung des Diabetikers neben enormem Leid, auch Kosten einsparen könnte.

In Deutschland hat man die Möglichkeit einer ganzheitlichen Sicht und im Kinzigtal – und mittlerweile auch in den Hamburger Stadtteilen Billstedt und Horn, wo OptiMedis ebenfalls am Aufbau eines Versorgungsmodells wie in Gesundes Kinzigtal beteiligt ist – nutzt man diese Möglichkeit.

Alle Akteure unter einen Hut bringen

Ein Schlüssel zur Optimierung ist die Stärkung der Primärversorgung. Denn wenn die Menschen dort behandelt werden, wo es sinnvoll ist, dann kann am Ende das ganze System profitieren. Hildebrandt erläutert die Grundgedanken dieses Modells: „Wir versuchen, die Sicht der Patienten, Ärzte und der Krankenkasse unter einen Hut zu bringen. Das ist beispielsweise bei einem einzelnen Primärversorgungszentrum nach österreichischer Modellierung nicht der Fall, denn dort geht es um die ausschließliche Optimierung des eigenen Umfelds. Mit den dort gesetzten Anreizen unternimmt man nichts gegen Über-, Fehl- oder Unterversorgung. Wir haben im Kinzigtal eine andere Situation. Wenn wir einen Gesamtbruttoutzen für die Krankenkasse erbringen, dann bekommen wir einen Teil dieses Nutzens in Form von Geld zurück. Daher haben wir alle ein Interesse, neben dem einzelnen individuellen finanziellen Vorteil, auch in den Gesamtnutzen zu investieren.“

Das wird auch ständig begleitend überprüft, obwohl bislang nur der

finanzielle Ertrag für die Kasse als Bemessungsgrundlage zählt. „Der Nutzen für die Krankenkasse ist jedoch nicht nur ein finanzieller. Sie profitiert ja auch davon, dass ihre Patienten gesünder und zufriedener sind“, erklärt Hildebrandt. Wichtig ist, dass man an den richtigen Stellen ansetzt. „Ein Blutdruck-Patient, der im niedergelassenen Bereich so geführt wird, dass er keinen Schlaganfall bekommt, der erzeugt natürlich auch weniger Kosten. Eine Investition in gute Versorgung ist daher auch unser Investment und unsere Chance, die Versorgung nachhaltiger zu machen.“

Krankenkassen sind in Deutschland aufgrund der gesetzlichen Lage sehr am laufenden Geschäftsjahr interessiert. Außerdem gibt es viele Regelungen, die es Krankenkassen und anderen schwer machen, innovative Ideen umzusetzen. Ein weiterer Hemmschuh für Optimierungen ist die Vertragspartnerschaft zwischen Ärzten und Kassen. Und das bringt die Organisation von Hildebrandt ins Spiel. „Wenn die Krankenkasse etwas möchte, dann müssen die Ärzte verständlicherweise auch sagen, dass das etwas kostet. Somit führt jeder Ausdruck eines Wunsches zur Nachfrage nach der Zahlung dafür. Innerhalb der Ärzteschaft entsteht also verständlicherweise kein gesundheitsökonomisches Interesse, etwas zu verändern, weil die falschen Anreize gesetzt werden.“

Verbindende Interessen fördern

Das optimale Verhalten der Ärzte wäre aus seiner Sicht nicht so wie heute üblich ein „akut-reaktives“ Verhalten, sondern ein „pro-aktives und zielorientiertes“ Verhalten. „Das entsteht jedoch nicht einfach dadurch, in dem man etwa die Zugewandungsmedizin oder Gesprächsmedizin besser honoriert. Das kann auch mit einem herkömmlichen Vergütungssystem nicht abgebildet werden. Wir setzen diesen Anreiz durch die gesellschaftliche Mitbestimmung eines relevanten Teils der Ärzteschaft, die bei uns Mitglieder sind. Daher bekommen diese auch ein verbindendes Interesse am Wohlergehen der Gesamtgesellschaft“, fasst Hildebrandt den Schlüssel in Richtung ideale Primärversorgung aus seiner Sicht zusammen. ■