

Kongress - Booklet

2. BMVZ - STRATEGIEKONGRESS

im KPM Quartier Berlin-Mitte

BLOCK I
Neue Politik

*Innen- und Außensicht auf die Frage
'Wo ist mein Arzt?'*

BLOCK II
Neue Ideen

*Regionale und lokale Lösungen -
Praxisbeispiele*

BLOCK III
Neue Akteure

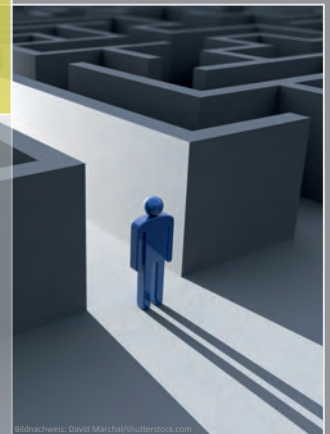
*Akzeptanz gesellschaftlicher
Veränderungen als Basis neuer
Strukturen*



Bundesverband
Medizinische
Versorgungszentren-
Gesundheitszentren-
Integrierte Versorgung e.V.

WO IST MEIN ARZT ?

Neue Politik Neue Ideen Neue Akteure



2. BMVZ - STRATEGIEKONGRESS
KPM Quartier Berlin-Mitte
13. Mai 2014

| | | |
|-------|----|--|
| Seite | 1 | Inhaltsverzeichnis |
| Seite | 2 | Hinweis Deutsche Kreditbank AG |
| Seite | 3 | Teilnehmerliste (Namen B bis H) |
| Seite | 4 | Hinweis: BERLIN-CHEMIE AG |
| Seite | 5 | Teilnehmerliste (Namen I bis N) |
| Seite | 6 | Hinweis: CompuGroup Medical Deutschland AG |
| Seite | 7 | Teilnehmerliste (Namen P bis S) |
| Seite | 8 | Hinweis: MediCura Versicherungsservice |
| Seite | 9 | Teilnehmerliste (Namen T bis Z) |
| Seite | 10 | Hinweis: EAS Consilium |
| Seite | 11 | TEXT: Aktive Gemeinde <i>Abdruck mit freundlicher Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein aus dem 'VERSORGUNGSBERICHT 2014 - Ambulante Versorgung hat viele Gesichter'</i> |
| Seite | 16 | Hinweis: Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH |
| Seite | 17 | TEXT: Rechtlicher Modernisierungsbedarf für MVZ und angestellte Ärzte |
| Seite | 20 | Hinweis: Forschungsprojekt Innovative Gesundheit |
| Seite | 21 | Hinweis: Bundesverband MVZ e.V. |
| Seite | 22 | TEXT: Gestaltung der Ambulanten Versorgung durch nicht-ärztlich geführte Versorgungsunternehmen |
| Seite | 24 | TEXT: Förderungen von Kooperationen - Theorie trifft Realität <i>Abdruck mit freundlicher Genehmigung des VLK e.V. - Herausgeber der Zeitschrift 'Arzt und Krankenhaus' aus 'Arzt und Krankenhaus' - Heft 11/2013 (84. Jahrgang)</i> |

„**Wo ist mein ambulanter Arzt, wenn ich ihn brauche?**“ Diese wichtige Frage gewinnt für die Bürger in den ländlichen Regionen und später auch in den 'Randbezirken' der Städte zunehmend an Bedeutung. Für die Einwohner dieser Regionen wird das bisherige medizinische Versorgungssystem aufgrund des sich abzeichnenden Ärztemangels, bzw. aufgrund von Verteilungsdisparitäten lückenhaft.

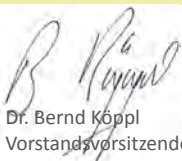
Diese singuläre Veränderung hat weitreichende Auswirkungen auf die gesamte Sozialstruktur, da neben den Bildungschancen für Kinder, dem kulturellen Angebot und der Verkehrsanbindung gerade die Sicherheit, im Krankheitsfall einen Arzt zu finden, ein wichtiger Standortfaktor ist. Daher wird mit der Frage nach der künftigen Versorgungssicherstellung, die bisher scheinbar reibungslos funktionierte und die für den Bürger ein elementaren Faktor der grundsätzlichen Absicherung vor existentiellen Risiken in allen Lebenslagen darstellt, ein zentrales Thema der sozialen Sicherheit angesprochen.

Die Frage geht deshalb an die Politik und damit weit über die bisherigen Ansprechpartner der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen - KVen, Krankenkassen und Ärzteverbände - hinaus. Wenn die Politik sich jedoch einschaltet, dann kommen völlig neue Handlungspartner und Faktoren ins Spiel, die eine eigene Kultur einbringen und Ansprüche stellen, die in der ambulanten Gesundheitsversorgung bisher eine eher geringe Rolle spielten.

Die Akteure in der ambulanten Medizin müssen sich auf diese neue Situation einstellen, die Herausforderungen annehmen, die neuen Chancen erkennen und zielstrebig Konzepte zur 'Sicherstellung der ambulanten Versorgung' in den ländlichen Regionen mit den neuen Partnern entwickeln – ein Festhalten an alten, überholten Versorgungsstrukturen ist nicht zeitgemäß.

Der BMVZ-Kongress nimmt diese Herausforderung an und versucht, erste Ansätze auch andersorts dieser neuen Gesundheits- und Versorgungspolitik zusammenzubringen, und aufzuzeigen, welche Ideen es bereits gibt und wie diese umgesetzt werden können.

Weiteres Ziel des Kongresses ist insbesondere auch Kontaktnetzwerke zu befördern, bzw. Menschen und Erfahrungen zueinander zu bringen – dies getreu der BMVZ-Maxime: 'Moderne Gesundheitsversorgung benötigt Partnerschaften'.



Dr. Bernd Köppl
Vorstandsvorsitzender BMVZ

Die Hausbank der Gesundheitswirtschaft

Die Gesundheitswirtschaft wird auch in den kommenden Jahren zu den wachstumsstärksten Branchen in Deutschland gehören. Zugleich ist sie starken Restriktionen unterworfen. Steigender Effizienzdruck, Versorgungsstabilität sowie der demografische Wandel bestimmen zunehmend die Investitionsentscheidungen.

Für die Akteure der Gesundheitswirtschaft bedeutet das, die sich zweifellos bietenden Chancen in diesem bewegten Markt zu nutzen und dabei die komplexen Herausforderungen zu meistern. Damit dies gelingt, sind Investitionen unumgänglich. Unternehmen aus der Gesundheitswirtschaft benötigen zu diesem Zweck verlässliche Finanzierungspartner, die über spezielles Branchen-Know-how verfügen und entsprechend dem jeweiligen Geschäftsmodell für das Investitionsvorhaben die optimale Finanzierungsstruktur zu attraktiven Konditionen anbieten. Ein tiefes Verständnis der Bank für die Gesundheitsbranche und ihre spezifischen Anforderungen sind dabei nicht zu unterschätzende Faktoren für den langfristigen Erfolg eines Vorhabens.

Die DKB versteht sich als Hausbank für die Gesundheitswirtschaft. Sie begleitet ihre Kunden in allen Phasen der Betriebstätigkeit. Die DKB stellt individuelle Finanzierungslösungen für Investitionsvorhaben verschiedener Größenordnung bereit, übernimmt die Organisation des Zahlungsverkehrs und unterstützt bei der Realisierung von Anlagestrategien.



Über die Deutsche Kreditbank AG

Die Deutsche Kreditbank AG (DKB) mit Sitz in Berlin wurde 1990 gegründet. Seit mehr als 15 Jahren legt sie einen Schwerpunkt auf den Bereich Gesundheit und Pflege und begleitet ambulante Anbieter (Heilberufler, Apotheker, MVZ) sowie stationäre Einrichtungen (Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser). Die Bank bietet ihren Kunden bedarfsgerechte Finanzdienstleistungen aus einer Hand. Eine Schlüsselrolle kommt bei der Betreuung den hauseigenen Branchenexperten der DKB zu. Diese Experten verfügen über Erfahrung in der Gesundheitswirtschaft und stellen sicher, dass es zwischen Kunde und Bank zu einem Dialog auf Augenhöhe kommt.

Deutsche Kreditbank AG

Fachbereich Gesundheit und Pflege

Daniel Griethe

Taubenstr. 7-9 · 10117 Berlin

Tel.: 030 12030-3534 · Fax: 030 12030-3502

Daniel.Griethe@dkb.de

Weitere Informationen unter

www.DKB.de/gesundheit

| | Teilnehmer | Ort | Einrichtung/Unternehmen |
|------------|-------------------|------------------------|---|
| | B | | |
| | Silvia | Badur | Baunatal Orthopädische Praxisklinik Baunatal MVZ |
| Dr. | Horst | Bartels | Düsseldorf Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein |
| | Bettina | Baumgardt | Potsdam MUGV des Landes Brandenburg |
| | Jürgen | Bause | Griesingen ags Medienservice |
| | Jürgen | Bausenwein | Würzburg Praxistransfair GmbH |
| | Katja | Becker | Bad Hersfeld MVZ Hersfeld-Rotenburg GmbH |
| | Ekkehard | Becker | Bad Segeberg KV Schleswig-Holstein |
| | Andreas | Bernhardt | Finsterwalde ANSB med Zentrum GmbH |
| | Jessica | Beyer | Düsseldorf Deutsche Apotheker- & Ärztebank |
| Dr. med. | Michael | Bögel | Nürnberg Praxen Dr. Bögel, Völk und Kollegen |
| | Uwe | Böttcher | Senftenberg Gesundheitszentrum Niederlausitz GmbH |
| Dr. | Stefan | Braitinger | Passau RADIO-LOG Passau |
| | Henryk | Brasch | Molfsee CompuGroup Medical Deutschland AG, GB TURBOMED |
| | Doris | Braune | Eisenhüttenstadt Gesundheitszentrum Eisenhüttenstadt GmbH |
| Ass. jur. | Ulrich | Brunke | Hannover KV Niedersachsen |
| | Rainer | Bühn | Dinkelsbühl MVZ Ansbach |
| | Benjamin | Bureau | Berlin Fraktion der SPD im Deutschen Bundestag |
| | E | | |
| Dr. | Antje | Erler | Frankfurt/Main Institut für Allgemeinmedizin / J.-W. Goethe Universität |
| | Stephan | Eßer | Köln Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte |
| | Claus | Eßmann | Kassel Medikum MVZ GmbH |
| | F | | |
| | Verena | Fitzke | Berlin Deutsche Kreditbank AG |
| | Lutz | Freiberg | Potsdam KV Brandenburg |
| | G | | |
| | Stefanie | Gehrlein | Berlin Marburger Bund Zeitung |
| | Elke | Gentschew | Berlin Deutsche Kreditbank AG |
| Dipl.-Ing. | Kordula | Gerlach | Eschwege Personalwesen Werra-Meißner-Kreis |
| | Daniel | Griethe | Berlin Deutsche Kreditbank AG |
| | H | | |
| | Ina | Hanuse | Stendal JZMV in der ALTMARK GmbH |
| | Claudia | Heger | Bad Hersfeld MVZ Hersfeld-Rotenburg GmbH |
| | Friedel | Helms-Ferlemann | Wismar MVZ Wismar |
| | Christof | Herr | Bremen Zweckverband Verkehrsverbund Bremen/Niedersachsen |
| | Antje | Hoppe | Berlin Presseagentur Gesundheit |
| | Regine | Hornig | Berlin AOK Nordost / Centrum für Gesundheit |

GESUNDHEIT MIT STRUKTUR

Das Gesundheitsmanagement der BERLIN-CHEMIE AG gestaltet regionale gesundheitliche Versorgung gemeinsam mit Ärzten und allen, die in vernetzten Strukturen Patienten leitliniengerecht mit innovativen Arzneimitteln behandeln.



UNSER WISSEN FÜR IHREN ERFOLG

Das Gesundheitswesen unterliegt einem ständigen Wandel – wir behalten für Sie den Überblick. Es geht darum, die langfristigen Tendenzen zu erkennen und aktiv auf die Veränderungen zu reagieren:

- **Neue Versorgungsformen entwickeln und gestalten**
- **Kooperationen aufbauen**
- **Neue Schlüsselqualifikationen vermitteln**

| Teilnehmer | | Ort | Einrichtung/Unternehmen |
|------------------|------------------|-------------------|--|
| I | | | |
| Solveig | Idaczek | Berlin | Deutsche Kreditbank AG |
| J | | | |
| Dr. Jan-Peter | Jansen | Berlin | Schmerzzentrum Berlin GmbH |
| Dr. Carsten | Jäger | Elsterwerda | ANSB Consult GmbH |
| Rainer | Jeniche | Michendorf | |
| K | | | |
| Dr. Harald | Katzberg | Berlin | Stiftung Pinel |
| Dr. Peter | Kentsch | Baunatal | Orthopädische Praxisklinik Baunatal MVZ |
| Mag. Franz | Kiesel | Linz | Öberösterreichische Gebietskrankenkasse |
| Markus | Knöfler | Hamburg | Conclusys Beratungsgesellschaft mbH |
| Karsten | Köhler | Luckau | AG Gesundheit 65plus |
| Dr. Bernd | Köppl | Berlin | Bundesverband MVZ |
| Kerstin | Kosok | Nürnberg | Praxen Dr. Bögel, Völk und Kollegen |
| Simone | Kowalke | Oranienburg | Oberhavel Kliniken GmbH |
| Britta-Alexandra | Kuebart | Geesthacht | MVZ Buntenskamp GmbH |
| Ulrich | Kuhn | Lenningen | Pädnetz S eG |
| L | | | |
| Moritz | Lampert | Berlin | Berlin Chemie AG |
| Carsten | Lange | Hamburg | BSN medical GmbH |
| Angelika | Latt | Potsdam | Poliklinik Ernst von Bergmann gGmbH |
| Bettina | Lehmann | Berlin | Berlin Chemie AG |
| Karin | Linke | Lübbenau | Medizinisches Zentrum Lübbenau GmbH |
| Dr. Michael | Lohner | Munderkingen | Stadt Munderkingen |
| Wolfram | Losgar | Bamberg | MVZ am Bruderberg |
| M | | | |
| Philipp | Meßner | Bad Homburg | Nephrocare Deutschland GmbH |
| Angelika | Mißbeck | Berlin | Ärztezeitung |
| Katharina | Möhr | Potsdam | KV Brandenburg |
| Claudia | Mühlbauer | Bitterfeld-Wolfen | MVZ Bitterfeld/Wolfen gGmbH |
| Michael | Müller | Rostock | MVZ für Humangenetik und Molekularpathologie GmbH |
| Susanne | Müller | Berlin | Bundesverband MVZ |
| N | | | |
| Robert | Niemier | Potsdam | Anthromed Berlin-Brandenburg GmbH |
| Angelika | Niemier | Berlin | Bundesverband MVZ |
| Birgit | Norden | Wildau | MEG Wildau |
| Marcel | Nunne | Detmold | MediCura Versicherungsservice - Ecclesia Versicherungsdienst GmbH |

Die Software für Ihr MVZ

Der Markt für Arztinformationssysteme (AIS) hat sich in den letzten 10 Jahren gravierend verändert. Es arbeiten immer mehr Ärzte unterschiedlicher Fachgruppen in MVZ gemeinschaftlich mit den gleichen Patienten in einer Einrichtung. Durch die Gründung von Klinik-MVZ entsteht dabei oftmals auch eine sektorenübergreifende Betreuung durch den gleichen Arzt in der ambulanten und stationären Versorgung.

CGM M1 PRO wurde konsequent für die optimale Umsetzung dieser Anforderungen entwickelt und wird in immer mehr großen ambulanten Einrichtungen und in Klinik-Ambulanzen eingesetzt. Durch die wichtigen Hinweise unserer Anwender können wir das Produkt ständig verbessern und weiter entwickeln.

Dabei sind folgende Produkteigenschaften maßgeblich:

- Technische Infrastruktur
 - Windows kompatibel bei Zubehör, z.B. Drucker und Kartenleser
 - 64-bit Serverstruktur wird voll unterstützt
 - Stabile Oracle 11g-Datenbank
 - Client-Server und Terminal-Server fähig (Citrix)
 - Schnittstellen zu
 - Medizintechnik
 - Krankenhaus-Informationssystemen (KIS) und SAP-ISH (BAPI)
 - Anderen Subsystemen in Kliniken und Großpraxen
 - Finanzbuchhaltungs-Software
- Hohe Funktionalität
 - Rechte- und Rollenkonzept für User
 - Arbeitsplatz-Konfigurationen je Arbeitsbereich oder Fachgruppe
 - Facharztmodule für alle Fachgruppen
 - Statistiken und Controlling-Tool für wirtschaftliche und medizinische Auswertungen
- Leichte und schnelle Bedienbarkeit
 - Per Maus oder Tastatur-Befehle
 - Quick-Finder mit programmierbaren Abläufen für komplexe Vorgänge
 - Standard-Vorlagen und -Texte

Selbstverständlich ist CGM M1 PRO kompatibel zu allen Plattformprodukten der CGM, z.B. rechtssichere Archivierung, eSERVICES (online Terminplanung, Wiederholungs-Rezept, Befunde, etc.), Datenaustausch mit jesajonet-Protal und die Übermittlung der Privatrechnungen an privades.

Überzeugen Sie sich selbst von der Leistungsfähigkeit von CGM M1 PRO auf der Frühjahrstagung des BMVZ oder bei einer persönlichen Präsentation in Ihrem Haus.

| Teilnehmer | | Ort | Einrichtung/Unternehmen |
|------------|----------------------------------|--------------|--|
| P | | | |
| | Silvia Pfotenhauer | Magdeburg | MZV UKMD gGmbH |
| Dr. | Hagen Pommerenke | Rostock | MVZ für Humangenetik und Molekularpathologie GmbH |
| R | | | |
| Dr. | Mark Richter | Schwerin | Berlin Chemie AG |
| | Frieder Rock | Berlin | EAS Consilium / BV-H e.V. |
| | Andrea Röhr | Berlin | Bundesverband MVZ |
| Prof. | Wolf Rommel | Rheine | Mathias-Hochschule Rheine |
| | Johanna Rosenkranz | Berlin | Women's Networking Lounge e.V. |
| | Markus Rudolphi | Berlin | Bundesärztekammer |
| S | | | |
| | Holger Schaar | Koblenz | CompuGroup Medical Deutschland AG |
| | Silke Schaumann | Berlin | Sana Gesundheitszentren Berlin-Brandenburg GmbH |
| | Karola Scheibe | Senftenberg | Gesundheitszentrum Niederlausitz GmbH |
| | Sarah Schellhorn | Dortmund | KV Westfalen-Lippe |
| | Ralph Schibbe | Riesa | Elbland Polikliniken GmbH |
| | Inga Schliecker | Itzehoe | Klinikum Itzehoe |
| | Doreen Schmidt | Rostock | MVZ für Humangenetik und Molekularpathologie GmbH |
| | Ulrike Schmidt | Berlin | Kassenärztliche Bundesvereinigung |
| | Markus Schmöger | Bad Neustadt | MVZ Kreisklinik gBetriebs GmbH |
| | Carsten Schneider | Neuruppin | OGD GmbH |
| | Uwe Schrader | Finsterwalde | Elbe-Elster MVZ GmbH |
| | Claudia Schrewe | Hamburg | Conclusys Beratungsgesellschaft mbH |
| | Simone Schubert | Potsdam | Poliklinik Ernst von Bergmann gGmbH |
| | Bernd Schulte | Madfeld | network & communication |
| | Holger Schulz | Berlin | Klinik Helle Mitte GmbH |
| Dr. | Claudia Schwenzer | Arnsberg | MVZ Bad Fredeburg |
| | Tobias Seiffert | Stuttgart | Klinikum Stuttgart |
| | Natalja Sentschuk-Schmidt | Strausberg | MVZ Märkisch-Oderland |
| | Ralf Siewert | Koblenz | CompuGroup Medical Deutschland AG |
| Dr. | Tom Soukup | Lenningen | Pädnetz S eG |
| | Anne-Lore Staerk | Nürnberg | CompuGroup Medical Deutschland AG |
| | Lutz Steigleder | Zwiesel | Gemeinschaftspraxis am Angerbrunnen |
| | Harald Stender | Heide | Gemeinde Dithmarschen |
| | Claudia Stoll-Hagen | Blankenfelde | MEG Medizinische Einrichtung GmbH |
| Dr. | Sören Stolper | Nauen | Medizinisches Dienstleistungszentrum Havelland GmbH |



Wir halten Ihnen
den Rücken frei.

Dienstleistungen für das ambulante Gesundheitswesen

Für Medizinische Versorgungszentren,
OP-Zentren, Tageskliniken, Praxiskliniken,
Arztpraxen, Apotheken, Verbände

- Full Service ohne bürokratische Hürden
- Individuell gestaltete Versicherungslösungen
- Reduzierung Ihrer Versicherungsprämien durch exklusive Sonderkonditionen
- Professionelle Begleitung im Schadenfall durch speziell ausgebildete Mitarbeitende unserer Schadenabteilung
- Auf Wunsch Schulung und Fortbildung Ihrer Mitarbeitenden zu haftungsrechtlichen Themen
- Unterstützung bei der Umsetzung der gesetzlich geforderten Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme (Patientenrechtegesetz)

MediCura Versicherungsservice
Klingenbergstraße 4, 32758 Detmold
Telefon: +49 (0) 5231 603-0
medicura@ecclesia.de
www.medicura-online.de



Eine Marke der



BMVZ

| Teilnehmer | | Ort | Einrichtung/Unternehmen |
|------------|----------------------|-----------------------|---|
| T | | | |
| Wolfgang | Taciak | Teltow | Medizinische Einrichtungs gGmbH Teltow |
| Andreas | Tzscheuschler | Dresden | KZV Sachsen |
| V | | | |
| Stefan | Voigt | Hannover | Ambulanzzentrum der MHH GmbH |
| W | | | |
| Dr. | Kati | Wegner | Berlin Pfizer Pharma GmbH |
| Dr. | Thomas | Willaschek | Berlin Dierks+Bohle Rechtsanwälte |
| Z | | | |
| | Melanie | Zeitler-Dauner | Sindelfingen Klinikverbund Südwest GmbH |
| Dr. med. | Stefan | Zeller | Kempton Praxis Dr. Stefan Zeller, MBA |
| | Gesa | Zickermann | Marburg Landkreis Marburg-Biedenkopf |
| | Dirk | Zimmermann | Leipzig MediClin MVZ Leipzig |
| | Andrea | Zimmermann | Wurzen MVZ derAltenheimgesellschaft Muldentäl gGmbH |
| | Sabine | Zörner | Schöneiche Chirurgie am Ostkreuz |



...wir schaffen Netzwerke

Der think tank kreativer Köpfe und Querdenker im Gesundheitsmarkt.
Das innovative Kompetenznetzwerk für tägliche Herausforderungen.
Von fundierter Analyse, durch systemisch orientierte Entwicklungsprozesse zum Machbaren.
Außergewöhnliche Wege suchen und beschreiten: Management auf Zeit, Neuausrichtung, Teamentwicklung.
EAS Consilium – the facilitator in health business.

**Die Praktiker
für Ihren
Alltag.**



www.eas-consilium.de

Aktive Gemeinde

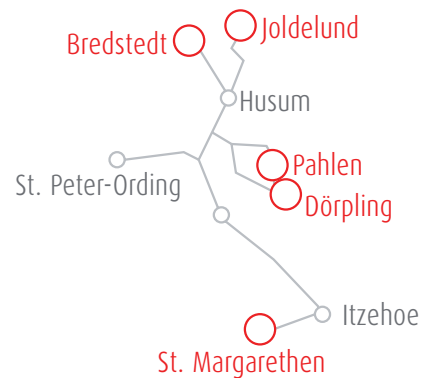
Der drohende Ärztemangel im ländlichen Raum stellt insbesondere die Kommunen vor große Herausforderungen. Ohne eine ärztliche Versorgung in erreichbarer Nähe verlieren die Gemeinden und die kleinen Städte an Attraktivität. Viele Kommunen haben deshalb die Initiative ergriffen. Überall im Land gibt es gute Beispiele, wie dank des Engagements der Verantwortlichen vor Ort die Versorgung gesichert werden konnte. Denn viele Standortfaktoren für eine Niederlassung kann die KVSH nicht beeinflussen. Es braucht vielfach das ergänzende Engagement der Gemeinden. Deshalb hat die KVSH ein hohes Interesse an einer engen Zusammenarbeit mit den Kommunen, wenn es um die Sicherstellung der Versorgung geht.

Gemeinde sucht Arzt

Warten, bis der Arzt kommt? Vor allem für ländliche Gemeinden in Schleswig-Holstein ist das bei der Bekämpfung des Ärztemangels längst keine Option mehr. Sie ergreifen selbst die Initiative, um frei werdende Praxissitze nachzubesetzen und die ärztliche Versorgung vor Ort sichern zu können. Die Wege dorthin erfordern hohes Engagement und viel Kreativität.

Der Ärztemangel in Schleswig-Holstein wird sich in den kommenden Jahren zuspitzen. Von den rund 1.900 Hausärzten ist jeder Dritte schon 60 Jahre alt oder älter, mehrere Hundert werden in ein paar Jahren in den Ruhestand gehen. Ähnlich sieht es bei den Fachärzten aus. Besonders für kleinere Gemeinden wird es zunehmend schwieriger, Nachfolger für ihre alteingesessenen Ärzte zu finden. Zu unattraktiv scheinen die ländlichen Regionen für den ärztlichen Nachwuchs zu sein, den es eher in die Stadt zieht. Immer mehr Gemeinden werden daher aktiv und versuchen Ärzte von einer Niederlassung zu überzeugen.

Eine Gemeinde, die es geschafft hat, ist Pahlen in Dithmarschen mit rund 1.200 Einwohnern. Seit dem Jahr 2010 praktiziert dort Hausarzt Dr. Reimar Vogt. Am Eingang seiner Praxis steht „Arztzentrum Pahlen-Dörpling“, denn der Nachbarort Dörpling mit seinen 700 Einwohnern wird ärztlich mitversorgt. Vogt betreibt die Praxis gemeinsam mit dem alteingesessenen Landarzt Dr. Gert Schanen. Dieser dachte nach 35 Jahren ärztlicher Tätigkeit über eine Aufgabe seiner Praxis nach, was wiederum Pahlens Bürgermeister Jörg Patt und die Gemeindevertretung auf den Plan rief, die um die schwierige Situation bei der Nachbesetzung von Praxissitzen auf dem Land wussten. Nachdem Schanens eigene Bemühungen um einen Nachfolger keinen Erfolg hatten, schaltete die Gemeinden selbst Anzeigen und stellte eine Immobilie in Aussicht. Bei dem Gebäude handelte es sich um den Firmensitz einer ehemaligen Fensterbaufirma, den die Gemeinde gekauft hatte. Vogt, der zu der Zeit in einer Gemeinschaftspraxis in Wesselburen tätig war, hörte von dem Angebot und nahm Kontakt zum Bürgermeister auf. Der Allgemeinmediziner bekam einen Grundriss des Gebäudes und wurde aufgefordert, seine eigenen Vorstellungen von Praxiszuschnitt und -einrichtung einzuzeichnen. Die Gemeinde baute daraufhin das Gebäude nach den Wunschvorstellungen des Arztes um und stattete die 350 Quadratmeter große, behindertengerechte Praxis komplett aus. Für beide Seiten ist es die klassische Win-win-Situation. Vogt praktiziert in einer top ausgestatteten, modernen Praxis, für die er Miete zahlt. Die Gemeinde Pahlen hat durch Eigeninitiative die ärztliche Versorgung im Ort und im Nachbardorf gesichert. Das Geld, das dafür investiert wurde, sei gut angelegt, so Bürgermeister Patt. „Für unsere Gemeinde sind Schule, Kindergarten und eben eine Arztpraxis wichtige Standortfaktoren. Bricht eine dieser Säulen weg, müssen wir Nachteile für die Ansiedlung von Gewerbe und Familien befürchten“, begründet Patt die Investition. Aber auch für Dr. Gert Schanen ist die Situation von Vorteil: Er hat mit Dr. Reimar Vogt nicht nur einen Praxispartner, sondern auch einen Nachfolger gefunden und kann irgendwann beruhigt in den wohlverdienten Ruhestand gehen.



Neubau eines Ärztehauses sichert den Landarzt

Kein Umbau eines bestehenden Gebäudes, sondern ein kompletter Neubau eines Ärztehauses. Dies war für die Gemeinde Joldelund in Nordfriesland die Lösung bei der Suche nach einem neuen Arzt. Ähnlich wie Pahlen hat auch Joldelund eine gute Infrastruktur und kann – trotz der relativ kleinen Zahl von 750 Einwohnern – unter anderem eine Schule, einen Kindergarten, eine Bankfiliale und eine Arztpraxis anbieten. Doch gerade dieser Teil der Infrastruktur drohte wegzubrechen, als der alteingesessene Landarzt Dr. Harald Paulsen ankündigte, in den Ruhestand gehen zu wollen. Joldelund und die umliegenden Gemeinden wurden daraufhin aktiv und gründeten die „Arbeitsgemeinschaft Arztnachfolge Dr. Paulsen“. Um einen Arzt zu finden, wurden zunächst bundesweit Plakate verteilt, Anzeigen geschaltet und das Kieler Gesundheitsministerium, der Kreis Nordfriesland und die KVSH angeschrieben. Nach Auskunft von Bürgermeister Reiner Hansen gab es zwar einige Interessenten, zu einer Niederlassung kam es allerdings nicht. „Uns war das Risiko bewusst, dass vielleicht kein Arzt mehr in Joldelund praktizieren würde. Wir müssen unser Dorf nicht schönreden – nicht jeder will hierher“, gibt Hansen offen zu. Einige Interessenten mögen auch andere Umstände von einer Niederlassung in Joldelund abgehalten haben.

Dr. Paulsen galt im positiven Sinne als Landarzt alter Schule. Er praktizierte in seinem Wohnhaus, war rund um die Uhr für seine Patienten da – wenn es sein musste, auch am Wochenende. Gerade Vertreter der jungen Ärztegeneration haben aber andere Vorstellungen, wie und unter welchen Bedingungen sie ihren Beruf ausüben wollen. Sie halten Praxis und Wohnraum in der Regel getrennt, sind selbstverständlich mit viel Engagement für ihre Patienten da, allerdings zeitlich begrenzt – denn außerhalb der Sprechstunde wollen sie sich unter anderem auch ihren Familien widmen können.

Neue Bewegung in die Arztsuche kam schließlich durch das Zweigpraxismodell der KVSH. Es sichert ärztliche Versorgung auch in ländlichen Regionen, indem es Ärzten erlaubt, neben ihrer Hauptpraxis eine sogenannte Filialpraxis zu führen. Durch das Zweigpraxismodell wurde der Arzt Matthias Ernst, der mit seinem Kollegen Urs Philipzig im nahegelegenen Bredstedt eine Gemeinschaftspraxis betreibt, auf Joldelund aufmerksam. Ernst einigte sich mit Landarzt Paulsen zunächst darauf, am alten Praxisstandort ein halbes Jahr auf Probe eine Zweigpraxis zu betreiben. Für beide war dies aber keine Dauerlösung: Für Dr. Paulsen nicht, der auch weiterhin hautnah das Praxisgeschehen in seinem Wohnhaus miterlebte und auch für Matthias Ernst nicht, der zwar eine Zweigpraxis führen wollte, allerdings auf längere Zeit gesehen nicht in den Räumen von Paulsen. In dieser Übergangsphase passierte etwas, worauf die Joldelunder heimlich gehofft hatten. Die Patienten wuchsen Matthias Ernst – so heißt es – immer mehr ans Herz und die Tätigkeit in dem kleinen Dorf machte ihm zunehmend Spaß. Weniger erfreulich waren hingegen die finanziellen Erträge der Zweigpraxis, die einen wirtschaftlichen Betrieb nahezu unmöglich machten. Denn die Gemeinschaftspraxis in Bredstedt schöpfte schon ohne die Zweigpraxis ihr Budget aus, das sie insgesamt für die Behandlung der Patienten zur Verfügung hatte. Dies führte dazu, dass das Honorar für Joldelund abgestaffelt wurde, am Ende blieben nur wenige Euro pro Patient.

An dieser Stelle schaltete sich wieder die KVSH ein. Sie signalisierte Matthias Ernst, die Abstaffelung des Honorars in Joldelund aufzuheben, sollte es zu einer langfristigen Lösung kommen. Was jetzt noch fehlte, war ein neuer Standort für die Zweigpraxis. Jetzt wurden wiederum die Lokalpolitiker aktiv, die ihre Chance auf einen langfristigen Verbleib des neuen Arztes sofort erkannten. Nach kurzer, erfolgloser Raumsuche entschloss sich die Gemeinde, ein neues, eigenes Ärztehaus zu bauen. Ein günstig erworbenes Grundstück war schnell gefunden und auch hier wurde der Arzt nach seinen Wünschen und Bedingungen gefragt. Heraus kam eine voll ausgestattete Landarztpraxis mit 100 Quadratmetern Grundfläche, in der Matthias

Ernst zwei Vormittage in der Woche praktiziert und bei Bedarf auch zwischendurch aus Bredstedt angefahren kommt. An zwei weiteren Vormittagen ist die Zweigpraxis mit Helferinnen besetzt, die Verbände wechseln, Rezeptbestellungen entgegennehmen, Blutdruck messen und Termine vergeben. Die Investitionssumme in Höhe von etwa 153.000 Euro soll über die Miete, die Ernst an die Gemeinde zahlt, abgetragen werden. Aber auch von anderer Seite gibt es Unterstützung. Joldelund wurde für seinen Einsatz bei der Suche nach einem Arzt von der Initiative AktivRegion Nordfriesland belohnt. Diese bezuschusst die Investition in das Ärztehaus mit bis zu 66.000 Euro.

Neuanfang auf dem Land

Ein gutes Beispiel, dass eine erfolgreiche Nachbesetzung frei werdender Landarztpraxen viel mit dem Engagement der Gemeinde zu tun hat, ist auch St. Margarethen im Kreis Steinburg. Das Dorf, das rund 900 Einwohner zählt, suchte lange nach einem Nachfolger für Dr. Günter Vogt. Doch keiner wollte in dem kleinen Ort in der Wilstermarsch praktizieren. Bis Dr. Mireille Untiedt kam. Die Allgemeinmedizinerin suchte nach verschiedenen Stationen in Krankenhäusern und Gemeinschaftspraxen eine neue Herausforderung. Über eine Anzeige, die die Gemeinde in der Praxisbörse der KVSH geschaltet hatte, wurde Untiedt auf die Landarztpraxis in St. Margarethen aufmerksam. St. Margarethen war begeistert von der neuen Ärztin, und diese freute sich über die Unterstützung, die sie von der Gemeinde bekam. Das ganze Dorf habe mit angepackt, als es an die Renovierung der Praxis ging, erzählt Untiedt. Die Freiwillige Feuerwehr habe das alte Mobiliar entsorgt, der Bürgermeister hatte die Container für die Altlasten organisiert und Maler durch die alte Praxis geschickt. Am Eröffnungstag im Sommer 2012 zeigte sich, dass auch die Bevölkerung froh über die neue Ärztin war. Knapp 90 Patienten standen vor der Praxistür und viele hatten Präsentkörbe dabei.

Mit freundlicher Genehmigung und in Auszügen aus dem Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt



Reiner Hansen
Bürgermeister der Gemeinde
Joldelund seit 2008



Dr. Mireille Untiedt
Jahrgang 1972
Fachärztin für Allgemeinmedizin
in St. Margarethen
niedergelassen seit 2009

Standortfaktor Arzt

Interview mit Reinhard Müller, Bürgermeister der Gemeinde Kropp

Die Gemeinde Kropp hat schon vor rund 20 Jahren die Initiative ergriffen, sich aktiv der Sicherung der ärztlichen Versorgung anzunehmen. Weshalb hat das Thema für Sie als Bürgermeister einen so hohen Stellenwert?

Reinhard Müller: Bereits Ende der 80er Jahre mussten wir feststellen, dass die Bereitschaft von praktischen bzw. Allgemeinärzten, sich im ländlichen Bereich niederzulassen, nur noch eingeschränkt gegeben war. Für unsere Gemeinde, die 1986 Unterzentrum wurde, musste eine gut ausgestattete Infrastruktur vorgehalten bzw. geschaffen werden – und zweifelsfrei gehört auch eine ärztliche und fachärztliche Versorgung dazu. Bei Einwohnerbefragungen zur Entwicklung unseres Ortes wurde der ärztlichen Versorgung große Bedeutung zuerkannt. In unsere Gemeinde zogen und ziehen gerade wegen der guten ärztlichen Versorgung gezielt Menschen aus den kleineren Orten der Region. Ohne die immer weiter ausgebauten ärztliche Versorgung wäre der Einwohnerzuwachs von 5.800 auf 6.400 Einwohner in den letzten 20 Jahren nicht erfolgt.

Kropp ist ein Unterzentrum mit mehr als 6.000 Einwohnern, im Bereich des Amtes Kropp-Stapelholm wohnen 16.000 Menschen. Die nächsten großen Städte, wie Flensburg und Kiel, sind jedoch weit weg. Wie schwierig ist es, junge Ärztinnen und Ärzte für Kropp zu gewinnen?

Müller: Das größte Problem in der fachärztlichen Versorgung war das Vorhandensein von Facharztstellen in anderen Orten des Planungsraumes. Dadurch wurde der Versorgungsgrad erreicht oder überschritten. Viele Jahre haben wir uns vergeblich um einen Augenarzt bemüht, es scheiterte immer an der fehlenden Zulassung.

Die Neuordnung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes, der konsequente Ausbau von Krippen- und Kindergartenplätzen, eine betreute Grundschule und die Möglichkeit, das Abitur in unserem Ort zu erwerben, haben zu einer Verbesserung geführt. Entscheidend zur Stärkung der fachärztlichen Versorgung hat die Möglichkeit der Ansiedlung von Zweigpraxen beigetragen.

Wie hat die Gemeinde in der Vergangenheit die Ansiedlung von Arztpraxen in Kropp unterstützt?

Müller: Für niederlassungsinteressierte Ärzte waren in unserer Verwaltung unter anderem vorhandenen Informationen verfügbar wie:

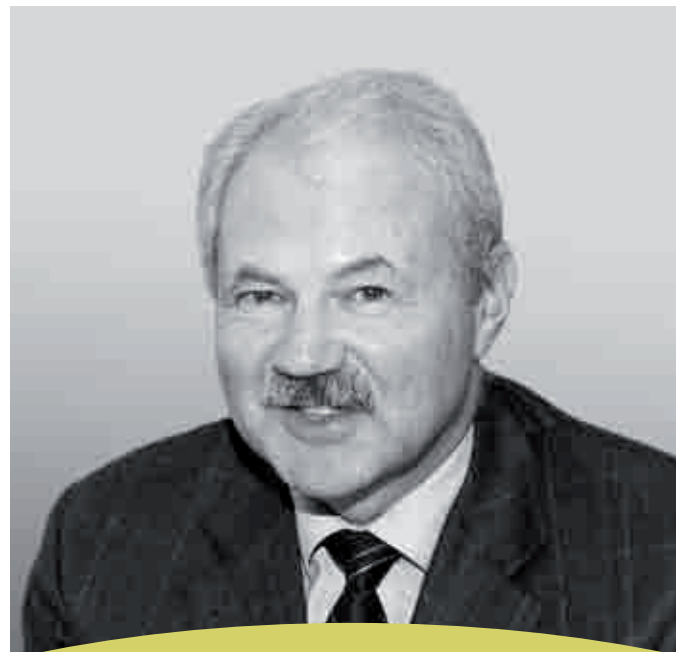
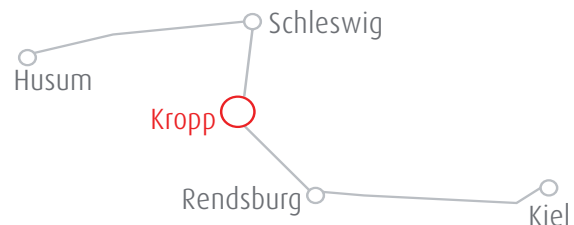
- Altersstruktur im Ort und in den umliegenden Gemeinden,
- Anzahl der sozialversicherungspflichtigen Arbeitsplätze,
- Anteil PKV/GKV (Soldaten/Beamte),
- Infrastruktur des Ortes (Bildungseinrichtungen, Freizeitangebote, Anrufsammeltaxi etc.).

Die Gemeinde unterstützt jede niederlassungsbereite Ärztin und jeden niederlassungsbereiten Arzt bei allen ordnungs- und bau-

rechtlichen Fragen und regelt mit den zuständigen Behörden auftauchende Probleme. Eventuell notwendige Anpassungen des Bebauungsplanes oder fehlende Parkplätze werden im Sinne der Antragsteller gelöst. Eine Hilfestellung bei der Suche von Immobilien bzw. Bauland ist selbstverständlich.

Welchen Rat geben Sie andere Gemeinden?

Müller: Rechtzeitig mit den am Ort praktizierenden Ärzten reden (ist leider nicht immer Ziel führend, da auch Ängste bestehen), die altersmäßig in den nächsten Jahren die Zulassung zurückgeben. Bei erfolgreichen Gesprächen jegliche Unterstützung der Gemeinde anbieten und Vertraulichkeit der Behandlung von Informationen ist selbstverständlich.



Reinhard Müller
Bürgermeister der Gemeinde
Kropp seit 1994

„Es ist nicht einfach, aber auch nicht unmöglich“

Marion Grosse ist betriebswirtschaftliche Beraterin bei der KVSH. Sie hat in ihrer täglichen Arbeit sowohl mit abgebenden Praxisinhabern als auch mit Ärzten zu tun, die eine Praxis übernehmen möchten.

Frau Grosse, wie schwer ist es heute für Praxisinhaber in Schleswig-Holstein, ihre Praxis an einen Nachfolger zu übergeben?

Marion Grosse: Das ist sicherlich nicht einfach, aber auch nicht unmöglich. In den Medien werden ja in aller Regel nur die Fälle geschildert, in denen dies nicht gelingt. Tatsächlich wurden aber im vergangenen Jahr in Schleswig-Holstein 130 Praxen übergeben.

Viele davon befinden sich in den Städten. Auf dem Land sieht die Situation anders aus.

Grosse: Das trifft auch nicht auf alle Regionen zu. Richtig ist, dass sich die Situation für Praxisinhaber an der Westküste und nördlich des Nord-Ostsee-Kanals in den vergangenen Jahren nicht gerade gebessert hat. Aber von den 130 Übergaben haben 63 in eher ländlichen Gebieten stattgefunden.

Wo liegen die Probleme in manchen Regionen? Ist die wirtschaftliche Situation dieser Praxen so schlecht, dass sich eine Niederlassung nicht mehr rechnet?

Grosse: Nein, diese pauschale Aussage ist falsch. Der ärztliche Beruf ist nach wie vor nicht nur schön, sondern auch lukrativ. Das gilt natürlich auch für die Praxistätigkeit in den genannten Regionen. Ich halte es für einen Fehler, immer wieder die vermeintlich schwierigen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen in den Vordergrund zu stellen. Das hat sicherlich dazu beigetragen, dass es heute etwas schwieriger ist, einen Praxisnachfolger zu finden.

Was sind dann die Gründe für die Zurückhaltung des Nachwuchses?

Grosse: Wir erleben nicht nur bei Ärzten, sondern auch bei anderen Berufsgruppen, dass sie sich nur dort niederlassen, wo die Infrastruktur stimmt. Für einen Arzt, dessen Partner in der Nähe des Wohnortes keine Beschäftigung findet, dessen Kinder weite Wege in die Schule und zum Sportverein zurücklegen müssen und der für einen Theaterbesuch eine Stunde Autofahrt in Kauf nehmen muss, verliert eine Niederlassung in diesem Ort entscheidend an Attraktivität. Dies ist kein speziell ärztliches Problem.

Also sind die Kommunen gefordert?

Grosse: Ja, und viele Kommunen in Schleswig-Holstein haben das verstanden und unterstützen interessierte Ärzte in vielen

Punkten, wie Jobsuche für den Partner oder arbeiten an ihrer eigenen Infrastruktur. Die Modelle, wie Ärzten etwa bei der Praxisimmobilie geholfen werden kann, sind ja bekannt.

Was können Sie Ärzten raten, damit sie ihre Praxis an einen Nachfolger übergeben können?

Grosse: Sie sollten vor allem rechtzeitig mit der Planung beginnen, gern schon zwei bis drei Jahre im Voraus – wobei sie auch beim Übergabetermin flexibel sein müssen. Optimal ist es, wenn ein Praxisinhaber kurzfristig auf den Wunsch eines potenziellen Nachfolgers eingehen kann und eventuell ein halbes Jahr vorher abgibt. Das setzt aber voraus, dass er seine finanziellen Verhältnisse geordnet hat.



Welche weiteren Schritte sind nach Ihren Erfahrungen wichtig?

Grosse: Hilfreich ist auf jeden Fall ein Praxisexposé, in dem die Praxis möglichen Interessenten vorgestellt wird. Darin sollte auch die Infrastruktur des Praxisortes geschildert werden. Wichtig ist ein Eintrag der Praxis in unserer KV-Praxisbörse. Ich empfehle auch Kommunikation mit Kollegen, den Besuch von Informationstagen und Kongressen, damit sich die Verkaufsabsicht herumspricht. Ein weiteres Instrument sind Anzeigen in den einschlägigen Medien.

Können Sie eine Tendenz nennen bei der Preisentwicklung für Arztpraxen?

Grosse: Nein, dazu sind verlässliche Aussagen nicht möglich. Meine Erfahrung ist aber, dass in vielen ländlichen Regionen die Verkehrswerte bei einer Praxisübergabe nicht mehr erreicht werden. Wir haben in der KV aber keinen repräsentativen Überblick, weil uns die Verkaufserlöse nicht gemeldet werden müssen. Der Preis ist und bleibt Verhandlungssache zwischen Käufer und Verkäufer, wir mischen uns da nicht ein. Fest steht, dass es große Schwankungen gibt. Ich habe erlebt, dass der Verkaufspreis einer Praxis das Doppelte des Schätzwertes betrug, aber auch, dass der Verkaufspreis unter die Hälfte gesunken ist. Bei vielen Beratern wird noch mit der Faustregel gearbeitet, dass der Verkaufspreis einer Praxis etwa einen Jahresgewinn betragen sollte. Nach meinen Erfahrungen einigen sich viele ungefähr in dieser Höhe.



1. Aufl., 2013,
246 Seiten, kart.

ISBN:
978-3-942734-70-7

Preis: 44,80 €
(inkl. 7 % MwSt. zzgl. Versandkosten)

Medizinische Versorgungszentren – Entwicklungschancen und Perspektiven

Martina W. Schmidt (Hrsg.)

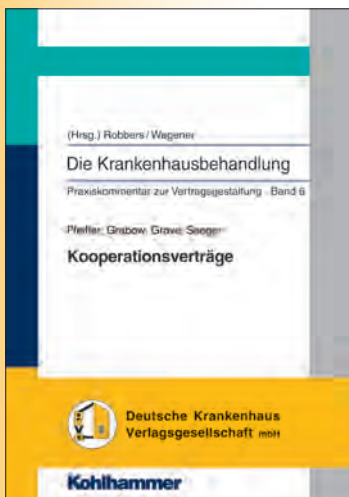
Autoren: Hilbig, Jansen, Król, Kollwitz, Mattschull, Kasten, Reich, Schmidt, Schmidt, Schwabe, Slot

Seit 2004 können neben niedergelassenen Vertragsärzten oder Gemeinschaftspraxen auch Medizinische Versorgungszentren (MVZ) vertragsärztliche Tätigkeiten ausüben. Viele Krankenhäuser gründen seitdem MVZ als Tochterunternehmen, um auf diesem Wege ebenfalls an der ambulanten Versorgung teilzunehmen.

Innerhalb weniger Jahre sind so Unternehmen entstanden, die in ihren regionalen Strukturen sowohl Arbeitsplätze zu Verfügung stellen und sichern, als auch eine hochqualifizierte Patientenversorgung gewährleisten. Nach 10 Jahren MVZ soll nun der Blick nach vorn gerichtet und aufgezeigt werden, wo mögliche Entwicklungschancen, aber auch Risiken und Möglichkeiten für Kostenoptimierungen zu finden sind.

Aus dem Inhalt:

- Rechtliche und steuerliche Aspekte
- Planung, Organisation und Controlling
- Marketing und Benchmarking
- Datenschutz und Compliance
- EU- und internationale Aspekte



2. Aufl., 2013,
397 Seiten, kart.

ISBN:
978-3-942734-57-8

Preis: 69,90 €
(inkl. 7 % MwSt. zzgl. Versandkosten)

Die Krankenhausbehandlung Band 6: Kooperationsverträge

(Hrsg.) Robbers/Wagner

Autoren: Pfeiffer, Grabow, Grave, Seeger

Maßnahmen wie die Bildung strategischer Allianzen, die Zusammenfassung des Managements oder auch der Zusammenschluss von Krankenhäusern zu größeren Verbänden sind für Krankenhausträger häufig die einzige Möglichkeit, um sich in dem fortschreitenden Verdrängungsprozess am Markt behaupten zu können. Daher sind die Überlegungen zur Kooperation zwischen Krankenhäusern untereinander und zwischen Krankenhäusern und Dritten auch weiterhin eines der beherrschenden Themen im Krankenhausbereich.

Die **2. Auflage** berücksichtigt Neuerungen

- der Gesetze (u.a. AÜG, Gesetz zur Stärkung des Ehrenamtes)
- der Gerichte (u.a. Arbeitsgerichte)
- des Kartellamtes
- sowie der Finanzverwaltung (u.a. umsatzsteuerliche Organschaft).

Darüber hinaus beinhaltet sie

- neue Vertragsmuster zu Serviceleistungen (u.a. Teilbetriebsübertragungsvertrag, Rahmenvereinbarung)
- und aktualisierte Musterverträge.

Neu aufgenommen wurden Themenbereiche wie

- Vorbereitung und Umsetzung einer Kooperation (Due Diligence, Unternehmensbewertung, Projektmanagement)
- und Compliance.

Forderungskatalog des BMVZ

Rechtlicher Modernisierungsbedarf für MVZ und angestellte Ärzte

- Kurzfassung -

Kontakt unter:

**Bundesverband Medizinische Versorgungszentren -
Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung e.V.**

BMVZ e.V.
Schumannstr. 18
10117 Berlin

Tel.: **030 – 270 159 50**
Mail: **buero@bmvz.de**

In der letzten Legislaturperiode ist es unter dem von der FDP geführten Gesundheitsministerium für MVZ und ärztliche Kooperationen schleichend zu Verschlechterungen der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen und zu rechtlichen Diskriminierungen gekommen.

Gleichzeitig wurde und wird die Etablierung moderner Versorgungsstrukturen nach wie vor durch die historisch bedingte Orientierung der meisten Rahmennormen auf die klassische Niederlassungspraxis behindert. So kann der Arbeitsalltag zwischen dem Träger des MVZ als Arbeitgeber und den angestellten Ärzten als Arbeitnehmer zu schwerwiegenden und bisher ungelösten zulassungsrechtlichen Problemen des MVZ führen. Eine rechtliche Abstimmung zwischen der Welt des Zulassungsrechts und der des Arbeitsrechts ist daher überfällig.

Insgesamt wird bis heute das enorme Potential der neuen Versorgungsformen, insbesondere für die ländlichen Regionen mit ärztlicher Unterversorgung nicht gestützt, sondern es bestehen kleinliche bürokratische Hürden, teils wurden die, z.B. über Benachteiligungen bei der Zulassung von MVZ, neu eingeführt.

Aus diesen Gründen gibt es erheblichen Modernisierungsbedarf beim rechtlichen Rahmen. Der BMVZ hat dazu einen detaillierten Katalog über den gesehenen Novellierungsbedarf für das neue Gesundheitsministerium zusammengestellt. Die einzelnen Themen und Problemstellungen lassen sich dabei zu drei Themengruppen zusammenfassen:

- 1) Rechtliche Benachteiligung und bürokratische Hürden bei der Zulassung von MVZ
- 2) Unvereinbarkeit des Zulassungsrecht mit wesentlichen Vorschriften des Arbeits- und Sozialrechts
- 3) Diskriminierung ärztlicher Kooperationen im EBM und bei der Honorarverteilung

1) Forderung nach Rücknahme aller rechtlichen Benachteiligungen und neuen bürokratischen Hürden bei der Zulassung von MVZ

Dies betrifft insbesondere:

- die Aufhebung der willkürliche Trägereinschränkung bei der Neugründung von MVZ, (§ 95 Abs. 1a SGB V) & Rückkehr zum vorherigen Rechtszustand, der alle GKV-Leistungserbringer und Rechtsformenformen für die MVZ-Trägerschaft zuließ
- die Rücknahme des per Gesetz eingeführten Nachrangs bei der Berücksichtigung von MVZ in nicht mehrheitlich ärztlicher Trägerschaft im Ausschreibungsverfahren um freie Arztsitze (§103 Abs. 4c SGB V). Diese rechtliche Diskriminierung behindert den Aufbau von MVZ auch in unterversorgten Regionen, der gerade von MVZ in Klinik- und dritter Trägerschaft gestützt wird.
- die Berücksichtigung der besonderen inhaltlichen Konzeption und des fachübergreifenden Versorgungsansatzes von MVZ und BAG bei der Auswahlentscheidung des Zulassungsausschuss im Nachbesetzungsverfahren (§103 Abs. 4 SGB V). Die jetzige rechtliche Vorgabe ist ausschließlich auf die Nachfolge einer Einzelarztpraxis orientiert und ignoriert das Potential der ärztlichen Kooperation für die Versorgung.
- Gesetzliche Klarstellung zur Stellung des Ärztlichen Leiters im MVZ und Definition von Aufgabenbereich und Verantwortung sowie zum Rechtsverhältnis zwischen dem MVZ 'als solchem' und der KV

2) Forderung nach Überarbeitung der zulassungsrechtlichen Vorgaben zwecks rechtlicher Absicherung der Einbindung angestellter Ärzte

Dies betrifft insbesondere:

- Verlängerung der Nachbesetzungsfrist von sechs auf 12 Monate, wenn angestellte Ärzte ihre Tätigkeit in MVZ oder Praxis beenden (§95 Abs. 6 SGB V), da immer wieder und trotz aller Bemühungen das Problem auftaucht, dass zum Zeitpunkt der Beendigung des Arbeitsverhältnisses nicht zeitnah ein neuer anzustellender Arzt gefunden ist
- Gleichstellung des MVZ bei Nachbesetzungsschwierigkeiten mit der Praxis, d.h. der begründete Antrag auf Ruhen der Arzt-Stelle bis zu 2 Jahren ist zu genehmigen.
- Rechtliche Anerkennung der Abordnung von Ärzten zwischen zwei Gesellschaften, z.B. Klinik und MVZ, als reguläre Form der Anstellung (95 Abs. 1 SGB V), da es in der Verwaltungspraxis der Zulassungsgremien unterschiedlich gehandhabt wird, ob im Rahmen einer Personalabordnung der zulassungsrechtliche 'Tatbestand des angestellten Arztes' als erfüllt angesehen wird.

- Anpassung der ärztlichen Vertretungsregelung an die Arbeitssituation angestellter Ärzte (§ 32 Ärzte-ZV) durch Erweiterung der zulässigen Gründe für Vertretungen. Der Katalog nach § 32 Ärzte-ZV ist bis dato abschließend auf die Vertragsarztpraxis ausgerichtet und damit nicht mehr zeitgemäß. Die bisher nicht berücksichtigten, sich auf beiden Seiten aus dem Arbeitgeber-Arbeitnehmer-Verhältnis ergebenden Rechtsansprüche (z.B. Erziehungsurlaub, Pflegezeit, etc.), aber auch die Freistellung des angestellten Arztes durch den Arbeitgeber müssen in die Zulassungsverordnung als Vertretungsgrund aufgenommen werden.

3) Forderung nach Klarstellung zum Benachteiligungsverbot ärztlicher Kooperationen und MVZ und Rücknahme aller honorar- und KV-rechtlichen Diskriminierungen

Dies betrifft insbesondere:

- die Klarstellung und Durchsetzung der bereits im SGB V enthaltenen Vorgabe (§ 87b SGB V), dass die besonderen Belange kooperativer Versorger im EBM und bei dessen regionaler Umsetzung angemessen zu berücksichtigen sind, da Gesetzestext und Honorarrealität an dieser Stelle weit auseinander gehen
- die Rückkehr zur Arztfallzählung und damit die Beseitigung der grundsätzlichen Diskriminierung von MVZ und Gemeinschaftspraxen bei der Anerkennung der erbrachten ärztlichen Leistungen durch die der RLV-zugrunde gelegte Behandlungsfallzählung, deren Honorareinbußen nur äußerst unvollständig durch den als Nachteilsausgleich gewährten Kooperationszuschlag ausgeglichen werden
- Klarstellung der Prüfrichtlinie und der maßgeblichen SGB V-Norm (§ 106a SGB V), dass angestellte Ärzte gegenüber ihren niedergelassenen Kollegen grundsätzlich gleich zu behandeln sind, und dass im Besonderen für alle Ärzte – in Abhängigkeit ihres Bedarfsplanungsstatus¹ - dieselben Prüfsummen in der Zeitplausibilitätsprüfung anzusetzen sind

Forschungsprojekt Innovative Gesundheitsmodelle (InGe)

Hausärzte und Patienten werden immer älter, und die Zahl (älterer) Patienten mit Multimorbidität und hohem Versorgungsbedarf steigt. Andererseits möchte der Nachwuchs in den Gesundheitsberufen neben der Patientenversorgung ausreichend Zeit für Familie und Freizeit haben; er ist nicht mehr bereit, „rund um die Uhr“ zu arbeiten. In vielen Regionen ist die flächen-deckende gesundheitliche Versorgung heute schon bedroht und dieser Trend nimmt zu.

Je nach Region und Ausgangssituation sind die Ursachen für eine drohende Unterversorgung unterschiedlich, daher kann es keine einheitlichen „Patentlösungen“ geben. Stattdessen sind innovative Ideen für Gesundheitsversorgung gefragt, die auf die Bedingungen vor Ort zugeschnitten sind und die vorhandenen Stärken und Strukturen nutzen.

Deutschlandweit existieren bereits zahlreiche innovative Versorgungsmodelle, die durch Zusammenschlüsse, Kooperationen und Vernetzungen verschiedener Akteure die Gesundheitsversorgung in ihrer Region sicherstellen. Diese wichtigen Modelle, Ansätze, Anregungen und Ideen sollen auch für andere Regionen nutzbar gemacht werden.

Seit Januar 2013 läuft am Institut für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt das Projekt „Innovative Gesundheitsmodelle“ (InGe).

Ziel des Projekts ist eine deutschlandweite Bestandsaufnahme neuer Konzepte der gesundheitlichen Versorgung und die Analyse von Voraussetzungen für ihre Übertragbarkeit auf andere Regionen. Dazu werden innovative Modelle in qualitativen Interviews nach den Barrieren und Erfolgsfaktoren bei der Gründung befragt und Voraussetzungen für ihre Übertragbarkeit auf andere Regionen analysiert.

Ausführliche Beschreibungen der Modelle werden in einer Datenbank gesammelt und über die Homepage www.innovative-gesundheitsmodelle.de der Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Interessierte Akteure, die nach einer Lösung für ihre Region suchen, können auf den Internetseiten des „InGe“-Projekts zahlreiche innovative Beispiele für neue Versorgungsmodelle abrufen. Die Modelle beziehen sich unter anderem auf medizinische, pflegerische, geriatrische oder palliative Versorgung, Wohnen, Mobilität und Prävention.

Mit einer Suchfunktion kann gezielt nach Modellen aus unterschiedlichen Regionen sowie nach verschiedenen Schwerpunkten und Organisationsformen gesucht werden. Wer sich für ein besonderes Modell interessiert, kann mit den Projektmitarbeitern Kontakt aufnehmen und eine ausführliche Beratung in Anspruch nehmen. Im Gespräch wird dann geklärt, ob das ausgesuchte Modell für die Bedingungen in der eigenen Region wirklich „passend“ ist.

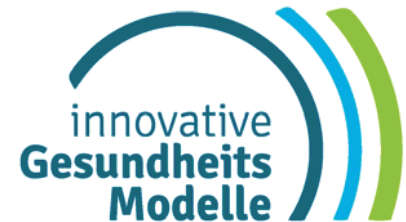
Zusätzlich wird im Rahmen des Projekts InGe ein Beratungsangebot entwickelt, das Hausärzte, Gemeinden, Landkreise und andere Akteure dabei unterstützt, innovative Versorgungsmodelle in ihrer Region zu implementieren.

Das Beratungsangebot steht ab sofort zur Verfügung und wird bereits von einzelnen Landkreisen genutzt. Die Datenbank und das Beratungsangebot werden laufend weiter ausgebaut.

Das Projekt mit einer Laufzeit von zwei Jahren wird von der Robert Bosch Stiftung gefördert.

Projektleitung: Dr. med. Antje Erler, MPH

Kontakt: erler@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de
Homepage: www.innovative-gesundheitsmodelle.de



Robert Bosch Stiftung



Der BMVZ

ist ein bundesweiter Zusammenschluss kooperativ tätiger Leistungserbringer, der insbesondere MVZ - *Medizinische Versorgungszentren nach § 95 SGB V* - zu seinen Mitgliedern zählt.

Die Mitglieder eint die Überzeugung, dass nur durch fairen Wettbewerb der verschiedensten Leistungserbringer und Versorgungsstrukturen die jeweils für die Region passendsten medizinischen Versorgungsformen gefunden werden können.

Ausgangspunkt ist die Erkenntnis, dass die Steigerung von Qualität und Effizienz sowohl für die Patienten, als auch für das Gesundheitssystem als Ganzes von Interesse sind.

Der BMVZ tritt daher für ein modernes Gesundheitssystem ein, in dem

- ... die Berücksichtigung von Patienten- und berufsständischen Interessen,
- ... die Sicherstellung einer hohen Versorgungsqualität in allen Regionen,
- ... sowie die ökonomische Effizienz des Gesundheitswesens als Gesamtsystem gleichberechtigte Handlungsparameter sind.

Aktivitäten

Der BMVZ nimmt Einfluss auf die Gestaltung der berufsständischen, rechtlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens. Ziel ist die Verbesserung der politischen und ökonomischen Position interdisziplinärer und sektorenübergreifender Gesundheitsunternehmen.

Dazu steht der Verband im ständigen Dialog mit den Gesundheitsministerien und den Organen der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen.

Der BMVZ blickt auf eine langjährige Geschichte zurück und nutzt diese Erfahrungen für einen regen Austausch mit allen relevanten Akteuren.

Selbstverständnis

Der BMVZ versteht sich als Plattform für die Zusammenführung theoretischer Grundlagen mit praktischen Erfahrungen und für den Erfahrungsaustausch all jener Akteure, die nach effizienten Formen medizinischer Versorgung suchen.

Der BMVZ setzt sich gegen Bestrebungen einzelner Akteursgruppen, sektorale Vorteile zu Lasten anderer Versorgungsbereiche durchzusetzen, ein.

Entsprechend steht der BMVZ für ein Denken und Handeln, das auf der Grundlage des gegenseitigen Vorteils die sektorale Zergliederung der Gesundheitsversorgung zu überwinden sucht.

Bundesverband
Medizinische
Versorgungszentren-
assoziierte Versorgung e.V.
BMVZ



Der BMVZ steht für

Kommunikation
Information
Kontaktpflege
praxisnahen Wissenstransfer
gesundheitspolitische
Lobbyarbeit
Stärkung des
Gemeinschaftsgedankens
kooperativer medizinischer
Einrichtungen

Büro

Schumannstraße 18
10117 Berlin

Telefon 030 - 270 159 50
030 - 240 899 90
Telefax 030 - 270 159 49
E-Mail buero@bmvz.de

www.bmvz.de



Diskussionsbeitrag

Gestaltung der ambulanten Versorgung durch nicht-ärztlich geführte Versorgungsunternehmen

Die ambulante medizinische Versorgung wird in Deutschland traditionell durch niedergelassene Haus- und Fachärzte sichergestellt, die per Definition der Berufsordnung nicht-gewerblich tätig sind. Darüber hinaus müssen jedoch angesichts der zunehmenden Probleme bei der Nachbesetzung von Praxen und Arztsitzen Versorgungsalternativen gefunden werden, die die Nachteile der Einzelpraxis überwinden und den Mediziner durch moderne Organisation weitgehend von arztfremden Aufgaben entlasten.

In diesem Sinne unterstützen MVZ und andere ambulante Versorgungsunternehmen (AVU), verstanden als komplexe ärztliche Berufsausübungsgemeinschaften mit professioneller kaufmännischer Leitung und arbeitsteiliger Organisation bereits heute vielerorts die Versorgung der Versicherten.

Dennoch wird in der öffentlichen Debatte nicht-ärztlich geführten MVZ und Versorgungsunternehmen häufig unterstellt, zuvorderst ökonomische Interessen zu bedienen und damit die Versorgung der Patienten zu gefährden. Mittelpunkt der Argumentation ist dabei das unzweifelhaft vor medizinfremden Einflüssen zu schützende Arzt-Patienten-Verhältnis.

Im Falle der MVZ wird hier eine im besonderen Maße gesteigerte Gefahr des Verlustes der ärztlichen Diagnose- und Therapiefreiheit gesehen, da grundsätzlich und mit Verweis auf nicht näher benannte Erfahrungen unterstellt wird, dass in Versorgungsunternehmen, die von anderen Berufsgruppen als Ärzten geführt werden, ärztliche Belange durch wirtschaftliche Interessen des Trägers überlagert werden.

Ausgangspunkt ist die Annahme, dass das wirtschaftliche Interesse des einzelnen Arztes mit seiner Praxisführung als 'Einzelunternehmer' konfliktfrei mit dem ethisch geleiteten Versorgungsauftrag in der Patientenbehandlung in Einklang gebracht werden kann. Dabei wird vorausgesetzt, dass der Vertragsarzt in seiner Doppelfunktion als Arzt und Unternehmer – und anders als nichtärztliche Träger - das wirtschaftlich Notwendige mit dem ethisch Richtigen jederzeit widerspruchsfrei vereinen könne.

In dieser Sichtweise wird jedoch unterschlagen, dass alle früheren und gegenwärtigen Auseinandersetzungen um die Vergütung ärztlicher Leistungen ausschließlich von den wirtschaftlichen Interessen der 'freien Einzelpraxen' und dem Status eines jeden Vertragsarztes als Unternehmer geprägt sind.

Monetik steht auch in der Einzelpraxis oder in einem ärztlich geführten MVZ immer und prinzipiell im natürlichen Widerspruch zur Ethik. Dieser Konflikt wird in einem Versorgungsunternehmen durch die Arbeitsteilung der verschiedenen beteiligten Berufsgruppen nur auf verschiedene Personen aufgespalten und damit deutlich sichtbar. Die 'Marktdynamik' im Gesundheitswesen produziert aber für alle Ärzte und Versorger eine grundlegende Zieldisharmonie.

Die wirtschaftlichen Interessen des niedergelassenen Vertragsarztes und des nicht-ärztlichen MVZ-Betreibers sind daher gerade nicht grundsätzlich unterschiedlich zu bewerten. Beide wollen und müssen vom Ertrag der ärztlichen Tätigkeit leben und die Refinanzierung der Praxis- bzw. Unternehmens-Ausgaben absichern können.

Jeder Einzelarzt kalkuliert seine Investitionen sowie die sachlichen und personellen Kosten genau wie ein nichtärztlicher Unternehmensträger. Beide erwarten für die wirtschaftliche Führung der Praxis, bzw. des MVZ - also des Unternehmens - eine angemessene Vergütung. Bei Ärzten, bzw. bei ärztlichen MVZ-Trägern fließt der Überschuss aus der ärztlichen Tätigkeit als Einkommen in deren persönliches Leben und Vermögen - beim MVZ-Betreiber dagegen als Gewinn zum Träger.

Für beides muss es Regeln geben, die eine Überfrachtung des Arzt-Patientenverhältnisses durch medizinfremde Interessen verhindert. Das ist ohne Einschränkung richtig. Ausgangspunkt entsprechender Überlegungen muss jedoch die Akzeptanz der Tatsache sein, dass die potentiellen Störungen zwischen dem wirtschaftlichen, bzw. monetären Interesse auf der einen Seite, und der ethisch geleiteten Patientenversorgung auf der anderen Seite sowohl in der Einzelpraxis als auch in jedem größeren Versorgungsunternehmen grundsätzlich angelegt sind und nicht verhindert werden können.

Von daher sollte in der Debatte um nicht-ärztlich geführte MVZ und AVU weniger der monetäre Aspekt, sondern die Frage und Bewertung des Beitrages, den moderne Versorgungsstrukturen mit professioneller Arbeitsteilung zwischen Ärzten und Betriebswirten zur Sicherstellung der Versorgung leisten können, im Vordergrund stehen.

Die arbeitsteilige Verantwortung zwischen Ärzten und Betriebswirten ermöglicht dabei jeder Berufsgruppe, ihre Zeit und Fähigkeiten optimal einzusetzen und trägt dadurch dazu bei, die Versorgung der Patienten flächendeckend auch weiterhin effizient und hochwertig sicherzustellen. Als Arbeitgeber bieten gerade die unternehmerisch aufgestellten Versorger den Ärzten die Option, auch ambulant als Mediziner angestellt tätig zu werden und tragen damit nicht nur für die Patienten, sondern auch für die Mediziner zu einer gesunden Pluralität im deutschen Gesundheitswesen bei. Gleichzeitig liegt in ihnen der Kern, über die Sektoren- und Fachgruppengrenzen hinaus Ärzte und andere Heilberufe, Reha, Pflege und Krankenhaus miteinander zu verknüpfen.

Die andere Perspektive auf das Versorgungsgeschehen im Versorgungsunternehmen, bei der naturgemäß der einzelne Arzt aus dem Fokus rückt, bietet entsprechend Chancen einer modernen und effizienten Versorgung der Patienten.

Auch in der räumlichen Perspektive sind Versorgungsnetzwerke und alternative Modelle der Praxisorganisation heutzutage und künftig unverzichtbar. Regionale Versorgungsprobleme brauchen regionale Lösungen. In diesem Sinne dient der faire Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern und Versorgungsstrukturen dazu, die jeweils wirtschaftlich und qualitativ passendsten medizinischen Versorgungsformen zu finden.

Notwendige Basis ist die rechtliche und tatsächliche Möglichkeit, Versorgung flexibel gestalten zu können. Hier fehlt es derzeit zum Einen an rechtssicheren Gestaltungsoptionen, zum Anderen aber auch grundsätzlich an der Akzeptanz und Anerkennung ambulanter Versorgungsunternehmen und nichtärztlicher getragener MVZ als sinnvolle Ergänzung und Chance für das Gesundheitswesen und die medizinische Versorgung.

Förderung von Kooperationen: Theorie trifft Realität

Seit mit dem GKV-Modernisierungsgesetz Medizinische Versorgungszentren (MVZ) in der ambulanten Versorgung etabliert wurden, stehen in diesen Strukturen tätige Ärzte mit den niedergelassenen Vertragsärzten im Wettbewerb um das von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zu verteilende und bekanntermaßen allgemein zu knapp bemessene Gesamthonorar. In dieser Perspektive findet dementsprechend seit 2004 zusätzlich zu den grundlegenden Honorarstreitigkeiten zwischen den Fachrichtungen auch ein permanenter Verteilungskampf zwischen den verschiedenen Versorgungsstrukturen statt.

In dieser Auseinandersetzung sind die MVZ doppelt gehandicapt: Zum einen werden sie als „die Neuen“ von den Ärzten in Niederlassung, die in der ärztlichen Selbstverwaltung mit überlegener Mehrheit bestimmend sind, grundsätzlich mit Argwohn betrachtet. Zum anderen steht der Durchsetzung ihrer berechtigten Interessen im Weg, dass das Gesundheitsministerium unter Ulla Schmidt die MVZ jener Zeit unter dem Label „Förderung von Kooperationen“ in die Versorgungslandschaft brachte. Obwohl es dabei nie um Honorarvorteile ging, wird seit dem oft automatisch unterstellt, dass MVZ Mehr-Honorar erhalten und gegenüber Ärzten in Einzelpraxis bevorzugt, eben gefördert würden. Scheinbar unwiderlegbares Indiz dafür ist der sogenannte Kooperationszuschlag, den MVZ und Gemeinschaftspraxen aktuell als Aufschlag auf ihr Regelleistungsvolumen erhalten.

■ Kooperationszuschlag vs. unvollständiger Nachteilsausgleich
Politik und selbstverständlich auch Gesundheitspolitik ist immer auch ein Kampf um Worte und deren Interpretationshoheit. Das gilt für den Begriff des MVZ selbst, der 2003 in gewollter Abgrenzung zum ostdeutschen Gesundheitszentrum

neu erfunden wurde – natürlich aber auch für alles, was mit dem ärztlichen Honorar zusammenhängt.

Man muss sich dabei immer darüber im Klaren bleiben, dass Worte in der politischen Auseinandersetzung häufig bereits eine Beurteilung des benannten Sachverhalts enthalten oder, als Teil der benannten Sache, falsche Fährten legen. Zufall ist das nicht: Geschickt gewählte Worte wecken Gefühle und Assoziationen, die häufig mangels Zeit und Verständnis für die Zusammenhänge die eigentliche Sachbedeutung überlagern.

Womit wir beim Kooperationszuschlag wären. Der Begriff – selbstverständlich gezielt gewählt – suggeriert die Förderung von und den Mehrwert für MVZ schon im Wortlaut. Dahinter steht real jedoch eine komplexe Honorarausgleichsformel, deren Notwendigkeit sich aus im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) festgeschriebenen Honorardiskriminierungen kooperativ tätiger Praxen ergibt. Es handelt sich damit gerade nicht um einen Zuschlag im Wortsinne, sondern um einen Nachteilsausgleich, der in den meisten Fällen auch noch unvollständig erfolgt. Erst der Gesamtblick auf den EBM lässt hier die

komplexen Zusammenhänge erahnen. Wer nur auf den Kooperationszuschlag schaut, schaut entsprechend eindeutig zu kurz – das „Wort“ erzählt hier nur die halbe Geschichte.

■ Bedeutung der Fallzählung

Mit Einführung der Regelleistungsvolumen (RLV) im Januar 2009 wurde strukturübergreifend, das heißt auch für MVZ und Gemeinschaftspraxen (Berufsausübungsgemeinschaften, BAG), der sogenannte Arztfall zur Grundlage der Honorarabrechnung. Diese Entwicklung wurde kurz darauf zurückgenommen, als zum Juli 2009 die RLV-Berechnungsgrundlage auf den „Behandlungsfall“ umgestellt wurde.

Während sich durch diese Umstellung bei den Einzelpraxen nichts änderte, weil dort ein Arztfall – definiert als Arzt-Patienten-Kontakt je Quartal – prinzipiell identisch mit dem Behandlungsfall ist, führte die Änderung wegen der von der Zahl der beteiligten Ärzte völlig unabhängigen Definition eines MVZ oder einer BAG als **eine** Praxis zur strukturellen Benachteiligung solcher Kooperationsformen. Hintergrund ist die im Bundesmantelvertrag der Ärzte hinterlegte Deutung des Behandlungsfalls als Summe aller Arzt-

Aus Arztfall wird Behandlungsfall (Kurzdarstellung)

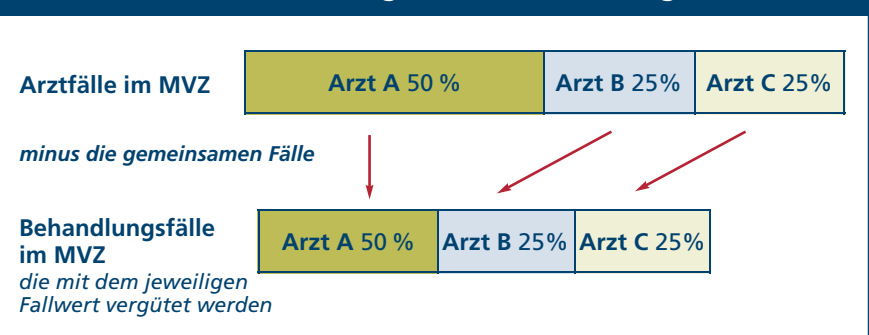


Abb. 1

In Gemeinschaftspraxen und MVZ werden nicht alle Arzt-Patienten-Kontakte honoriert, sondern grundsätzlich nur ein Kontakt pro Patient. Die dabei unberücksichtigten Arztfälle entstehen durch Patienten, die zwei oder drei Ärzte der Praxis aufsuchen und bei der Honorierung als „gemeinsame Fälle“ herausgerechnet werden. Im Ergebnis entspricht die Zahl der Behandlungsfälle eines MVZ/einer BAG der jeweiligen Patientenzahl der Gesamt-Praxis.

kontakte, die von den Ärzten derselben Praxis innerhalb eines Quartals an einem Patienten erbracht werden (Abb. 1).

In Anerkennung der dadurch bedingten und teils erheblichen Honorarabzüge bei der Leistungsabrechnung kooperativ arbeitender Arztgemeinschaften wurde der sogenannte Kooperationszuschlag als Korrektiv, das genau diese Honorarbenachteiligungen ausgleichen sollte, eingeführt.

Dessen Zuschlagssystematik wurde dabei zum Juli 2011 von der wenig zielführenden Strukturorientierung – pauschaler Zuschlag nach Anzahl der vorgehaltenen Fachrichtungen –, die seit Juli 2009 galt, in eine echte Kooperationsorientierung mittels rechnerischer Annäherung an den tatsächlichen Kooperationsgrad einer Praxis auf Basis der Arztfälle überführt. Obwohl dadurch einige Fehler und

Fehlanreize aus 2009 behoben wurden, blieb die grundlegend fehlerhafte Konstruktion einer Fallzählung, die explizit Gemeinschaftsstrukturen benachteiligt, bestehen.

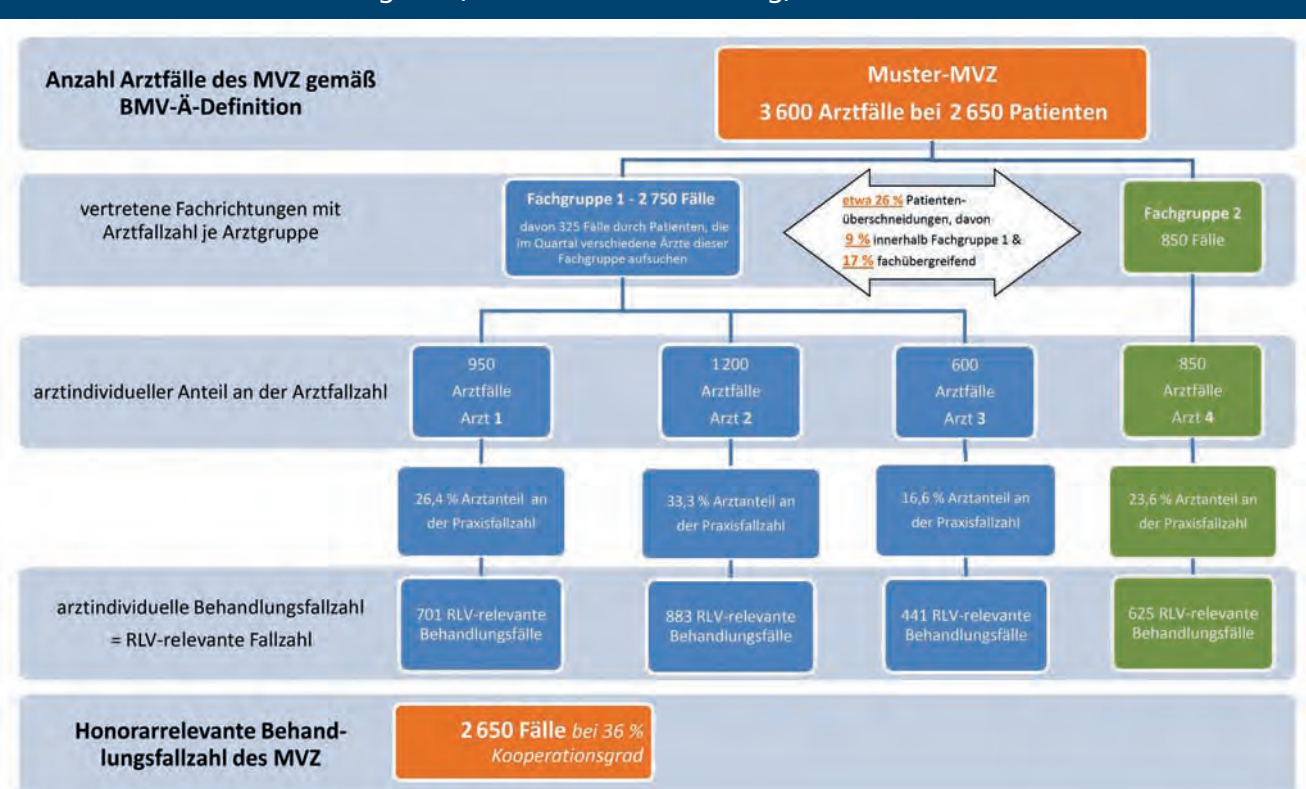
Gemeinsam war beiden Zuschlagskonzepten, dass sie den BAG und MVZ ermöglichten, die bei ihnen durch die selektive Wirkung der Behandlungsfallzählung entstandenen Honorarabzüge gestuft bis zu einer Maximalhöhe von 40 Prozent auszugleichen. Während somit die Behandlungsfallzählung für sich genommen bis heute bewirkt, dass ärztliche Kooperation in Form gemeinschaftlicher Patientenbehandlung innerhalb einer Praxis unwirtschaftlich wird – zwei Arztkontakte = ein Behandlungsfall = nur ein Honorar –, sorgt der Kooperationszuschlag für einen gewissen Ausgleich, der zwar durch seine Systematik grundsätzlich unvollständig ist,

dennoch aber eine Lösung darstellte, die als Kompromiss akzeptiert werden musste und konnte.

■ Kooperationszuschlag und Behandlungsfallzählung gehören zusammen

Vor diesem Hintergrund kommt der vom Bewertungsausschuss aufgestellten Zuschlagstabelle, die für Praxen mit entsprechendem Kooperationsgrad zwischen zehn und 40 Prozent Kooperationszuschlag vorsieht, für viele MVZ existenzielle Bedeutung zu. Dies gilt im Besonderen für BAG und MVZ mit hohem Kooperationsgrad, wie zum Beispiel Diabetes- oder Rückenzentren oder multidisziplinäre HIV- und Onkologieschwerpunktpraxen. Diese sind – solange die Behandlungsfallzählung als RLV-Berechnungsgrundlage gilt – auf den sogenannten Kooperationszuschlag in angemessener Höhe angewie-

Aus Arztfall wird Behandlungsfall (ausführliche Darstellung)



Dieses typische Muster-MVZ erhielt seit dem dritten Quartal 2009 für 2 650 Patienten/Behandlungsfälle ein entsprechendes RLV zugewiesen. Die 950 zusätzlichen Arztkontakte ergeben sich zum Beispiel, wenn 1 700 Patienten im Quartal genau einen Arzt aufsuchen, 950 weitere jedoch zwei Ärzte derselben Praxis. In diesem Fall würden 36 Prozent der Patienten 53 Prozent der Arztfälle „verursachen“. Denkbar wäre auch, dass 2 000 Patienten genau einen Arztkontakt haben, 350 genau zwei und 300 weitere Patienten aber drei. In diesem Fall würden 24 Prozent der Patienten 44 Prozent der Arztfälle bedingen. Beides ergäbe einen Kooperationsgrad von 36 Prozent. Würden dieselben Ärzte in einem Ärztehaus jeweils in Einzelpraxis tätig sein, würden ihnen alle 3 600 Arztfälle als honorarrelevante Behandlungsfälle anerkannt.

Abb. 2

sen, um überhaupt wirtschaftlich tätig sein zu können. Dabei geht es in dieser Perspektive nicht um möglichst hohe Praxisüberschüsse, sondern ausschließlich um die Frage der strukturübergreifend leistungsgerechten Honorierung der ärztlichen Tätigkeit.

Deshalb stellt der Kooperationszuschlag als auf die Behandlungsfallzählung bezogener Nachteilsausgleich keine Förderung oder einen Zuschlag im Wortsinne, sondern die Schließung einer strukturbedingten Honorarlücke dar. Seine Betrachtung darf entsprechend nicht unabhängig von den Abzügen durch die Behandlungsfallzählung erfolgen (Abb. 2).

■ Normative Vorgaben

Die Verteilung des Gesamthonorars ist Aufgabe der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen. Seitens des Gesetzgebers bestehen daher lediglich Rahmenvorgaben. Auf Basis dieser Vorgaben in § 87 SGB V wird mit bundesweiter Geltung vom Bewertungsausschuss, also in Verhandlung zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Krankenkassen, der EBM als einheitlicher Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen festgelegt. Daneben sind vom Gesetzgeber in § 87b SGB V die allgemeine Zielrichtung sowie einzelne bei der Vergütung der Ärzte besonders zu berücksichtigende Umstände bestimmt.

Mit Gesetzesrang wird dabei in § 87b Absatz 2 Satz 2 SGB V definiert, dass „der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen angemessen Rechnung getragen werden“ muss.

Korrespondierend wird in § 87 hinsichtlich der EBM-Vorgaben bestimmt, dass die „im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen aufgeführten Leistungen der fachärztlichen Versorgung arztgruppenspezifisch und unter Berücksichtigung der Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen als Grund- und Zusatzpauschalen abgebildet werden sollen“ sowie, dass „für die Versorgung im Rahmen von kooperativen Versorgungsformen spezifische Fall-

| Regionale Ausgleichszuschläge | |
|-------------------------------|---|
| KV-Region | Kooperationszuschlag seit III/2012 |
| KV Sachsen | pauschal 5 % – maximal 10 % bei höherem Kooperationsgrad |
| KV Hamburg | pauschal 10 % |
| KV Hessen | |
| KV Saarland | |
| KV Sachsen-Anhalt | |
| KV Schleswig-Holstein | |
| KV Bremen | maximal 15 %, bei zusätzlicher Begrenzung auf 5 % je vertretene Fachgruppe |
| KV Nordrhein | pauschal 10 % + ggf. Hälfte des darüber hinausgehenden Faktors (maximal 20 %) |
| KV Baden-Württemberg | maximal 20 % |
| KV Niedersachsen | |
| KV Westfalen-Lippe | |
| KV Brandenburg | maximal 40 % bei zusätzlicher Begrenzung auf 5 % je vertretener Fachgruppe |
| KV Bayern | maximal 40 % |
| KV Berlin | |
| KV Mecklenburg-Vorpommern | |
| KV Rheinland-Pfalz | Abweichung von der RLV-Systematik, daher kein Zuschlag |
| KV Thüringen | |

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurde die Honorarverantwortung regionalisiert. Entsprechend weichen die meisten KVen seitdem von den Bundesvorgaben ab.

pauschalen festzulegen sind, die dem fallbezogenen Zusammenwirken von Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen in diesen Versorgungsformen Rechnung tragen“.

Dahinter steht und stand zu keinem Zeitpunkt eine besonders festgeschriebene Förderung solcher Kooperationen. Vielmehr geht es der Legislative um die Berücksichtigung der Tatsache, dass sich die Erbringung ärztlicher Leistungen im Team oder in Kooperationen strukturell von der klassischen Leistungserbringung in der Einzelpraxis unterscheidet und daher bei den Honorarregelungen gesondert berücksichtigt werden muss.

Die Umsetzung durch die Selbstverwaltung erfolgt dementsprechend strukturblind: Mit dem RLV-Prinzip wurden ab 2009 arztbezogene Budgets eingeführt, die in MVZ

und BAG zu einem gemeinsamen Praxisbudget zusammengezogen werden. Eine gesonderte Berücksichtigung der kooperativen Leistungserbringung erfolgt darüber hinaus nicht. Soweit Behandlungsfall und Kooperationszuschlag als „angemessene Berücksichtigung“ verstanden werden sollten, muss betont werden, dass es sich dabei um eine ausschließlich nachteilige Berücksichtigung handelt, die die tatsächlich gelebte ärztliche Kooperation in MVZ und BAG quasi unter betriebswirtschaftliche Strafe stellt. Zusätzlich problematisch ist die tatsächliche regionale Umsetzung der bundeseinheitlichen Vorgaben.

■ Regionale Umsetzung

Der EBM wird regional in für alle Ärzte und Praxen einer KV-Region verbindliche Honorarverteilungs-

maßstäbe, die konkret regeln, wer welche Honorare für welche Leistungen bekommt, umgesetzt. Zu diesem Zweck erlässt die KBV in regelmäßiger Aktualisierung *Vorgaben gemäß § 87b Absatz 4 SGB V zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen*. Diese Durchführungsbestimmungen sehen seit Juli 2011 und bis heute vor, dass – bei Vorliegen eines entsprechenden Kooperationsgrades – der Kooperationszuschlag beginnend bei zehn Prozent in sieben um jeweils fünf Prozent steigende Stufen bis zu einer Maximalhöhe von 40 Prozent gewährt wird. Dennoch wird seit dem dritten Quartal 2012 in lediglich drei der 17 KVen den Kooperationen der Nachteilsausgleich nach dieser Vorgabe gewährt (Tab.) – ein Umstand, der teils existenzielle Wirkung für die kooperativen Versorger der betreffenden anderen KVen hat. Denn, um es noch einmal zu verdeutlichen, es geht bei dem Zuschlag nicht um eine zusätzliche Förderung, sondern um einen Ausgleich für diejenigen Honorarbeträge, die den Kooperationen von der Grundvergütung der erbrachten ärztlichen Leistungen aufgrund der Behandlungsfallzählung vorenthalten werden.

Sieben der KVen sind zu einem vom tatsächlichen Kooperationsgrad einer Praxis weitgehend unabhängigen Pauschalensystem in niedriger Höhe übergegangen, wodurch gleich zwei Fehlanreize gesetzt werden: Tatsächliche intensive Kooperation zwischen den Ärzten wird einerseits nicht honoriert, sondern abgestraft, andererseits profitieren pauschal auch diejenigen MVZ und BAG, die gar nicht oder nur sehr wenig kooperieren. Zwei KVen haben die aktuelle Kooperationsgradformel mit der früheren Strukturorientierung verknüpft und gewähren – ohne dass sich dafür eine sachliche Begründung finden lässt –, dass MVZ mit nur zwei Fachrichtungen bei gleicher Kooperationsintensität weniger Zuschlag als größere Einrichtungen erhalten. Drei weitere kappen die maximale Zuschlagshöhe willkürlich bei 20 Prozent.

Insgesamt ist in 2012 bei identischer Ausgangslage ein nicht akzeptabler Flickenteppich entstanden, der in regionaler Betrachtung, aber auch in der Perspektive MVZ zu Einzelarzt dem Grundsatz „gleiches Honorar für gleiche Leistung“ eklatant zuwiderläuft. Es ist an dieser Stelle ein Hohn, der von den Ärzten in MVZ und BAGs auch so empfunden wird, wenn ihnen in diesem Zusammenhang regelmäßig die angebliche Förderung der MVZ-Struktur durch Gesetzgeber und Selbstverwaltung vorgehalten wird.

■ **Behandlungsfall als Grundproblem auch der aktuellen EBM-Reform**

Kern der Problematik ist die Behandlungsfallzählung, der schon wegen ihrer Definition die Andersbehandlung ärztlicher Kooperationen immanent ist. Allein ihre Existenz macht das komplizierte Zuschlagsverfahren für Kooperationen, das zu chronischen Streitereien und Widersprüchen führen muss, überhaupt erst notwendig. Änderungen des RLV-Systems müssten entsprechend an der Fallzählung ansetzen, um zu mehr Transparenz und Gleichbehandlung zu kommen.

Leider gehen die aktuellen EBM-Entwicklungen eher in die entgegengesetzte Richtung: Die Behandlungsfallzählung wird mit der EBM-Reform 2013 nicht nur manifestiert, sondern auch als Begründung für noch weitergehende Honorarbeschränkungen ärztlicher Kooperationen herangezogen. So werden auch die neuen Vorhaltepauschalen der Haus- und Fachärzte auf den Behandlungsfall bezogen, wobei die besondere Relevanz darin liegt, dass diese teils sehr honorarrelevanten Ziffern nur angesetzt werden können, wenn nicht gleichzeitig Leistungen von den äußerst umfangreichen Ausschlusslisten erbracht werden. Der Unterschied, ob diese Ausschlüsse auf den einzelnen Arzt oder – wie durch die Behandlungsfallorientierung geschehen – auf die gesamte Praxis, also das komplette MVZ bezogen werden, liegt dabei auf der Hand.

Zwar gab es in letzter Minute zumindest eine Nachbesserung bei den hausärztlichen Vorhaltepauschalen, die nun nur noch innerhalb des Versorgungsbereichs behandlungsfallbezogen betrachtet werden. Aber innerhalb der fachärztlichen Versorgung und wenn mehrere Hausärzte im MVZ an der Behandlung beteiligt sind, bleibt das Problem bestehen: Das Festhalten an der Orientierung der neuen Gebührenordnungspositionen auf den Behandlungsfall führt in MVZ und Gemeinschaftspraxen dazu, dass die Erbringung einer Ausschlussleistung durch einen Arzt zum Ausschluss der Ansetzung der Vorhalte-Gebührenordnungsposition bei allen beteiligten MVZ-Ärzten führt, auch wenn diese selbst alle Bedingungen der Ansetzung erfüllen. Dieser Effekt steigert sich dabei noch zusätzlich in Kooperationen, in denen Patienten mehr als zwei Ärzte aufsuchen, da das geschilderte Grundproblem in diesen Fällen mehrmals im selben Behandlungsfall auftritt und die Honorarverluste entsprechend kumulieren.

Mit Äußerung vom 16. September 2013 zeigt sich die KBV über ihren Pressesprecher diesbezüglich unschuldig. Sie geht davon aus, dass es sich „nicht mehr um Grundversorgung handelt, sobald einer der beteiligten Fachärzte eine spezielle Leistung erbringt. Der Patient wird im MVZ als ein Fall betrachtet. Folglich kann auch die PFG nicht abgerechnet werden“, und verschweigt dabei wohlweislich, dass maßgeblich sie es war, die die Behandlungsfallzählung 2009 eingeführt hat und vor allem, dass sie auch Macht und Möglichkeit hätte, das System entsprechend zu ändern. Es gehört schon eine gewisse Dreistigkeit dazu, jetzt diese zusätzliche Honorardiskriminierung von Kooperationen bei der Pauschale zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung (PFG) einfach auf das vorgebliche unverrückbare Faktum des Behandlungsfalls zu schieben. Im Übrigen ist die Orientierung auf den Behandlungsfall auch in wei-

teren Bereichen, etwa bei der Berechnung des Laborwirtschaftlichkeitsbonus und dann, wenn Patienten am selben Tag mehrere Termine im MVZ wegen verschiedener Indikationen wahrnehmen, problematisch beziehungsweise im Honorarsinne nachteilig für Kooperationen.

■ Förderung von Kooperationen: Theorie vs. Realität

Im Ergebnis führt die Behandlungsfallzählung dazu, dass Ärzten heutzutage betriebswirtschaftlich von der Kooperationsgründung abgeraten werden müsste, da der Grundsatz „Gleiches Geld für gleiche Leistung“ hier gegenüber der Einzelpraxis oder dem Ärztehaus außer Kraft gesetzt ist. Diese unvermeidliche Schlussfolgerung ist jedoch weder im Sinne des Gesetzgebers noch der Patien-

ten oder der Wirtschaftlichkeit des Gesamtsystems. Deshalb muss das Grundproblem, das systematisch bei der der Abrechnung zugrunde liegenden Behandlungsfallzählung liegt, dringend behoben werden. Probates und entsprechend bereits erprobtes Mittel dafür ist die Rückkehr zur Arztfallzählung oder – als Kompromisslösung – der vom Bundesverband Medizinische Versorgungszentren – Integrierte Versorgung in die Honorarverhandlungen eingebrachte Arztgruppenfall, bei dem Elemente von Arzt- und Behandlungsfallzählung kombiniert werden, um eine strukturübergreifend gerechte Honorierung zu erreichen.

Förderung von Kooperationen ist ein wichtiges Thema – dies in erster Linie aber für die Politik, die weiter daran arbeiten muss, ver-

lässliche Rahmenbedingungen zu schaffen, in denen sich MVZ und andere moderne Versorgungsstrukturen so gestalten lassen, dass Patienten und Ärzte darin eine Zukunft haben. Beim Honorar dagegen geht es nicht um Förderung: Ziel ist hier, die aktuell tägliche Abstrafung arztübergreifender Kooperation durch permanente Honorarabschläge mit einer für MVZ und fachübergreifende Gemeinschaftspraxen gegenüber den Einzelpraxen gleichartigen Honorierung abzulösen.

Anschrift der Verfasserin:

Susanne Müller
Bundesverband MVZ
Schumannstraße 18
10117 Berlin
E-Mail: s.mueller@bmvz.de



Lohmann & Rauscher

„Der Dresscode für Ihren OP.“



5 gute Gründe für die Sentinex® Bereichskleidung

1. **Sicherheit** – stets gleichbleibende Materialqualität
2. **Hygiene** – täglich frische Kleidung
3. **Komfort** – angenehmes Tragegefühl
4. **wärmeisolierende Thermojacke** – Kälteschutz im OP
5. **atmungsaktives Material** – verbesserter Wärmeaustausch

Sentinex Bereichskleidung ist in zwei Ausführungen erhältlich – abgestimmt auf Ihre individuellen Anforderungen.

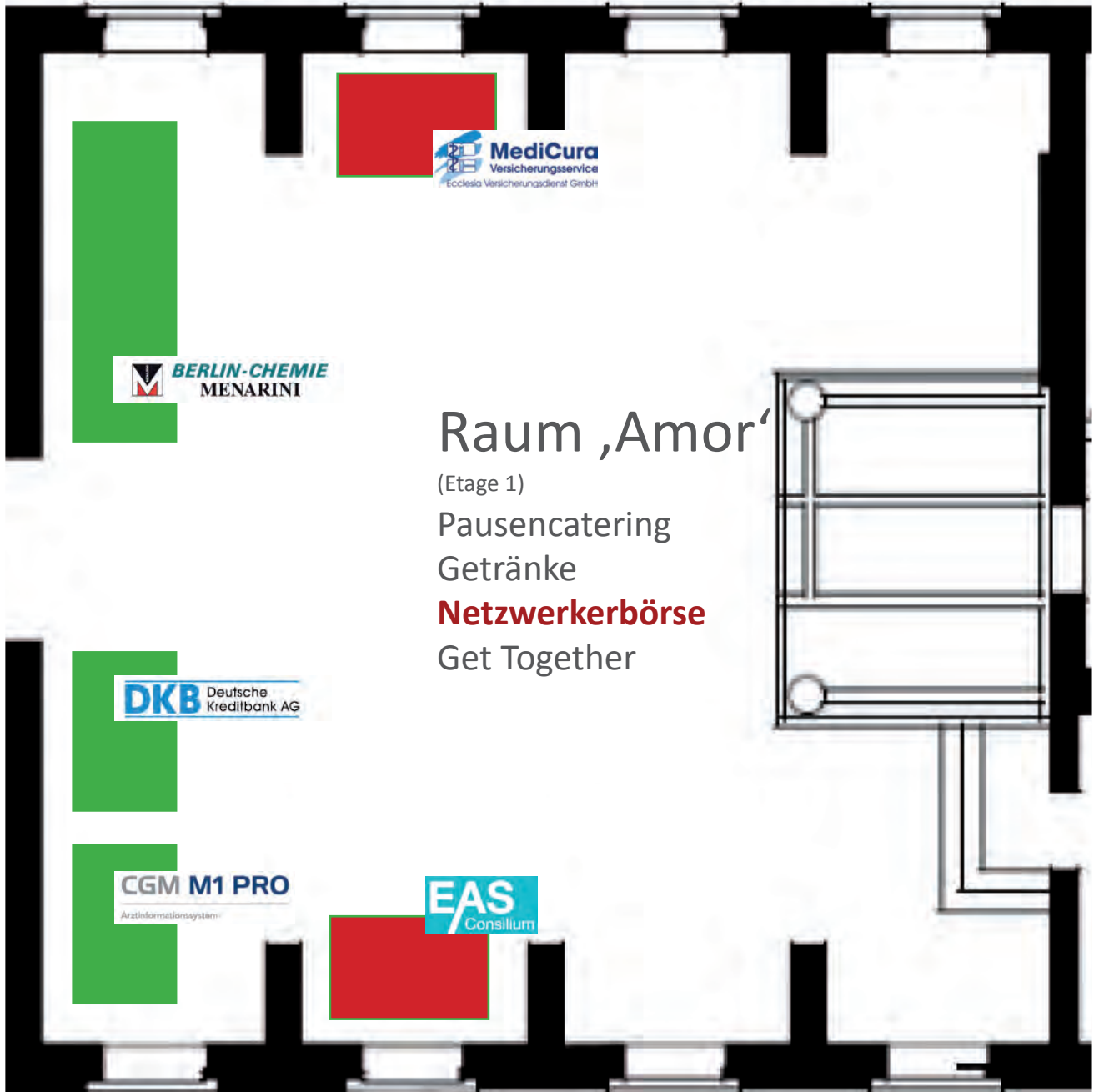


2000214 0913 d

Netzwerkerbörse

2. BMVZ - STRATEGIEKONGRESS

im KPM Quartier Berlin-Mitte



Die Veranstaltung wird unterstützt von:

Deutsche Kreditbank AG



CompuGroup Medical Deutschland AG



Berlin Chemie AG



Hinweis gemäß FSA-Kodex der Pharmaindustrie: Die Berlin Chemie AG unterstützt diese Veranstaltung mit 3.000 € für einen Werbestand und Logo-Präsenz.

Teilnehmer der Netzwerkerbörse sind:

MediCura Versicherungsservice



EAS Consilium

