

Praxisnetz 2.0 – Renaissance der Praxisnetze?

BERNHARD GIBIS,
REGINA REUSCHENBERG

Dr. med. Bernhard Gibis ist Leiter des Dezernats 4, Geschäftsbereich Sicherstellung und Versorgungsstruktur, bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) in Berlin

Regina Reuschenberg ist Referentin im Dezernat 4, Abteilung Flexible Versorgungsformen und Patientenorientierung, bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) in Berlin

Ärztliche Praxen sind immer Bestandteil eines Netzwerks, das aus Mitgliedern anderer Fachgruppen, Gesundheitsberufen oder Einrichtungen anderer Sektoren besteht. Während solche informellen Netzwerke überaus stabil die Patientenversorgung sicherstellen, stoßen sie an Grenzen der Zusammenarbeit. Mit der Vereinbarung verbindlicher Standards können weitere Ebenen der Kooperation erschlossen werden – zum Vorteil von Patienten, Ärzten und Krankenkassen. Mit der Verabschiedung einer bundesweiten Vereinbarung von KBV und GKV-Spitzenverband zur Anerkennung von Praxisnetzen ist nunmehr der Weg frei, anerkannte Praxisnetze dauerhafter im Rahmen der kollektivvertraglichen Versorgung zu fördern. Das Potenzial von Praxisnetzen ist dabei noch nicht ausgeschöpft.

Die ambulante Versorgung hat in den letzten Jahren(zehnten) eine kontinuierliche Bedeutungsaufwertung erfahren. Viele Leistungen, die noch vor vergleichsweise kurzer Zeit nahezu ausschließlich in Krankenhäusern erbracht wurden, sind überwiegend ambulante Leistungen geworden. Gleichzeitig entwickelt sich das traditionell auf die akut-medizinische Versorgung ausgerichtete Behandlungsspektrum in Richtung einer koordinierten Betreuung chronisch Kranker. Die Integration von jeweils unterschiedlich an der Versorgung beteiligter Fachgruppen mit dem Ziel, für die behandelten Patienten nahtlose Übergänge zu schaffen, wird damit zu einer Herausforderung, die nicht nur in Deutschland zum Motor für Reformvorhaben geworden ist.

Bei gleicher Bewertung der Analyse des Gesundheitswesens unterscheiden sich jedoch die vorgeschlagenen Reformansätze der letzten Jahre. Während das Leitmotiv „Kooperation“ durchaus bei den Überlegungen zur integrierten

Versorgung nach §§ 140ff SGB V eine entsprechend groß dimensionierte Bedeutung eingenommen hat, zielen andere Ansätze, wie die der Selektivverträge nach § 73b und § 73c SGB V, eher auf Abgrenzung bzw. indikationsbezogene Schwerpunkte.

Die Fokussierung auf einzelne Krankheiten, z.B. im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 73c SGB V, fragmentiert die Versorgung in nebeneinander stehende, ungenügend verbundene Einzelprogramme. Diese im Gesundheitssystemkontext als „Vertikalisierung“ der Versorgung bezeichnete, auf einzelne Erkrankungsgebiete (z.B. Programme zur Bekämpfung der Tuberkulose, Hypertonieprogramme) fokussierte Versorgung führt zur immer drängenderen Frage nach der Koordination dieser singulären Ansätze. Ähnliche Probleme sind bei den an sich erfolgreichen DMP-Programmen zu verzeichnen, deren gezielte Ausrichtung auf einzelne Erkrankungen Probleme bei der Behandlung von multimorbidien, an

mehreren Erkrankungen gleichzeitig leidenden Patienten, nach sich ziehen.

Versorgungsprogramme für die gesamte ärztliche Versorgung (bzw. lokale Vollversorgungsverträge) wären zwar rechtlich darstellbar, de facto wird hiervon jedoch kein Gebrauch gemacht. Hausarztzentrierte Verträge nach § 73b SGB V wiederum sind nicht primär auf eine fachgruppenübergreifende Verbundbildung ausgerichtet, sondern versuchen, über eine selektivvertragliche Anbindung weitere Berufsgruppen in Behandlungsabläufe strukturiert einzubeziehen.

Da die fortwährende Aneinanderreihung einzelner Programme in einzelnen Regionen an Systemgrenzen stößt, stellt sich in vielen Gesundheitssystemen die Frage, wie die Zusammenarbeit der Gesundheitsfachberufe vor Ort so intensiviert werden kann, dass eine dauerhafte, koordinierte Form der Versorgung mit Bevölkerungsbezug entsteht. Ziel eines solches Angebotes ist es, dass alle Patienten, unabhängig von einer Kassenzugehörigkeit oder dem Wohnort, Nutznießer einer lokalen Verbundbildung werden können.¹

Ähnliche Ansätze wurden schon in einer ersten Euphorie über die Vernetzung der Versorgung um das Jahr 2000 verfolgt, entsprechende gesetzliche Regelungen, insbesondere der § 140a SGB V (Integrierte Versorgung) in seiner ersten Fassung, haben dann aber nicht den gewünschten Erfolg einer nachhaltigen, auch ohne hohen Subventionsaufwand lebensfähigen Strukturbildung gezeitigt. Einzelne, in der Regel größere Krankenkassen haben Praxisnetze zwar in ihre Strategie zur selektiven Kontrahierung mit Arztverbünden aufgenommen, diese Aktivitäten haben sich jedoch auf die Entwicklung dieser Kooperationsstruktur nicht spürbar ausgewirkt, da selbst mitgliedsstarke Einzelkassen Probleme haben, nennenswerte Marktanteile in den Netzregionen zu erreichen.

Während nach diesem Aufbruch die Netzidee als solche auf politischer Ebene mehr in den Hintergrund trat und zum Selektivvertragsthema permutierte, haben sich dennoch Netze herausgebildet, die eindrucksvoll nachweisen können, dass die lokale Integration von Ärztinnen und Ärzten rund um die hausärztliche Versorgung für alle Beteiligten – Patienten, Ärzte und Kostenträger –

gewinnbringend ist. Dieser evolutionäre Prozess, der neben beispielhaften Ansätzen erfolgreicher Netze allerdings auch rufschädigende Varianten zur Optimierung der Absatzketten von Pharmaherstellern hervorbrachte, hat nun eine neue Ebene erreicht.

Veränderungsfaktoren

Probleme der Sicherstellung der Versorgung in manchen Regionen Deutschlands, die nicht notwendigerweise ausschließlich ländliche Gebiete, sondern insbesondere auch sozial deprivierte Gebiete betreffen, fordern neue Denkmuster einer verbesserten Versorgungsorganisation. Der Wunsch jüngerer Kollegen, im regelmäßigen Austausch teamorientiert arbeiten zu können, ebenso wie die drängende Frage der Effizienz von zu kleinen Praxisstrukturen hat der Idee der Praxisnetze zu neuer Bedeutung verholfen.

Ein wesentlicher Unterschied zur ersten Netzentwicklung ist dabei die Ein-

Erfolgreiche Netze zeichnen sich durch einen Zusammenhalt aus, der nicht allein aufgrund pekuniärer Interessen dauerhaft funktioniert.

sicht, dass die koordinierte, kollegiale Zusammenarbeit nicht verordnet bzw. übergestülpt werden kann. Erfolgreiche Netze zeichnen sich durch einen Zusammenhalt aus, der nicht allein aufgrund pekuniärer Interessen dauerhaft funktioniert. Kollegiales Engagement, sich der Bedeutung des Arztberufs bewusst zu sein und eine gute Patientenversorgung organisieren zu wollen, sind Merkmale von funktionierenden Praxisnetzen, die bei entsprechendem Organisationsgrad auch Outcomeverbesserungen der Versorgung nachweisen können. Im Umkehrschluss heißt dies, dass flächendeckende Versorgungsangebote in allen Regionen des Landes nicht erzwungen werden können.

Der Gedanke der gemeinschaftlichen Organisation von Versorgung, fachgruppenübergreifend und mit einem Schwerpunkt in der hausärztlichen, ambulanten Versorgung, hat seinen Niederschlag auch andernorts gefunden. Im

Windschatten der weitaus bedeutenderen Frage der Krankenversicherung aller Bürgerinnen und Bürger wurden im Reformpaket der Obama-Administration² sogenannte Accountable Care Organisationen geschaffen, die lokalen Leistungserbringerverbünden gleich kommen und die mit dem Centre for Medicare Services Verträge zur Sicherstellung der Versorgung in umschriebenen Regionen schließen. Die Beweggründe zur Errichtung solcher Organisationen in den USA sind nicht mit der Wiederbelebung des Netzgedankens in Deutschland vergleichbar, zeigen jedoch, dass der abgestimmten, gemeinschaftlichen Leistungserbringung auch im öffentlichen amerikanischen Gesundheitswesen Zukunftspotenzial eingeräumt wird.

Netz 2.0

Wenn denn nun Netze kein Standardbetriebsmodell der Leistungserbringung für die Regelversorgung werden können, welche Funktionen kommen

ihnen dann zu? Die Diskussion wurde seitens der Ärztinnen und Ärzte seit jeher kontrovers geführt. Der Zusammenschluss zu größeren Einheiten, die Organisation von Prozessketten oder die Einführung von Ergebnisparametern zur Bewertung des Behandlungserfolgs wird oft in einem Kontext mit der Ökonomisierung oder Industrialisierung der Versorgung diskutiert. Anderseits können Netze jedoch auch als eine Antwort für kleinere Organisationseinheiten wie Einzelpraxen auf komplexere Geflechte wie z.B. Klinikketten oder standortübergreifende MVZ-Strukturen gesehen werden. Durch die Verbundbildung und Einbettung in ein Netzwerk ambulanter Praxen können

1 Der in diesem Zusammenhang häufig verwendete Begriff der Regionalität ist irreführend, da hierunter oft die Region eines ganzen Bundeslandes verstanden wird. Lokale Versorgungsintegration beschreibt jedoch eine wesentlich kleinere Einheit, die einen deutlich kommunaleren Bezug hat. Siehe auch das Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen aus dem Jahre 2007 „Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“

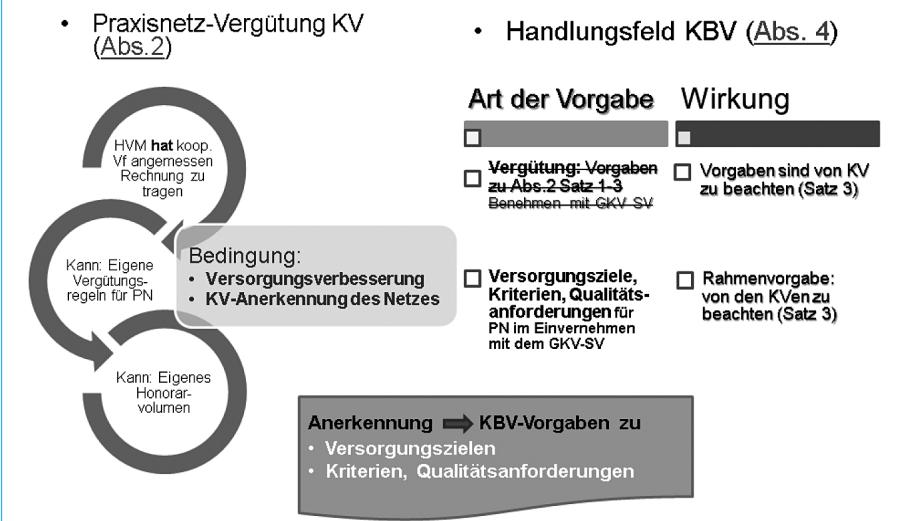
2 Medicare Program; Medicare Shared Savings Program: Accountable Care Organizations. Federal Register / Vol. 76, No. 212 / Wednesday, November 2, 2011 / Rules and Regulations. <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/FR-2011-11-02/pdf/2011-27461.pdf>

auch kleinere Praxen zukunftsfest gemacht werden. Die Erwartungen an Netze sind deshalb vielfältig: Neben der Verbesserung der Patientenversorgung durch verlässliche Kooperationsstrukturen sind Netze auch eine Strukturvariante der Berufsausübung in Freiberuflichkeit und Selbstständigkeit. Damit verbunden sind auch Optionen, jenseits der individualmedizinischen Betreuung von Patienten, einen Bevölkerungsbezug zur versorgten Region herzustellen, der jenseits des Angebots von Programmen für definierte Patientengruppen auch die Zusammenarbeit mit Schulen oder Kommunen umfasst. Zahlreiche Innovationsmotoren, darunter die Zusammenarbeit auf einer verlässlichen IT-Basis, setzen eine verbindliche Kooperationsstruktur voraus, für die Netze eine gute Plattform bilden können.

Netze im Kollektivvertrag

Der Gesetzgeber hat im Versorgungsstrukturgesetz diesen Faden aufgenommen und nach Jahren der Abstinenz der Netzförderung den Rahmen für eine Definition förderungswürdiger Netze geschaffen. Netze werden damit kooperativen Strukturen der vertragsärztlichen Versorgung zugeordnet, für die Fördermaßnahmen in den Honorarverteilungsmaßstäben der Kassenärztlichen Vereinigungen ergriffen werden können. Einschränkend ist hinzuzufügen, dass die Fördermittel nach § 87b Abs. 2 und 4 SGB V der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu entnehmen sind und damit eine innerärztliche Umverteilung verbunden ist. Unbenommen davon können andere, auch extra-

Abbildung 1 Rahmenvorgabe zu Praxisnetzen nach § 87b, Abs.2 und 4 SGB V



budgetäre Förderungswege auf Landesebene beschlossen werden. Die Förderung im Rahmen der Regelversorgung hat den Vorteil, dass, ähnlich wie bei Gemeinschaftspraxen, alle Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung die Vorteile einer koordinierteren Versorgung in Anspruch nehmen können, ohne Mitglied einer bestimmten Kasse sein zu müssen.

Die Vertragspartner auf Bundesebene haben erstmalig nach Gesetzesauftrag eine Rahmenvorgabe erstellt, die Anforderungen an Netze konkretisiert. Die Umsetzung auf Landesebene hingegen ist, sofern keine zusätzlichen Fördergelder der Krankenkassen erschlossen werden sollen, aufgrund der Honorarverteilungsautonomie der Kassenärztlichen Vereinigungen deren hoheitliche Aufgabe.

Rahmenvorgabe für Praxisnetze

Zum 1.5.2013 haben der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung und die Kassenärztliche Bundesvereinigung eine „Rahmenvorgabe für die Anerkennung von Praxisnetzen nach § 87b Abs.4“ verabschiedet, die erstmals eine Grundlage für die Arztnetzdefinition liefert.³ Abbildung 1 stellt dar, dass für die Definition der Netze einschließlich der zu verfolgenden Versorgungsziele eine Regelung einvernehmlich mit dem GKV-Spitzenverband zu treffen ist. Auf die Möglichkeit zum Beschluss von Honorarvorgaben, für die die Benehmensherstellung mit der Kassenseite erforderlich gewesen wäre, wurde verzichtet. [Abb.]

Die Rahmenvorgabe beinhaltet in der Hauptsache Kriterien, die ein förderungswürdiges Netz im Sinne des § 87b Abs 2 und 4 zum Zwecke der Anerkennung erfüllen muss. Zunächst hat jede Kassenärztliche Vereinigung zu prüfen, ob eine Netzförderung im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen Teil der Förderung kooperativer Strukturen werden soll. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben in eigenen Umsetzungsrichtlinien festzulegen, wie die Anerkennung als Netz erfolgt und welche ggf. weiter ausdetaillierten Kriterien zu erfüllen sind. Fördermaßnahmen müssen dabei nicht notwendigerweise Honorarzahlungen darstellen, sondern können, wie später

Tabelle 1: Formale Kriterien für die Anerkennung von Praxisnetzen

1. Es sollte mindestens zwanzig und höchstens hundert Praxen umfassen, wobei es hierbei Ausnahmen geben kann, z.B. bei einer geringen Bevölkerungsdichte in einer Region. Ein Praxisnetz kann dann auch aus weniger Praxen bestehen.
2. Im Praxisnetz müssen mindestens drei Fachgruppen vertreten sein, wobei die Hausärzte nicht fehlen dürfen.
3. Es muss ein zusammenhängendes Gebiet wohnortnah versorgt werden.
4. Die Rechtsform muss eine Personengesellschaft, eine eingetragene Genossenschaft, ein eingetragener Verein oder eine GmbH sein.
5. Das die Kriterien 1-4 erfüllende Praxisnetz muss seit mindestens 3 Jahren bestehen.
6. Das Praxisnetz muss eine verbindliche Kooperationsvereinbarung mit mindestens einem nichtärztlichen Akteur haben, zum Beispiel einer Physiotherapie oder Krankenpflege.
7. Die Praxen müssen die folgenden Standards vereinbart haben: Unabhängigkeit gegenüber Dritten, Qualitätsmanagement, Wissens- und Informationsmanagement.
8. Das Praxisnetz muss eine eigene Geschäftsstelle, einen Geschäftsführer sowie einen ärztlichen Leiter oder Koordinator haben.

3 Rahmenvorgabe für die Anerkennung von Praxisnetzen nach § 87b Abs. 4 SGB V. <http://www.kbv.de/rechtsquellen/43483.html>

ausgeführt wird, andere Maßnahmen umfassen. Im Falle der Berücksichtigung im Honorarverteilungsmaßstab (HVM) prüft die Kassenärztliche Vereinigung, ob ein Netz die Anerkennungskriterien erfüllt. Ist dies der Fall, kann die Kassenärztliche Vereinigung im HVM die bisherige Zuschlagsregelung mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 2 SGBV vom 15.12.2011 zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen in Gänze, in Teilen oder abgewandelt anpassen.

Versorgungsziele von Praxisnetzen

Die auf Bundesebene festgelegten Kriterien wurden in Kenntnis der national und international verfügbaren Kriterienraster entwickelt. Wesentliche Informationen konnten aus den frei verfügbaren Maßstäben zu den Accountable Care Organizations gewonnen werden, die ähnliche Zielsetzungen der Etablierung von Leistungserbringergemeinschaften mit Populationsbezug verfolgen.

Praxisnetze müssen gemäß § 87b Abs. 2 und 4 SGB V qualitative Standards erfüllen und zu definierende Versorgungsziele ansteuern. In der Rahmenvorgabe wurden drei Versorgungsziele festgelegt: a) Patientenzentrierung, b) kooperative Berufsausübung und c) verbesserte Effizienz und Prozessoptimierung. Mit der Festlegung von Versorgungszielen sind Kriterien bestimmt worden, anhand derer die Zielerreichung messbar wird und die über Nachweise darlegungsfähig werden.

Die Kriterien für das Versorgungsziel „Patientenzentrierung“ konzentrieren sich auf die Themen Patientensicherheit, Therapiekoordination und Kontinuität der Versorgung, Befähigung/Information und Barrierefreiheit im Netz. Jede der Kriterien ist mit Nachweisen hinterlegt, die eine Überprüfbarkeit durch die Kassenärztliche Vereinigung erlauben sollen.

Das Versorgungsziel „kooperative Berufsausübung“ umfasst die Aspekte sichere elektronische Kommunikation, gemeinsame Dokumentationsstandards, Wissens- und Informationsmanagement, netzzentrierte Qualitätszirkel und den Nachweis von Kooperationen mit anderen Leistungserbringern.

Für das Versorgungsziel „Verbesserte Effizienz / Prozessoptimierung“ sind Nachweise zur Darlegungsfähigkeit auf Praxis- wie auf Praxisnetzebene, zur Nutzung (oder Einbeziehung) der Patientenperspektive, Beschleunigung von Diagnose- und Therapieprozessen im Praxisnetz, Wirtschaftlichkeitsverbesserungen und schließlich der Nutzung von Qualitätsmanagement im Netz beizubringen. Der Umfang der Nachweise ist nach Anerkennungsstatus gestaffelt. Da die Entwicklung der Organisation in Netzstrukturen Entwicklungsstufen durchläuft, wurden Nachweise einer Basisstufe zugeordnet, die in jedem Falle zu erfüllen sind. Der Basis-Stufe schließen sich zwei weitere, umfangreichere Nachweisstufen an, in denen weitestgehender Ausprägung beispielsweise die vollständige Umsetzung und Nutzbarkeit einer elektronischen Patientenakte sowie von Terminbuchungssystemen beinhaltet. Mit der Differenzierung der Nachweisstufen wurden auch Möglichkeiten für entsprechend gegliederte Förderungen geschaffen.

Nächste Schritte

In unmittelbarer zeitlicher Nähe zur Verabschiedung der Rahmenvorgaben haben Kassenärztliche Vereinigungen begonnen, Richtlinien zur Förderung von Praxisnetzen zu verabschieden. Dabei zeigt sich, dass eine Förderung auf dem Wege des HVM mit Mitteln der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zunächst ausscheidet, da hierfür die Mehrheit der Delegierten einer Kassenärztlichen Vereinigung gewonnen werden muss und was in der Regel nicht gelingt. Daher werden mit Blick auf die Funktionen der Praxisnetze im

Das Entwicklungspotenzial für Praxisnetze scheint bei weitem noch nicht ausgeschöpft zu sein.

Bereich Sicherstellung und Nachwuchsgewinnung andere Wege eingeschlagen. Die KV Schleswig-Holstein fördert Praxisnetze nach Anerkennung mit 100.000€ pro Jahr. Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) hat eine

Richtlinie zur finanziellen Förderung von Praxisnetzen in Niedersachsen beschlossen und stellt insgesamt 1 Million Euro bis Ende 2016 zur Netzförderung zur Verfügung.

Es wird deutlich, dass die Netzpolitik der Regionen, abhängig von der Entwicklung und der Gesamtstrategie der Region, unterschiedliche Ausprägungen erfährt. Unbenommen der Unterschiedlichkeit der Vorgehensweise sind weitere Entwicklungspotenziale gerade im Hinblick auf die Sicherstellung der Versorgung in unversorgten Regionen denkbar. In Anbetracht der Schwierigkeiten, ärztlichen Nachwuchs für ländliche Regionen zu gewinnen, sind Netze mit weitergehenden Funktionen bis hin zur Sicherstellung der Versorgung denkbar. Hierzu gehört die Diskussion um den Leistungserbringerstatus für Netze bis hin zur Gründungsberechtigung von Eigeneinrichtungen. So gesehen scheint das Entwicklungspotenzial für Praxisnetze bei weitem noch nicht ausgeschöpft zu sein. ■