



Chronikerbetreuung in der Praxis

- eine Herausforderung an Praxisorganisation und Praxismanagement

Gerade die Betreuung von chronisch Kranken – nicht nur, aber vor allem auch im Rahmen von DMP - stellt eine medizinische wie organisatorische Herausforderung für jede Praxis dar. Patientenwünsche, zunehmende Serviceerwartungen und medizinische Erfordernisse müssen im Praxisalltag angesichts begrenzter finanzieller Ressourcen mit betriebswirtschaftlichen Vorgaben und organisatorischen Notwendigkeiten harmonisiert werden. Hinzu kommen vielfältige externe Dokumentations- und Qualitätsanforderungen, die vom Praxisinhaber und seinem Team bewältigt werden müssen.

Diesen veränderten Rahmenbedingungen müssen sich besonders Hausärzte und ihre Mitarbeiterinnen in verstärktem Umfang stellen, zumal der hausärztliche Aufgabenkatalog nach dem Willen der Politik – bedingt durch die gewünschte Lotsenfunktion – noch weiter wachsen soll. Soll dabei die betriebswirtschaftliche Überlebensfähigkeit der Praxis erhalten bleiben und eine gute Patientenbetreuung gesichert sein, verlangt dies die Professionalisierung des Praxismanagements – insbesondere auch im Bereich des Personaleinsatzes und der Personalführung. Denn die Qualität der Dienstleistung wird in der Praxis ganz entscheidend auch vom Mitarbeiterteam bestimmt.

DMP – Vergütung – ein Zusatzlohn, der sich für den Arzt nicht immer rechnet

Der Trend zur konfektionierten und standardisierten Medizin nimmt im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung immer weiter zu (auch einige private Krankenversicherer denken zwischenzeitlich – nicht zuletzt aus Gründen der Kostenersparnis –darüber nach, ihren Versicherten solche Programme anzubieten). Nachdem es zwischenzeitlich Disease Management Programme für fünf Indikationen gibt (Diabetes, KHK, Hypertonie, Mamma-CA und COPD), gehört das Management dieser Programme zum Alltag in vielen deutschen Praxen. Versüßt werden soll den Praxen die besonders für die Krankenkassen auf Grund der Risikostrukturausgleichszahlungen lukrative Einschreibung und Betreuung von DMP-Patienten durch eine zusätzliche Vergütung. Geworben wird gemeinhin damit, dass es sich hier um eine nicht gedeckelte, weil außerhalb des Budgets gewährte Honorierung handle.

Ein echtes Umsatzplus stellt die DMP-Vergütung für Praxen aber nur dann sicher, wenn nicht mehr als die im Programm notwendige Leistung erbracht und die Dokumentation schlank gehalten wird. Ein Beispiel: Ein Arzt berichtet stolz davon, dass er für das vergangene Quartal für die Betreuung von DMP-Patienten eine Vergütung von 2.500 € extrabudgetär von der KV bekommen habe. Das sei ein echter Mehr-Verdienst, den es auszubauen gelte. Bei genauem Hinsehen stellt sich die Rechnung jedoch etwas anders. Bei den für das DMP-Management zuständigen Mitarbeiterinnen sind im Lauf des Quartals 70 Überstunden aufgelaufen, die zusätzlich zu den normalen Personalkosten anfallen. Ge-rechtfertigt wird diese Mehrarbeit auf Nachfrage seitens der Mitarbeiterinnen mit der Aussage, man müsse sich doch schließlich



PVS/Telematik

gerade um die DMP-Patienten besonders intensiv kümmern. So werden von der zuständigen Mitarbeiterin bereits vor dem eigentlichen Arztkontakt ausführliche Informations- und Beratungsgespräche geführt, deren Inhalt dann vom Arzt später nochmals aufgegriffen und vertieft wird.

Diese für die Patienten sicherlich ausgesprochen angenehme Rundum-Betreuung mit „Verwöhnaroma“ ist aber eine kostenfrei erbrachte Mehrleistung, die die in den DMP-Programmen vorgesehene Minimaldiagnostik- und -therapie bei weitem überschreitet (in manchen Praxen laufen im Rahmen der DMP-Betreuung noch aufwendige funktionsdiagnostische Programme als GKV-Leistung mit – z.B. Echo, Ergo, großes internistisches Labor, Sonographie, Gefäßduplex, da die Geräte ja ohnehin vorhanden sind und sich so die eine oder andere Ziffer mehr abrechnen lässt). Gezwungen hat den Arzt und sein Team dazu niemand – außer vielleicht der eigene Anspruch an die Qualität der medizinischen Dienstleistung.

Bereinigt man den Bruttoumsatz aus der DMP-Vergütung um diese Zusatzkosten, ergibt sich eine eher ernüchternde Bilanz. Von 2.500 € bleiben nach Praxiskosten (ohne Überstunden) bei einem Kostensatz von 50 Prozent nur noch 1.250 €. Bei einem Stundensatz von 11,13 € für die Mitarbeiterinnenstunde (Monatsbrutto 1.800 €) schlagen die Überstunden einschließlich Sozialversicherung mit 974,03 € zu Buche. Damit verbleibt für die Praxis ein Gewinn vor Steuern 275,97 € aus der zusätzlichen DMP-Vergütung. Das entspricht bei einem Einkommenssteuersatz von 43 Prozent einem Gewinn nach Steuern von 118,67 €.

Die Konsequenz: Damit sich die Betreuung von DMP-Patienten für die Praxis rechnet, muss das praxisinterne DMP-Management überdacht und die Praxisabläufe entsprechend korrigiert werden, um in jedem Fall Zusatzkosten durch Überstunden bei den Helferinnen zu vermeiden. Ein Problem bei diesem Korrekturverfahren ergibt sich aus dem Kommunikationsbedarf gegenüber dem Patienten. Diese habe sich nämlich zwischenzeitlich an die so andere, weil persönliche und zeitintensive Betreuung in der Praxis gewöhnt und werden eine Veränderung der Behandlungsdramaturgie nicht ohne weiteres widerspruchslos hinnehmen. Auch die betroffenen Mitarbeiterinnen, die oft eine spezielle Weiterbildung zur DMP-Beraterin durchlaufen haben und sich sehr mit ihrer neuen Aufgabe identifizieren, müssen zunächst vonseiten der Praxisleitung von der Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit der Änderung der Verfahrensabläufe überzeugt werden. Dies gestaltet sich in der Praxis häufig als äußerst schwierig, weil die Mitarbeiterinnen – ähnlich viele Ärzte auch – eher eine gute medizinische Betreuung der Patienten als eine betriebswirtschaftlich sinnvolle Gestaltung der Beratungsabläufe im Auge haben und hier starke emotionale Widerstände entwickeln.

Praxisindividuelle Betreuungsprogramme statt konfektionierter DMP

Um hier eine Symbiose aus medizinischer Versorgung einerseits und Berücksichtigung betriebswirtschaftlicher Notwendigkeiten andererseits zu erreichen, empfiehlt sich die Entwicklung von praxisspezifischen Betreuungsprogrammen für chronisch Kranke. Aufbauend auf der in den jeweiligen DMP-Programmen vorgesehenen Minimalbetreuung werden dabei in einer Art Baukastensystem verschiedene Zusatzmodule angeboten, die der Patient im



PVS/Telematik

Rahmen des Programms z.B. auch auf Selbstzahlerbasis in Anspruch nehmen kann. Ziel dieser praxisspezifischen Betreuungsprogramme ist es einerseits, durch Streckung, d.h. Verteilung von zusätzlichen Diagnostik-Maßnahmen (z.B. EKG oder zusätzliche Laboruntersuchungen beim Diabetiker) die Erwartungshaltung der Patienten an die Kassenmedizin (kostenfreie Vollkasko-Betreuung) langsam auf ein richtiges, weil betriebswirtschaftlich für die Praxis vertretbares Maß zu reduzieren. Zum anderen kann die Praxis über die Zusatzmodule verdeutlichen, wie eine optimale Betreuung eines chronisch Kranken nach modernsten medizinischen Standards aussehen kann und sollte. Der Patient bekommt so die Möglichkeit, zwischen verschiedenen Alternativen zu wählen, die sich in Art und Umfang von Diagnostik und Service durchaus unterscheiden.

Sofern nur die über das jeweilige DMP abgedeckten Leistungen gewünscht werden, sollte die Betreuung weitgehend von einer Mitarbeiterin vorbereitet und durchgeführt werden. Das betrifft die Voruntersuchungen – z.B. Blutdruckmessen, Blutentnahme, Abfragen der Krankengeschichte und der Verträglichkeit der Medikation – ebenso wie die Dokumentation (inklusive Zifferneingabe). Diese sollte per EDV erfolgen (eDMP), damit der Verwaltungsaufwand möglichst gering gehalten wird (manche KVen vergüten den Umstieg auf eDMP in diesem Jahr noch mit einem kleinen Zusatzbonus). Der eigentliche Arztkontakt sollte in diesem Fall dann nur noch sehr kurz gehalten sein – z.B. Feststellung der Fußpulse mittels Stimmgabel beim Diabetiker) oder eine symptombezogene körperliche Untersuchung. Allein schon durch dieses verknappte Zeitbudget beim Arztkontakt wird dem Patienten quasi als Begleitbotschaft über das Behandlungs- und Betreuungserlebnis vermittelt, dass es sich hier nur um eine Betreuung auf Mindeststandard handelt.

Zusatzdiagnostik strecken und auf das Jahr verteilen

Durch das Strecken der Zusatzdiagnostik wird zudem der Terminplaner ein wenig ausgedünnt. Auch der neue EBM 2008 verlangt - trotz Versichertenpauschale – für die Abrechnung des Chroniker- oder Morbuzuschlags (neue Ziffer 03212) – weiterhin zwei Arzt-Patientenkontakte pro Quartal. Je höher die Zahl der in einer Praxis betreuten Chroniker ist, desto mehr der zur Verfügung stehenden ärztlichen Behandlungszeit wird durch diese Patienten von vornherein gebunden. Auch hier ein Beispiel: Eine hausärztliche Gemeinschaftspraxis mit 1.800 Patienten betreut laut Abrechnungsbescheid pro Quartal 780 Patienten mit Chroniker-Ziffer 03210 (chronisch-internistischer Komplex), 80 Patienten mit der Ziffer 03001 und weitere 140 mit chronisch-degenerativen Erkrankungen (Ziffer 03211). Geht man davon aus, dass jeder dieser Patienten zumindest einmal pro Quartal einen Arztkontakt von 10 Minuten hat, sind allein 166,66 Stunden der pro Quartal zur Verfügung stehenden Behandlungszeit an solche Kontakte gebunden. Bei einer wöchentlichen Sprechstundenzeit von 35 Stunden je Arzt, sind damit bei nur einem Quartalskontakt allein sieben Stunden für die Chronikerbetreuung (ohne zusätzlichen DMP-Aufwand) verplant. Da diese Patienten meist aber viel häufiger und nicht nur wegen der chronischen Haupterkrankung in der Praxis erscheinen, ist es wichtig, die Praxiskontakte sinnvoll auszudünnen, um Unwirtschaftlichkeiten zu vermeiden. Gerade vor dem Hintergrund der jetzt verabschiedeten Versichertenpauschale des neuen EBM ist dies ein absolutes Muss. Denn



das Regelleistungsvolumen oder Individualbudget ist – bleibt es bei den derzeitigen Honorarverteilungsmaßstäben der KVen – auf Grund der vergleichsweise hohen Ausstattung der Versichertenpauschalen (in die ein Gros der typischen Leistungen der jeweiligen Fachgruppe – z.B. Gespräche, weitere Konsultationen, Ordinationskomplexe, Chronikerkomplexe, Briefe, Infusionen und Verbände – aufgegangen sind) meist schon beim Erstkontakt des Patienten mit der Praxis ausgelastet oder überschritten. Jeder weitere Kontakt rechnet sich somit betriebswirtschaftlich nur dann, wenn extrabudgetäre Leistungen – also Prävention, Impfleistungen oder DMP – erbracht werden.

Strategisches Terminmanagement – in 2008 für den betriebswirtschaftlichen Erfolg eine Praxis unverzichtbar!

Das bedeutet: Der neue EBM wird für Praxen, in denen viele chronisch Kranke betreut werden, eine neue Herausforderung an das Terminmanagement mit sich bringen. Einerseits müssen die Patienten motiviert werden, in jedem Quartal in die Praxis zu kommen. Andererseits sollte die Patientenführung und –motivation so gestaltet sein, dass die Folgekontakte auf ein Mindestmaß beschränkt werden. Routineterminale – z.B. Quartalskontrollen – sollten daher schon weit möglichst im Voraus vergeben werden. Hier kann die Entwicklung eines praxisspezifischen Patientenpasses hilfreich sein, in dem die jeweiligen Termine mit den dann durchgeführten Untersuchungen für den Patienten eingetragen werden (ähnlich dem blauen Diabetiker-Pass). In diesem Pass lässt sich dann auch das praxisspezifische Behandlungsprogramm für den Patienten nachvollziehbar abbilden.

Gleichzeitig muss der Patientenfluss seitens der Praxis durch eine strategische Terminvergabe sinnvoll gesteuert werden. Derzeit erfolgt das Terminmanagement in vielen Praxen – insbesondere im hausärztlichen Bereich – noch allzu sehr nach dem „Wünsch-Dir-was-Prinzip“. Das bedeutet konkret: Die Terminvergabe richtet sich ausschließlich oder doch in einem hohen Maß nach den Wünschen der Patienten („wann können Sie denn am besten“) statt nach den betriebswirtschaftlichen Notwendigkeiten der Praxis. Das hat zur Folge, dass der Terminplaner besonders zum Quartalsende mit „Wiederkommern“ zugepflastert ist, so dass keine Termine mehr für Neupatienten, die für die Praxis gerade auch am Quartalsende wichtig und lukrativ sind, zur Verfügung stehen. Diesem Problem lässt sich dadurch begegnen, dass im Terminplaner eine eigene Rubrik „Neupatienten“ eingerichtet wird. Die Termine in dieser Spalte, die bis zum letzten Quartalsstag im Planer implementiert ist, sind Patienten vorbehalten, die im jeweiligen Quartal noch nicht in der Praxis erschienen sind („neuer Schein“). Um das pro Tag notwendige Terminkontingent zu bestimmen, muss die gewünschte Scheinzahl anteilig auf die zur Verfügung stehende Behandlungszeit verteilt werden (Urlaubs- und Feiertage sind herauszurechnen, ebenso die ersten 14 Tage im Quartal, wo erfahrungsgemäß nahezu jeder Patient einen neuen Schein in die Praxis bringt).

Gleichzeitig sollten spezielle Betreuungszeiten z.B. für DMP-Patienten im Praxistimer festgelegt werden; ebenso tägliche Zeiten für die Behandlung von Akutpatienten, damit diese nicht im laufenden Praxisbetrieb zwischengeschoben werden. Gerade dieses Zwischenschieben von ungeplanten Patienten, die spontan mit einem tatsächlich oder vermeintlich



PVS/Telematik

akuten Behandlungswunsch in der Praxis erscheinen, ist der Hauptverursacher von langen Wartezeiten für Terminpatienten und damit auch von Hektik und Stress in der Praxis. Grundsatz der Terminplanung sollte sein, dass alles, was geplant werden kann, auch nach den Vorgaben der Praxis geplant wird – also auch Verbandswechsel, Spritzen, Blutentnahmen, Befundmitteilungen und Kontrolluntersuchungen.

Nachdenken sollte jede Praxis – angesichts der weiterhin gedeckelten Wachstumspotentiale im GKV-Bereich (hieran werden auch die erhöhten Punktmengen im neuen EBM nichts ändern, da nur die Punktmenge wachsen wird, nicht aber die daraus resultierende Honorarmenge!) über die Einführung von Spezial- und Privatsprechstunden. Diese Behandlungszeiten sind für Patienten reserviert, die ein Mehr an Leistung (bessere Diagnostik, individuelle Therapie auf höchstem wissenschaftlichen Standard) und Service wünschen und bereit dazu sind, diesen Betreuungskomfort auch durch einen Eigenanteil zu honorieren. Dieser neue Markt, der nach Einschätzung von Experten derzeit immerhin schon mehr als 80 Mrd. € pro Jahr umsetzt (z.B. Oberender: Wachstumsmarkt Gesundheit) droht an den niedergelassenen Ärzten immer mehr vorbei zu ziehen. Denn andere Anbieter – u.a. auch die gesetzlichen Krankenkassen, die derzeit z.B. mit Wellnessreisen und Gesundheitsurlaub im Ausland verstärkt um Mitglieder werben – wie Kliniken, Wellnesshotels und Privatpraxen besetzen diesen Markt immer stärker, weil sie mit individuellen Leistungs- und Servicekonzepten besser in der Lage sind, selbst chronisch Kranke für mehr Gesundheit zu begeistern (Tertiärprävention). Vertragsärzte, die sich der Einsicht verschließen, dass die Gesundheitsbedürfnisse der Menschen unterschiedlich und individuell sind und deshalb auf das Angebot von differenzierten Zusatzangeboten auf Selbstzahlerbasis aus vermeintlich ethischen Gründen verzichten, werden in Zukunft – mehr noch als bisher - unter den Einfluss einer von Kostendruck und Wirtschaftlichkeitsgebot bestimmten und krankenkassengesteuerten Konfektionsmedizin geraten. Wer als Arzt seine Verpflichtung gegenüber dem Patienten ernst nimmt, wird angesichts dieser Entwicklung entweder frustriert in die innere Emigration gehen und vielleicht seine Berufswahl im Nachhinein bedauern oder die Initiative ergreifen und sich zumindest zunächst gedanklich vom Bevormundungssystem der GKV befreien, um weiterhin in unternehmerischer Freiheit im Interesse seiner Patienten eigenständige Diagnostik- und Therapiekonzepte zu entwickeln und diese am Markt durchzusetzen.

*Unsere Autorin: Annette Kruse-Keirath
lburgweg 8
48429 Rheine
Telefon: 05971-85972
Telefax: 05971-81180*