



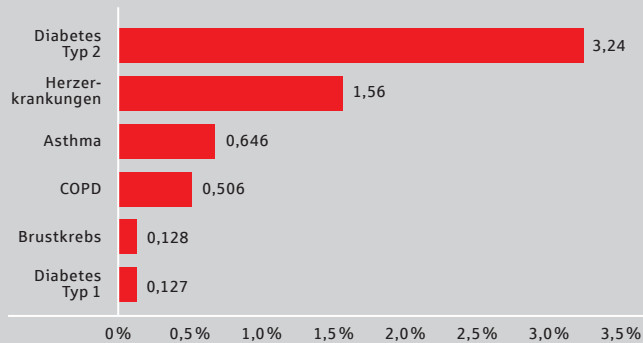
Liebe Leserinnen und Leser, liebe Heilberufler,

hiermit erhalten Sie die 3. Ausgabe unseres Newsletters, der Sie diesmal unter anderem über die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und die Honorarentwicklung im Ländervergleich 2009 informiert. Möchten Sie darüber hinaus konkrete Unterstützung in Anspruch nehmen, stehen Ihnen die Experten unseres Kompetenz-Centers Heilberufe natürlich jederzeit gern zur Verfügung. Hier erwartet Sie gebündeltes Spezial-Know-how im Gesundheitswesen für eine individuelle, ganzheitliche Beratung. Lernen Sie uns kennen und freuen Sie sich auf ein Gespräch unter Experten. Genießen Sie das gute Gefühl, in den richtigen Händen zu sein. So wie Ihre Patienten es bei Ihnen tun.

Herzliche Grüße, Ihr Thorsten C. Werner, Leiter Kompetenz-Center Heilberufe

Disease-Management-Programme auf Erfolgskurs

An DMPs teilnehmende Versicherte in Mio.



Nach den aktuellen Angaben des Bundesversicherungsamtes haben Ende 2009 bundesweit über 5,5 Mio. GKV-Versicherte (GKV = gesetzliche Krankenversicherung) an (mindestens) einem Disease-Management-Programm (DMP) teilgenommen. Mit weitem Abstand die meisten Teilnehmer verzeichnet das Programm für Typ-2-Diabetes mit 3,24 Mio. Versicherten, gefolgt vom DMP für Herzkrankungen (1,56 Mio. Versicherte). Die Zahl der eingeschriebenen Versicherten erhöhte sich gegenüber dem Jahr 2007 um 29 %. Bundesweit wurden am 1. Oktober 2009 insgesamt 13.313 DMPs angeboten.

Die Zahlen belegen, dass sich die DMPs trotz der Auswirkungen der neuen gesetzlichen Regelungen ab dem Januar 2009 und der damit verbundenen Einführung eines „morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs“ als ein Versorgungsmodell zur strukturierten Behandlung von Patienten mit chronischen Krankheiten in Deutschland durchsetzen konnten. Bis Ende 2008 erhielten die Krankenkassen je eingeschriebenen Versicherten eine nicht unerhebliche Erstattung aus dem Risikostrukturausgleich. Seit Einführung des Gesundheitsfonds gibt es nunmehr eine jähr-

liche Programmkostenpauschale von 180 Euro je Versicherten. Dennoch sind die DMPs für die Krankenkassen weiterhin als Wettbewerbs- und gegebenenfalls Kostendämpfungsinstrument attraktiv. Patienten können neben der oft verbesserten medizinischen Versorgung zum Teil von Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen innerhalb spezieller Wahltarife profitieren. Auch für die niedergelassenen Ärzte sind DMPs trotz des relativ hohen Verwaltungsaufwands attraktiv, da sie außerhalb der Regelleistungsvolumen (RLV) abgerechnet werden.

Dauerbrenner elektronische Gesundheitskarte

Bereits sieben Jahre währt der Beschluss zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK). Dennoch ist nach Auskunft des Bundesgesundheitsministeriums und des GKV-Spitzenverbandes nach wie vor nicht absehbar, wann mit der bundesweiten Einführung der neuen Versichertenkarte zu rechnen ist. Niemand geht davon aus, dass das Projekt in diesem Jahr noch wesentliche Fortschritte machen wird. Während die Ausgabe der Karten an die Versicherten in der Pilotregion Nordrhein seit Oktober 2009 läuft, wird gegenwärtig über die Finanzierung der flächendeckenden Einführung hinaus verhandelt. Im Vergleich zu den ursprünglich geplanten Funktionen wird die neue Karte nur in einer „abgespeckten“ Version auf den Markt kommen. Zuletzt hatte sich die Koalition nach einer Prüfung des Projekts darauf geeinigt, lediglich an der onlinegestützten Verwaltung der Versichertenstammdaten, Patienten-Notfalldaten sowie an einem elektronischen Arztbrief festzuhalten. Die weitere Nutzung der Karte für einen Online-Austausch von Patientendaten wird gegenwärtig hinsichtlich datenschutzrechtlicher Aspekte und Praktikabilität geprüft.

Die Ärzteschaft ist bezüglich der Nutzen sowie der Gefahren des Milliardenprojekts eGK weiterhin geteilter Auffassung. Noch sind die Hürden für den bundesweiten Roll-out der Karte gewaltig: Nach wie vor liegen keine ausreichenden Testergebnisse vor. Hinzu kommt, dass angesichts der bisherigen Verzögerung des Projekts die flächendeckende Bereitstellung der erforderlichen Telematikinfrastruktur einschließlich der Installation der technischen Voraussetzungen in den Arztpraxen fast hoffnungslos erscheint. Dementsprechend gering ist gegenwärtig die Investitionsbereitschaft der Unternehmen in Sachen eGK.

Recycling von Patientenquittung und Kostenerstattung?

Bereits seit dem Jahr 2004 haben Versicherte nach § 305 SGB V die Möglichkeit, sich von ihrem behandelnden Arzt eine Patientenquittung ausstellen zu lassen. Doch nur sehr wenige Versicherte nehmen dieses Recht auf eine Dokumentation der zulasten der GKV erbrachten Leistungen wahr: Nach Angaben der KBV haben weniger als 2 % der Versicherten in den vergangenen 12 Monaten

eine Patientenquittung angefordert. Die Gründe liegen auf der Hand. Der Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zufolge sind lediglich 20% der Patienten über ihr Recht auf eine Patientenquittung informiert. Außerdem dürfte bei den Patienten das Interesse an der Quittung auch deshalb gering sein, weil letztendlich die Krankenkasse die Behandlungskosten im Rahmen des Sachleistungsprinzips übernimmt und eine Auswahl der Ärzte über den Preis nicht stattfindet.

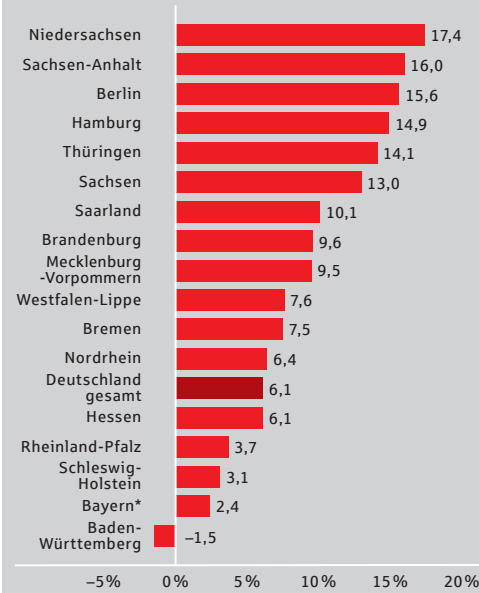
Ähnlich wie die Patientenquittung ist auch das Kostenerstattungsprinzip bei den Versicherten weder hinreichend bekannt noch beliebt. Der Versichertenbefragung der KBV zufolge ist nur 26 % der gesetzlich Versicherten bekannt, dass sie sich optional in Form eines Wahltarifs für das Kostenerstattungsprinzip entscheiden können. Nur 2 % nehmen diese Option in Anspruch. Das Kostenerstattungsprinzip liegt auch der privaten Krankenversicherung zugrunde, bei welcher der Patient die Arztrechnung zunächst selbst bezahlt, um sie dann in voller Höhe oder zu einem gewissen Teilbetrag von der Versicherung erstattet zu bekommen. Ärztevertreter votieren seit langem für das Prinzip. Vorteile sind aus ihrer Sicht eine Erhöhung der Transparenz und Kostensensibilität auf Seiten der Patienten sowie eine Verbesserung der Planungssicherheit bezüglich des ärztlichen Einkommens.

Von Seiten des Gesundheitsministers stehen die Zeichen für einen Ausbau des Kostenerstattungsprinzips positiv. Fraglich ist nur, ob die Ausgestaltung der gesetzlichen Bestimmungen tatsächlich zu den erhofften Vorteilen für die gesamte Ärzteschaft und die Patienten führen wird. Vielmehr ist zu erwarten, dass im Fall einer Abkehr vom Sachleistungsprinzip nach wie vor entsprechende Instrumente der Mengen- bzw. Budgetdeckung greifen werden. Diese könnten sich – etwa in Form finanzieller Nachforderungen der Kassen nach Quartalsende – sogar noch unangenehmer auswirken als die bestehenden Regelungen. Fraglich ist, ob Patientenquittung und Kostenerstattungsprinzip tatsächlich die geeigneten Instrumente zur „Kostensensibilisierung“ der Versicherten sind. Angesichts der Vollkostenübernahme durch die GKV ist der Versicherte im Krankheitsfall nur an der bestmöglichen Versorgung interessiert und nicht an Kosteneinsparungen (dies wird als Moral Hazard bezeichnet).

Trotz Einkommensplus schlechte Stimmung unter den Niedergelassenen

Die Ärzte sind mit ihrer wirtschaftlichen Situation weitaus unzufriedener als der Durchschnitt aller rund 1,1 Mio. deutschen Freiberufler. Während die durchschnittliche Stimmung unter allen freiberuflich Tätigen mit einer Note von 3,33 bewertet wird, liegt sie bei den Ärzten bei durchschnittlich 3,8. Hierbei schätzen nach Angaben des Verbandes die Fachärzte ihre künftige wirtschaftliche Lage schlechter ein als die Hausärzte, die zumindest von einer Stagnation ausgehen. Mit der Konkretisierung der Pläne der Koalition bezüglich weiterer Einsparungen im Gesundheitswesen dürfte das Stimmungsbarometer bei den Ärzten inzwischen weiter gefallen sein. Im Gegensatz zu der schlechten Stimmung unter der Ärzteschaft hat sich jedoch ihre Einkommenssituation überraschend positiv entwickelt. So profitieren die niedergelassenen Mediziner nach Angaben des Nachrichtenmagazins „DER SPIEGEL“ von einer im Vergleich zu den meisten Arbeitnehmern überdurchschnittlichen Einkommensentwicklung. Dem Magazin zufolge beläuft sich das durchschnittliche Monatseinkommen auf 13.666 €, wovon jedoch wie bei allen Freiberuflern die Kranken- und Rentenversicherungsbeiträge sowie die Steuern abzuziehen sind. Die Praxiskosten für Personal, Miete, Laborbedarf und Abschreibungen auf medizinisch-technische Geräte wurden bereits auf Basis der Angaben des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2007 berücksichtigt. Nach den Berechnungen der KBV belief sich der durchschnittliche Jahresumsatz für 2009 auf 206.000 € bei den Hausärzten und auf 203.000 € bei den Fachärzten. Dies entspricht einer Steigerung von 7 bzw. 6% gegenüber dem Vorjahr. Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass es trotz der insgesamt positiven Entwicklung unter den Niedergelassenen je nach Region und Fachrichtung „Verlierer“ gibt. Allein nach KV-Regionen ergaben sich hinsichtlich der Honorarsteigerungen zum Teil erhebliche Unterschiede (vgl. Abbildung). Spitzenreiter waren die Vertragsärzte in Niedersachsen mit einem Zuwachs von 17,4%, gefolgt von Sachsen-Anhalt (16,0%) und Berlin (15,6%). An der unteren Skala rangieren Schleswig-Holstein (3,1%), Bayern (2,4%) und Baden-Württemberg, das als einzige KV-Region ein Minus (-1,5%) zu verzeichnen hatte.

Honorarsteigerung in Prozent in den ersten drei Quartalen 2009 nach KV-Regionen



Quelle: Zahlen des GKV-Spitzenverbandes

*Bereinigungssummen der Vergütung aus den Selektivverträgen wurden wieder zugerechnet.

Die Auseinandersetzung um die ärztlichen Honorare ist ein echtes Politikum. Die zahlreichen Medienbeiträge zu diesem Thema tragen nicht gerade zur Entwirrung bei, weil oft eine pauschale Gegenüberstellung von verschiedenen Fachgruppen sowie Umsatz- bzw. Kostenblöcken erfolgt. Nicht betrachtet werden die großen Unterschiede hinsichtlich der Praxisinvestitionen, die eigentlich schon per se ein Grund dafür sind, dass Ärzte unterschiedlich verdienen müssen. Wäre etwa der Cashflow eines Radiologen genauso hoch wie der eines Hausarztes, so könnte dieser kaum die Liquidität aufbringen, um die Tilgungsraten für die meist sehr teuren diagnostischen Gerätschaften aufzubringen. Auch Vorsorgeleistungen oder das Steueraufkommen sind in diesen Einkommensbetrachtungen meist völlig außen vor.

Wo können Ärztenetze beim Management punkten?

Ärzte- und Praxisnetze werden immer beliebter. Bereits Anfang des Jahres hatte eine Untersuchung des NAV-Virchow-Bundes insbesondere den regionalen, mittelgroßen Ärztenetzen sehr gute Zukunftsaussichten bescheinigt. Eine neue Studie des Instituts für betriebswirtschaftliche Analysen, Beratung und Strategie-Entwicklung (IFABS) hat sich nun konkret den Vor- und Nachteilen für Netzmitglieder im Vergleich zu den Einzelpraxen gewidmet (vgl. Tabelle). Den größten Vorteil ziehen die Netze der Studie zufolge aus einer Optimierung des Patientenmanagements. Die Verbesserung der Kommunikation und der Kooperation mit anderen Leistungserbringern kommt dabei an erster Stelle den Patienten zugute, die von einer intensiveren und koordinierten Versorgung profitieren. Die Vorteile für die Netzmitglieder selbst – etwa im Bereich des Selbstmanagements, der Organisation sowie des Finanzmanagements – fallen deutlich bescheidener aus. Im Gegenteil, in vielen betriebswirtschaftlichen Teilbereichen schneidet die Netzpraxis offenbar erheblich schlechter ab als die traditionelle Einzelpraxis. Dem IFABS zufolge wirken sich diese Nachteile jedoch innerhalb des Netzes kaum aus. Die vergleichsweise schlechte unternehmerische Position kann jedoch dann zum existenziellen Problem werden, wenn eine den Netzverbund verlässt.

Im Grunde decken sich die Ergebnisse der Studie des IFABS mit jenen früherer Studien (u. a. des NAV-Virchow-Bundes). Diese hatten konstatiert, dass die Ärztenetze generell einen großen Nachholbedarf im Bereich des professionellen Managements haben. Die Einstellung eines professionellen Netzmanagers sowie die Installation eines Controlling-Systems könnten dazu beitragen, diese Defizite auszugleichen. Im Marketingbereich und bei der Patientenkommunikation sollten in jedem Netz einheitliche Corporate-Identity-Richtlinien in Zusammenarbeit mit einer Kommunikations-/Werbeagentur erarbeitet und umgesetzt werden.

Vor- und Nachteile von Ärztenetzen im Vergleich zum Fachgruppendurchschnitt in Prozent

Patientenmanagement	+ 42 %
Selbstmanagement	+ 4 %
Organisation	+ 2 %
Finanzmanagement	+ 1 %
Zusammenarbeit	- 1 %
Marktforschung	- 5 %
Führung	- 9 %
Planung	- 17 %
Dienstleistungsmarketing	- 28 %
IGeL	- 29 %
Corporate Identity	- 31 %

Quelle: IFABS



Hamburger Sparkasse
Kompetenz-Center Heilberufe
Börsenbrücke 2a
20457 Hamburg
heilberufe@haspa.de
www.heilberufe.haspa.de