

Praxis-Dossier

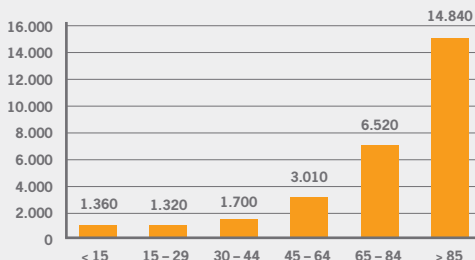
Tipps für Ärzte und Zahnärzte

4 / 2011

Zusammenarbeit mit Leistungserbringern

Die Zusammenarbeit von Vertragsärzten und sonstigen Leistungserbringern gilt als rechtlich umstritten und wird auch im neuen Versorgungsstrukturgesetz durch Anpassung des § 128, Abs. 2, Satz 3 SGB weiter reglementiert: „Unzulässige Zuwendungen [...] sind auch die unentgeltliche oder verbilligte Überlassung von Geräten [...] sowie Einkünfte aus Beteiligungen an Unternehmen von Leistungserbringern, die Vertragsärzte durch ihr Ordnungs- und Zuweisungsverhalten selbstmaßgeblich beeinflussen können.“ Laut Experten ist die Beteiligung von Ärzten an Umsätzen von Heilmittelunternehmen als unzulässig einzustufen, wenn sich die Beteiligung des Arztes an der Quote der von ihm an dieses Unternehmen verwiesenen Patienten orientiert. Inwieweit eine verweisungsunabhängige Beteiligung als ausdrücklich zulässig angesehen werden kann, ist bisher höchstrichterlich nicht entschieden worden.

Krankheitskosten in Euro je Einwohner nach Altersgruppen 2008



Quelle: www.gbe-bund.de; Grafik: REBMAN RESEARCH

Anlagen-Ampel

	Rendite*	Trend**
Aktueller Investmenttrend: Deka-DividendenStrategie CF****	-14,0% *	↗
DAX	-11,6% **	↗
Goldpreis (in US-Dollar)	25,1% **	↗
EUR/USD	2,4% **	↗

Quelle für die Fondsperformance und den -trend:
Deka Investment

Quellen für die Marktentwicklung: Bloomberg, DekaBank
Die vergangene Wertentwicklung ist kein verlässlicher Indikator für die künftige Entwicklung.

* 1-Jahres-Wertentwicklung in %

** Kurs bzw. Preis der Anlageklasse in 12 Monaten im Vergleich zum heutigen Stand. Der Trend stellt eine Prognose dar, die auf dem gesamtwirtschaftlichen Szenario der DekaBank basiert. Die Prognoseannahmen sind jeweils in der aktuellen, auf www.dekabank.de frei verfügbaren Publikation „Volkswirtschaft Prognosen“ enthalten.

*** Rendite nach BVI ohne Berücksichtigung des Ausgabeaufschlages

Wie viel Service braucht die Arztpraxis?

Über Serviceleistungen haben Ärzte die Möglichkeit, sich zu differenzieren und von den Kollegen abzuheben. So erweiterten in den vergangenen Jahren zunehmend mehr Ärzte und Zahnärzte ihr Serviceangebot. Aktuell jedoch ist die Bereitschaft, in den Service zu investieren, bei den Ärzten rückläufig. Zurückzuführen ist dies aus Sicht der Ärzte auf die momentan schlechte wirtschaftliche Lage. Am Beispiel der Praxisöffnungszeiten am Wochenende lässt sich dieser Trend deutlich erkennen. So zeigt eine Analyse des Hamburger Unternehmens ArztData, dass der Anteil der Ärzte mit Samstagsprechstunden von 2006 bis 2008 um 0,4 % auf 5,7 %

angestiegen und im Jahr 2010 auf 4,9 % gesunken ist. Die Zahnärzte hingegen setzten verstärkt auf Patientenservice. So ist beispielsweise der Anteil der von ihnen angebotenen Samstagsprechstunden in den vergangenen vier Jahren kontinuierlich gestiegen, von 6,3 % in 2006 auf 7,3 % in 2010.

Ein wesentlicher Grund für diese Entwicklung besteht darin, dass ein Einnahmenwachstum bei den Zahnärzten primär im Bereich der Privatleistungen möglich ist, da deren GKV-Einnahmen stagnieren, wohingegen für Privat abrechnungen mit Einführung der neuen GOZ in 2012 sogar Einnahmeerhöhungen zu erwarten sind. Somit rentiert es sich für die Zahnärzte, ihre Patienten auch am Wochenende zu behandeln und das Angebot weiterer Serviceleistungen auszubauen.

Auch Krankenkassen forcieren den Service-Gedanken

Auch Krankenkassen bieten den Versicherten über ihre Standardleistungen hinaus Service- und Zusatzleistungen an. Auf diese Weise haben die Kassen die Möglichkeit, sich von anderen zu differenzieren, da dies seit Einführung des Gesundheitsfonds nicht mehr über die Beitragssätze möglich ist. Dies macht die Kassen auch für die Ärzteschaft – insbesondere für ärztliche Kooperationen bzw. Netze – hinsichtlich der Abschlüsse von qualitätsorientierten Einzelverträgen interessant. Eine besonders interessante Serviceleistung auf Basis moderner Webtechnologie hat sich die Techniker Krankenkasse für ihre Versicherten ausgedacht. So wurde jetzt das Pilotprojekt „Online-Terminbuchung“ gestartet. TK-Versicherte haben die Möglichkeit, über ein Internetportal auf den Terminkalender ihrer Facharztpraxis zuzugreifen, um dort direkt einen verbindlichen Termin – vergleichbar mit einem Flugbuchungssystem – zu buchen, ohne zeitaufwendiges Telefonieren oder E-Mail-Schreiben. Die gespeicherten Patienten-Daten können ausschließlich vom Arzt eingesehen werden und sind für Dritte wie z. B. die TK nicht zugänglich. Damit die Patienten auch kurzfristige Termine buchen können, halten die teilnehmenden Ärzte bestimmte Zeitkontingente im Rahmen dieses Pilotprojektes für die TK-Versicherten frei. Zusätzlich zur Terminbuchung können die Versicherten in diesem Portal den Arzt vorab über den Grund ihres Besuches informieren.

Mit diesem Projekt können die Fachärzte ihren Patienten mehr Service bieten und die Zusammenarbeit mit der Krankenkasse verbessern. Auch zukünftige Formen der integrierten Patientenversorgung könnten daraus hervorgehen.

Kassenärztliche Vereinigungen entdecken die Abrechnungsoptimierung in Arztpraxen als Serviceleistung

Neue Serviceleistungen liegen im Trend bei den KVen. Allen voran bietet die KV Niedersachsen (KVN) den PraxisCheckHonorar: eine Beratung zur Abrechnungsoptimierung. Es geht darum, die Abrechnungsmöglichkeiten möglichst optimal auszunutzen, auch über die RLV hinaus, z. B. über die Teilnahme an Hausarztverträgen, Patienteneinschreibung in DM-Programme, Präventionsangebote und mehr. Gerade im Hinblick auf stets sich ändernde Rahmenbedingungen ist eine gute Unterstützung „Geld“ wert. Im nur rund einstündigen Beratungsgespräch werden die umsatzrelevanten Praxisbereiche analysiert. Der Vergleich der eigenen Ergebnisse in der letzten Abrechnung mit der eigenen Fachgruppe liefert dabei konkrete Optimierungsansätze. Ein erster Testlauf bei rund 600 Praxen zeigte positive Effekte: Durchschnittlich 3.000 bis 5.000 Euro mehr Honorarumsatz pro Jahr könne laut KV eine niedersächsische Arztpraxis durch eine individuelle Abrechnungsoptimierung erzielen. Abrechnungsberatung oder Unterstützung von Praxisgründern gibt es bereits von vielen KVen, meist wird sie in Verbindung mit kommerziellen Praxis- oder Finanzberatern kostenpflichtig angeboten. Die KV-Niedersachsen hat nun eigens eine Abteilung für diese Serviceleistungen eingerichtet.

Kassenärztliche Vereinigungen müssen ihren Mitgliedern zunehmend etwas bieten, schließlich sind sie nicht mehr konkurrenzlos. Bislang gehörte die Abrechnungsoptimierung nicht unbedingt zu ihrem Betätigungsfeld, weil sich die KVen dadurch „in das eigene Fleisch“ geschnitten hätten. Durch die Einführung von Hausarztverträgen und anderen Einzelverträgen mit den Krankenkassen hat sich diese Situation aber geändert. Als nächstes Projekt plant die KVN, Praxisgründer und Neueinsteiger zu beraten.

Europas erste Online-Arztpraxis am Start

Zum Jahresende 2011 öffnete die erste europäische Online-Praxis unter dem Namen „Dr. Ed“ ihre „Pforten“. Unter www.dred.com haben Patienten ab sofort über das Internet Zugang zu ärztlichem Rat einschließlich Diagnose und Therapie. Der Kontakt bei der Online-Sprechstunde findet ausschließlich über eine Internet-basierte Patientenakte statt. Der Patient beantwortet zunächst konkrete Fragen zu Symptomen, Gesundheitszustand, Vorbehandlungen und Medikamenten. Ferner kann er Fotos (etwa von erkrankten Hautpartien) einstellen. Nach der Registrierung des Patienten wird eine passwortgeschützte Online-Patientenakte angelegt, die nur über eine sichere Internetverbindung erreichbar ist. Der Patient erhält „in der Regel innerhalb weniger Stunden“ eine digitale Diagnose. Für Diagnose und Behandlung kooperiert die Online-Plattform mit Laboren (z. B. bei der Analyse von Urinproben) sowie mit Versandapotheken. Der Patient kann sich auf diese Weise die Medikamente direkt liefern lassen oder erhält optional ein Rezept per Post. Je nach Wunsch wird ein Arztbrief für behandelnde Ärzte ausgestellt. Der erste Besuch der Sprechstunde einschließlich Diagnose und Behandlungsempfehlung ist kostenfrei. Für die Behandlung – z. B. in Form einer Medikamentenverordnung – fallen je nach Sprechstunde Gebühren zwischen 9 und 29 Euro an. Die Online-Plattform, die sich ausschließlich an Selbstzahler richtet, bietet gegenwärtig Sprechstunden in den Bereichen Männergesundheit (Impotenz, Haarwuchs etc.), Frauengesundheit (Verhütung, Blasenentzündung), Sexualgesundheit (Geschlechtskrankheiten), Innere Medizin (Bluthochdruck, erhöhte Cholesterinwerte), Allgemeinmedizin (Raucherentwöhnung, Akne-Behandlung) sowie Reisemedizin (Malariaprophylaxe, Hilfe bei Reise-Durchfall) an.

Obwohl sich Patienten zunehmend im Gesundheitsbereich über Krankheiten, Leistungserbringer und deren Qualität im Internet informieren, sind Online-Praxen aus berufsrechtlichen Gründen in Deutschland bislang verboten. Die Dr-Ed-Plattform, die sich ausdrücklich an deutsche Patienten richtet, hat nun geschickt den Umweg über Großbritannien gewählt. Die Zulassung der Praxis erfolgte in London durch die britischen Behörden,

die auch gemäß einer im Frühjahr 2011 beschlossenen EU-Richtlinie die Aufsicht übernehmen. Die beiden behandelnden Ärzte sind Deutsche mit britischer Zulassung. Zusätzlich gibt es einen wissenschaftlichen Beirat, der sich aus deutschen Universitätsprofessoren zusammensetzt.

Beschlossene Sache: Versorgungsstrukturgesetz vom Bundestag verabschiedet – Höhere Honorare sollen die Niederlassung auf dem Land für den Arzt attraktiver machen

Nach langer Debatte wurde am 1. Dezember das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen (GKV-Versorgungsstrukturgesetz) von der Regierung verabschiedet. Das Gesetz wird trotz Gegenstimmen und harscher Kritik seitens der Opposition, die der Koalition vorwirft, dass es ihr nicht um die Versorgung der Patienten, sondern um die der Ärzte gehe, zum 1. Januar 2012 in Kraft treten. Rund 3.500 Arztsitze sind laut KBV zurzeit in Deutschland vakant und bis 2020 werden ca. 24.000 Hausärzte in den Ruhestand gehen, so dass sich die Lage in den kommenden Jahren verschärfen wird. Somit besteht das erklärte Ziel der Reform darin, diesem Ärztemangel entgegenzusteuern und die flächendeckende, bedarfsgerechte und wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung zu sichern. Im Rahmen des neuen Gesetzes sind eine Reihe von Maßnahmen vorgesehen, um diese Ziele zu erreichen. Einen Ausschnitt davon stellen wir nachfolgend vor.

Um Ärzte in ländliche Regionen zu „locken“, schafft das neue Gesetz Anreize hinsichtlich der vertragsärztlichen Vergütung. So wird beim Honorar der „Landärzte“ auf die Abstufung verzichtet und ihnen damit die Möglichkeit gegeben, mehr zu verdienen als ihre Kollegen in Ballungszentren bzw. Großstädten. Wäre es nach der Opposition gegangen, so hätten Stadtärzte trotz Honorarkürzungen aufs Land gehen sollen. Ein solcher Zwang wäre aber ganz sicher nicht förderlich gewesen, um eine gute Versorgung zu gewährleisten, da es dafür erforderlich ist, dass die Ärzte mit den Maßnahmen zufrieden sind und somit ihre Arbeit auch gern verrichten. Ein weiteres zentrales Thema bildet die Vernetzung zwischen Krankenhäusern, Ärzten und anderen Einrichtun-

gen, um Patienten unabhängig vom Krankheitsbild sektorenübergreifend optimal behandeln und versorgen zu können. Eine Bedarfsplanung, wie sie bisher vollzogen wurde, wird abgeschafft. Eine neue Versorgungsform, an der alle ambulanten Fachärzte und auch alle stationären Einrichtungen mit den entsprechenden Qualifikationen teilnehmen können, wurde geschaffen – „die spezialärztliche Versorgung“. Weitere Neuerungen betreffen u. a. beispielsweise die Abschaffung der Residenzpflicht, die zur Folge hat, dass Ärzte nun ihren Wohnort ganz unabhängig vom Standort der Praxis wählen können und so in der Lage sind, Beruf und Familie besser miteinander zu vereinbaren. Zudem können einfachere Tätigkeiten wie zeitraubende Hausbesuche leichter an Schwestern oder Assistentinnen delegiert werden. Ärztinnen können sich nach einer Geburt künftig zwölf Monate vertreten lassen statt sechs. Zur Entlastung sollen die Krankenhäuser vermehrt in Notfalldienste einbezogen werden. Bürokratische Hemmnisse sollen abgebaut und der schnelle Zugang zu Innovationen sowie auch zu erforderlichen Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sichergestellt werden. Des Weiteren können Gemeinden und Kassenärztliche Vereinigungen Arztpraxen in Eigenregie mit angestellten Ärzten betreiben. Bei Bedarf soll es auch „rollende Arztpraxen“ und Zweitpraxen geben. Frei werdende Praxen in überversorgten Regionen sollen von den Kassenärztlichen Vereinigungen gekauft und anschließend geschlossen werden.

Für die Umsetzung des Maßnahmenkatalogs zur wohnortnahen Gesundheitsversorgung sind vom Bundesgesundheitsminister 200 Millionen Euro pro Jahr vorgesehen. Die Krankenkassen gehen aber davon aus, dass dies bei weitem nicht ausreichend sein wird, und warnen schon jetzt vor Milliarden-Mehrkosten, welche auf Druck des Finanzministers nicht den Bundeshaushalt belasten dürfen. Es bleibt demnach abzuwarten und zu hoffen, dass das neue Gesetz greift, und dies vor allem auch im vorgesehenen finanziellen Rahmen.

Ambulante Versorgungskonzepte im Fokus

Innovative Versorgungskonzepte – Konzepte, die flächendeckend, interdisziplinär und möglichst sektorenübergreifend eine hochwertige Versorgung liefern – sie

scheinen die Lösung für die Versorgung der Zukunft zu sein. Deshalb entstehen zunehmend regionale und individuelle Initiativen, die ganz pragmatisch die Konstellationen vor Ort aufgreifen und die Probleme mit neuen, auch unkonventionellen Lösungen angehen. Der gesetzliche Rahmen hat inzwischen zahlreiche Spielräume geschaffen. Häufig allerdings hapert es an der Umsetzung: Zu viele unklare und sich ständig verändernde Rahmenbedingungen machen es Veränderungswilligen nicht leicht. Um diesem entgegenzuwirken, wurden in letzter Zeit einige Preise ausgeschrieben und vergeben, die erfolgreiche Projekte bekannter machen und gleichzeitig einen Ideenaustausch befördern sollen. Der kürzlich verliehene bayrische Gesundheitspreis 2011 ist ein Beispiel hierfür. Preise gingen unter anderem an ein Netzwerk, das den Datenaustausch zwischen stationärem und ambulanten Sektor zum Ziel hat („GO IN“) und einen Patientenpass mit der Speicherung relevanter Diagnose- und Therapiedaten umgesetzt hat. Ein weiterer Preis (neben anderen) ging an das Projekt „Innovation im Verbund – integrierte regionale Vollversorgung im Gesundheitsnetz QuE Nürnberg, wo Pay-for-Performance-Ansätze und Budgetverantwortung der einzelnen Leistungserbringer unterstützt durch effektives Controlling und Qualitätsmonitoring die Effizienz der Versorgung verbessern.

Ebenfalls unter bayrischer Schirmherrschaft wurde kürzlich der MSD Gesundheitspreis mit einer Dotierung von 100.000 Euro ausgelobt. Auch hier sind innovative, intersektorale Projekte, die einen nachweislichen Nutzen in der Versorgung bestimmter Krankheitsbereiche wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Immunologie, Onkologie etc. bringen, gefragt. Bewerbungen werden bis zum 15. April 2012 entgegengenommen (www.msd.de/uebermsd/versorgungsmanagement/msd-gesundheitspreis.html).

Dass vor dem Hintergrund des demografischen Wandels in Deutschland und der dadurch bedingten Zunahme chronischer Erkrankungen die bisherigen Strukturen unseres Versorgungssystems an ihre Grenzen stoßen werden, ist inzwischen wohl allseits akzeptiert. Auch das Problem der nach wie vor strikten Sektorengrenzen mit ihren Ineffizienzen ist klar erkannt.