

# KONGRESSBERICHT

## 16. NETZKONFERENZ IN BERLIN

Eine Initiative von UCB



## Vernetzung: Ärzte treiben neue Versorgungsformen voran

Die Netzbewegung unter niedergelassenen Ärzten hat schon einige Jahre auf dem Buckel. Sie ist in den 1990-er Jahren entstanden, und doch muss sie sich immer wieder neu erfinden. Kaum irgendwo zeigt sich das jedes Jahr wieder so klar und unverfälscht wie bei der Netzkonferenz, einer Initiative, die vor 15 Jahren vom Pharma-Unternehmen Schwarz Pharma ins Leben gerufen worden ist und nun von UCB schon seit einigen Jahren kontinuierlich weitergeführt wird.

„Deutsches Gesundheitswesen 2010: Reform der Reform?“ – so lautete der Titel

der 16. Netzkonferenz Ende Januar in Berlin. Die Fragen, die sich Vertretern der Arztnetze im sich wandelnden Umfeld der Gesundheitspolitik stellten, waren und sind drängend: Wie halten Arztnetze die Zerreißprobe infolge der Hausarzt- und Facharztverträge aus? Welche Anforderungen haben Krankenkassen an Netze, die regionale oder lokale Selektivverträge abschließen wollen? Oder: Wie schaffen es niedergelassene Ärzte, die Möglichkeiten der neuen Versorgungsformen auszuschöpfen? Lesen Sie Antworten auf diese Fragen auf den folgenden Seiten!

## Die Spaltung schadet den Ärzten

Die Spaltung in Hausärzte und Fachärzte schadet den Ärzten. Das hat Wilfried Jacobs, Vorstandsvorsitzender der AOK Rheinland/Hamburg, bei der 16. Netzkonferenz gesagt. Netze, die auch Fachärzte integrierten, hätten am ehesten Chancen, als Partner der Kassen anzukommen, so Jacobs. Er habe schon „faszinierende Präsentationen von Netzen“ gesehen. Gut sei es, einen präventiven Gedanken reinzubringen, so Jacobs. Auch Zusatzservices wie eine Praxisöffnung am Samstag seien gut.

## Selbst gesetzte Benchmark

Zehn Prozent der Patienten verursachen 80 Prozent der Kosten – so lautete die grobe Schätzung eines Hausarztes aus Münster bei der Netzkonferenz. „Wenn mir die Möglichkeit gegeben würde, mit gutem Geld meine Diabetiker und Hypertoniker vernünftig einzustellen, dann schaffe ich es vielleicht, seine Morbidität in zehn Jahren so zu verbessern, dass die Kosten nicht steigen. Dann wäre doch ein Meilenstein geschafft.“ So könnte sich ein großzügiges Honorar am Ende auch für die Krankenkassen auszahlen.

## Beugehaft statt Hausarztvertrag?

Sind Kassen dazu verpflichtet, Hausarztverträge abzuschließen? Sie sind es vor dem Gesetz, versuchen aber, sich dem zu entziehen, klagte ein Besucher der Netzkonferenz während der Diskussion. Notfalls unter Inkaufnahme von Beugehaft, zitierte der Arzt einen Kassenfunktionär. „Wenn ich mich weigere, für 16 Euro die Behandlung eines Kassenpatienten zu übernehmen, dann bin ich dran.“ Es sei eine Frechheit, wenn Kassenvertreter ankündigten, sie hielten sich nicht an die Gesetze.



Bevor eine Krankenkasse einen Selektivvertrag unterschreibt, muss ein Netz viele Vorleistungen erbringen. © Peter Widmann / imago

## Die Auslese vor dem Vertragsabschluss

Wer mit Krankenkassen ins Geschäft kommen möchte, braucht vor allem eines: ein klar umrissenes Projekt, das für Kassen Einsparungen bringt.

Krankenkassen legen die Messlatte für Netze hoch, die mit einem Versorgungskonzept zum Zuge kommen wollen. Das geht aus einem Formblatt hervor, das einer Kasse eine erste Projektbewertung erlaubt. Das Formblatt lag der Redaktion vor.

Klar ist, dass ein Netz, bevor es in die nähere Auswahl kommen kann, feste Strukturen etabliert haben sollte. Es sollte also zum Beispiel klare Aussagen über die Rechtsform des Projekts (Verein, GmbH, AG, Genossenschaft etc.) treffen können. Auch feste Ansprechpartner sind Kassen offenbar wichtig. Entscheidend ist dann: Um welche Krankheit geht es? Hier klärt die Kasse, ob über den Risikostrukturausgleich Zuweisungen zu erwarten sind. Wie ist die aktuelle Versorgungssituation? Welche Verbesserungen können erreicht werden? Gute Karten dürfte hier der haben, der überzeugend darlegen kann, dass die Versorgung so verbessert wird, dass die Krankenkasse auch tatsächlich Geld spart – etwa, indem die

Verordnungskosten gesenkt werden können, die Zahl der Krankenhauseinweisungen oder auch der Langzeitkranken (AU-Zeiten von mehr als sechs Wochen) reduziert werden können.

Doch müssen auch die nötigen Management-Strukturen im Netz vorliegen, die eine echte Verbesserung plausibel machen: So wird in dem Formblatt nach Maßnahmen des internen Controllings gefragt – und auch nach dem Daten- und Dokumentationsmanagement sowie dem Einsatz von elektronischen Medien. Nicht zuletzt geht es um die Struktur des Qualitätsmanagements: Anforderungsprofil für die teilnehmenden Praxen und weitere QM-Maßnahmen wie Qualitätszirkel, evidenzbasierte Leitlinien und Schaffung einer Verbindlichkeit für beide Vertragspartner. Ohne professionelles Management sind diese Anforderungen kaum zu erfüllen.

Zum Schluss geht es dann um die Finanzierung des Projekts. Hier waren sich die Ärzte und Netzmanager bei der Netzkonferenz weitgehend einig: Bei allem Gerede um Qualität und Struktur – am Ende gehe es Krankenkassen bei Verträgen doch vor allem ums Geld. Diese Erfahrungen mache man immer wieder bei Verhandlungen mit Kassen über Verträge. Projekte, bei denen unterm Strich nach der Berechnung von Finanzbedarf und Einsparvolumen ein sattes Plus für die Kasse steht, dürften damit die besten Karten haben.

# „Am Ende könnte man fragen: Wozu brauchen wir noch die Krankenkassen?“

Vertragsabschlüsse mit Kassen sind nicht der allein seligmachende Weg für Praxisnetze. Das gilt gerade in einem schwierigen politischen Umfeld. Darauf verweist Gesundheitsökonom Professor Günter Neubauer im Interview.

*Herr Professor Neubauer, vor einem Jahr noch hieß es, durch das Auslaufen der Anschubfinanzierung für die Integrierte Versorgung stünden viele Netze vor dem Aus. So weit ist es nicht gekommen. Wo stehen Praxisnetze heute?*

**Professor Günter Neubauer:** Die Anschubfinanzierung für die IV-Verträge fehlt schon. Vor allem Krankenkassen, die Zusatzbeiträge erheben müssen, haben ihre Verträge um 60 bis 70 Prozent gekürzt. Aber Verträge, die sich bewährt haben, haben auch ohne die Anschubfinanzierung Bestand. Und vergessen Sie nicht: Viele Netze sind ja nicht nur für Verträge mit Krankenkassen da. Ebenso wichtig sind auch Faktoren wie der gemeinsame Einkauf, eine verbesserte Koordination bei praxisübergreifender Behandlung oder eine bessere Zusammenarbeit bei Notdiensten. Deshalb: An fehlenden Verträgen müssen Arztnetze wirklich nicht zerbrechen.

*Also sehen Sie derzeit keine Bedrohung für Praxisnetze?*

**Neubauer:** Das kann man auch wieder nicht sagen. Die Hausarztverträge treffen Netze tatsächlich. Allgemeinärzte sind in den Verträgen oft gut vergütet, Krankenkassen müssen nach dem Gesetz Hausarztverträge schließen, deshalb müssen Netze im Vertragsbereich schon ein Stück zurücktreten. Dazu kommen jetzt auch noch die Facharztverträge – teilweise ist die Entwicklung damit für die KVen schon existenzbedrohend geworden. Wenn dann noch die Netze kommen und für lokale IV-Verträge Mittel aus dem KV-Budget herausnehmen wollen, dann wehren sich die KVen natürlich dagegen.

*Wo liegen denn da noch Chancen für die Netze?*



Professor Günter Neubauer bei der 16. Netzkonferenz in Berlin: Es geht für Netze nicht nur um Verträge mit Kassen. © UCB

**Neubauer:** Die Entwicklung, so wie sie sich im Moment darstellt, geht ja weniger hin zu echten Selektivverträgen, sondern eher zu kollektiven Selektivverträgen oder auch selektiven Kollektivverträgen – die Berufsverbände wie der Hausärzterverband werden sozusagen zur Ersatz-KV. Da könnten die KVen wiederum versuchen, die Netze bei ihren Vertragsbemühungen zu unterstützen und deren Leistungen dann abzurechnen. Abrechnung als Kernkompetenz der

## Zur Person

Prof. Günter Neubauer ist Direktor des IfG Instituts für Gesundheitsökonomik in München. Er gilt unter anderem als Experte für Integrierte Versorgung und leitet die Netzkonferenz von UCB seit Jahren als Moderator.

KVen also. Dabei käme es dann auch nicht zum Aufbau von Doppelstrukturen, die dem System erstmal Geld entziehen, so wie das im Augenblick bei den Hausarztverträgen noch der Fall ist.

*Wäre das eine Chance für eine vor Ort organisierte lokale oder regionale Versorgung, maßgeschneidert von Kliniken und niedergelassenen Ärzten für die Patienten einer Region oder einer Stadt?*

**Neubauer:** Möglich wäre das. Starke Netze vor Ort haben mehr Einflussmöglichkeiten darauf, wie Ärzte ihre Patienten behandeln als Verbände bei landesweiten Verträgen. Das gilt etwa bei Arzneiverordnungen oder bei Krankenhauseinweisungen. Und durch den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich wäre es sogar von der Verwaltung her relativ einfach, lokalen Akteuren einfach die Zuweisungen des Gesundheitsfonds und das Risiko weiterzureichen – nach Abzug einer Verwaltungspauschale natürlich. Konsequenz zu Ende gedacht, könnte man dann sogar fragen: Wozu brauchen wir noch die Krankenkassen?

*Und wo liegt der Pferdefuß einer solchen Lösung?*

**Neubauer:** Diese Modelle sind noch ganz am Anfang, sie werden bisher auch noch nirgendwo praktiziert. Das lohnt sich auch erst ab einer gewissen Größe, die man als Verhandlungsmacht einbringen kann. Außerdem muss ein Netz nach außen hin einig auftreten, eine hohe Behandlungsqualität muss gewährleistet und auch nachweisbar sein. Und das fordert wiederum ein weit entwickeltes Management.

*Wäre so etwas dann ein Zukunftsmodell für das Gesundheitswesen?*

**Neubauer:** Schwer zu sagen. So lange die Kassen Hausarztverträge abschließen müssen, ist es kaum vorstellbar. Aber falls es in einigen Jahren so kommen sollte, dass lokale Verträge Hausarztverträge ersetzen können, dann ist das ein Modell der Zukunft.

## Integrationsmodell im Kleinen mit dem diabetischen Fuß



Wer mit den Krankenkassen Verträge abschließen will, kann dies mit indikationsübergreifenden Modellen tun, er kann aber auch die Versorgung von Patienten mit einer

Indikation wählen. Diesen Weg ist das Netzwerk Diabetischer Fuß in Leipzig gegangen, das Diabetologin Dr. Cornelia Woitek bei der Netzkonferenz vorgestellt hat.

Das Netzwerk sei das „Paradebeispiel einer übergreifenden Versorgung“, sagte Woitek in Berlin. Alle Akteure, die an der Versorgung von Patienten mit diabetischem Fuß beteiligt seien, seien im Netz dabei, vom Hausarzt über die diabetologische Schwerpunktpraxis, einen Koordinationsarzt (entweder Internist oder Fußchirurg) bis hin zum Podologen.

Das Netz ist vor fast zehn Jahren gestartet und hat immer besser ausgefeilte Strukturen entwickelt. Das habe 2009 schließlich zu einem IV-Vertrag mit der KKH, der DAK und der BKK Allianz geführt, „ohne Anschubfinanzierung“, wie Woitek verkündete.

Die im Netz beteiligten Ärzte profitierten zum einen von einer höheren Zufriedenheit. Woitek: „Man lernt von Kollegen, und es zeigt sich, dass eine strukturierte Behandlung, wie wir sie praktizieren, tatsächlich effizient ist.“ Zum anderen würden die Leistungen rund um den Fuß zumindest „adäquat honoriert“. Im Gegenzug habe sich allerdings der bürokratische Aufwand erhöht. Die Patienten profitierten dadurch, dass es weniger Majoramputationen gebe. Die Kassen profitierten letztlich von einer geringeren Einweisungsrate ins Krankenhaus und durch Einsparungen bei Verbandmitteln.

① [www.fussnetzleipzig.de](http://www.fussnetzleipzig.de)

## Innovative Versorgungsformen sind auch für Pharma interessant

Seit 15 Jahren gibt es die Netzkonferenz als Forum für Praxisnetze in Deutschland. Initiator war seinerzeit das Unternehmen Schwarz Pharma. Rechtsnachfolger UCB setzt die Tradition fort.

Praxisnetze sind für Patienten und auch für Krankenkassen attraktive Partner im Gesundheitswesen. Das Unternehmen UCB, in Deutschland früher Schwarz Pharma, hat darum Netze generell bei ihrer Gründung unterstützt und für eine Weiterentwicklung der Netzidee die Netzkonferenz ins Leben gerufen. Sie ist mittlerweile eine der wichtigsten Managed-Care-Veranstaltungen in Deutschland.

Die UCB-Initiative mache deutlich, wie sich „Pharmaunternehmen für die Verbesserung der Patientenversorgung und unseres Gesundheitssystems engagieren“, schrieb UCB im Vorfeld der 16. Netzkonferenz. Doch geht das Interesse des Unternehmens an den neuen Versorgungsformen über die Unterstützung der Ärzte in der Bewegung noch hinaus, wie Thomas Milz, Director Strategic Projects & Market Access der UCB-Gruppe, bei der Konferenz klar machte: „Auch wir verhandeln Selektivverträge und Direktverträge mit den Krankenkassen.“ Das gelte selbst für Präparate mit Patentschutz. Wenn die Pläne des Bundesgesundheitsministers zu den Arzneimitteln tatsächlich umgesetzt werden, könnte UCB vom Vorreiter zum echten Trendsetter werden.

UCB mit Hauptsitz in Brüssel ist ein international tätiges Unternehmen mit dem Ziel, „das führende patientenzentrierte Biopharma-Unter-



Thomas Milz, Director Strategic Projects & Market Access der UCB-Gruppe: Das Unternehmen ist bei Direktverträgen sehr aktiv. © UCB

nehmen weltweit“ zu werden. Dazu passt zum Beispiel, dass UCB gerade erst den red-dot-award für eine patientenfreundliche Darreichungsform von Cimzia® (Certolizumab) für Patienten mit Rheumatoider Arthritis bekommen hat.

Weltweit arbeiten 9000 Menschen für die UCB-Gruppe, davon 1300 in Deutschland. Der Umsatz lag zuletzt bei 3,1 Milliarden Euro. Das Unternehmen ist 1928 in Belgien gegründet worden und hat z. B. das Anti-allergikum Zyrtec® (Cetirizin) entwickelt. Seit dem Jahr 2000 hat sich mit der Übernahme von Celltech (2004) und Schwarz Pharma (2006) die Expansion von UCB beschleunigt. In Deutschland ist UCB vor allem in den Indikationsbereichen Innere Medizin, ZNS und Immunologie/Entzündungen aktiv. Auch unter den neu auf den Markt gekommenen Präparaten sind vor allem Wirkstoffe für Indikationen aus ZNS (z. B. Neupro® für Patienten mit M. Parkinson und mit RLS sowie Vimpat® bei Epilepsie) und Immunologie zu finden. UCB ist auch bei Einlizenzierungen aktiv, etwa mit Jalra® (Vildagliptin) und Icantra® (Vildagliptin und Metformin).