

A. Goepfert | R. Bühn
C.B. Conrad (Hrsg.)

Das Krankenhaus- MVZ

Planung, Aufbau, Betrieb



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

BEITRAG: „ZUKUNFT AMBULANTER VERSORGUNG“

Dr. Manuel Iserloh, Dr. Thorsten Kehr, Seiten 211-229

BUCHPROJEKT „DAS KRANKENHAUS-MVZ“

Hrsg. von A. Goepfert, R. Bühn, C. B. Conrad
MWV - Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
Publikation: Juni 2016
ISBN 978-3-95466-229-6

Über das Buch

Krankenhaus-MVZ als Erfolgsmodell für die Zukunft

Medizinische Versorgungszentren spielen im Rahmen der Gesundheitsversorgung eine immer wichtigere Rolle, allerdings sind MVZ alleine kaum wirtschaftlich gewinnbringend zu betreiben. In Krankenhausträgerschaft bieten sich neben einer umfassenden, intersektoralen Versorgung für den Patienten weitere Synergien für den ambulanten und stationären Sektor selbst. Im Zuge einer zunehmend wettbewerbsorientierten Branche und Aufweichung der Sektorengrenzen bietet diese Versorgungsform, neue patientenorientierte Optionen für das Krankenhaus.

Das Buch vermittelt – mit direktem Praxisbezug – alles Wissenswerte zu Planung, Aufbau und Betriebsführung von Medizinischen Versorgungszentren in Krankenhausträgerschaft sowie über die Schnittstellen zwischen den Sektoren. Konkret wird auf die operativen Fallstricke, den strategischen Mehrwert aber auch den Gestaltungsspielraum eingegangen.

Das Buch richtet sich an alle Akteure, die sich für diese Versorgungsform des Medizinischen Versorgungszentrums interessieren, sich konkret mit einer Neugründung befassen oder sich als Betreiber weitergehende Aspekte erschließen möchten.

- neue, patientenorientierte Versorgungsform
- bessere Vernetzung von stationär und ambulant
- zukunftsgerichtete Option für Krankenhausträger

Inhalt

I	Rahmenbedingungen	1
1.	Marktregulierende Mechanismen	3
	<i>Nadine Sterley</i>	
2.	Rechtliche Rahmenbedingungen	25
	<i>Hendrik B. Sehy</i>	
3.	MVZ-Markt.....	43
	<i>Nils F. Wittig</i>	
II	Aufbau und Organisation	57
1.	Organisation- und Managementstruktur MVZ	59
	<i>Rainer Bühn</i>	
2.	Leistungsbereiche und Prozesse.....	77
	<i>Thomas Pfeifer und Thomas M. Lüttgen</i>	
3.	Bauliche Besonderheiten des Krankenhaus-MVZ	99
	<i>Linus Hofrichter</i>	
4.	Aufbauorganisation in Medizinischen Versorgungszentren	115
	<i>Claudia B. Conrad</i>	
5.	Kommunikation in Aufbau und Betrieb	131
	<i>Axel Kühn und Felix H. Kühn</i>	
6.	Ethik vs. Ökonomie – Mehrwert der MVZ-Struktur am Beispiel chronisch-entzündlicher Darmerkrankungen	157
	<i>Gerd-Rüdiger Franke</i>	
7.	Das MVZ als Arbeitgeber	165
	<i>Susanne Müller und Roland Strasheim</i>	
III	Schnittstellen	179
1.	Das MVZ im Spannungsfeld der Sektoren	181
	<i>Rolf Hildebrandt</i>	

2. Wirtschaftsplanung	197
<i>Oliver Frielingsdorf</i>	
3. Reporting und Kennzahlen	201
<i>Oliver Frielingsdorf</i>	
4. Zukunft ambulanter Versorgung	211
<i>Manuel Iserloh und Thorsten M. Kehr</i>	
IV Betriebsführung	231
1. Bedeutung eines Krankenhaus-MVZ	233
Andreas Goepfert	
2. Strategie und Selbstverständnis von Krankenhaus-MVZ	249
Rainer Bühn	
3. Akquise von Kassensitzen und die Bedeutung des Gutachtens	257
Klaus Axmann und Anja Riediger	
4. Übernahme und Integration von MVZ-Praxen	267
<i>Rainer Bühn</i>	
5. Risiko bei der Betriebsführung eines MVZ	275
Philipp Lindenmayer, Wilhelm Schierle und Michael Stoll	
Sachwortverzeichnis	297
Autorenporträts.....	301

ZUKUNFT AMBULANTER VERSORGUNG

Dr. Manuel Iserloh, Dr. Thorsten Kehr

An Ideen und guten Ratschlägen für die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung in Deutschland mangelt es nicht. Politik, Kostenträger und Leistungserbringer diskutieren miteinander, streiten aber auch genauso intensiv. Interessant ist daher eine strukturierte Betrachtung der bekannten und eher unbekannt Modelle, die insbesondere im Übergang zwischen ambulantem und stationärem Sektor und innerhalb der ambulanten Versorgung eine Rolle spielen oder spielen können. Einer positiven, veränderungsbereiten Philosophie folgend behandeln die folgenden Abschnitte Szenarien und Einschätzungen einer sinnvollen und realistischen zukünftigen Entwicklung der Gesundheitsversorgung.

Zunehmende Ambulantisierung

Bezogen auf die Gesundheitsausgaben wurde in 2013 mit 155.513 Millionen Euro der größte Anteil der Gesamtausgaben des deutschen Gesundheitswesens (in Summe 314.939 Millionen Euro) für die Versorgung in ambulanten Einrichtungen aufgebracht (Statistisches Bundesamt 2015). Die Kosten der ambulanten Gesundheitsversorgung sind dabei über die Jahre kontinuierlich gestiegen, zuletzt von 2012 auf 2013 um 4,1 Prozent. Der Anteil der Arztpraxen an diesen Kosten betrug zuletzt 30 Prozent. Die Kostensteigerung spiegelt sich in einer steigenden Anzahl ambulanter Behandlungsfälle wider: im Jahr 2013 wurden 693 Millionen Behandlungsfälle bei 76 Millionen Personen erbracht, dies ist eine Steigerung zum Vorjahr um 3,1 Prozent (Statista 2015).

Die Entwicklungszahlen der ambulanten Gesundheitseinrichtungen zeigen für die Praxen (haus- und fachärztliche sowie versorgungsbereichsübergreifende Einzel- und Gemeinschaftspraxen) seit 2010 ein stabiles, jährlich um ca. 1-2 Prozent abnehmendes Niveau auf zuletzt 83.249 Praxen in 2014 (Bundesarztregister 2015). Die Anzahl der Medizinischen Versorgungszentren ist nach gleicher Statistik demgegenüber seit Einführung des Modells durchgehend auf zuletzt 2.073 in 2014 gestiegen. Die MVZ dürften damit wesentlich den Rückgang um 11.350 Praxen seit 2005 erklären.

Aus dem Wachstum der Kosten und Leistungszahlen der ambulanten Gesundheitsversorgung ist für die Vergangenheit eine Leistungsverschiebung zwischen den Sektoren von

stationärer hin zu mehr ambulanter Leistungserbringung auch unter Berücksichtigung der Strukturveränderung innerhalb des ambulanten Bereichs nicht zu belegen. Im Vergleich der jährlichen Wachstumsraten zeigt sich allerdings, dass die Behandlungsfälle im Zeitraum 2005 bis 2010 im ambulanten Bereich doppelt so stark (20,8 Prozent) wie im stationären Bereich (9,8 Prozent) gestiegen sind (Statistisches Bundesamt 2015). In den Folgejahren war die Steigerung vergleichbar. Erst von 2012 zu 2013 stiegen ambulante Fälle wieder deutlich stärker als stationäre (3,1 zu 0,9 Prozent).

Neben der absoluten Zunahme der ambulanten Behandlungsfälle als solche, müssten in Zukunft vermehrt stationäre Krankenhausfälle durch eine optimierte ambulante Versorgung vermieden werden können, so eine aktuelle Studie des IGES-Instituts. Demnach könnten jährlich ca. 2 Millionen Fälle (insbesondere Notfallaufnahmen und Kurzlieger) ambulant statt stationär behandelt werden (IGES Institut 2015). Bezogen auf die Gesamtanzahl der ambulanten Behandlungsfälle wird dieses zusätzliche Volumen in den aktuellen Strukturen ohne Bedarf an weiteren ambulant tätigen Ärzten oder Einrichtungen aufgehen.

ZUKUNFT AMBULANTER VERSORGUNG

Treiber der Ambulantisierung

Eine zunehmende Ambulantisierung leitet sich entsprechend nicht aus der Fortführung der bisherigen Strukturen und Fallentwicklungen ab, sondern aus einer grundsätzlichen Veränderung von Leistungsbedarf und Leistungserbringung. Deren Treiber sind insbesondere Folgende:

- Die **demographische Entwicklung** der Bevölkerung und die damit verbundene Verschiebung der Konstitution von Patienten (Lebenserwartung und Komorbiditäten) sowie in Folge der relevanten Diagnosen.
- Die **Zunahme des Gesundheitsbewusstseins** in der Bevölkerung, die sich bereits regelmäßig mit Prävention und Vorsorge auseinandersetzt und sich im Krankheitsfalle aktiv zu Behandlungsoptionen informiert und verstärkt bewusst für einen Leistungserbringer entscheidet.
- Die **Entwicklung der Medizintechnik**, die z.B. durch die Entwicklung verbesserter bildgebender Diagnostik die Identifizierung von Krankheitsursachen und ihre gezieltere Behandlung ermöglichen.
- Die **Weiterentwicklung der Medizin** in fokussierten und schonenderen Behandlungsverfahren, die Aufwand, Nebenwirkungen und Risiken soweit reduzieren, dass ein stationärer Aufenthalt nicht mehr erforderlich ist.
- Die **Zielsetzungen der Akteure im Gesundheitssystem** (insbesondere Gesetzgeber und Kostenträger), die eine optimale Qualität und Leistung zu möglichst geringen Kosten in der Gesamtversorgung anstreben.

Analog einem klassischen Marktmodell verschiebt sich auch in der Gesundheitsversorgung demnach Angebot und Nachfrage. Einer wachsenden ambulanten Patientenklientel werden mehr und bessere ambulant erbringbare Leistungen gegenüberstehen. Die Vorteile werden insbesondere in der Behandlung chronisch Kranker liegen, deren Betreuung in Disease Management Programmen (DMP) zu einem höheren Maße in ambulanten Strukturen erfolgen kann. Für Langzeitkranke oder Hochrisikopatienten besteht durch eine leistungsfähigere ambulante Versorgung die Möglichkeit, wohnortnah und flexibler behandelt zu werden, so dass die Integration in den Lebens- und Berufsalltag verbessert wird und den Patienten mehr Selbständigkeit erlaubt

Fokussierung der Leistungserbringer

Jenseits der besonderen Patientenkollektive wird insbesondere die Nachfrage nach schneller und optimierter Erbringung von Leistungen dazu führen, dass sich die Leistungserbringer in ihren Leistungsbereichen stärker fokussieren, um ihr Angebot auf die Nachfrage sowohl aus Erlössicht (Gewinnung von Patienten, Fallspektrum, Leistungsspektrum) als auch aus Zwang zur Kostenoptimierung (Qualität, Standardisierung, Ressourcenauslastung) abzustimmen. In Folge wird eine stärkere Ambulantisierung zu einer Veränderung der gesamten Versorgungsstruktur führen, wie Abbildung 1 verdeutlicht.

Die Fokussierung wird dazu führen, dass die Leistungserbringer nach Möglichkeit nicht mehr in allen Bereichen vollumfänglich agieren, sondern Kernleistungsbereiche mit hoher Qualität und Effizienz ausbilden. Zusätzlich zu diesen Kernbereichen werden notwendige Leistungen, z.B. zur Sicherstellung der Daseinsvorsorge oder als Backup für andere Leistungserbringer, als Supportleistungen erbracht.

In diesem Modell ist die Fokussierung der Krankenhäuser auf die Notfallversorgung und die Komplexversorgung auf dem Niveau eines Schwerpunkt- bzw. Maximalversorgers als Kernleistung zu erwarten, ggf. reduziert auf bestimmte Fachabteilungen oder Schwerpunkte. Diagnostik und Basisversorgung auf dem Niveau eines Grund- und Regelversorgers werden sich wo immer möglich in stärker ambulant ausgerichtete Strukturen verschieben (z.B. Zentren).

Die Fokussierung der Krankenhäuser bedingt eine weitere Ertüchtigung der ambulanten Strukturen, um z.B. die Aufgaben der Diagnostik oder auch der Basisversorgung so weit wie möglich und sinnvoll auf dem Niveau leisten zu können, auf dem bisher in erster Linie die stationäre Versorgung arbeitet. Die weitergehende Zuordnung von Leistungen auf die Beteiligten der Versorgung ist erforderlich, um insbesondere Ressourcen (Ausstattung, Personal, Finanzierung) dediziert planen und auslasten zu können. Die heute bereits existierenden Zentrumsstrukturen werden dazu ausgebaut und als wesentliche Stufe der Versorgungskette etabliert werden müssen, weil die notwendigen Ressourcen und Infrastrukturen nicht dezentral auf Ebene der niedergelassenen Ärzte sinnvoll vorgehalten werden können. Gut aufgestellte Zentren werden als enge Partner der Krankenhäuser mit diesen gemeinsam den

ZUKUNFT AMBULANTER VERSORGUNG

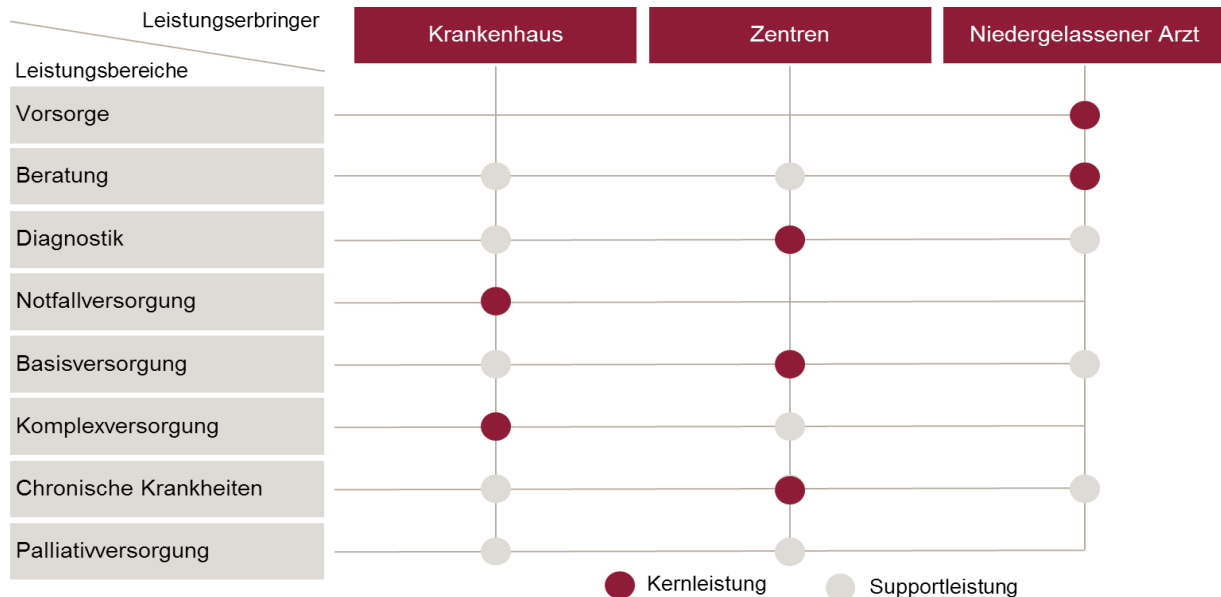


Abbildung 1. Zukünftige Kernleistungsbereiche der Leistungserbringer aufgrund zunehmender Ambulanteleistungen

Übergang zwischen ambulantem und stationärem Sektor managen und Behandlungsfälle bedarfsgerecht dort behandeln, wo eine qualitativ optimale Versorgung in den effizientesten Strukturen erbracht werden kann.

Der niedergelassene Arzt wird für die Patienten insbesondere in Fragen der Vorsorge und zur allgemeinen Gesundheitsberatung weiterhin zentraler erster Ansprechpartner sein. Er entscheidet in seiner Rolle als Berater und Patientenmanager über die Weiterleitung an ein Zentrum oder ein Krankenhaus.

Organisatorische und strukturelle Vernetzung

Durch die Fokussierung der Leistungserbringer wird die Zusammenarbeit der einzelnen Akteure, sowohl innerhalb der ambulanten als auch zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, wichtiger und anspruchsvoller. Neben der guten Kenntnis der Patientensituation (Anamnese, Diagnose, erfolgte Diagnostik bzw. Behandlung und Medikation) bei jedem aufnehmenden Akteur (Übergabeprozess), muss das jeweilige Leistungsspektrum der Akteure für einen aus Patientensicht optimalen Behandlungsablauf transparent sein (Übergabeziel). Im Idealfall kann jeder Akteur auf ganz spezielle Präferenzen abstellen und nur mit den Leistungen zur Versorgung beitragen, für die er am besten qualifiziert und ausgestattet ist. Damit die Akteure einzeln optimal beraten, diagnostizieren und

behandeln können, und gleichzeitig zusammen die Gesundheitsversorgung möglichst qualitativ hochwertig und effizient sicherstellen, ist eine Vernetzung der Akteure erforderlich. Diese Vernetzung wird mit mehr Verbindungen sowohl vielfältiger als auch durch mehr Kontakte intensiver sein, als es in der heutigen Kommunikation zwischen niedergelassenem Hausarzt und Facharzt oder einweisenden Ärzten und Krankenhaus in der Regel der Fall ist.

Die Vernetzung soll schon seit Jahren insbesondere aus technischer Sicht verbessert werden, um den Austausch von Patientendaten, Versicherten- und Abrechnungsinformationen zu erleichtern. Die Bemühungen orientieren sich in der Regel stark an der heutigen Sektorenaufteilung und versuchen, über die vorhandenen sektoralen Systemlandschaften Brücken zu schlagen. Darüber hinaus ist aber eine umfassendere organisatorische und strukturelle Vernetzung erforderlich, die es erlaubt, in der Gesundheitsversorgung eine Arbeitsteilung durch die Abstimmung von Abläufen und Ressourcen zu etablieren. Verträge zur Integrierten Versorgung (IV) sind Beispiele für diese Abstimmung und belegen deren Umsetzbarkeit. Wird neben der horizontalen oder vertikalen Vernetzung in der Versorgungskette (z.B. Zusammenschluss von Fachärzten in einem MVZ bzw. Kooperation eines niedergelassenen Facharztes mit einem Krankenhaus) auch noch die räumliche Vernetzung betrachtet, ergibt sich die Möglichkeit einer

ZUKUNFT AMBULANTER VERSORGUNG

Gliederung der gesamten Gesundheitsversorgung in eine flexible und dynamische Netzwerkstruktur mit ausgeprägter ambulanter Ausrichtung.

Abbildung 2 veranschaulicht das Zusammenspiel einer vernetzten Gesundheitsversorgung unter Berücksichtigung des Fokussierungsgedankens der einzelnen Akteure auf die qualitativ hochwertige, effiziente und zeitnahe Erbringung von Kernleistungen.

Um die Versorgung auch in ländlichen Gebieten mit der gleichen Zielsetzung realisieren zu können, ist darin ausserdem eine Detaillierung in Richtung Arzt-entlastender Profile und der Einbindung von Dienstleistern und Fachkräften sinnvoll. Deligierbare ärztliche Leistungen und spezialisierte Aufgaben werden teils schon heute auf Expertenniveau in eigenen Strukturen aufgebaut und effizient erbracht, wie zum Beispiel in der häuslichen Intensivpflege oder der Heimbeatmung.

Um begrenzte Kapazitäten in der Versorgung im ländlichen Bereich zu kompensieren, bietet sich der Einsatz von erfahrenen und speziell geschulten Fachkräften an, die den Wirkungskreis des Hausarztes verlängern und intensivieren. In

den Ländern Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen und Sachsen-Anhalt wurden dazu Modellprojekte „AGnES“ (Arzt-entlastende Gemeindefahe E-Health-gestützte Systemische Intervention) erfolgreich durchgeführt und derzeit fortgesetzt (Gesundheitsministerium Brandenburg 2013). Die Fachkraft übernimmt dabei Hausbesuche und die Betreuung von Patienten im Sinne eines Fallmanagers inkl. „der Erhebung diagnostischer Parameter, [...] der Dokumentation von Krankheitssymptomen und medizinisch relevanten Ereignissen sowie der Beratung. [...] Hinzu kommen medizinische Tätigkeiten wie beispielsweise Blutentnahmen, Injektionen oder Wund- und Dekubitusbehandlungen. Das Leistungsprofil des Hausarztes ändert sich durch die Etablierung eines „Schwester-Agnes-Netzes“ um den Hausarzt herum in eine ambulante lächenversorgung, die auch in einem Rotations- bzw. Vertretungsprinzip gemeinsam durch ein Hausarzt-Netz abgedeckt werden kann.

Bei einem weiter steigenden Volumen an ambulanten Behandlungsfällen ist davon auszugehen, dass die Kooperation zwischen Ärzten und die Überweisung von Patienten insgesamt dynamischer sein muss, und dies in Arzt-Netzen flexibler und einfacher ist. Regelzentren, die heute vielfach informell

Akteur	Beschreibung	Lokalisierung
Dienstleister	Nicht-ärztliche Berufe, die an der Versorgung von Patienten und Pflegebedürftigen arbeiten und eigenständig handeln können, z.B. in der Rehabilitation, der Therapie oder auch der besonderen Versorgung wie Palliativ- oder häuslicher Intensivpflege	Ländlicher Bereich, Dorfstruktur, Kleinstadt
AGnES	Besonders qualifizierte Fachkraft in der Fläche, die den Hausarzt in der Patientenbetreuung unterstützt (AGnES=Arzt-entlastende, Gemeinde-nahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention)	
Hausarzt	Klassischer Allgemeinmediziner, der die erste Anlaufstelle für Patienten bei Krankheit und Fragen darstellt und neben dem Schwerpunkt der Beratung die Ersteinschätzung über Behandlungsbedürftigkeit und -ort trifft	
Regel-Zentrum	Zusammenschluss von Ärzten, z.B. nach den Vorgaben für ein MVZ, ohne besondere zusätzliche Spezialisierung auf Krankheiten oder Organe bzw. spezielle Leistungen	Städte, Unterzentren
Facharzt	Fachärzte entwickeln ihre Leistungen entsprechend Demographie und Fortschritt der Medizin weiter, können mehr Behandlungen ambulant erbringen	Kreisstädte, Mittelzentren
Spezial-Zentrum	Fachärzte teilen sich kostenintensive Medizintechnik und bilden gemeinsam Fach-Zentren auf diagnose- und behandlungsspezifisch besonderem Leistungsniveau	
Krankenhaus	Krankenhäuser erbringen Diagnostik und medizinische Behandlung, die nicht in den vorgelagerten Netzwerkstrukturen erbracht werden und besondere Kompetenzen oder Ressourcen erfordern, die nicht in der Fläche verfügbar / erforderlich sind	Großstädte, Regionale Zentren

Abbildung 2. Vernetzte Versorgung durch inhaltlich und räumlich fokussierte Akteure

ZUKUNFT AMBULANTER VERSORGUNG

bestehende Kooperationen in rechtliche Strukturen bringen, werden sich daher auch unabhängig von Spezialisierungen stärker ausprägen. Die Fachärzte entwickeln ihre Leistungen entsprechend Demographie und Fortschritt der Medizin weiter und können zukünftig daher mehr Behandlungen ambulant erbringen. Voraussetzung wird die verstärkte Bildung von gemeinsamen Spezial- oder Fachzentren sein, in denen sich Fachärzte kostenintensive Großgeräte und Medizintechnik teilen und sich somit auch diagnose- und behandlungsspezifisch ein zuvor den Krankenhäusern vorbehaltenem Leistungsniveau in der ambulanten Versorgung nähern. Diese Zentren werden auch räumlich in verkehrstechnisch günstig gelegenen Städten und Mittelzentren die Brücke zwischen der Flächenversorgung und der Krankenhausversorgung bilden. Die Vernetzung der Spezial-Fach-Zentren und Arzt-Netze an räumlich und versorgungsseitig zentral positionierte Krankenhäuser ermöglicht diesen, relevante Behandlungsfälle bei Bedarf einfach und schnell zu übernehmen bzw. geeignete Fälle für eine direkte Aufnahme bestmöglich vorzuselektieren, so dass sie ihre Ressourcen und Auslastung besser planen und steuern können.

Bei konsequenter Umsetzung des Netzwerkansatzes wird das Wachstum der stationären Fälle hinter dem der ambulanten Behandlungen in Zukunft zurückfallen: einerseits wird das ambulante Fallvolumen aufgrund der zuvor beschriebenen Treiber in sich wachsen, andererseits wird die Verschiebung von stationärer zu ambulanter Behandlung das Wachstum der stationären Fälle in den Krankenhäusern anteilig kompensieren.

MVZ in 10 Jahren

Die medizinischen Versorgungszentren machen mit 2.073 Zulassungen per 31.12.2014 im Vergleich zu den Praxen noch einen kleinen Anteil an der ambulanten Versorgungslandschaft aus, bilden mit ihren 13.465 tätigen Ärzten aber bereits in den heutigen Modellen relevante Strukturen aus (KBV 2015a). Laut kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) liegt die durchschnittliche Anzahl bei 6,5 Ärzten pro MVZ (Stand 2014). Heute wird knapp die Hälfte der MVZ in Kernstädten betrieben, nur 14 Prozent in ländlichen Gemeinden. Bei 38,4 Prozent oder 843 MVZ sind Krankenhäuser an der Trägerschaft beteiligt, auf die auch mit 6.325 Ärzten die Hälfte der 12.119 angestellten Ärzte entfällt.

In der heutigen Struktur ist das MVZ also in erster Linie dort zu finden, wo üblicherweise bereits eine hohe Dichte ambulanter Versorgung vorherrscht und Ärzte an einem zentralen Ort lokal arbeiten wollen. Mit Inkrafttreten des Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) zum 01. August 2015 hat sich die Gesetzeslage geändert, da jetzt arztgruppengleiche MVZ zugelassen werden können und auch Kommunen insbesondere im ländlichen Raum MVZ errichten dürfen. Die KBV geht davon aus, dass MVZ weiter wachsen und Kassensitze kaufen werden, und sich somit weniger Ärzte selbständig in einer Einzelpraxis niederlassen. Kommunen sollten nach einer KBV-Stellungnahme daher keine MVZ errichten dürfen, da sie damit in direkte Konkurrenz zu privaten MVZ Betreibern treten.

Die erfolgte Gesetzesänderung zur weiteren Öffnung der MVZ bedeutet also sowohl aus Sicht der Bund-Länder-Arbeitsgruppe als auch der KBV, dass dem MVZ eine wesentliche Rolle in der Gesundheitsversorgung zugerechnet und ein weiteres Wachstum erwartet wird.

Mit der Erleichterung der Gründung von MVZ ist auch eine Weiterentwicklung der MVZ-Modelle zu erwarten. Ein MVZ als vorgelagerte Struktur für Krankenhäuser zu nutzen, wird bereits heute unter dem Ansatz von Portal-MVZ genutzt (Münch und Scheytt 2014). In der Regel sind die Portal-MVZ allerdings exklusiv bestimmten Krankenhäusern zugeordnet, die auch in der Trägerschaft des MVZ stehen; damit ist das Portal-MVZ keine offene Netzwerk-Komponente der Gesundheitsversorgung, sondern fokussiert auf die Zuweisung von Patienten. Die Nutzung von MVZ zur Abdeckung von Versorgungsengpässen in ländlichen Regionen, in denen sich Hausärzte zusammenschließen und neben der Versorgung im Stadtgebiet eine Landversorgung mit abdecken, ist realistisch; die vermehrte Gründung von MVZ auf dem Land ist dagegen unwahrscheinlich.

Eine isolierte Gründung von MVZ durch Kommunen wird sowohl wirtschaftlich als auch aus Versorgungssicht schlecht darstellbar sein. Sinnvoll ist aber eine Integration der stationären Versorgung durch kommunale Krankenhäuser mit der ambulanten Versorgung in kommunalen Land-MVZ, die in Trägerschaft des Krankenhauses stehen, und somit Interessenskongruenz von Kreistag bzw. Stadtrat über die Geschäftsführung der Klinik bis hin zur Geschäftsführung des MVZ erzeugen.

ZUKUNFT AMBULANTER VERSORGUNG

MVZ Stakeholder Perspektiven

Nachdem die Gesetzeslage weiter geöffnet ist, hängt die zukünftige Entwicklung der MVZ wesentlich davon ab, welche Interessen sich durchsetzen. Neben den niedergelassenen Ärzten verfolgen aus dem Kreis der Stakeholder insbesondere Krankenhäuser und das Gesundheitssystem Interessen aus Sicht von medizinischem Angebot und wirtschaftlichem Ergebnisbeitrag sowie der Finanzierung. Die Patienten wünschen sich auf der anderen Seite eine optimale Organisation der Gesundheitsversorgung insgesamt und beeinflussen damit die Entwicklung durch Nachfrage und Präferenz der Anlaufpunkte.

In vielen Punkten haben die Stakeholder somit aber auch gleiche Interessen, die durch ein MVZ bereits bedient werden bzw. bedient werden könnten. Es ist zu erwarten, dass MVZ eine zentrale Position in der Gesundheitsversorgung einnehmen werden und im Übergang zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zunehmend wichtig werden. Dafür werden MVZ ihre Infrastruktur und Ausstattung weiter ausbauen, sei es, um ihr Leistungsspektrum im Rahmen von weiterer Spezialisierung zu verbessern oder in der Anbindung an Krankenhäuser bzw. der Übernahme von Krankenhausleistungen, die (zukünftig) in MVZ-Strukturen abbildbar sind.

Den Übergang von Leistungen vom Krankenhaus hin zu den MVZ werden die MVZ selbst aber nur begrenzt durch die Qualifikation des Personals, Investitionen und Marktansprache auslösen können. Entscheidend wird das Interesse des Gesundheitssystems sein, einen grundsätzlichen Übergang definierter Fälle inkl. zur Behandlung erforderlicher Ressourcen in den ambulanten Sektor hin zu den MVZ regeln.

MVZ werden weiterhin besonders aufgrund des Interesses der niedergelassenen Ärzte und der Studiumsabsolventen an modernen Arbeitsmodellen wachsen. Eine ausgewogene Belastungssituation in der Selbständigkeit als niedergelassener Arzt mit der wirtschaftlichen Administration und damit dem ökonomischen Erfolg der Praxis zu vereinbaren, ist herausfordernd. In der MVZ Struktur gibt der Vertragsarzt wie der angestellte Arzt zwar ein Stück seiner Eigenständigkeit auf, profitiert aber von der Substituierbarkeit in bestimmten Kernaufgaben und der Entlastung in Verwaltung und Administration. In einem MVZ können die Ärzte wie auch die

Fachkräfte in Pool-Modellen arbeiten und somit auch Teilzeitbeschäftigung oder flexible Arbeitstage realisieren. Die Flexibilisierung wird bis zu Job Sharing Modellen führen, in denen sich mehrere Ärzte eine Aufgabe teilen, z.B. die Hausarztprechstunde auf dem Land. Job Sharing könnte auch mit neuen Berufsgruppen erfolgen, die einen Personalengpass reduzieren oder das Arbeitsspektrum des Arztes auf dessen höchsten Wertbeitrag optimieren. In MVZ-Strukturen ist eine Arbeitsteilung leichter abbildbar, da eine kritische Masse entsteht und die dedizierte Besetzung und Organisation der entstehenden Profile wirtschaftlich abbildbar ist. Daher wird nicht nur die Anzahl der MVZ weiter steigen, sondern auch insbesondere die durchschnittlichen Anzahl an Ärzten pro MVZ.

Neben den direkt zum Wachstum der MVZ beitragenden Arztinteresse bedingt der Wandel des Patientenbewusstseins eine höhere Nachfrage nach Leistungen, die der einzelne niedergelassene Arzt nicht mehr fachlich oder wirtschaftlich abdecken kann. Der Gesprächs- und Beratungsbedarf beim Arzt wird aufgrund verfügbarer Internetquellen stark ansteigen und überschreitet bei vollständiger Bedienung die abrechenbaren Leistungen. In einem MVZ besteht die Möglichkeit, diesen Zusatzaufwand besser quer zu subventionieren oder zumindest teilweise durch spezielle Rollen abzudecken.

Zum anderen wollen Patienten stärker in die Auswahl einer geeigneten Behandlung oder Therapie eingebunden werden. Der Wunsch, vor einer Operation zu einem oder mehreren Spezialisten zu gehen, bei bestimmten Krankheitsbildern grundsätzlich eine Zweitmeinung einzuholen oder konservative und operative Behandlungsverfahren gestuft anzugehen, kann in einem entsprechend besetzten MVZ leicht und ohne zusätzlichen Administrationsaufwand erfolgen. Patienten werden für den optimalen Service und die kurzen Wege auch selbst zahlen oder private Zusatzversicherungen abschließen.

MVZ Kriterien und Gestaltungsoptionen

Die Gestaltungsoptionen für MVZ sind schon heute sehr vielfältig und lassen sich in folgende Kriteriengruppen gliedern: Versorgungsraum, -struktur und -breite, das Leistungsspektrum und die Patientenzielgruppe, die Organisation und Infrastruktur sowie die Finanzierung.

ZUKUNFT AMBULANTER VERSORGUNG

Die Versorgungsaspekte sind dabei teils exogene Faktoren, die durch die Entwicklung des Gesundheitssystems fremdbestimmt sind (z.B. eine Veränderung der Struktur der Sektoren und der Übergang zwischen diesen), teils endogene Faktoren, wie z.B. in der Entscheidung des MVZ Trägers für eine lokale oder regionale Aufstellung des MVZ oder der Ausprägung von Kooperationen. Patientenzielgruppe und Leistungsspektrum stehen in engem Zusammenhang und bedingen eine strategische Abwägung von erwarteter Entwicklung der Krankheitsbilder, vorhandener bzw. benötigter Qualifikation der Ärzte und dem zu behandelnden Patientenkontext. Ihnen stehen weitreichende Gestaltungsoptionen in der Organisation und der Infrastruktur gegenüber, die auf das Leistungsspektrum innerhalb der Versorgungskriterien abgestimmt werden müssen. Die Klammer über alle Kriterien wie die Finanzierung bilden, bei der Ärzte und Träger auf absehbare Zeit weiterhin durch die intelligente Kombination der übrigen Kriterien eine wirtschaftliche Leistungserbringung und damit den ökonomischen Erfolg des MVZ erreichen müssen. Das MVZ kann damit in Vergleich zu Praxen ein sehr komplexes Konstrukt sein, wie Abbildung 3 zusammenfassend illustriert.

Es ist zu erwarten, dass sich die spürbarsten Veränderungen im Organisations- und Ressourcen-Strukturmodell manifestieren werden. Aus dem Wachstum der durchschnittlichen Anzahl der Ärzte pro MVZ ist schon heute zu erkennen, dass sich die Personalstruktur zu einem modernen Arbeitsmodell entwickelt, in dem sich Arbeits- oder Expertenteams um die bestmögliche Behandlung des Patienten kümmern. In Zukunft wird sich daher auch das Arbeitsprofil und der Bedarf an weiteren Dienstarbeitern im MVZ ändern. Auch eine Integration von sonstigen Heilberufen, die für spezielle Behandlungen oder eine Ausrichtung auf DMPs relevant werden, ist bei entsprechender MVZ-Ausrichtung sinnvoll. Möglicherweise werden sich mit wachsender MVZ-Größe auch neue Profile ergeben, die heute nur in Kliniken und Krankenhäusern eine Rolle spielen, wie z.B. Case Manager, Kodier- und Abrechnungsspezialisten oder Administratoren.

Herausfordernd und spannend wird für die Frage nach dem optimalen Organisations- und Ressourcen-Strukturmodell die Klärung der Optionen sein: was muss zwingend in einem MVZ erbracht und vorgehalten werden, was kann optional in einem MVZ sinnvoll sein und was sollte perspektivisch nur ausserhalb



Abbildung 3. Kriterien zur Ausgestaltung von MVZ-Strukturen

ZUKUNFT AMBULANTER VERSORGUNG

eines MVZ erbracht werden, weil es intern nicht qualitativ angemessen und wirtschaftlich erbracht werden kann. Die Wahl der richtigen Kombination aus Sicht einer optimalen Gesundheitsversorgung einerseits und unternehmerischer Sicht eines MVZ-Betreibers andererseits wird zunächst immer eine individuelle Entscheidung bleiben müssen, solange sich auch aus Systemsicht noch keine neuen Standardmodelle etabliert haben. Die Halbwertszeit der Entscheidung wird dabei gering sein, die MVZ-Aufstellung wird regelmäßig zu überprüfen und schneller als bei einer Praxis oder einem Krankenhaus anzupassen sein.

Zukunftsmodell MVZ

Wird die These konsequent weiterverfolgt, dass sich MVZ zu einem leistungsfähigen und zentralen Bestandteil der Versorgungskette an der Schnittstellen zwischen ambulantem und stationärem Sektor entwickeln, werden MVZ näher an die Krankenhäuser rücken. Dies betrifft sowohl die räumliche Situation, als auch die Leistungserbringung. Im Zielmodell ist eine enge Zusammenarbeit von MVZ und Krankenhaus realistisch, die gemeinsam die Versorgung von behandlungsbedürftigen Patienten wahrnehmen. In diesem Modell arbeitet ein einzelnes MVZ mit einem einzelnen Krankenhaus exklusiv und langfristig zusammen. Die enge Verbindung ermöglicht dann eine Verzahnung der Leistungserbringung in einem gemeinsamen Prozessablauf (s. Abbildung 4).

MVZ und Krankenhaus sind auf dem gleichen oder angrenzenden Gelände verortet und teilen sich Ressourcen und

Aufgaben der Krankenversorgung. Das MVZ übernimmt die Erbringung der ambulanten Leistungen, während sich das Krankenhaus auf die stationären Leistungen fokussiert. Das bedeutet, dass auch die durch das Krankenhaus ambulant behandelbaren und abrechenbaren Leistungen in das MVZ übergeben werden, die diese in für ambulante Fälle optimierten Prozessen und Strukturen erbringt. Das Krankenhaus hält damit die für die stationäre Versorgung ausgelegten und optimierten Ressourcen von den ambulanten Fällen frei, die für die Krankenhausabläufe hinderlich sind. Rechtliche, organisatorische oder wirtschaftliche Gründe werden voraussichtlich den vollständigen Übergang ambulanter Leistungen aus dem Krankenhaus in das MVZ limitieren, so dass eine stufenweise Ausprägung des Zielmodells und der Verbleib von Restanten in der stationären Struktur zu erwarten sind.

Um ambulante Fälle durchgängig in der ambulanten Struktur zu halten, erfolgt in diesem Modell die Anmeldung und Aufnahme aller Fälle im MVZ, das zur zentralen Erstanlaufstelle für MVZ und Krankenhaus wird. Die Abläufe und das Personal für das Patientenmanagement werden somit gepoolt und können auf Effizienz und Professionalität optimiert werden. Ob im Krankenhaus weiterhin die Notaufnahme erfolgen sollte, damit schwere Fälle direkt in die Behandlung und einen stationären Aufenthalt weitergeleitet werden können, hängt von den Organisationsmöglichkeiten im ärztlichen Personal ab. In jedem Fall sollte die Notaufnahme einem interdisziplinären Ansatz folgen und fachärztlich besetzt sein, damit die Notfälle wie auch die ambulanten und elektiven stationären Fälle qualifiziert in einen einheitlichen Diagnostik- und Triage-Ablauf nach standardisierten Patientenpfaden eingehen. Die Diagnostik

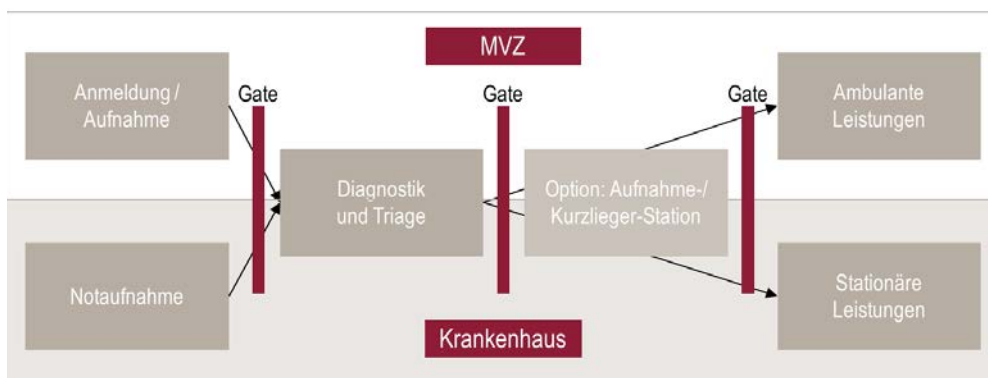


Abbildung 4. Zielmodell einer Struktur- und Prozessintegration von MVZ und Krankenhaus

ZUKUNFT AMBULANTER VERSORGUNG

wird insbesondere für Großgeräte zentral angesiedelt, damit diese für ambulante und stationäre Fälle gleichermaßen effizient genutzt werden können, wie auch für Labor oder Pathologie soweit sie nicht extern vergeben sind. Zusätzlich bietet sich die Einrichtung einer Aufnahme- und Kurzliegerstation an, die einerseits für die Beobachtung ambulant operierter Fälle genutzt werden kann, andererseits die Stationen während eines längeren Diagnostik- und Triage-Prozess von potentiell ambulanten Fällen oder hinsichtlich der zuständigen Fachabteilung unklaren stationären Fällen freihält (Vermeidung primärer bzw. sekundärer Fehlbelegung).

Optional kann das Zielmodell zusätzlich durch ein Gate-Prinzip ergänzt werden, das für den Übergang des Patienten in den nächsten Schritt des Patientenpfads die Erfüllung definierter Bedingungen erfordert. Das Grundmodell wurde ursprünglich für Innovations- und Entwicklungsprozesse entwickelt und inzwischen in diversen Unternehmensmodellen adaptiert. Das Gate-Modell kann im dargestellten Prozessablauf (s. Abbildung 4) am ersten Gate absichern, dass die Diagnostik erst dann begonnen wird, wenn eine vollständige Patientenaufnahme erfolgt ist, eine Aufnahme-DRG dokumentiert wurde und in relevanten Fällen ein Facharzt konsultiert wurde. Somit lässt sich der Umfang und Ablauf der Diagnostik nach einer Standard Operating Procedure (SOP) auf das minimal Notwendige reduzieren. Am zweiten Gate kann auf Basis der strukturierten und vollständigen Informationen und unter Einbezug von vorgegebenen Ärzten oder interdisziplinären Teams die Notwendigkeit einer stationären Behandlung entschieden und angestoßen werden. Bei Unklarheit wird bei Bedarf die Aufnahme- und Kurzliegerstation angesteuert. Diese kann der Patient am dritten Gate verlassen, wenn entweder eine ambulante Behandlung erfolgt ist oder erfolgen wird beziehungsweise aufgrund der Arbeits-DRG eine eindeutige Fachabteilungszuordnung erfolgen kann. Das Gate-Prinzip kann damit die aus einer engen Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung möglicherweise resultierende Handlungsunsicherheit weitgehend reduzieren.

MVZ und Krankenhaus verbinden sich in diesem Modell sehr eng, profitieren gleichzeitig aber auch von der Realisierung zentraler eigener Interessen. Das Krankenhaus verringert das Potential primärer Fehlbelegungen und das Risiko von Kurzliegerabschlagen, während es die Erbringung ambulanter

Leistungen optimiert. Gleichzeitig sichert es sich durch gemeinsame Infrastruktur und Prozesse die Zuweisungen aus dem ambulanten Sektor und eine auf die eigene Einrichtung ausgerichtete optimierte Vorbereitung der stationären Patienten. Das MVZ kann auf der anderen Seite seine Expertise in hochfrequenten, schnellen Patientendurchläufen einbringen und diese auch für das zusätzliche Fallvolumen aus dem Krankenhaus einsetzen. Wesentlich ist darüber hinaus die gemeinsame Nutzung von Großgeräten und Ausstattung, so dass das MVZ die Investitionen und Betriebskosten mit dem Krankenhaus teilen kann.

Um so eng zusammenarbeiten zu können, sind insbesondere der rechtliche Rahmen und die wirtschaftliche Ausgestaltung des Modells wesentlich. Neben einem Kooperationsmodell ist dazu ein Integrationsmodell geeignet. Im Kooperationsmodell arbeiten das MVZ und das Krankenhaus auf Basis einer Vereinbarung zusammen, befinden sich aber nicht in gleicher Trägerschaft. So wird das Krankenhaus ggf. einen Teil der ambulanten Leistungen weiterhin in den stationären Strukturen erbringen, wenn dies zu einer vorteilhafteren Abrechenbarkeit führt. Für die Erbringung oder Inanspruchnahme von Services (z.B. Aufnahme, Untersuchungen, Konsile) sowie die Nutzung von Ressourcen (z.B. Diagnostik, Labor) ist im Kooperationsvertrag ein standardisiertes Leistungsverzeichnis zu vereinbaren. Die Leistungen sind beidseitig zu festgelegten Preisen zu verrechnen, damit Mehr- oder Minderabnahmen nicht zur Weitergabe von ungeplanten Kosten führen. In einem Integrationsmodell ist das Krankenhaus der Träger des MVZ bzw. beide Einrichtungen befinden sich in gleicher Trägerschaft. Das Krankenhaus wickelt über das Tochterunternehmen dann unter gemeinsamer Nutzung der Ressourcen alle Leistungen so ab, dass sich in der Gesamtsicht über beide Einrichtungen eine optimale Erlössituation ergibt. Im Integrationsmodell ist über das Kooperationsmodell hinaus dann z.B. auch die übergreifende Optimierung des Personaleinsatzes möglich.

Für die Wirtschaftlichkeit beider Einrichtungen ist wesentlich, dass insbesondere das Incentive-Modell für die angestellten Ärzte ausreichend Anreiz und leichte Messbarkeit bietet; bereits heute liegt ein Kernproblem des wirtschaftlichen MVZ-Betriebs in der Realisierung angemessener Effizienz- und Kostenstrukturen pro Behandlungsfall und Arzt. Diese Herausforderung wird aufgrund des zukünftigen Volumens an

ZUKUNFT AMBULANTER VERSORGUNG

Behandlungsfällen und Ärzten im MVZ weiter steigen. Zudem muss das Krankenhaus darauf achten, zur Realisierung des Modells erforderliche Kassensitze nicht um der Struktur Willen zu unangemessenen Preisen zu erwerben: die Berechnung eines Business Cases unter Berücksichtigung von Kaufpreis, Fallzahlen und Kostenstruktur sollte immer Voraussetzung einer Kaufentscheidung sein, deren Amortisation allein durch Zuweisungen in den stationären Bereich aufgrund der dargestellten Entwicklung nicht möglich sein wird.

Für viele Krankenhäuser mag der Schritt von einem heutigen Portal-MVZ-Modell, das sich primär durch steigende Zuweisungen in das Krankenhaus rechnet, hin zu einem Integrationsmodell ebenso weit sein, wie für die niedergelassenen Ärzte, die aus einer überschaubaren Selbständigkeit in eine eng verzahnte und komplexe Versorgungsstruktur wechseln. Angesichts der Historie der letzten 10 Jahre dürfte ein Zeitraum von weiteren 10 Jahren aber reichen, um MVZ und Krankenhäuser durch eine schrittweise Annäherung und Intensivierung der Zusammenarbeit zu gemeinsam erfolgreichen Partnern werden zu lassen.

Innovative Versorgungsformen

Die Begeisterung für das Potential einer weiterführenden Vernetzung in der Gesundheitsversorgung wird in der Realität heute dadurch gebremst, dass die Hürden sowohl zur Optimierung der Gesamtstruktur als auch der MVZ noch

vielfältig sind. So erreichen zahlreiche Netzwerkstrukturen bisher nicht die erforderliche kritische Masse oder stehen untereinander systembedingt in Konkurrenz, so dass sie sich noch nicht wirtschaftlich tragen. Eine erfolgreiche Vernetzung bedingt als Voraussetzung auch individuell erfolgreiche Netzwerkpartner. Im Tagesgeschäft sind dann häufig noch die Hürden zu einer Interoperabilität aufgrund von System- und Schnittstellenproblemen und die begrenzte oder zumindest unklare Finanzierungssituation zu überwinden.

Daher besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass neben der dargestellten Weiterentwicklung der MVZ innovative Versorgungsformen zum Tragen kommen werden. In einem vereinfachten Modell bestimmen sich diese innovativen Versorgungsformen durch die vier Dimensionen Ort, Inhalt, Art und Organisation der ersorgungsleistung, wie Abbildung 5 zusammenfasst.

Jede der vier Dimension birgt Potential für die Etablierung neuer Versorgungsformen, wie nicht nur Erfahrungen in anderen Ländern, sondern auch Studien und Ansätze aus Deutschland zeigen. Anhand von vier Beispielen werden im Folgenden die Chancen veranschaulicht, die zur Überwindung der zuvor angeführten Hürden durchaus schon heute konkret bestehen und eine realistische Möglichkeit zu Realisierung haben.



Abbildung 5. Entwicklungsmaßnahmen innovativer Versorgungsformen

ZUKUNFT AMBULANTER VERSORGUNG

Ort: Integration in die Alltagswelt durch MEDI-Center

Durch Netzwerkstrukturen besteht verstärkt die Möglichkeit der Integration medizinischer Leistungen in den Alltag, z.B. zur Prävention oder Kontrolle. Diese Strukturen können sich an Orten befinden, die z.B. auf dem Weg zur Arbeit liegen oder auch hochfrequent in der Freizeit aufgesucht werden. In Stadtsituationen kann eine thematisch passende Integration in Fitnessstudios oder Apotheken erfolgen. Ein sogenanntes „MEDI-Center“ könnte eine solche Struktur darstellen und als Anlaufstelle für die Basisversorgung dienen. Es benötigt ca. 30-50 qm mit 1-2 Untersuchungsräumen zzgl. Nebenräumen und wird durch speziell ausgebildete medizinische Fachangestellte (MFA) besetzt und geführt. Im angelsächsischen Raum werden seit Jahren vergleichbare Strukturen an zentralen Hauptstrassen bzw. Orten in Form von Walk-in-Clinics genutzt. In der Schweiz existieren erste Apotheken mit medizinischer Versorgung.

In Deutschland bietet der Wandel der Bahninfrastruktur ein zusätzliche Chance für die systematische Entwicklung von MEDI-Centern: Bahnhöfe in mittleren oder kleineren Städten sind zentrale und gut erreichbare Orte, die durch die Anbindung an Großstädte häufig einen übergeordneten Verkehrsknotenpunkt darstellen. Im Bahnhofs-MEDI-Center übernimmt eine MFA in täglicher Präsenz die Aufgaben der Regelversorgung wie Blutentnahmen, Blutdruckmessung, Medikamentenversorgung oder managed einen lokalen Kontaktpunkt für gesicherte Telemedizin-Verbindungen der anwesenden Patienten zu Fachärzten in den Großstädten, die in regelmäßigen Abständen für Sprechstunden auch bequem mit der Bahn anreisen könnten. Patienten können somit Präventions- und Kontrollaufgaben in ihren Arbeitsweg integrieren, also z.B. am Morgen auf der Hinfahrt zur Blutentnahme erscheinen und auf der Rückfahrt am Abend mit einem Arzt die Laborwerte besprechen.

Inhalt: Bündelung anspruchsvoller Leistungen in Chronic Disease Centern

Ein Großteil der chronischen Krankheiten benötigen in der Langzeitversorgung ein hohes Mass an Betreuung und Infrastruktur. Zur optimalen Behandlung sollen die Disease Management Programme (DMP) beitragen, die eine sektorenübergreifende Versorgung ermöglichen und koordinieren.

Aufgrund der weiterhin bestehenden Sektorengrenzen sind die Möglichkeiten der Prozessoptimierung jedoch begrenzt.

In einem spezialisierten Versorgungszentrum könnten alternativ alle Leistungen eines DMP bei einem singulären krankheitszentriertem Leistungserbringer gebündelt werden. Dieses „Chronic Disease Center“ übernimmt damit sektorenübergreifend einen Teil der Versorgungsleistung von den übrigen Akteuren und kann durch das höhere Volumen der speziellen und anspruchsvollen Leistungen Prozessoptimierungen realisieren, die in der nach Sektoren getrennten Versorgung nicht möglich waren. Mit den Aufgaben übernimmt das Center voraussichtlich unwirtschaftliche Leistungsbereiche, obwohl es für diese auch die entsprechenden Vergütungsanteile erhält. Das Chronic Disease Center wird damit zunächst zu einer „Bad Bank“ der Gesundheitsversorgung, kann aber dann auch durch besondere Vergütung der Kostenträger, durch staatliche Förderung oder durch Betrauungsakte der öffentlichen Hand gezielt finanziert und ausgeglichen werden. Neben der Verbesserung der Abläufe für die betroffenen Patienten würden die Center durch ihre fokussierte Betrachtung des Krankheitsbildes die Anzahl der Krankenhausaufenthalte reduzieren und insbesondere die mit den DMP verbundene Motivation verbessern.

Art: Dislozierung der Leistungserbringung mit Telemedizincentern

Telemedizinische Verfahren können als Modul eines regionalen Versorgungskonzeptes eingesetzt werden und stehen medizinische Leistungen über räumliche Entfernungen oder zeitlichen Versatz hinweg erbringen (Van den Berg et. al. 2015). Laut Fraunhofer Institut werden derzeit in Deutschland über 200 größere Projektvorhaben insbesondere im Bereich des Monitorings verfolgt, an denen primär Krankenkassen und Ministerien beteiligt sind. Die Bundesärztekammer möchte diese Projekte in zwei Schwerpunktthemen vorantreiben: in der Vorbeugung von Versorgungslücken, speziell für die Versorgung chronisch Kranker, und in Maßnahmen zur Qualitätssteigerung im innerärztlichem Austausch (Bundesärztekammer 2015).

Als innovatives Versorgungsmodell auf Basis von Telemedizin ist der Ausbau von Telemedizincentern (TMC) dazu nutzbar, um mobile Rettungs- und Betreuungseinheiten in der Fläche zu koordinieren und durch zentral abrufbare Patienteninfor-

ZUKUNFT AMBULANTER VERSORGUNG

tionen und fachliche Expertise in der Versorgung digital zu unterstützen. Das TMC ist durchgehend an sieben Tagen der Woche erreichbar und mit geschultem Personal aus examinierte Pflegekräften und Ärzten besetzt. Im TMC und bei der mobilen Flotte wird die elektronische Patientenakte genutzt, um im Einsatzfall geeignet reagieren und bei Diagnose und Behandlung wertvolle Zeit vor Ort sparen zu können. Die Alarmierung des TMC erfolgt ebenfalls über telemedizinische Geräte beim Patienten, die seine Vitalwerte von Zuhause, dem Büro oder unterwegs übertragen können und permanent ausgewertet werden. Einzelne TMC bestehen schon heute und fokussieren sich auf die Überwachung der Patienten mit Volkskrankheiten oder Risikofaktoren, für die sich Überwachungsparameter messen lassen. Durch die Weiterentwicklung der Monitoring-Funktionalitäten mit Fitness Trackern oder Messgeräten für Smartphones steigen die Aktualität und der Umfang der Überwachungsmöglichkeiten, so dass auch die Reaktionsfähigkeit des TMC steigt. Erste TMC bieten auch schon Bildbefundung per Mail oder Smartphone App an, sowie das direkte Telekonsil zwischen Patient und TMC-Arzt über eine Internet-Video-Verbindung. Den Mehrwert konnte das Wiesbadener Modellprojekt „Basis-Sonographie“ zur Verbesserung des Screenings der Nieren und ableitenden Harnwege bei Kindern anhand von 66.000 Untersuchungen belegen (Albers 2015). Die Plattform ermöglicht Ärzten eine didaktisch, wertvolle und strukturierte Befunderfassung sowie das Weiterleiten von Befund- und Bilddaten an ausgewiesene Konsiliarärzte für ein Zweitmeinungsverfahren. Das TMC kann somit die lokale Primärversorgung im Sinne der Patienten effizient ergänzen und gleichzeitig Möglichkeiten zur optimalen Nutzung vorhandener Personalkapazitäten eines MVZ oder Krankenhauses bieten.

Organisation: Unabhängige Versorgungssteuerung über Prozessmanager

Die aus unzureichend Vernetzung der Leistungserbringer resultierenden Informationsdefizite führen besonders für multimorbide chronisch Kranke dazu, dass ihre individuellen Bedürfnisse und psychosoziale Situation von den wirtschaftlichen und medizinischen Interessen überfrachtet werden (Ewers und Schaeffer 2000).

Ein dedizierter, unabhängiger Prozessmanager für den Patienten, der die Leistungserbringer im stationären und ambulanten Markt vernetzt und die Schnittstelle sowie den Informationsfluss zwischen den verschiedenen Prozessbeteiligten (Krankenhaus, Krankenkasse, Hausarzt, Pflegeheim, ambulante Dienste, etc.) steuert und koordiniert, könnte diese Aufgabe sowohl im Patienten- als auch Systemsinne wirksam wahrnehmen. Der Prozessmanager wäre demnach ein rechtlich eigenständiger Leistungserbringer in der Gesundheitsversorgung, der ganz fokussiert den für das Case Management vorgesehenen Anteil jedes Akteurs sowohl auf Seiten der Leistungserbringung als auch der Vergütung zugeordnet bekommt. Die Umsetzung der Prozessmanager-Rolle könnte in Form einer Service Gesellschaft erfolgen, die ebenfalls nach dem SGB V beauftragt wird. Somit kann die Service Gesellschaft unabhängig von den Prozessbeteiligten agieren und den Prozess aus Patientensicht über „Case Management Center“, mobile Prozessmanager und Telefon- bzw. Internetportale optimal steuern.

Heute existieren bereits Service Gesellschaften, die zentrale Aufgaben des skizzierten Prozessmanagers übernehmen; in der Regel ist der Ansatzpunkt ein bestehendes Leistungsportfolio, das z.B. von der Versorgung mit medizinischen Hilfsmitteln oder der ambulanten Pflege ausgehend erweitert wurde. Die Gesellschaften bieten einerseits dem Patienten Hilfe in der Kostenklärung, der Überleitung und der Betreuung an, und entlasten Ärzte oder Krankenhäuser andererseits in den administrativen Abläufen und der Therapie der entlassenen Patienten. Das ökonomische Interesse, Patienten durch diese Begleitung langfristig an die Service Gesellschaft zu binden und die eigenen Leistungen über den Patienten durch das System finanzierbar zu machen, könnte in der Zukunft leicht durch die dargestellte rechtliche Einbindung in die öffentliche Gesundheitsversorgung zu einem systemkonformen gesundheitswirtschaftlichen Interesse entwickelt werden

LITERATURVERZEICHNIS

Albers B (2015) eHealth 2.0 - neue Möglichkeiten für die klinische Versorgung chronisch kranker Patienten. Deutsche Gesellschaft für Nephrologie. URL: <https://idw-online.de/de/news633281> (abgerufen am 20.09.2015)

Bundesärztekammer (2015) Ärztliche Priorisierung von Einsatzgebieten telemedizinischer Patientenversorgung. URL: http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Telemedizin_Telematik/Telemedizin/118-DAET_EVI07_Einsatzgebiete_Telemedizin.pdf (abgerufen am 21.09.2015)

Bundesarztregister (2015) Ärztliche bzw. psychotherapeutisch geleitete ambulante Gesundheitseinrichtungen. Kassenärztliche Bundesvereinigung. URL: <https://www.gbe-bund.de/gbe10/i?i=861:18198874D> (abgerufen am 11.09.2015)

Ewers M, Schaeffer D. (Hrsg.) (2000) Case Management in Theorie und Praxis. Huber Bern.

Gesundheitsministerium Brandenburg (2013) Ergebnisse der Modellprojekte nach dem AGnES-Konzept. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg. URL: <http://www.masgf.brandenburg.de/cms/detail.php/bb1.c.348254.de> (abgerufen am 15.09.2015)

IGES Institut (2015) Ambulantes Potential in der stationären Notfallversorgung. IGES Studie für das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. URL: <http://www.zi.de/cms/presse/2015/15-juni-2015> (abgerufen am 11.09.2015)

KBV (2015a) Entwicklungen der Medizinischen Versorgungszentren, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Jahresbericht zum 31.12.2014. URL: <http://www.kbv.de/html/mvz.php> (abgerufen am 31.08.2015)

KBV (2015b) Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 19. März 2015 zum Regierungsentwurf für ein GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG). URL: http://www.kbv.de/media/sp/2015_03_19_KBV_Stellungnahme_GKV_VSG.pdf (abgerufen am 12.09.2015)
Münch E, Scheytt S (2014) Netzwerkmedizin. Ein

unternehmerisches Konzept für die altersdominierte Gesundheitsversorgung. 47-53. Springer Wiesbaden

Statista (2015) Anzahl ambulanter ärztlicher Behandlungsfälle und behandelter Personen in Deutschland in den Jahren 2004 bis 2013. URL: <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/75608/umfrage/von-aerzten-behandelte-personen-und-aerztliche-behandlungsfaelle/> (abgerufen am 11.09.2015)

Statistisches Bundesamt (2015) Gesundheitsausgaben in Deutschland, Gesundheitsausgabenrechnung. URL: <https://www.gbe-bund.de/gbe10/i?i=322:18198851D> (abgerufen am 11.09.2015)

Statistisches Bundesamt (2015) Krankenhausstatistik - Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern. URL: <https://www.gbe-bund.de/gbe10/i?i=545:18198891D> (abgerufen am 11.09.2015)

Van den Berg N, Schmidt S, Stenzel U, Mühlhan H, Hoffmann W (2015) Telemedizinische Versorgungskonzepte in der regionalen Versorgung ländlicher Gebiete. Möglichkeiten, Einschränkungen, Perspektiven. Bundesgesundheitsblatt. Springer Heidelberg

AUTOREN



Dr. rer. medic. Manuel Iserloh, Dipl. Wirtsch.-Ing.

Studium des Wirtschaftsingenieurwesens. Anschließend Forschungsaufenthalt an der University of California in Berkeley. Promotion an der Charité - Universitätsmedizin Berlin. Seit 15 Jahren Berater mit den Schwerpunkten Restrukturierung und Organisationsentwicklung in der Industrie und im Gesundheitswesen. Vorstand und Senior Partner der Managementberatung 4C GROUP AG, verantwortlich für den Bereich Healthcare.

manuel.iserloh@4cgroup.com



Dr. med. dent. Thorsten M. Kehr, Dipl.-Ing- Architekt

Studium der Architektur an den Universitäten Braunschweig und Berlin, Studium der Zahnmedizin an den Universitäten Jena und Dresden, Zahnarzt und Fachzahnarzt für Kieferorthopädie. Projektentwickler bei Deutschlands erstem privaten MVZ-Betreiber, der Polikum Development GmbH in Berlin, verantwortlich für die Bereiche Konzeption und Entwicklung der MVZ sowie für die Akquise neuer Standorte. Betreiber einer Mehrbehandlerpraxis für Kieferorthopädie

thorsten.kehr@gmx.de

4C GROUP AG
4cgroup.com

OFFICE MÜNCHEN
Elsenheimerstraße 55a
D-80687 München
Telefon +49 89 599 882-0

OFFICE BERLIN
Französische Straße 8
D-10117 Berlin
Telefon +49 30 747 82 98-0

OFFICE FRANKFURT
MesseTurm
D-60308 Frankfurt
Telefon +49 69 269 249-0

OFFICE DÜSSELDORF
Neuer Zollhof 3
D-40221 Düsseldorf
Telefon +49 89 599 882-0

4C GROUP AG

Enforcing Performance

Wir setzen in unserer Beratung an der Nahtstelle von Strategie und Steuerung an und führen zusammen, was zusammen gehört: Unternehmensstrategie und deren Um- und Durchsetzung. Wir begleiten unsere Kunden bei langfristigen und unternehmensweiten Veränderungsprozessen mit hoher Umsetzungskompetenz, Verantwortungsbewusstsein und fachlichem Know-how überall dort, wo es darauf ankommt.

Unsere Werte

4C steht für die vier Werte, die unsere Philosophie bestimmen. *Competent*: die Basis. Expertise und vielfältige Erfahrung gibt ihr Kraft und Überzeugung. *Creative*: der Zündstoff. Kreativität weist neue Wege zur besseren Lösung. *Change Driven*: die Haltung. Die Entschiedenheit, mit der wir Veränderungsprozesse führen und gestalten. *Customer Focused*: die Extrameile. Der Erfolg des Kunden ist es, an dem wir uns messen lassen.

Unsere Expertise

Unser Beratungsspektrum umfasst die Kompetenzfelder Strategie, Performance Management, Organisation und Prozesse sowie Transformationsmanagement - unsere fachliche DNA, auf der wir seit 1997 kontinuierlich aufbauen.

Unsere Kunden

Unter unseren Kunden befinden sich bekannte Unternehmen und unbekannte Weltmarktführer, die im Schwerpunkt in den Branchen Financial Services, IT-Dienstleistungen, Industriegüter und -dienstleistungen sowie Healthcare zu finden sind – aber eben nicht ausschließlich. Großkonzerne finden sich darunter ebenso wie mittelständische Unternehmen, oft auch unternehmergeführte Betriebe.

Anders als Andere

Wir arbeiten mit Leidenschaft, unternehmerischer Verantwortung und einer Präzision, die nur der wirkliche Umsetzer kennt. Unsere Berater entwickeln wir zu Persönlichkeiten, die in ihrer Arbeit Mut beweisen, Haltung zeigen und dem Kunden und nicht ihrem eigenen Ego dienen - mit anderen Worten unseren Werten verpflichtet sind.

Beifahrer auf Zeit

Wir verstehen uns als Partner unseres Kunden, als Beifahrer auf einer anspruchsvollen und fordernden Business-Rallye, bei der wir zur erfolgreichen Steuerung des Unternehmens entscheidend beitragen.

Als Top-Management Beratung setzt die 4C GROUP AG im Bereich Healthcare an der Nahtstelle von Strategie und Steuerung an.

Strategie	<ul style="list-style-type: none"> _ Konzern- und Verbundstrategie _ Finanzierung & Businessplanung _ Medienkonzept & Leistungsportfolio
Performance Management	<ul style="list-style-type: none"> _ Planung, Forecasting & Szenariorechnung _ Controlling & Reporting (med./kaufm./pers./Services) _ Sanierung
Organisation und Prozesse	<ul style="list-style-type: none"> _ Reorganisation _ Prozessoptimierung _ Stationäre und ambulante Versorgung
Umsetzung und Transformationsmanagement	<ul style="list-style-type: none"> _ Change Management _ Programm- und Projektmanagement _ Verträge und Leistungsvereinbarung

Abbildung 6. Kompetenzfelder und Beratungskompetenzen der 4C GROUP AG im Fokusfeld Healthcare