

Praxisnetze: Professionalisierung kann sich lohnen

Wenn sich Ärzte regional vernetzen, wollen sie gemeinsam ihre Interessen vertreten oder die Versorgung aktiv gestalten. Die Erwartungen der Krankenkassen an die Netze sind groß: Sie sollen wirtschaftlicher und effizienter arbeiten und die Versorgung verbessern. Eine Studie kommt aber zu dem Ergebnis, dass die meisten Netze schlecht organisiert sind. Doch es gibt positive Ausnahmen.

Von Sebastian Schnabel



Foto: iStockphoto

Eigentlich müssten Ärzte doch genug Interessenvertreter haben: die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), Fach- und Hausarztverbände, dazu den Marburger Bund, den NAV-Virchow-Bund und den Hartmannbund sowie die Fachgesellschaften. Dennoch schließen sich immer mehr Ärzte in Praxisnetzen zusammen. Laut dem EPC Ärztenetzmonitor gab es 2009 über 800 solcher Netze in Deutschland. Meist handelt es sich dabei um regionale Interessenvertretungen, in denen sich Haus- und Fachärzte, teilweise auch im Verbund mit Therapeuten und Kliniken, zusammenfinden. Einige Praxisnetze versuchen mittlerweile, die Patientenversorgung aktiv mitzugestalten, etwa im Rahmen von Verträgen zur Integrierten Versorgung (IV) oder Selektivverträgen. Das prominenteste Beispiel ist der Medi-Verbund, ein Zusammenschluss von Ärztenetzen. Für die Krankenkassen stellen die Netze prinzipiell interessante Vertragspartner dar. Denn in vielen Regionen ist die Fragmentierung des Gesundheitssystems eine große Herausforderung. Doch bei weitem nicht alle Netze sind bereits so gut organisiert, dass sie als verlässliche Vertragspartner erhalten und die Fragmentierung überwinden können. Manche sind als lose Vereine organisiert, andere als GmbH. Nur wenige haben als Rechtsform die Genossenschaft gewählt, in der sich die Mitglieder finanziell beteiligen müssen.

„Ärzte sind gewohnt, autark zu entscheiden“

Auch die Praxisnetz-Studie der Universität Erlangen-Nürnberg kommt zu dem Ergebnis, dass die meisten Netze noch Defizite haben. Vergangenes Jahr veröffentlichte die Hochschule die aktuelle Auswertung der kontinuierlich laufenden Studie. Fazit: Die Vernetzung hat stark zugenommen, aber der Organisationsgrad ist noch unzureichend. Zudem sei das Potenzial bei

weitem nicht ausgeschöpft: „Die Praxisnetze können den gestiegenen Herausforderungen mit den vorhandenen Strukturen meist nicht begegnen.“ Mehr als die Hälfte der teilnehmenden Netze habe nur einen niedrigen Gesamtreifegrad erreicht.

Studienleiter Jörg Purucker macht mehrere Probleme für die aktuelle Situation verantwortlich: „Viele Ärzte sind gewohnt, autark zu entscheiden. In den Netzen müssen sich fünfzig bis hundert Ärzte, die in ihren Praxen das Sagen haben, auf eine Strategie festlegen.“ Diese Abstimmungen seien zeitintensiv. In den Diskussionen um eine gemeinsame Linie gingen positive Ansätze mitunter verloren. Das andere Hauptproblem sei die Technik. Purucker: „Es mangelt an zufriedenstellenden IT-Lösungen. Der Kommunikationsstandard der Praxissoftware ist veraltet, und die großen Anbieter von Praxissoftware möchten natürlich ungern ihre Schnittstellen öffnen.“ Dabei stellt ein schneller Kommunikationsfluss in einem Praxisnetz einen großen Wert dar – besonders für Krankenkassen im Rahmen von Selektiv- und IV-Verträgen. Denn ein verbesserter Informationsfluss kann helfen, Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Bezüglich Doppeluntersuchungen, da sind sich Krankenkassen, Ärztevertreter und sogar Politiker aller Parteien einig, sind große Sparpotenziale vorhanden. Um unnötige Untersuchungen zu vermeiden, müssen Ärzte jedoch wissen, was die Kollegen bereits untersucht und diagnostiziert haben.

Bis sich die elektronische Gesundheitskarte gegen alle Widerstände durchgesetzt haben wird, mögen noch einige Jahre vergehen. Doch funktionierende Insellösungen gibt es bereits. Das Netz „Gesundes Kinzigtal“ sieht beispielsweise für jede Praxis einen eigenen Server vor. Dort liegen – hochgradig verschlüsselt – alle Patientendaten. Kommt ein Patient mit seinem

Gesundheitspass zum Arzt, werden seine Daten vom Server auf den Praxis-PC geladen. Alle notwendigen Informationen wie Voruntersuchungen, Medikationen und Diagnosen sind dann verfügbar. Unter anderem wegen dieses Konzepts erhielt das Gesunde Kinzigtal in der Praxisnetz-Studie die beste Wertung aller Netze in der Kategorie „Informations- und Kommunikationssysteme“.

Bis zu 25 000 Euro zusätzlich sind möglich

Doch auch aus wirtschaftlicher Sicht ist das Kinzigtal ein Vorzeige-Praxisnetz. Bereits 2006 wurde mit der AOK Baden-Württemberg ein IV-Vertrag geschlossen, der jährlich über 50 Millionen Euro umfasst. Das Geld verteilt die Gesundes Kinzigtal GmbH wie in einem zweiten Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) an die teilnehmenden Praxen – je nachdem, wie viele Leistungen eine Praxis erbracht hat. Die zusätzlichen Angebote des Praxisnetzes betreffen etwa die Gesundheitsvorsorge im Alter, Rauchentwöhnung, Osteoporose-Prävention und die Stärkung von Patienten mit Herzschwäche.

Helmut Hildebrandt, Geschäftsführer der Gesundes Kinzigtal GmbH, sagt: „Am stärksten profitieren momentan die Hausärzte, weil sie die meisten Behandlungen anbieten. Wir haben uns gerade zu Beginn die großen, klassischen Indikationsfelder vorgenommen, etwa die DMP-Krankheiten (Disease-Management-Programme). Aber das Osteoporose-Projekt kommt beispielsweise den Orthopäden sehr zugute.“ Nach Angaben von Hildebrandt sind das jährliche Mehreinnahmen von 10 000 bis 25 000 Euro pro Arztkopf im Vergleich zur Regelversorgung. Die Hausärzte des Kinzigtals haben sich daher auch gegen den Hausarztvertrag der AOK in Baden-Württemberg entschieden, da sie vom IV-Vertrag mehr Profit erwarten.

Ein anderes positives Beispiel ist das „Gesundheitsnetz QuE – Qualität und Effizienz“, das aus dem Praxisnetz Nürnberg Nord hervorgegangen ist. Anders als bei der Gesundes Kinzigtal GmbH liegt die Stärke des Gesundheitsnetzes QuE beim Netzwerk- und Prozessmanagement. Es hat in den letzten Jahren segment- und sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen entwickelt, etwa den Service „Home Care Nürnberg“. Das Angebot vernetzt regionale Versorgungs- und Dienstleistungen für ältere und bedürftige Menschen in den Bereichen Medizin, Pflege, Therapie und Altenhilfe. Joachim Streb, Sprecher des Gesundheitsnetzes QuE, sagt: „Allen Beteiligten war von Anfang an wichtig, dass nicht nur eine möglichst effiziente Behandlung der Netzpatienten im Vordergrund stehen kann, sondern die Steigerung der Versorgungsqualität und der Ausbau der Patientensouveränität gleichwertige Netzziele darstellen.“ Die Versorgungsqualität soll über gesicherte Abläufe hergestellt werden. Alle Ärzte unterliegen demselben Qualitätsmanagement-System, das nicht nur umgesetzt, sondern auch zertifiziert werden muss. Darüber hinaus ist die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen und Qualitätszirkeln verpflichtend. „Dort tauschen Ärzte Know-how und Erfahrungen aus. Das fördert wiederum auch den Zusammenhalt“, sagt Streb.

Der Ansatz scheint zu funktionieren. Zumindest hat QuE in der Praxisnetz-Studie die Spitzennote für Netzwerk- und Prozessmanagement erhalten. Die Rechtsform des Gesundheitsnetzes QuE ist die Genossenschaft. Überschüsse des Netzes werden nach einem erfolgsorientierten Vergütungssystem unter den Mitgliedern verteilt.

Doch nicht alle Praxisnetze erzielen Überschüsse. Gerade für Neugründungen ist es momentan schwierig, schwarze Zahlen zu schreiben. Die Anschubfinanzierung für IV-Verträge ist 2009 weggefallen. Insofern sind Krankenkassen zurückhaltender, neue Verträge einzugehen. Das macht sich auch bei etablierten Netzen wie dem Gesunden Kinzigtal bemerkbar.

Zusatzbeiträge und Fonds bremsen die Kassen

Geschäftsführer Hildebrandt sagt: „Aufgrund des Gesundheitsfonds und der Zusatzbeiträge schrecken die Kassen davor zurück, heute zu investieren, wenn der Ertrag erst in einigen Jahren kommt. Kaum eine Krankenkasse weiß doch heute, wie es um sie in zwei Jahren bestellt sein wird.“ Das Kinzigtal bietet den Krankenkassen daher eine Teilung des Investmentrisikos an. Verhandlungen in neuen Regionen befinden sich laut Hildebrandt auf der Zielgeraden. Das

Versorgungsnetz QuE plant hingegen den Einstieg in weitere Geschäftsfelder, etwa in die Organisation und den Betrieb von medizinischen Versorgungszentren innerhalb des Netzverbundes. Doch auch, wenn die Finanzierung zum Aufbau neuer Strukturen Sorge bereitet: Die großen Krankenkassen signalisieren prinzipielle Gesprächsbereitschaft. Michael Schmitz, Sprecher der Techniker Krankenkasse, sagt: „Wir beobachten den Markt und stehen auch in Kontakt zu Praxisnetzen, aber wir sind noch nicht in konkreten Verhandlungen.“

Die Barmer GEK, die größte deutsche Krankenkasse, ist schon einen Schritt weiter. Erste Verträge mit Ärztenetzen sind bereits geschlossen. Pressesprecher Thorsten Jakob sagt: „Wir glauben, dass die Zukunft bei solchen Versorgungsformen liegt. Über Erfahrungen können wir noch keine Aussagen treffen, da die Verträge noch recht neu sind. Wir sind aber davon überzeugt, dass eine Qualitätsverbesserung aufgrund von Vernetzungen von Arztpraxen für die Patienten entsteht.“ Das sollte sich dann spätestens in der nächsten Auswertung der Praxisnetz-Studie zeigen.

Sebastian Schnabel ist Redaktionsmitglied im Medienbüro Medizin in Hamburg.

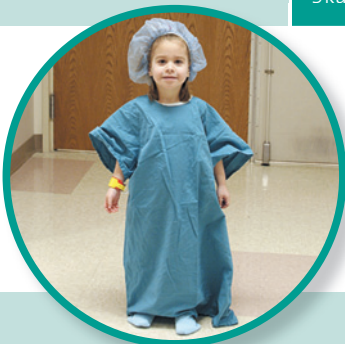
Skalierbarkeit

Funktionstiefe

Benutzerfreundlichkeit

Technologie

Integration



Das KIS mit Zukunft.

Heute bereits an morgen denken: Mit dem skalierbaren Informationssystem MCC entscheiden Sie sich für ein innovatives und investitionssicheres KIS und damit für die Zukunft.

www.meierhofer.eu

MCC.
Das skalierbare Informationssystem

MEIERHOFER
Perspektiven erleben