

Thema: Ab dem kommenden Jahr sollen Praxisnetze, die bestimmte Bedingungen erfüllen, von ihrer jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung finanziell besonders gefördert werden können. Das hat der Deutsche Bundestag beschlossen. Die Kooperationen von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Klinikkollegen und Gesundheits- und Pflegefachberufen könnten davon einen weiteren Schub erhalten.
von **Bülent Erdogan-Griese**

Praxisnetze: Neue Chancen für eine integrierte Versorgung



In Deutschland gibt es Schätzungen zufolge zwischen 400 und 800 Praxisnetze unterschiedlicher Kooperationstiefe, die Zahl der kooperierenden Ärztinnen und Ärzte wird mit bis zu 30.000 angegeben. Auch nordrheinweit haben sich zwischen Wesel und Euskirchen, Aachen und Oberberg seit den ausgehenden 1990er-Jahren bis heute circa 100 Netze mit bis zu 200 Ärztinnen und Ärzten etabliert. Der Gedanke hinter diesen Kooperationen: Ärztinnen und Ärzte vor Ort wissen mehr über die Versorgungsnotwendigkeiten in ihrer Region als Politiker, Gesundheitsökonom oder Krankenkassenvorstände. Gemeinsam gelingt es ihnen zudem besser, Interessen durchzusetzen. Mit dem Versorgungsstrukturgesetz hat der Deutsche Bundestag diese Entwicklung gewürdigt und Ärztenetze als ergänzende Versorgungsform im KV-System in § 87b *Sozialgesetzbuch V* aufgenommen. Danach können die Kooperationen im Rahmen des Kollektivvertrags gesondert vergütet werden. Die inhaltlichen Regeln hierfür im jeweiligen Kassenärztlichen Versorgungsgebiet soll dieser Tage die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) im Einvernehmen mit den Krankenkassen ausarbeiten, ab 2013 könnte eine geregelte Vergütung kooperierender Ärztinnen und Ärzte im Kollektivvertrag dann Wirklichkeit werden. Prinzipiell möglich wären dann auch von Netzen gemanagte Globalbudgets.

Modellprojekte machten den Anfang

Bislang können in Praxisnetzen organisierte Ärztinnen und Ärzte Verträge nach § 63f. (Modellvorhaben), § 73a (Strukturverträge), § 73 b (alt) und § 140 a-d SGB V

(Integrierte Versorgung, kurz: IV) abschließen, sofern sie hierzu kooperationsbereite Partner, vor allem innovative Krankenkassen, finden. Insbesondere die finanzielle Anschubphase für IV-Verträge in den Jahren 2004 bis 2008 führte zu einer Welle von Neugründungen. Allerdings waren mit der Gründung von Praxisnetzen in der Vergangenheit zuweilen auch übertriebene Erwartungen und Hoffnungen, auch monetärer Art, und die eine oder andere Enttäuschung verbunden.

Die Vertragsinhalte der weiter aktiven Ärztenetze reichen von Präventionsprogrammen, etwa zur Steigerung der Impfrate, bis hin zu regionalen, ambulanten stationären Versorgungsmodellen für bestimmte Versichertengruppen wie im „Gesunden Kinzigtal“ im südbadischen Städteviereck Offenburg, Freudenstadt, Villingen-Schwenningen und Freiburg. In den vergangenen 15 Jahren haben sich insbesondere sektorübergreifende Kooperationen zwischen Netzen und Kliniken und krankheitsbezogene Netze – etwa für eine effektivere Therapie bei Bluthochdruck, Diabetes und in der Onkologie – sowie Mischformen aus beiden herausgebildet. Die Vertragspartner vereinbaren dabei beispielsweise Standards für die vorstationäre Diagnostik, gemeinsame Visiten von Klinikärzten und vor- und nachbehandelnden Niedergelassenen, eine abgestimmte Medikation, standardisierte Entlassbriefe, ein gemeinsames Qualitätsmanagement, vernetzte EDV-Strukturen oder gemeinsame Fortbildungen und Schulungen. Fachärzte halten für die Patienten ihrer Hausarztkollegen Zeitfenster für besonders dringliche Untersuchungen und Therapien vor, Haus- und Fachärzte veranstalten gemeinsam Patiententage im Stadtteil, Mitglieder der Praxisnetze unterstützen sich gegenseitig in der Interpretation von sowie der Anpassung an die teils im Vierteljahrestakt wechselnden politischen und administrativen Rahmenbedingungen.

Praxen bleiben rechtlich eigenständig

Im Mittelpunkt der Kooperationen, so die Ansicht vieler engagierter Netzärztinnen und -ärzte, sollten dabei immer drei Aspekte stehen: Qualität, Menschlichkeit und Wirtschaftlichkeit. Im Idealfall profitieren davon sowohl die Patienten als auch die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte: So können durch die vernetzte Versorgung für den Patienten Wartezeiten und Doppeluntersuchungen entfallen. Ärzten kann eine schnellere Kommunikation und bessere Koordi-

Infos und Beratung

Die KV Nordrhein führt eine Linkliste von Praxisnetzen und ihren Ansprechpartnern im Kammergebiet:
<http://www.kvno.de> > Praxis > Praxisinformationen > Praxisnetze

Die Gesundheits-Management-Gesellschaft GMG, eine Tochter der KV Nordrhein, berät zum Thema Praxisnetze: Gesundheits-Management-Gesellschaft, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

nation mit Kollegen helfen, Abläufe zu optimieren und so wieder mehr Freude im Beruf zu empfinden. Nicht wenige Niedergelassene haben heute das Gefühl, nur noch im Akkord für ihre Patienten da sein zu können. Mit Einkaufsgemeinschaften, der Auslagerung von Verwaltungstätigkeiten in eine gemeinsame Geschäftsstelle und zusätzlichen Erlösen aus Selektivverträgen können Ärztinnen und Ärzte darüber hinaus ihre Freiberuflichkeit stärken – auch und gerade im Sinne einer weiter hochwertigen und humanen Versorgung ihrer Patienten. Mit der KBV-Richtlinie zum neuen § 87 b SGB V könnte der Gedanken einer vernetzten Versorgung demnächst weiteren Schub erhalten.

Rechtlich bieten sich viele Möglichkeiten, ein Praxisnetz zu gründen: als eingetragener Verein, Gesellschaft bürgerlichen Rechts, GmbH oder Genossenschaft. Viele Netze verfügen über eine Geschäftsstelle, die das Management übernimmt, andere kommen (noch) ohne aus. An der Eigenständigkeit und Freiberuflichkeit des einzelnen Arztes ändert sich durch die Mitgliedschaft in einem Praxisnetz nichts. Ein gewisser Grad der Verbindlichkeit innerhalb des Netzes sowie definierte, gemeinsame Ziele sind hilfreich, um langfristig erfolgreich zu arbeiten. Regelmäßige Termine, gemeinsame Qualitätszirkel und Behandlungspfade oder koordinierte Urlaubs- und Vertretungsab-sprachen können zu dieser Verbindlichkeit beitragen. Unerlässlich ist in jedem Fall, dass Praxisnetze nach innen wie außen transparent arbeiten, denn Praxisnetze sind im besten Sinne Graswurzel-Bewegungen. Dass nicht jede Ärztin und jeder Arzt bei der Transformation eines zunächst lockeren Interessenverbundes in eine GmbH oder Genossenschaft mitmacht, sollte nicht als Misserfolg gewertet, sondern als freie Entscheidung unter Kollegen respektiert werden.

Ärztetag für mehr Kooperation

Vor wenigen Wochen haben sich auch die Delegierten des 115. Deutschen Ärztetags in Nürnberg erneut eindrücklich für eine engere Kooperation von Ärzten untereinander sowie von Ärzten mit anderen Gesundheitsfachberufen ausgesprochen: „Zwar wird sicherlich sowohl die hausärztliche als auch die fachärztliche Versorgung zukünftig weiterhin auch in Einzelpraxen stattfinden. Insgesamt wird aber das Spektrum möglicher Kooperations- und Berufsausübungsformen deutlich breiter und vielfältiger werden“, heißt es in einem Leitantrag zum Thema. Zu diesem Spektrum gehören demnach Gemeinschaftspraxen, fachärztliche Satellitenpraxen, Ärzthäuser, Praxisnetze, Kooperationen von Ärzten mit Pflegekräften im Heim oder mit ambulanten Pflegediensten und ambulante Reha-Zentren verschiedener Berufsgruppen. Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hatte in seinem Gutachten von 2009 für eine Verzahnung medizinisch-pflegerischer Angebote auf regionaler Ebene geworben.

Auf dem Deutschen Ärztetag in Nürnberg waren neben Verfechtern des Netzgedankens indes auch skeptische Stimmen wahrnehmbar: So warnten Delegierte davor, dass sich Praxisnetze auf „gute Risiken“ konzentrieren könnten und das KV-System mit den „schlechten Risiken“, also alten, chronisch kranken und multimorbiden Patienten, zurückbleiben könnte. Auch dürfe es nicht dazu kommen, dass der Kollektivvertrag finanziell in Haftung genommen wird, wenn Kassen plötzlich aus den Verträgen aussteigen. Schließlich warnten Delegierte vor der Marktmacht großer Kassen, die dazu führen könne, dass aus Vertragsärzten eines Tages „Kassenärzte“ werden könnten. Dass diese Befürchtungen nicht eintreten, dafür setzt sich auf Bundesebene seit 2011 auch die Agentur deutscher Arztnetze ein. Inzwischen gehören ihr 20 Praxisnetze an.

Gute Blutdruckwerte bei Netzpatienten

Wie bei vielen anderen Aspekten im deutschen Gesundheitswesen ist die Versorgungsforschung auch zum Thema Praxisnetze noch ausbaufähig, immerhin gibt es Ansätze: Das Nürnberger Gesundheitsnetz Qualität & Effizienz (QuE), ein genossenschaftlicher Zusammenschluss von 67 Praxen mit 113 Mitgliedern, legte auf dem 115. Deutschen Ärztetag einige Zahlen vor zur Normtonie bei Diabetes-Patienten mit Hypertonie, die am Disease-Management-Programm (DMP) Diabetes II teilnehmen. Danach konnten die QuE-Praxen im 2. Halbjahr 2010 bei 63,2 Prozent ihrer Hypertonie-Patienten einen normotensiven Blutdruck erzielen, bayernweit lag der Schnitt bei 52,4 Prozent, die Zielsetzung des DMP Diabetes lag bei 40 Prozent normotensiv eingestellten Patientinnen und Patienten.

Die Regelung im § 87 b Sozialgesetzbuch V

Absatz 2 Satz 2: (...) Der Verteilungsmaßstab hat der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen angemessene Rechnung zu tragen; dabei können auch gesonderte Vergütungsregelungen für vernetzte Praxen auch als ein eigenes Honorarvolumen als Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen nach § 87a Absatz 3 vorgesehen werden, soweit dies einer Verbesserung der ambulanten Versorgung dient und das Praxisnetz von der Kassenärztlichen Vereinigung anerkannt wird (...)

Absatz 4: Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat Vorgaben zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung nach Absatz 1 Satz 1 sowie Kriterien und Qualitätsanforderungen für die Anerkennung besonders förderungswürdiger Praxisnetze nach Absatz 2 Satz 2 als Rahmenvorgabe für Richtlinien der Kassenärztlichen Vereinigungen, insbesondere zu Versorgungszielen, im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu bestimmen. Darüber hinaus hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung Vorgaben insbesondere zu den Regelungen des Absatzes 2 Satz 1 bis 3 zu bestimmen; dabei ist das Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen herzustellen. Die Vorgaben nach den Sätzen 1 und 2 sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu beachten.

Modellprojekt Gesundes Kinzigtal

Seit 2006 besteht im südbadischen Kinzigtal ein integriertes Versorgungsmodell, an dem sich über 50 Haus- und Fachärzte, Kliniken sowie die Allgemeine Ortskrankenkasse und die Landwirtschaftliche Krankenkasse beteiligen. Etwa die Hälfte der 61.000 Einwohner im Städteviereck Offenburg, Freudenstadt, Villingen-Schwenningen und Freiburg sind bei einer der beiden Kassen versichert, derzeit sind mehr als 8.500 im Modellprojekt Gesundes Kinzigtal eingeschrieben. Teilnehmende Hausärzte erzielen im Schnitt einen zusätzlichen Umsatz von 15.000 Euro, bei den fachärztlichen Kollegen sind es circa 10.000 Euro im Jahr. Weitere Informationen: www.gesundeskinzigtal.de