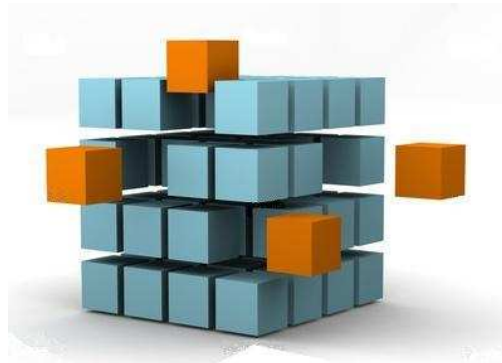




Wie weit ist die „MVZ - Bewegung“?



Dr. med. Johann Paula
Facharzt für Chirurgie, Executive MBA HSG
Geschäftsführer der StiftungsKlinikum Mittelrhein GmbH



Inhalt

- **Zahlen, Daten und Fakten (MVZ - Survey 2009 der KBV)**
- **„Neue“ Versorgungsformen oder was kann ein Krankenhaus mit einem MVZ alles tun?
Gestaltungschancen für Krankenhäuser innerhalb regionaler Versorgungsmodelle**
- **Ausblick**



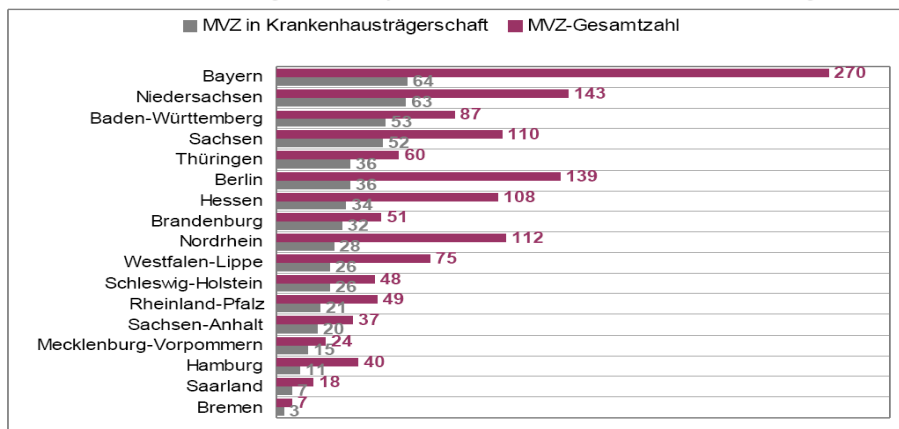
Gesamtkennzahlen

Anzahl der Zulassungen	1.378
Gesamtzahl der im MVZ tätigen Ärzte	6.647
Vertragsärzte	1.331
Ärzte im Anstellungsverhältnis	5.316
MVZ-Größe	Ø 4,8 Ärzte
vorwiegende Gründer	Vertragsärzte und Krankenhäuser
in Trägerschaft von Vertragsärzten	50,7%
in Trägerschaft eines Krankenhauses	38,2%
vorwiegende Rechtsformen	GmbH, GbR, Partnerschaft
Am häufigsten beteiligte Facharztgruppen	Hausärzte und Internisten



Regionale Verteilung

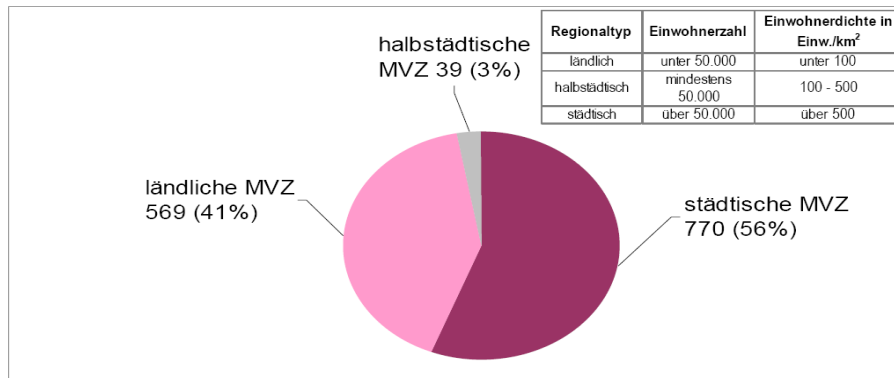
38,2 Prozent aller MVZ befinden sich im 3. Quartal 2009 in Krankenhausträgerschaft. Die meisten Krankenhaus-MVZ gibt es in Bayern, Niedersachsen und Baden-Württemberg.





Räumliche Ansiedlung

MVZ gründen sich sowohl in städtischen als auch ländlichen Gebieten. Allerdings lässt sich die Mehrzahl der MVZ in Gebieten mit einer hohen Einwohnerzahl und -dichte nieder.



Zusammenfassung

- MVZ gründen sich sowohl in städtischen als auch ländlichen Gebieten. Allerdings lässt sich die Mehrzahl der MVZ in Gebieten mit einer hohen Einwohnerzahl und -dichte nieder.
- An der überwiegenden Zahl der MVZ sind Vertragsärzte und Krankenhäuser als Träger beteiligt. 38,2 Prozent aller MVZ befinden sich im 3. Quartal 2009 in Krankenhausträgerschaft.
- MVZ in Trägerschaft von Krankenhäusern konzentrieren sich stärker in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Baden-Württemberg und Thüringen.
- Hausärzte und Internisten sind die am häufigsten vertretenen Fachgruppen in den MVZ.



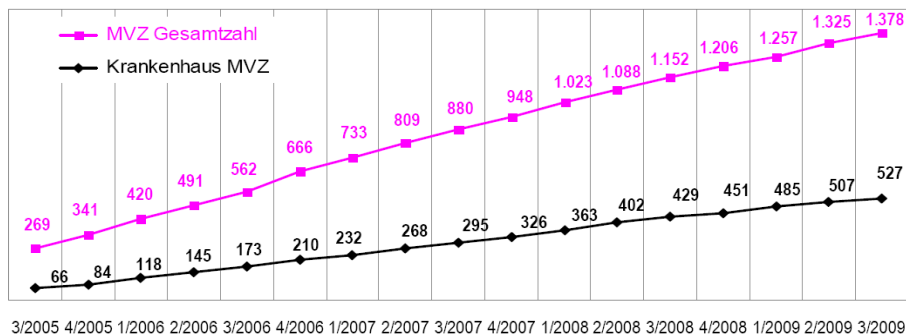
Entwicklung seit 2004

MVZ im 3. Quartal 2009 • 30.09.2009 • Seite 3 von 12

KBV

MVZ-Gründungen

Die Anzahl der MVZ insgesamt und auch die Anzahl der MVZ bei denen ein Krankenhaus als Träger beteiligt ist, steigt stetig.



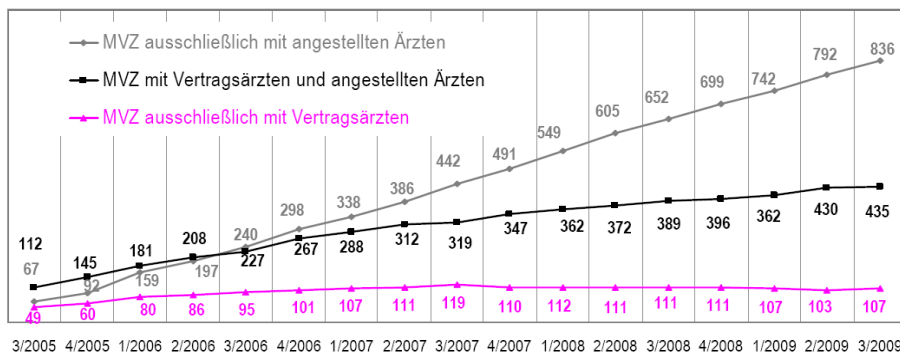
Entwicklung seit 2004

MVZ im 3. Quartal 2009 • 30.09.2009 • Seite 7 von 12

KBV

MVZ-Grundtypen/Gesamtentwicklung

MVZ arbeiten überwiegend mit „angestellten Ärzten“ oder aber mit „Vertragsärzten und angestellten Ärzten“. MVZ-Gründer entscheiden sich deutlich weniger dafür, ihr MVZ ausschließlich mit Vertragsärzten zu betreiben.





Zusammenfassung: Entwicklungstendenzen

- Die Anzahl der MVZ insgesamt und auch die Anzahl der MVZ, bei denen ein Krankenhaus als Trägerschaft beteiligt ist, steigt stetig.
- MVZ firmieren nahezu ausschließlich in Form der GmbH bzw. GbR. MVZ in Krankenhaus-trägerschaft werden vorrangig als GmbH gegründet.
- Die Anzahl der angestellten Ärzte in den MVZ steigt seit dem 4. Quartal 2005 stärker an, als die Zahl der in den MVZ tätigen Vertragsärzte.
- MVZ arbeiten überwiegend mit „angestellten Ärzten“ oder aber mit „Vertragsärzten und angestellten Ärzten“.
- MVZ-Gründer entscheiden sich deutlich weniger dafür, ihr MVZ ausschließlich mit Vertragsärzten zu betreiben.
- MVZ, die in Trägerschaft eines Krankenhauses stehen, arbeiten nahezu ausschließlich mit angestellten Ärzten.
- Die durchschnittliche Arbeitgröße der MVZ erhöht sich langsam. Im 3. Quartal 2009 arbeiten die MVZ durchschnittlich mit 4 bis 5 Ärzten.



Die „MVZ-Szene“



20



16



34

ATRIO MED



4



4



6



„Neue“ Versorgungsformen

Was kann ein Krankenhaus mit einem MVZ alles tun?
Gestaltungschancen für Krankenhäuser in der
regionalen Gesundheitsversorgung



Modellvorhaben

Weiterentwicklung der
Verfahrens-,
Organisations-,
Finanzierungs- und
Vergütungsformen

Gesamtvertraglich oder
einzelvertraglich

§§ 63 ff
SGB V

Max. für acht Jahre und
unter wissenschaftlicher
Begleitung

Wahltarife und
extrabudgetäre
Vergütung möglich



Strukturverträge

Hausarzt oder
Ärzteverbund erhalten
die Verantwortung für
Qualität und
Wirtschaftlichkeit

Ziel: Optimierung der
Versorgungs- und
Vergütungsstrukturen
im ambulanten Bereich

§ 73 a
SGB V

nur gesamtvertraglich
(KV)

Übertragung der
Budgetverantwortung
auf Arzt bzw.
Ärzteverbund möglich;
extrabudgetäre
Vergütung möglich



Hausarztzentrierte Versorgung

Vertrag mit mind. 50%
der Allgemeinärzte in
einer KV-Region oder
Einzelverträge

Sicherstellung durch die
Krankenkassen

§ 73 b
SGB V

Koordinierungs-
funktion des
Hausarztes

Wahltarife
möglich

Extrabudgetäre
Vergütung
möglich



Besondere ambulante ärztliche Versorgung

Besondere Versorgungsbedürfnisse in einem Bereich oder gesamte ärztliche Versorgung

Sicherstellung durch Krankenkassen

§ 73 c
SGB V

Einzelverträge (Ärzte, Ärztegemeinschaften, KV, Träger mit besonderer ambulanter ärztlicher Versorgung)

Wahltarife und extrabudgetäre Vergütung möglich



Ambulante Behandlung im Krankenhaus

Im Rahmen der Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137 g (DMP) und Hochspezialisierte Leistungen und seltene Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen

§ 116 b
SGB V

Einzelvertraglich; nach Erteilung der Zulassung durch das Bundesversicherungsamt; nach Bestimmung im Rahmen der Krankenhausplanung auf Antrag



Integrierte Versorgung

Sektorübergreifende
oder interdisziplinär-
fachübergreifende
Versorgung

Bevölkerungsbezogene
flächendeckende
Versorgung

§ 140 a ff
SGB V

Sicherstellung
durch die
Kranken-
kassen

Wahltarife
möglich

Einzelverträge
mit
zugelassenen
Leistungserbrin-
gern oder
Pflegekassen



Varianten inzwischen definierter neuer Versorgungsformen

ambulante Versorgung

Modellvorhaben § 63
SGB V

MVZ
§ 95 SGB V

Strukturverträge § 73
a SGB V

Praxisgemeinschaften
und Filialen
(VÄndG)

ambulantes
Operieren
§ 115 b SGB V

Anstellung von Ärzten
in VA-Praxen/GP
(VÄndG)

Hausarztzentrierte
Versorgung
§ 73 b SGB V

überörtliche
Praxisgemeinschaften
u. MVZ (VÄndG)

besondere amb.
ärztliche Versorgung
§ 73 c SGB V

Kombinationen
(z.B. § 140 a plus § 95)

sektorenübergreifende Versorgung

Integrierte
Versorgung
§ 140 a-d SGB V

ambulante
Behandlung im KH
§ 116 b SGB V

DMP § 137 f SGB V

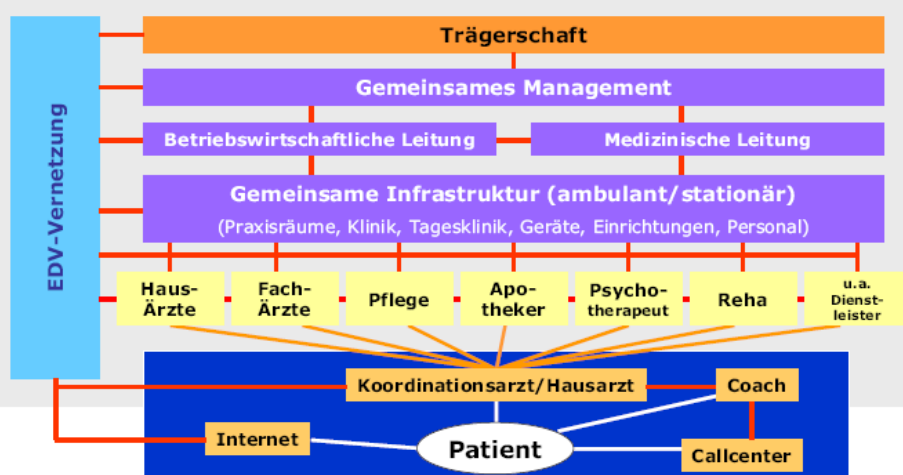
„Doppeltätigkeit“
im KH, MVZ,
VA-Praxis



Modelle für regionale Versorgungsstrukturen



Das Brannenburger Modell



Entwickelt vom Verein für integrative Patientenversorgung e.V. - München



Versorgungsebenen

stationäre spezialisierte Versorgung

stationäre Grund- und Regelversorgung

**spezialisierte fachärztliche krankenhausahe
Versorgungsebene (SPVE)**

wohntnahe fachärztliche Regelversorgungsebene (WVE)

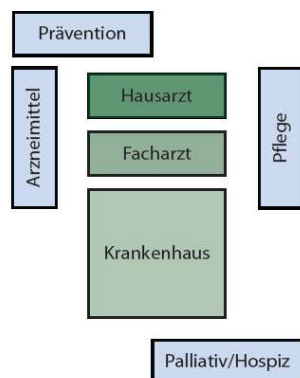
Primärversorgungsebene (PVE)

Quelle: Vertreterversammlung der KBV, 14. März 2008, Seite 2.

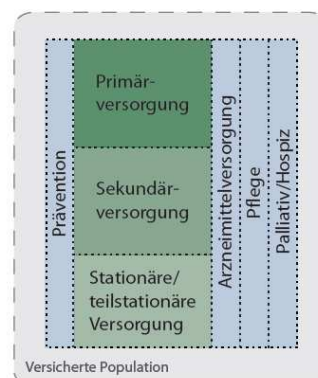


Von der sektoralen zur populationsorientierten Versorgung

Traditionelles System
Anbieter- und sektororientiert



Zukunftskonzept
Populationsorientiert und sektorübergreifend





„Hausärztliche, ambulante und stationäre fachärztliche sowie pflegerische Behandlungsleistungen müssen im Rahmen einer interdisziplinären Kooperation mit Angeboten zur Prävention, zur Rehabilitation, zur Arzneimittelversorgung sowie mit Leistungen der sozialen Einrichtungen und Patientenorganisationen sinnvoll verzahnt werden.“



Ansatzpunkte für eine koordinierte Versorgung mit regionalem Bezug

Aus dem Sachverständigengutachten



Die ambulante Versorgung wird zunehmend durch entwickelte Organisationen übernommen

- Kooperation/Vernetzung zwischen Hausarztpraxen (lokale Netzwerke), Primärversorgungspraxen, **MVZ**, usw.
- Kooperation mit anderen Leistungserbringern –Behandlungspfade, IV-Verträge, Liaison-Sprechstunden
- Versorgung einer definierten Population
- Nutzung moderner Informationstechniken
- Neue Formen der Arbeitsverteilung/Kompetenzverteilung im (Praxis-) Team; neue Rollenentwürfe und gezielte Personalentwicklung



Alle Sektoren des Gesundheitssystems verändern ihre Funktion und koordinieren die Versorgung auf dem Boden einer veränderten Arbeitsteilung

Die Themengebiete für die Veränderung:

- Abgrenzung zwischen Primärversorgung und ambulant erbrachter sekundärer Facharztversorgung
- Arbeitsteilung zwischen der sekundärfachärztlichen Versorgung im ambulanten und im Krankenhausbereich
- Kooperation zwischen ärztlicher Versorgung und Pflege
- Das Zusammenwirken und die gemeinsame Verantwortung zwischen den verschiedenen Formen der Prävention und der Gesundheitsversorgung



Die Finanzierung wird populationsbezogen weiterentwickelt und bedient sich dabei versichertenbezogener Ansätze, die regional unterschiedlich gestaltet werden können

- Versicherten- statt indikationsbezogene Konzepte unter Einschluss von Managed Care – Elementen
- Capitation (Kopfpauschale) mit Populationsbezug (sektorübergreifende Anreize)
- Regionale Capitation-Modelle (unterschiedliche Entwicklungen von Alter, Bevölkerungsentwicklung, Arztdichte, etc.) unter Beachtung einer kontaktunabhängigen und risikoadjustierten Pauschale mit gezielten Anreizen, z.B. pay for performance für die Durchführung präventiver Maßnahmen, etc.
- Gezielte Maßnahmen zur Qualitätssicherung – Neben den indikationsbezogenen, institutionellen auch area-Indikatoren einführen; Indikatoren, die den Zugang zu Leistungen auf allen Ebenen beschreiben; Indikatoren, die stärker die Versorgung von Patienten mit multiplen und chronischen Erkrankungen abbilden



099

Tabelle 87: Managed Care-Elemente in den besonderen Versorgungsformen

Elemente \ Versorgungsformen	herkömmliche Versorgung	Strukturverträge	Modellvorhaben	Hausarztzentrierte Versorgung	besondere ambulante Versorgung	integrierte Versorgungsformen	strukturierte Behandlungsprogramme
Rechtsgrundlagen	SGB V	§ 73a	§§ 63 - 65	§ 73b	§ 73c	§ 140a - d	§ 137f - g
Freiwilligkeit des Angebotes		X	X		X	X	X
interdisziplinär fachübergreifend angelegt		X	X		X	X	X
sektorübergreifende Orientierung			X			X	X
selektives Kontrahieren möglich			X	X	X	X	X ³⁾
Verträge mit KVen möglich	X	X	X	(X) ¹⁾	X		X
eingeschränkter Sicherstellungsauftrag				X	X	X	
besondere finanzielle Anreize						X	X
verpflichtende Evaluation			X				X
zeitliche Befristung			X				X
Capitation möglich		X	X	(X) ²⁾	(X) ³⁾	X	

1) Sofern Gemeinschaften der vertragsärztlichen Leistungserbringer die Kassenärztlichen Vereinigungen hierzu ermächtigen.

2) Nicht eindeutig im Gesetz geregelt.

3) Im Prinzip möglich, aber kaum relevant.

Quelle: In Anlehnung an GA 2007, Ziffer 380 sowie Wille 2007: 87

Quelle:

Sachverständigenrat, Sondergutachten 2009, Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, S. 660.



Vierter Ansatzpunkt

Die Neuorganisation der fachärztlichen Sekundärversorgung bildet – vor allem hinsichtlich der ambulanten Behandlung durch Vertragsärzte und Krankenhäuser – das entscheidende medizinische und ökonomische Entwicklungspotenzial aus, das die Veränderung trägt

Regionale Versorgungseinheit mit hoher Integration, Effizienz und Effektivität:

- Die vier Ebenen der stationären Versorgung Intensivmedizin, Intermediate Care, Normalstation, Low Care einschließlich einer teilstationären Versorgung sowie ggf. belegärztlicher Tätigkeit und Teleportal-Klinik
- Ein oder mehrere **MVZ** mit dezentral niedergelassenen Haus- und Fachärzten
- Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen
- Leistungserbringer im Bereich der Heilmittel und Fachkräfte für präventive Maßnahmen
- Kontakte zu Selbsthilfegruppen und Verbindungen zu Institutionen der Sozialarbeit
- Zentralapothek mit Dependancen, die auf der Basis einer internen Arzneimittelliste mit pharmazeutischen Unternehmen selektiv kontrahiert



Träger einer regionalen Versorgungseinheit

Als Träger einer regionalen Versorgungseinheit kommen grundsätzlich in Frage:

- ▶ Kliniken und Klinikzusammenschlüsse
 - ▶ Krankenversicherungen
- ▶ Gruppen niedergelassener Ärzte



Wer und was muss koordiniert werden?

1. Koordination der Versorgung durch Leitlinien und Versorgungspfade
2. Koordination der Sektoren
3. Koordination der Berufsgruppen
4. Generationenbezogene Koordination
5. Regionale Koordination
6. Koordination der Patientenbezogenen Daten



Krankenhäuser, Arzt- und Zahnarztpraxen, Psych.Praxen, ambulante Pflegedienste und stat. Pflegeeinrichtungen; Med. Versorgungszentren, Krankentransporte und Rettungsdienste; Vorsorge- und Reha-Einrichtungen; Apotheken, Gesundheitsfachberufe

Sozialversicherungsträger, PKV, Organisationen der Leistungserbringer; Behörden im Land und in den Kommunen; Gesundheits- und Arbeitsschutz

Aus- und Weiterbildungseinrichtungen; Forschungs- und Beratungseinrichtungen

Medizintechnik, Pharmazeutische Industrie, Handel mit Gesundheitsprodukten, Gesundheitshandwerk, Gesundheitslogistik, Medizininformatik/E-Health, Biotechnologie

Gesundheitsbezogene Ernährungsindustrie, Bauen und Wohnen, Gesundheitsbezogene Sport- und Freizeitangebote, Umwelttechnologie, Gesundheitsbezogener Tourismus



Ausblick



Der Koalitionsvertrag 2009

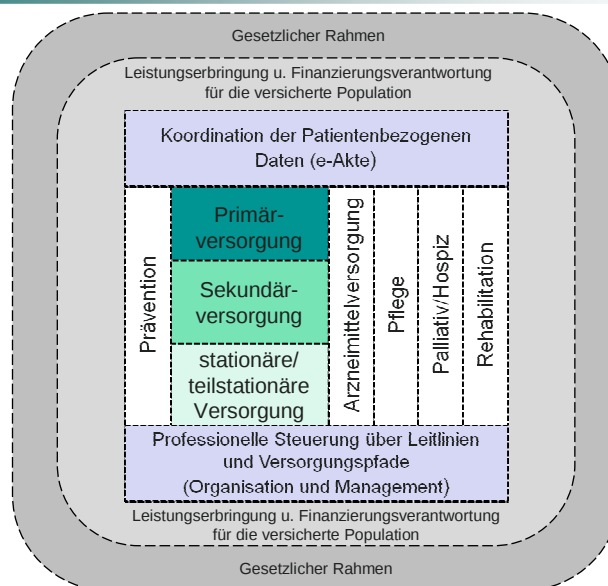
Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sollen nur unter bestimmten Voraussetzungen zugelassen werden. Geschäftsanteile können nur von zugelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Krankenhäusern gehalten werden. Wesentlich ist dabei vor allem, dass die Mehrheit der Geschäftsanteile und Stimmrechte Ärztinnen und Ärzten zusteht und das MVZ von Ärztinnen und Ärzten verantwortlich geführt wird. Für den Bereich unterversorgter Gebiete soll eine Öffnungsklausel für Krankenhäuser vorgesehen werden, wenn keine Interessenten aus dem Bereich der Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung stehen



Kauder will mehr MVZ

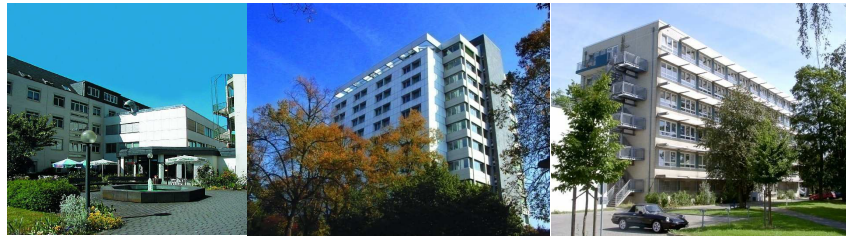
Der Unions-Fraktionsvorsitzende Volker Kauder hat sich für medizinische Versorgungszentren stark gemacht. „Wir dummen Juristen haben schon vor Jahren erkannt, dass Einzelkanzleien keinen Sinn machen“, sagte Kauder am Donnerstagabend beim Jahresempfang des baden-württembergischen CDU-Sozialflügels in Stuttgart. Er wünsche sich, dass diese Erkenntnis sich auch unter den Ärzten durchsetze. 70 Prozent der neuen Mediziner seien Frauen, von denen sich viele nicht unbedingt selbstständig machen wollten.

URL dieses Beitrags: <http://www.facharzt.de/a/a/89711/>





StiftungsKlinikum
Mittelrhein



3 x SKM – Ihr Gesundheitsgewinn

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



Deutsches Netz
Gesundheitsstandorte
Krankenhaus gem. e.V.



Health
Promoting
Hospitals

Ein Netz der
Weltgesundheitsorganisation
(WHO)

