

Kooperationen in der ambulanten medizinischen Versorgung

**Thomas Cypionka
Sandra Müllbacher
Michael Berger
Josef Platzer**



**INSTITUT FÜR HÖHERE STUDIEN
INSTITUTE FOR ADVANCED STUDIES**

Vienna

Kooperationen in der ambulanten medizinischen Versorgung

Thomas Cypionka
Sandra Müllbacher
Michael Berger
Josef Platzer

Endbericht

Studie im Auftrag des Hauptverbands der Österreichischen
Sozialversicherungsträger

24.10.2012

Kontakt:

Dr. Thomas Czypionka

☎: +43/1/599 91-127

email : thomas.czypionka@ihs.ac.at

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Überblick über Kooperationsformen in der ambulanten Versorgung	5
3. Effizienz von Einzel- und Gruppenpraxen	7
4. Mögliche Vorteile von Kooperationen	12
4.1. Versorgungsqualität	13
4.2. Wünsche von Ärzt/inn/en und Patient/inn/en	17
4.2.1. Ärztesicht	17
4.2.2. Patientensicht	19
5. Kooperationsformen in Deutschland – Medizinische Versorgungszentren	21
5.1. Kooperationsformen	21
5.2. Medizinische Versorgungszentren – Begriffsdefinition und Hintergründe	24
5.3. Medizinische Versorgungszentren – Entwicklung der ersten acht Jahre	28
5.3.1. Anzahl, Trägerschaft, Rechtsform, Beschäftigungsverhältnis	28
5.3.2. Größe	32
5.3.3. Räumliche Verteilung	34
5.3.4. Ärztliche Fachrichtungen, Kooperationen und Schwerpunkte	38
5.3.5. Einsatz von technischen Instrumenten	50
5.3.6. Gründungsmotivation und Zufriedenheit der Träger	51
5.3.7. Auswirkungen auf Patient/inn/en	55
5.4. Bilanz nach acht Jahren MVZ	56
6. Weitere internationale Beispiele	60
6.1. Zelfstandig Behandel Centra (ZBCs) – Niederlande	60
6.2. Entwicklungen im National Health Service (UK)	64
7. Fachkombinationen in Gruppenpraxen	67
7.1. Fachkombinationen nach <i>keten-DBC</i>	67
7.2. Fachkombinationen in Best-Practice-Beispielen	71
7.2.1. POLIKUM Berlin MVZ	71
7.2.2. Weitere Beispiele	75
7.3. Zusammenfassung geeigneter Kombinationen	78

8. Zusammenfassung und Implikationen für Österreich	82
9. Quellenverzeichnis	86
10. Kontaktverzeichnis	94

Abbildungen

Abbildung 1: Anzahl der Ärzte/Ärztinnen in vertragsärztlichen Einrichtungen (Stand: Ende 2011)	23
Abbildung 2: Strukturmodell eines umfassenden Gesundheitszentrums	27
Abbildung 3: Anzahl der Medizinischen Versorgungszentren im Zeitverlauf	28
Abbildung 4: Trägerschaft von MVZs (Mehrfachträgerschaften möglich).....	29
Abbildung 5: Ausgewählte Rechtsformen bei MVZs	30
Abbildung 6: Art der ärztlichen Berufsausübung	31
Abbildung 7: Durchschnittliche Arbeitsgröße (Ärzte/MVZ).....	32
Abbildung 8: Arbeitsgröße der MVZ (Ärzte/MVZ)	33
Abbildung 9: Räumliche Ansiedlung	34
Abbildung 10: MVZ-Standorte in Abhängigkeit zur Distanz von Krankenhäusern (Stand: Dez. 2008)	36
Abbildung 11: Regionale Verteilungsdichte MVZ	37
Abbildung 12: Verteilung der Fachgruppen.....	39
Abbildung 13: Anzahl MVZs mit Kooperationen verschiedener medizinischer Fachrichtungen	40
Abbildung 14: Bessere fachliche Kooperation als Grund zur Empfehlung einer MVZ-Neugründung	43
Abbildung 15: Kooperation mit anderen Leistungserbringern in den Jahren 2008 und 2011	43
Abbildung 16: Kooperationshäufigkeit nach räumlicher Struktur	45
Abbildung 17: Kooperationshäufigkeit nach Trägerschaft	47
Abbildung 18: Kooperation mit anderen medizinischen Leistungserbringern: Anzahl der Kooperationspartner.....	48
Abbildung 19: Medizinische Schwerpunktbildung.....	49
Abbildung 20: Medizinische Schwerpunkte	49
Abbildung 21: Einsatz von IT-Instrumenten	50
Abbildung 22: Elektronische Vernetzung mit Kooperationspartnern	50
Abbildung 23: IT-Instrumente zur Kommunikation mit Kooperationspartnern	51
Abbildung 24: Bewertung der Aussage: „Gemeinschaftspraxis oder MVZ, das macht heute keinen Unterschied mehr.“	51
Abbildung 25: Vergleich der Gründungsmotivation (2005) mit Argumenten bei der Empfehlung einer MVZ-Neugründung (2011)	53
Abbildung 26: Entlastung von Verwaltungsaufgaben als Grund zur Empfehlung einer MVZ-Neugründung	55
Abbildung 27: Einzelpraxis im Vergleich zu MVZ: Verbesserung der Wartezeit für Patient/inn/en	56
Abbildung 28: Anzahl der ZBCs die eine Spezialisierung anbieten (2010)	62

Abbildung 29: Marktanteil der ZBCs nach Spezialisierung	63
Abbildung 30: Anzahl der ZBCs in den niederländischen Provinzen im Jahr 2010	63
Abbildung 31: Schematische Darstellung des „bundled payment“ Modells	68
Abbildung 32: Beispiel für die Zusammensetzung einer Type II Diabetes <i>Care-Group</i>	69

1. Einleitung

Schon seit längerem wird in Österreich eine Reform der ambulanten Gesundheitsversorgung gefordert. Dabei sollte einerseits eine bestmögliche Versorgung der Patient/inn/en bei geglätteten Versorgungsstrukturen und -prozessen möglich gemacht werden. Andererseits gilt es, mit anreizkompatiblen Vergütungs- und Finanzierungssystemen die Verschiebungen der Lasten von einem Kostenträger zum anderen zu unterbinden. Der ambulante Bereich teilt sich derzeit auf die Leistungen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, die Leistungen der privaten oder von den Krankenversicherungsträgern bereitgestellten Ambulatorien sowie die Leistungen der Spitalsambulanzen auf. Neben der bereits zuvor bestehenden Möglichkeit einer Praxisgemeinschaft in der Rechtsform einer Offenen Gesellschaft gibt es seit Jänner 2011 für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte die Möglichkeit eine Gruppenpraxis in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) zu gründen. Die Einführung dieser sogenannten „Ärzte-GmbHs“ sollte die Lücke zwischen einzelnen niedergelassenen Ärzt/inn/en und den nach wie vor stark frequentierten Spitalsambulanzen schließen. Insbesondere sollten Rand- und Wochenendöffnungszeiten verbessert, die Weg- und Suchkosten für Patient/inn/en verringert beziehungsweise die Zusammenarbeit von Ärzt/inn/en bei Überweisungen sowie die Möglichkeit der Einholung einer zweiten Meinung verbessert werden.¹ Von Kosteneinsparungen aufgrund gemeinsam genutzter Ressourcen (Geräte, Assistent/inn/en), sollten die Ärztegemeinschaft und – abhängig vom Vergütungssystem – auch die Krankenversicherungen profitieren. Die Rechtsform der GmbH ermöglicht zudem, dass die Gesellschafter/innen nicht mit ihrem Privatvermögen haften. Eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung schützt zudem vor Haftungen für Fehler anderer Gesellschafter/innen. Weiters bieten GmbHs aufgrund der Definition als Kapitalgesellschaft andere Besteuerungsregeln als Einzelpraxen, was bei ausreichendem Einkommen zu einem geringeren Durchschnittssteuersatz führen kann.

Die Gründung einer sogenannten Ärzte-GmbH wurde durch das „Bundesgesetz zur Stärkung der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung“ geregelt, durch welches unter anderem das Ärztegesetz geändert wurde. In den §§ 52a und 52b ist geregelt, in welcher Form eine Gruppenpraxis in der Organisationsform GmbH ermöglicht wird und wie deren Gründung erfolgen kann.

Gruppenpraxen bedürfen prinzipiell einer Bewilligung des Landeshauptmanns beziehungsweise der Landeshauptfrau aufgrund einer Bedarfsprüfung. Ausgenommen sind

¹ Siehe dazu etwa die Originaltextmeldung von Gesundheitsminister Stöger bei Inkrafttreten des im Juli 2010 beschlossenen „Bundesgesetzes zur Stärkung der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung“ (BGBl. I Nr. 61/2010). http://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20100831_OTS0043/stoeger-gruppenpraxen-verbessern-gesundheitsversorgung-der-menschen [09.07.2012]

nachstehende Fälle, über die die Landeshauptleute zwar informiert werden müssen, die aber keiner Bewilligung bedürfen:

- Gruppenpraxen, die aus einem Zusammenschluss von Ärzt/inn/en mit Einzelvertrag mit der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse entstehen,
- Gruppenpraxen, die im gesamtvertraglichen Stellenplan vorgesehen sind,
- Gruppenpraxen, die ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen erbringen.

Die Organisationsstruktur von Ärzte-GmbHs ist wie folgt geregelt:

- Nur zur selbständigen Berufsausübung berechnete Fach- oder Allgemeinmediziner/innen können Gesellschafter/innen einer Ärzte-GmbH sein.
- Andere natürliche oder juristische Personen können somit keine Gesellschaftsanteile erhalten und dürfen nicht am Gewinn der Praxis beteiligt sein. Gesellschaftsrechte dürfen nicht übertragen werden.
- Die Anstellung anderer Ärzte/Ärztinnen ist (mit Ausnahme der Lehrpraxis) genauso unzulässig wie das Eingehen zivil- oder arbeitsrechtlicher Beziehungen zwischen den Ärzt/inn/en (mit Ausnahme von Vertretungen).
- Es dürfen pro Gesellschafter/in höchstens fünf Angehörige anderer Gesundheitsberufe (ausgenommen Ordinationshilfen) angestellt werden. Insgesamt dürfen maximal 30 Angehörige anderer Gesundheitsberufe in der Gemeinschaftspraxis angestellt werden. Ausnahmen gibt es für Sonderfächer mit hohem Technisierungsgrad². Die Gruppenpraxis darf also nicht die Organisationsdichte eines selbständigen Ambulatoriums oder einer Krankenanstalt aufweisen, um nicht als solche eingestuft zu werden.
- Die einzelnen Gesellschafter/innen müssen ihre Arbeit weisungsfrei von der Gesellschafterversammlung erfüllen können.
- Die freie Arztwahl für die Patient/inn/en muss, unter Ärzt/inn/en der gleichen Fachrichtung, gewährleistet sein.

Um nun tatsächlich eine Vertrags-Ärzte-GmbH gründen zu können, müssen Gruppenpraxisgesamtverträge zwischen Ärztekammer und Sozialversicherungsträger abgeschlossen werden. Gesetzlich wurde verankert, dass Gruppenpraxen mit unterschiedlichen Fachrichtungen nur nach Pauschalmodellen honoriert werden dürfen, weiters sind in den Gesamtverträgen spezielle Regelungen für Gruppenpraxen hinsichtlich der Öffnungszeiten und des Leistungsspektrums vorzusehen. Darüber hinaus sind ab 1.1.2014 Art und Umfang der Abrechnung der Tätigkeit von Gruppenpraxen auf Grundlage einer einheitlichen elektronischen Diagnosen- und Leistungsdokumentation zu führen. (§ 342a ASVG)

² medizinische und chemische Labordiagnostik, physikalische Medizin, allgemeine Rehabilitation sowie Radiologie

Insgesamt ist das Gesetz zu Gruppenpraxen stark strukturorientiert und bemüht, die sektorale Trennung in Österreich zwischen intra- und extramuralen Leistungserbringern aufrechtzuerhalten. Sowohl aus dem Gesetz als auch aus den begleitenden Diskussionen bei Einführung³ geht hervor, dass die Abgrenzung zwischen Gruppenpraxen und Ambulatorien, die unterschiedlichen Einflussbereichen (Ärztammer versus Wirtschaftskammer) zuzuordnen sind, durch Größenbeschränkungen sowie durch die Beibehaltung der Selbständigkeit und Weisungsfreiheit der/des einzelnen Ärztin/Arztes eine zentrale Rolle bei der Erarbeitung des Gesetzes darstellte. In der Diskussion stand weiters die Rechtsform der zukünftigen Gruppenpraxen stark im Vordergrund. Welche Leistungen bestmöglich angeboten werden, welchen Teil der Versorgung Gruppenpraxen vorrangig übernehmen sollten und welche Änderungen in den Betätigungsfeldern und der Zusammenarbeit der Ärztinnen und Ärzte erstrebenswert gewesen wären, wurde höchstens zweitrangig diskutiert.

Ein Jahr nach Gesetzeserlasse gab es erst eine Gruppenpraxis in der Rechtsform einer GmbH. Im Herbst 2011 waren dafür auch die vertraglichen Rahmenbedingungen erst in Wien mit einer Erneuerung des Gruppenpraxen-Gesamtvertrags geschaffen. (Weilguni 2011) Dieser Gesamtvertrag sieht keine Gruppenpraxis von Ärzt/inn/en unterschiedlicher Fachrichtungen vor. Die bei Gesetzesbeschluss formulierten hohen Ansprüche an dieses Modell konnten im bisherigen Zeitraum somit nicht erfüllt werden.

Der vorliegende Bericht soll Aufschluss darüber bieten, welchen Nutzen Kooperationen im ambulanten Bereich erfüllen könnten und welche internationalen Beispiele zur Zielerfüllung am besten geeignet wären, um schließlich auch Schlussfolgerungen für eine Verbesserung der Lage in Österreich abgeben zu können. Dazu wurde sich einerseits der bestehenden (grauen) Literatur in diesem Bereich bedient, andererseits werden Beispiele für Kooperationen im ambulanten Bereich in ihren Zielvorstellungen und Ergebnissen beschrieben, insbesondere die Medizinischen Versorgungszentren in Deutschland.

Der Bericht ist folgendermaßen aufgebaut: Kapitel 2 gibt kurz einen Überblick, welche Arten von Zusammenschlüssen prinzipiell möglich wären. Kapitel 3 fasst die Literatur hinsichtlich der Effizienz von Einzel- versus Gruppenpraxen zusammen, während in Kapitel 4 andere Vorteile, die durch Kooperationen erzielt werden können erklärt werden. Kapitel 5 widmet sich schließlich der Situation in Deutschland, wo in den letzten Jahren viel hinsichtlich Kooperationen im ambulanten Bereich passiert ist. Insbesondere die seit acht Jahren bestehenden Medizinischen Versorgungszentren werden genauer analysiert, sodass am Ende dieses Kapitels auch ein Fazit über die erreichten und nicht erreichten Ziele gezogen werden kann. Kapitel 6 gibt einen kurzen Überblick über die Niederlande und das Vereinigte Königreich. Kapitel 7 widmet sich der Frage, welche Kombinationen von ärztlichen und nicht-

³ Siehe dazu etwa die Stellungnahmen diverser Stakeholder zum Gesetzesentwurf. http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIV/ME/ME_00153/index.shtml [11.07.2012]

ärztlichen medizinischen Fachrichtungen aus Versorgungssicht besonders sinnvoll erscheinen. In Kapitel 8 werden die Erkenntnisse kurz zusammengefasst und Empfehlungen zu etwaigen Änderungen in Österreich abgegeben.

2. Überblick über Kooperationsformen in der ambulanten Versorgung

Sowohl in der fach einschlägigen Literatur als auch in der politischen Diskussion und in der Realität gibt es eine große Bandbreite an Kooperationsformen im ambulanten Bereich. Neben der in Österreich noch immer klassischen Einzelpraxis sind in den letzten Jahrzehnten in den USA aber auch in Europa verschiedenste Modelle entstanden, die sich aufgrund rechtlicher Gegebenheiten genauso unterscheiden können wie aufgrund des Versorgungsauftrags oder der Kooperationsform. Vergleiche zwischen Modellen in verschiedenen Ländern sind häufig schwierig, da sich die Gesundheitssysteme, und damit der versorgungspolitische Auftrag, der einer bestimmten Kooperationsform beigemessen wird, stark unterscheiden. Im Folgenden soll eine kurze, keineswegs Vollständigkeit reklamierende Aufzählung von Kooperationsformen einen Überblick darüber geben, welche Arten von Kooperationen international verbreitet sind. In den Abschnitten 5 und 6 wird auf einige dieser Formen in einem internationalen Überblick noch genauer eingegangen.

Grundsätzlich gilt es zu unterscheiden, ob die Kooperation allein auf wirtschaftlicher Zusammenarbeit besteht, oder ob auch medizinische Koordination vorgesehen ist. Rein wirtschaftliche Zusammenschlüsse wären etwa die *Praxisgemeinschaft* in Deutschland, das *Ärztelhaus* ebendort oder, wie in der österreichischen Diskussion immer wieder vorgeschlagen, die *Association of Sole Practitioners* in den USA. Diese Organisationsformen sind lose Zusammenschlüsse, man teilt sich gemeinsam bestimmte Ressourcen, juristisch und auch gegenüber den Patient/inn/en tritt der/die einzelne Arzt/Ärztin selbständig auf, die Abrechnung mit den Versicherern erfolgt unabhängig.

Zusammenschlüsse, die auch medizinische Kooperation mit sich bringen, wären die deutsche *Gemeinschaftspraxis*, eventuell die *Ärzte-GmbH*⁴ oder die *Medical Partnerships* sowie *Professional Medical Corporations* in den USA. Zwischen rein wirtschaftlicher und auch medizinischer Kooperation angesiedelt wären sogenannte *Arzt- oder Praxisnetze*, beziehungsweise *Medical Joint Enterprises*. Hier bleiben die Ärzte/Ärztinnen eigenständig, kooperieren aber in manchen Belangen der Versorgung.

Weiters gibt es sogenannte Zentren, wobei in manchen Fällen das Wort „Zentrum“ lediglich einen Marketing-Zweck erfüllt und keineswegs impliziert, dass die Leistungserbringung wirklich integriert beziehungsweise integrierter als etwa in Gemeinschaftspraxen erfolgt. Hier gibt es etwa in Deutschland die *Medizinischen Versorgungszentren*, in den Niederlanden die *Zelfstandige Behandelcentra*, in den USA die *Community Health Centres*, im Vereinigten Königreich *Urgent Care Centres*, *Minor Injuries Units*, *Walk-in centres* oder *GP-led Health Centres*. Der Begriff *Poliklinik* war im deutschen Sprachraum lange negativ konnotiert, taucht

⁴ Inwiefern wirklich Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Arzt/inn/en angedacht ist hängt noch von der Ausgestaltung der Verträge mit den Gebietskrankenkassen ab.

nun aber sowohl in (West)Deutschland als auch etwa im Vereinigten Königreich (*Polyclinic*) wieder auf.

Zusätzlich gibt es noch verschiedene Angebote von Krankenhäusern in Verbindung mit dem niedergelassenen Bereich, sei es Kooperationen von niedergelassenen Ärzt/inn/en mit Krankenhäusern (Belegs- oder Konsiliarärzte/-ärztinnen, Auslagerung von vor- und nachstationärer Behandlung) oder durch Angebote im ambulanten Bereich von Seiten der Krankenhäuser (Ambulanzen, Ambulatorien).

Im nächsten Kapitel wird die gesundheitsökonomische Literatur zu ambulanten ärztlichen Zusammenschlüssen vor allem hinsichtlich Überlegungen zur effizienten Leistungserbringung zusammengefasst. Jegliche Kooperationen im niedergelassenen Bereich werden dabei als „Gruppenpraxen“ bezeichnet, unabhängig davon, wie im Detail die Zusammenschlüsse in den entsprechenden Praxen geregelt sind.

3. Effizienz von Einzel- und Gruppenpraxen

Rein ökonomisch betrachtet können die Vorteile von Gruppen- gegenüber Einzelpraxen in Skalen- und Verbundvorteilen liegen. Skalenvorteile (*economies of scale*) liegen vor, wenn bei steigender Outputmenge die Kosten pro Outputeinheit fallen. Dies kann zum Beispiel durch gemeinsam genutzte Infrastruktur erfolgen. Verbundvorteile (*economies of scope*) liegen eigentlich dann vor, wenn zwei unterschiedliche Güter Komplementaritäten in der Produktion aufweisen, die gleiche Outputmenge in gemeinsamer Produktion somit günstiger herzustellen ist als bei alleiniger Produktion. Im Fall von Gruppenpraxen spricht man von Verbundvorteilen, wenn es Vorteile hat, die Leistungen (das „Gut“ Gesundheitsversorgung) gemeinsam in einem Haus zu erbringen, etwa weil der bessere fachliche Austausch zu einer effizienteren Bereitstellung der Leistung führt, oder weil es einfacher ist, Aufgaben zur effizienteren Erfüllung an andere abzugeben. Je nach Organisation, insbesondere wie Kosten und Erträge aufgeteilt werden, können Gruppenpraxen aber auch ungünstige Anreize aufweisen, die zur Verschwendung von Ressourcen oder Arbeitsvermeidung führen. Auch um dies zu vermeiden, benötigen Gruppenpraxen ein höheres Maß an Koordination, was kostspielig sein und gewonnene Effizienzvorteile wieder vermindern kann.

Die Anfänge der gesundheitsökonomischen Diskussion über die effizientere Bereitstellung von medizinischen Leistungen im ambulanten Bereich liegen bereits fast 100 Jahre zurück. Schon 1919 plädierte Michael Davis für organisiertere Formen von ärztlichen Praxen, um der fortlaufenden Spezialisierung und Kapitalintensivierung in der medizinischen Versorgung Rechnung zu tragen. Seitdem beschäftigten sich zahlreiche Forschungsarbeiten mit der Frage, ob Einzel- oder Gruppenpraxen effizienter arbeiteten, produktiver seien, besser mit nicht-ärztlichen Inputs umgingen etc.

Reinhardt (1972) berechnete eine Produktionsfunktion für Arztpraxen und stellte fest, dass Gruppenpraxen produktiver als Einzelpraxen seien. Erstaunt fragte er sich, warum viele Ärztinnen/Ärzte mögliche Produktivitäts- und Profitsteigerungen durch die Bildung von Gruppenpraxen, aber auch durch die stärkere Einbindung nicht-medizinischen Personals, nicht ausnutzten. Der Autor selbst gab dazu folgende Erklärungen ab: Möglicherweise wüssten die Ärztinnen/Ärzte nicht darüber Bescheid, welchen Nutzen zusätzliches Personal oder die Bildung einer Gruppenpraxis haben könnten. Aber auch informierte, „wissende“ Ärztinnen/Ärzte mögen durch die Verantwortung für zusätzliches Personal eine Belastung empfinden, oder befürchteten, dass die Wahrnehmung der Qualität in der Praxis durch von nicht-medizinischem Personal ausgeführte Tätigkeiten sinken könnte. Aber auch der Wunsch nach beruflicher Unabhängigkeit und Ungestörtheit mag für das Verharren in Individualstrukturen verantwortlich sein. Auch Goodman und Wolinsky (1982)) erkannten, dass Ärztinnen/Ärzte lieber auf Profite als auf ihre Eigenständigkeit verzichteten.

Frech und Ginsburg (1974) kommen mittels Ereigniszeitanalyse zu der Schlussfolgerung, dass große Praxen mit mehrfacher Spezialisierung die effizientesten seien. Jedoch sollte daraus nicht gefolgert werden, dass kein weiterer Bedarf an Einzelpraxen bestünde, da manche Patient/inn/en nach wie vor eine Präferenz dafür hätten, auch insbesondere eine Präferenz zur schnellen Erreichbarkeit zumindest eines/einer Arztes/Ärztin, was vor allem in ländlichen Gebieten für Einzelpraxen sprechen könnte. Marder und Zuckerman (1985) bauen auf dieser Analyse auf und untersuchten die optimale Praxisgröße zu unterschiedlichen Zeiträumen (1965-69, 1969-75, 1975-80). Auch sie schließen, dass große (mehr als 100 Ärztinnen/Ärzte) Praxen mit mehrfacher Spezialisierung in allen untersuchten Zeiträumen optimal seien, dass in manchen geographischen Regionen aber auch Einzelpraxen ihre Berechtigung hätten. Über die Jahre gesehen sehen sie eine Verschiebung in der Optimalität hin zu größeren Gruppen. Kimbell und Lorant (1977) bestätigen die Resultate von Reinhardt (1972) für kleine Gruppenpraxen mit nur einer Spezialisierung, erkennen aber sinkende Skaleneffekte bei mehrfachspezialisierten großen Praxen. Als Hauptursache dahinter vermuten sie schlechte Kostenkontrolle und nicht ausreichende Überwachung der Arbeitsleistung der einzelnen Ärztinnen/Ärzte.

Diese beiden Probleme – *slacking* (Materialverschwendung) und *shirking* (Arbeitsvermeidung) – werden immer wieder als mögliche Probleme von größeren Praxen, vor allem aber auch als Probleme von Praxen mit Ärzt/inn/en unterschiedlicher Spezialisierung erwähnt. In multispezialisierten Praxen sei es schwieriger Kontrollmechanismen durchzusetzen, da bei Ärzt/inn/en unterschiedlicher Disziplinen auch unterschiedliche Informationen zu Arbeitsweise und Materialverwendung vorliegen. Gaynor und Pauly (1990) stellen etwa fest, dass es insbesondere in großen und mehrfachspezialisierten Praxen zu einer Problematik im Sinne von öffentlichen Gütern kommen könne, vor allem dann, wenn die Vergütung unabhängig davon erfolge, was der Einzelne beiträgt, die Profite also zu gleichen Teilen über alle Praxismitglieder verteilt werden: Für den Einzelnen ist es vorteilhaft möglichst wenig zum Gesamtoutput beizutragen, da der Verlust auf alle aufgeteilt würde, den Nutzen des Nichtstuns könne man hingegen alleine lukrieren. Zur Vermeidung dieses Phänomens empfehlen die Autoren Vergütungssysteme abhängig von der Produktivität. Bei derartigen Systemen, in denen das Einkommen des/der einzelnen Arztes/Ärztin davon abhängt, wie viel er/sie alleine produziert, kann es aber zu Wettbewerb innerhalb der Praxis kommen: Insbesondere bei Ärzt/inn/en gleicher Spezialisierung könnten Anreize darin bestehen, den Kolleg/inn/en Patient/inn/en wegzunehmen. Gaynor (1989) kommt zu dem Schluss, dass insbesondere Vergütungssysteme, die auf die Produktivität des/der Einzelnen abzielen, internen nicht-preislichen Wettbewerb auslösen. Getzen (1984) erwähnt, dass die einzelnen Ärzte/Ärztinnen weniger Anstrengung für gemeinsame Leistungen der Praxis aufwenden würden. Mangelnde Kommunikation unter den Ärzt/inn/en und eingeschränkte Überweisungen innerhalb der Organisation könnten die Folge sein. Auch Bradford und Martin (2000) erkennen, dass eine Aufteilung des Profits mit Berücksichtigung der einzelnen Leistung nicht-preislichen Wettbewerb (hier qualitätsgetriebenen Wettbewerb genannt),

welcher die Praxis bei geringer Nachfrage destabilisieren könnte, fördert. Für nicht erfolgsabhängige Vergütungssysteme wäre wiederum Homogenität zwischen den Ärzt/inn/en wichtig, um leichter Kontrolle über die Leistungen Einzelner ausüben zu können. Anreize neue Patient/inn/en zu gewinnen, und somit den Profit aller zu erhöhen, müssten in der Praxis extra geschaffen werden.

Auch Defelice und Bradford (1997) fassen mögliche Vor- und Nachteile von Gruppenpraxen zusammen: Skaleneffekte, aber auch die bessere Möglichkeit, Veränderungen in der Nachfrage zu begegnen, mögen für größere Gruppen sprechen, die Schwierigkeit aber insbesondere in größeren Gruppen verminderte Arbeitsleistung zu vermeiden, oder bei produktivitätsgetriebenen Bezahlungsmechanismen internen Wettbewerb zu verhindern, stehen diesen Effekten eventuell entgegen. Mittels Stochastic Frontier Analysis versuchen sie herauszufinden, inwiefern der in den USA zu beobachtende Trend zu Gruppenpraxen effizienzgetrieben ist. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass der reine Wechsel von der Einzel- zur Gruppenpraxis oder umgekehrt nicht die Effizienz der Bereitstellung von Gesundheitsleistungen verändert. Möglicherweise haben sich die Ärztinnen/Ärzte aber bereits zuvor genau in die Praxisform eingeordnet, die ihnen und ihrer Arbeit am besten entspricht, so dass nun retrospektiv betrachtet ceteris paribus kein ökonomisch relevanter Effizienzunterschied durch die Praxisform beobachtet werden kann. Gruppen- und Einzelpraxen scheinen somit beide ihre Berechtigung zu haben.

Versucht man die Frage nach der bestmöglichen Zusammensetzung von Gruppenpraxen zu beantworten, gibt es ebenfalls nicht eindeutige Resultate. Wie bereits erwähnt, kamen Frech und Ginsburg (1974) und Marder und Zuckerman (1985) zu dem Schluss, dass große mehrfachspezialisierte Praxen optimal wären. Auf der anderen Seite wurde bereits erwähnt, dass die Überwachungs- und Koordinationskosten bei Ärzt/inn/en verschiedener Fachrichtungen größer seien (Gaynor und Pauly (1990)). Theoretische Überlegungen zu Partnerschaften im Allgemeinen kommen von Holmstrom (1982) oder Farrel und Scotchmer (1988): In homogenen Gruppen weicht die Zielfunktion der einzelnen Mitglieder nicht stark von der gemeinsamen Zielfunktion der Gruppe ab, die Zielkonflikte sind geringer. Bei heterogenen Gruppen mag die einzelne Zielfunktion stärker abweichen und es kann zu Interessenskonflikten kommen. Anreize zur Arbeitsvermeidung, denen wie oben erwähnt zum Beispiel mit einem output-abhängigen Vergütungssystem (das wiederum optimaler für Praxen mit unterschiedlicher Spezialisierung zu sein scheint) entgegengetreten werden kann, gibt es in beiden Gruppen. Diese theoretischen Überlegungen wurden auch immer wieder erwähnt, wenn es zu Schließungen von mehrfach spezialisierten Kliniken kam⁵. Rosenman und Friesner (2004) vergleichen die Effizienz von Gruppenpraxen, die sich in Größe beziehungsweise Einfach- oder Mehrfachspezialisierung unterscheiden mittels Data

⁵ siehe etwa <http://www.ama-assn.org/amednews/2000/04/24/mksb0424.htm> [21.07.2012] oder <http://www.ama-assn.org/amednews/2001/04/02/bisc0402.htm> [21.07.2012] zur Schließung von großen mehrfachspezialisierten Praxen in North Carolina und Arizona

Envelopment Analysis. Laut ihren Ergebnissen sind Gruppenpraxen mit verschiedenen Fachrichtungen demnach ineffizienter als Gruppenpraxen mit nur einer Fachrichtung. Vor allem für das Angebot an medizinischer Grundversorgung scheinen einfach spezialisierte Praxen am besten geeignet, aber auch in der fachärztlichen Versorgung schneiden rein spezialisierte Praxen effizienter ab. Die Autoren schlussfolgern, dass sich mehrfachspezialisierte Praxen besser trennen sollten. Barnett (1996) stellt fest, dass Gruppen fachfremder Ärztinnen/Ärzte häufig nicht zufriedenstellend funktionieren, da mehrfachspezialisierte Praxen häufig größer und vor allem heterogener seien, nicht nur aufgrund der Fachrichtung, sondern auch hinsichtlich der Einstellungen, Ziele und Abläufe. Auf der anderen Seite empfiehlt Gould (1996) Gruppen von Primärversorgern sich zu Netzwerken mit mehrfacher Spezialisierung zusammenzuschließen, da dies zur bestmöglichen Versorgung der Patient/inn/en führte.

Die Vergütungsform kann Produktivität und Effizienz der Gruppenpraxis stark beeinflussen. Eine genauere Zusammenstellung von Vergütungssystemen für ärztliche Leistungen, insbesondere auch mit Berücksichtigung von Gruppenpraxen, findet sich in Czypionka et al. (2011c). Insgesamt (auch in Einzelpraxen) können retrospektive Vergütungen (Bezahlung für erbrachte Leistungen) zu einer Überbereitstellung an Leistungen und insgesamt zu einem nicht effizienten Umgang mit Ressourcen führen. Prospektive Vergütung im Rahmen von Fallpauschalen setzen Anreize zu effizienter Ressourcenverwendung, allerdings kann dies auch über Vermeidung von kostenintensiven Patienten (dumping) und Einsparungen bei der Qualitätserbringung für teure Patienten (skimping) führen. Wie bereits erwähnt, bringt auch die Abrechnung der Leistungen in der Praxis (fixe Remuneration beziehungsweise Teilen des Gesamtgewinns ohne Berücksichtigung der Einzelleistung versus leistungsabhängige Bezahlung bzw. Verteilung des Gewinns) unterschiedliche Anreize mit sich, welche die Effizienz von Gruppenpraxen beeinflussen können. Robinson et al. (2004) analysieren, welche Vergütungssysteme in Gruppenpraxen unterschiedlicher Ausprägungen (integrierte Gruppenpraxen oder Zusammenschlüsse selbständiger Ärztinnen/Ärzte, hier kurz Praxisgemeinschaften genannt) zur Anwendung kommen. In der Hälfte der untersuchten Gruppenpraxen und Praxisgemeinschaften kommen Mischformen zwischen retrospektiver (Bezahlung pro erbrachter Leistung) und prospektiver (Bezahlung in Form von Pauschalen) Vergütung zur Anwendung, wohl im Versuch Anreize zur individuellen Produktivität (Bezahlung pro Leistung) und für Kooperation im Team sowie Kostenkontrolle (Pauschalen) aufrecht zu erhalten. Die andere Hälfte wählte rein retrospektive oder rein prospektive Vergütungssysteme. Große Gruppenpraxen zahlen seltener produktivitätsabhängig, während große Praxisgemeinschaften dies eher tun. Die Autoren gehen davon aus, dass große Gruppenpraxen eher über weitere Anreizsysteme (Gruppendruck, Erfolgsquoten, Entlassungsdrohungen) verfügen als solche mit nur schwach ausgeprägter Struktur oder Kontrolle.

Sind Gruppenpraxen nun effizienter als Einzelpraxen? Ganz eindeutig ist dies anhand der gesichteten Literatur nicht zu beantworten. In den meisten Arbeiten schneiden

Gruppenpraxen besser ab als Einzelpraxen, viele Arbeiten sehen diesen Effekt aber vor allem bei kleineren Einheiten mit nur einer Spezialisierung. Zugleich gibt es Arbeiten, die zeigen, dass die Entwicklung des Versorgungsoptimums hin zu größeren Einheiten geht, die dann insbesondere auch mehrfache Spezialisierungen anbieten sollten. Die Vorteile von Kooperationen sind klar in gemeinsam genutzten Ressourcen zu sehen, dieses Argument kann zukünftig vielleicht noch stärker zum Tragen kommen, wenn administrative Anforderungen an Praxen, etwa durch Qualitätskontrollmechanismen oder eine Elektronische Patiententakte, erhöht werden. Zugleich spielt zur effizienten Abwicklung der Praxen das passende Abrechnungsschema eine große Rolle. Entlohnung nur durch Fixgehalt kann bei mangelnden Kontrollmechanismen, etwa bei unterschiedlichen Fachrichtungen, zu Ineffizienzen führen, output-abhängige Entlohnung kann zu gruppeninterner Konkurrenz und zu einem Problem der öffentlichen Güter hinsichtlich Tätigkeiten, die der ganzen Gruppe nutzen, führen. Hier geeignete Mischformen zu finden kann somit viel zur Effizienzsteigerung beitragen.

4. Mögliche Vorteile von Kooperationen

Nachdem die Überlegungen und vor allem die empirischen Überprüfungen hinsichtlich der Effizienz den eindeutigen Trend hin zu Kooperationen im ambulanten Bereich, insbesondere zu größeren, mehrfach spezialisierten Einrichtungen, nicht allein erklären können, stellt sich die Frage, welche weiteren Beweggründe für diese Entwicklung sprechen. Länderspezifische Unterschiede in den Systemen der Gesundheitsversorgung mögen zwar unterschiedliche Begründungen für Zusammenschlüsse bedingen, Österreich ist in vielen Bereichen dem deutschen System aber ähnlich, sodass die im Folgenden angeführten Überlegungen von Amelung und Cornelius (2007), welche die Schwächen des ambulanten Sektors in Deutschland zusammenfassen, auch Relevanz für das österreichische System haben könnten. Diesen Schwächen wurde in Deutschland bereits durch verschiedene Initiativen zur stärkeren Vernetzung des ambulanten Bereichs entgegengetreten, unter anderem durch die Ermöglichung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), die in Kapitel 5 noch genauer beschrieben und analysiert werden. Dort wird auch zusammengefasst, inwiefern die tatsächliche Umsetzung der MVZs den Erwartungen und Ansprüchen Genüge tun konnte.

Amelung und Cornelius orten eine Notwendigkeit, den ambulanten Sektor zu verändern, obwohl in Deutschland nur 15 Prozent der Gesundheitskosten direkt dort anfallen. Das Entscheidungsverhalten der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte hinsichtlich Einweisungspraktiken oder Arzneimittelverordnungen beeinflussten die Gesundheitskosten aber wesentlich. Als große Schwäche im ambulanten Bereich in Deutschland sehen die Autoren die mangelnde Integration innerhalb des Sektors, vor allem aber mit Leistungserbringern anderer Sektoren. Kooperationen benötigten vermehrte Koordination, Koordination wiederum wird als aufwändig beschrieben und dieser Aufwand werde im Allgemeinen nicht vergütet. Angesichts steigender Zahlen chronisch kranker und multimorbider Patient/inn/en, die eines stärkeren Versorgungsmanagements bedürften, sowie einer zunehmenden Subspezialisierung der einzelnen Fachrichtungen, werde eine Integration der Leistungen zur Erreichung einer qualitativvollen und effizienten Versorgung aber immer wichtiger. Darauf sowie insgesamt auf Unterschiede in Einzelpraxen und Zusammenschlüssen hinsichtlich Qualitätskontrolle und –sicherung wird in Abschnitt 4.1 näher eingegangen.

Die Autoren nennen weiters die sich abzeichnende medizinische Unterversorgung in manchen Regionen. Insbesondere in Regionen mit unsicheren Erträgen unterbleiben Praxisgründungen oder –übernahmen. Dies ist allerdings nur ein Teilaspekt dessen, dass viele Ärztinnen und Ärzte vor dem Risiko, der Festlegung auf Lebenszeit und der nicht zu unterschätzenden Investition bei Gründung einer Praxis zurückschrecken. Insbesondere junge Ärztinnen und Ärzte bevorzugten demgegenüber häufig ein Angestelltenverhältnis, das gewisse Flexibilität sowie geordnete Arbeitszeiten, auch mit Möglichkeiten für Teilzeit,

berücksichtige. Diese Punkte werden durch die steigende Feminisierung der Medizin noch verstärkt, was in weiterer Folge die Vereinbarkeit von Beruf und Familie, und damit die Notwendigkeit verschiedener Arbeitszeitmodelle mit sich bringt. Abschnitt 4.2 widmet sich diesem Thema etwas ausführlicher. Zugleich wird in diesem Abschnitt auch kurz auf die Patientensicht eingegangen. Natürlich profitieren vor allem diese von einer stärker abgestimmten und besseren Versorgung, zugleich sind es oft Patientenwünsche, etwa nach längeren oder Wochenendöffnungszeiten, welche die Diskussion um Kooperationen antreiben. Auf der anderen Seite gibt es aber auch Hinweise darauf, dass eine persönliche Arzt-Patient-Beziehung als wichtig eingestuft wird, und dass sich Patient/inn/en in großen Einheiten häufig nicht wohlfühlen.

4.1. Versorgungsqualität

Eine Vielzahl von empirischen Studien versucht allgemein Qualität im niedergelassenen Bereich zu messen und zu bewerten, die Literatur ist aber leider nur eingeschränkt vergleichbar. Häufig bedienen sich Forschungsarbeiten Daten freiwillig teilnehmender Praxen, was einen Bias zur Folge haben kann, oder sie arbeiten nur mit geringer Datenmenge. Weiters ist „Qualität“ an sich ein mehrdimensionales Konzept, die Definition und die gewählten Variablen und Proxys machen Vergleiche schwierig.⁶ Empirische Studien, die explizit Qualität in Gruppen- und Einzelpraxen vergleichen gibt es, allerdings sind die Ergebnisse oft nicht eindeutig zu fassen und abhängig davon, welche Qualitätsindikatoren bewertet werden. In einer umfangreichen Studie zur Qualität im niedergelassenen Bereich im Vereinigten Königreich erkennen Campbell et al. (2001) Zusammenhänge zwischen Praxisgröße und Qualitäts-Outcome. Kleinere Praxen hätten höhere Werte, wenn es um die Zugänglichkeit von Versorgung geht, größere Praxen schneiden insgesamt besser bei medizinisch-technischen Qualitätskriterien ab. Die Autor/inn/en schließen, dass es möglicherweise einen Trade-off zwischen der fachlichen Qualität und der durch Patient/inn/en persönlich wahrgenommenen Versorgung gibt (siehe dazu auch Abschnitt 4.2.2). Ashworth und Armstrong (2006) berechnen ebenfalls, dass der Zusammenschluss zu Gruppen einen positiven Einfluss auf die medizinische Qualität habe, sie erkennen in derartigen Zusammenschlüssen aber, anders als Campbell et al. (2001), keine Einschränkungen hinsichtlich der Zugänglichkeit. Die Autoren erwähnen, dass Patient/inn/en mit chronischen Erkrankungen von den unterschiedlichen Fachrichtungen in größeren Zusammenschlüssen profitierten.

Gaal et al. (2010) untersuchen über die Daten der European Practice Assessment Studie (EPA)⁷ Mechanismen zur Patientensicherheit in Praxen unterschiedlicher Größe in zehn europäischen Ländern. Große Praxen zeigten signifikant bessere Ergebnisse hinsichtlich der folgenden Dimensionen von Patientensicherheit: Gebäudesicherheit, telefonische

⁶ siehe zum Beispiel Seddon et al. (2001) für einen Review an Studien

⁷ <http://www.topaseurope.eu/?q=node/3> [26.07.2012]

Erreichbarkeit, Sicherheit bei der Verordnung von Medikamenten, Dokumentation der Ereignisse, Führen einer Patientenakte, professionelle Kompetenzen, Hygiene, Patienten Feedback und Qualitätsverbesserungen. Die Autoren gehen davon aus, dass es größeren Praxen bessere gelänge, Ressourcen für Maßnahmen der Patientensicherheit zur Verfügung zu stellen und zu bündeln.

In vielen europäischen Ländern wurden Qualitätsmanagement-Systeme eingeführt. Auch Österreich hat mit Gründung der ÖQMES (Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH) ein System der Selbstevaluierung durch Ärztinnen/Ärzte, kombiniert mit strichprobenartigen Ordinationsbesuchen, eingeführt. In anderen Ländern sind derartige Systeme jedoch schon weiter elaboriert.⁸ Sollten, wie etwa in Österreich als politisches Ziel vorgegeben, mehr Leistungen in den niedergelassenen Bereich verlegt werden, ist es umso wichtiger hier funktionierende Systeme einzurichten, die Qualität in mehrdimensionaler Hinsicht abbilden. Derartige Systeme sind aufwändig zu etablieren und in den einzelnen Praxen auch mit einem nicht zu unterschätzenden Administrationsaufwand verbunden⁹, insofern sind sie mutmaßlich leichter in größeren Praxen zu implementieren. Zudem betonen Empfehlungen zur Qualitätssteigerung vor allem auch niederschwellige Mechanismen, wie den Austausch mit Kolleg/inn/en und Teamwork.¹⁰ Auch hierbei weisen Zusammenschlüsse Vorteile auf, auch wenn das Einholen einer zweiten Meinung durchaus auch bei Einzelpraxen vorkommen kann. Keating et al. (1998)) führten eine Befragung von Ärzt/inn/en unterschiedlicher Spezialisierung, die in unterschiedlichen Organisationsformen arbeiteten, zu dieser einfachen, nicht institutionalisierten Form der Qualitätssicherung unter Kolleg/inn/en, durch und kamen zu dem Schluss, dass informelle Konsultationen viel häufiger in Gruppenpraxen vorkämen.¹¹

Neben der Qualitätssicherung der Versorgung im herkömmlichen Sinn steigen durch den erwarteten Anstieg chronischer Erkrankungen sowie multimorbider Patient/inn/en die Notwendigkeiten Gesundheitsversorgung weniger sektoral, sondern sektorenübergreifend und integriert auszuüben. Eine sektorale Trennung in niedergelassenen und stationären Bereich, verbunden mit unterschiedlichen Finanzierungs- und Steuerungsmechanismen, kann zu Schnittstellenproblematiken in der Betreuung führen: Mehrfachuntersuchungen oder Mehrfachbehandlungen aufgrund von mangelhafter Informationsweitergabe sind nicht nur kostspielig, sie können auch den Erfolg und die Qualität der Versorgung schmälern. Chronische Erkrankungen und Multimorbidität erfordern aber häufig die Einbeziehung

⁸ siehe Cypionka et al. (2011a) für einen europäischen Vergleich und eine genauere Analyse der Qualitätssicherung in Österreich

⁹ Amelung und Wolf (2011) fordern etwa die routinemäßige Erfassung von Qualitätsindikatoren durch Kundenbefragung, Beschwerdemanagement oder Extraktion aus Routinedaten.

¹⁰ siehe etwa die sehr umfassende Studie des britischen King's Fund zur Qualität der niedergelassenen Versorgung im Vereinigten Königreich (Goodwin et al. (2011))

¹¹ Weitere Bestimmungsfaktoren für häufigere informelle Befragungen waren prospektive Vergütungssysteme und das Arbeiten in Health Maintenance Organisations.

unterschiedlicher Versorger, sei es Ärzte/Ärztinnen unterschiedlicher Fachrichtungen, zwischenzeitliche Krankenhausaufenthalte oder auch Behandlungen durch nicht-ärztliche medizinische Leistungsanbieter. Kommunikations-, Kooperations- sowie Koordinationsproblemen sollte somit entgegengetreten werden. Konzepte der „Integrierten Versorgung“ versuchen schon seit längerem, dieser Probleme Herr zu werden.

Zwei Grundbausteine der integrierten Versorgung sind „Disease Management“ und „Case Management“. In beiden Fällen steht der Anspruch im Mittelpunkt, den/die Patienten/Patientin bestmöglich zu behandeln und dafür bestmöglich durch das bestehende System zu schleusen ohne an Schnittstellen wie praktischer Arzt – Facharzt, Facharzt – Krankenhaus, Krankenhaus – Facharzt, Krankenhaus – Nachbehandlung oder Krankenhaus – Pflege Doppelgleisigkeiten oder Informationsdefizite aufkommen zu lassen. Auch wahlloses und mehrfaches Umherschicken der Patient/inn/en sollte vermieden werden. Disease Management versucht dabei für bestimmte, häufig auftretende, in ähnlicher Form aber unter Einbeziehung einer Mehrzahl an Leistungserbringern zu behandelnde Krankheiten, Behandlungspfade zu erarbeiten. Diese Behandlungspfade sollen den/die Patienten/Patientin über die gesamte Erkrankung und Behandlung hinweg begleiten und eine koordinierte, medizinischen und ökonomischen Gesichtspunkten folgende, bestmögliche Behandlung garantieren. Case Management folgt der gleichen Idee des Begleitens des/der Patienten/Patientin über den Krankheitsverlauf, ist aber individuell auf den/die Patienten/Patientin zugeschnitten, der/die von einem Case Manager durch die Behandlung, wiederum über alle Schnittstellen hinweg, begleitet wird. Case Management bietet sich somit bei komplexen Fällen an, die ob ihrer geringen Prävalenz oder ob unterschiedlicher Ausprägungen nicht geeignet sind, umfassende Disease Management Programme zu entwickeln.

Um derartige Projekte verwirklichen zu können, bedarf es Strukturen, die in der Lage sind, den Investitionsaufwand, den die Entwicklung derartiger Programme mit sich bringt, zu tragen. Amelung und Wolf (2011) geben zu bedenken, dass der Aufwand hinsichtlich der Neuorganisation der Therapieabläufe, des erforderlichen fachübergreifenden medizinischen Verständnisses und der beträchtlichen Investitionen in die IT (etwa zur Durchsetzung einer elektronischen Patientenakte) nicht zu unterschätzen sei. Sie sehen vor allem Kooperationen in der ambulanten Versorgung als zentralen Schritt um in Deutschland weiter in Richtung integrierte Versorgung gehen zu können, hier insbesondere größere Zusammenschlüsse. Der Angst und dem Widerstreben einzelner Ärztinnen und Ärzte gegen derartige Systeme und Integrationen (Angst vor Kompetenzbeschneidung, Überwachung und Eingriff in die Therapiefreiheit) setzen die Autoren entgegen, dass genau diese einzelnen Ärztinnen und Ärzte die Leidtragenden seien, wenn die Entwicklung hin zu Multimorbidität weiterginge, ohne entsprechende Leitlinien zu implementieren: „Viele, die als „Einzelkämpfer“ praktizieren, werden von der Informationsflut, den komplizierter werdenden

medizinischen Anforderungen und der steigenden Arbeitsbelastung schier erdrückt.¹² Auch Weinbrenner und Ollenschläger (2008) und Lange et al. (2012) geben an, dass integrierte Versorgung in Deutschland erst mit den medizinischen Versorgungszentren, dem Beginn hausarztzentrierter Modelle, für die die Patient/inn/en bei ihren Versicherungen optieren können, und der Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung ermöglicht wurde. Beide Arbeiten legen großen Wert darauf, dass Selektivverträge einzelner Arztnetze oder Zentren mit Krankenkassen entscheidend für einen funktionierenden Wettbewerb und die erfolgreiche Durchführung integrierter Versorgung seien.¹³

Auch in Systemen, die verglichen mit Österreich oder Deutschland viel weniger von sektoralen Trennungen betroffen sind wie die Vereinigten Staaten oder das Vereinigte Königreich gibt es Kritik an der „cottage industry“¹⁴ der Versorgung. Für das Vereinigte Königreich mit seinem starken Fokus auf den Hausarzt als Gatekeeper für das gesamte System wird empfohlen, dass der notwendigen weiteren Spezialisierung in Subbereiche der Medizin eine noch stärkere Rolle eines koordinierenden Hausarztes gegenübergestellt wird (siehe dazu auch Abschnitt 6.2). Diese Koordination müsse nicht nur zu anderen medizinischen Bereichen erfolgen, sondern auch die weitläufigeren sozialen Bedürfnisse der Patient/inn/en neben den medizinischen abdecken. Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Berufsgruppen (medizinisches Personal, aber eben auch Sozialarbeiter/innen oder Pflegepersonal) sei notwendig. Zur Qualitätssicherung sei ein Zusammenschluss, zumindest eine Kollaboration von Praxen notwendig. Aspekte, die Patient/inn/en an kleinen Praxen schätzten (siehe dazu auch Abschnitt 4.2.2), müssten einbezogen werden, zugleich sollten die Vorteile, dass etwa mehr Leistungen unter einem Dach bezogen werden können, herausgestrichen werden. (Goodwin et al. (2011))

Fasst man diese Argumente zusammen, so scheinen Gruppenpraxen, insbesondere größere Zusammenschlüsse von Ärzt/inn/en unterschiedlicher Spezialisierungen, folgende Vorteile zu haben:

- Zusammenschlüsse haben mehr Möglichkeiten Systeme der Qualitätssicherung zu betreiben, einerseits durch professionelles Management und Freistellung der Ressourcen, andererseits durch die einfachere Möglichkeit informellen Austausch mit Kolleg/inn/en zu pflegen.
- Die immer weitere Subspezialisierung ärztlicher Fachrichtungen steht einem Steigen chronischer und multimorbider Patient/inn/en entgegen. Die optimale Versorgung

¹² Seite 1.566

¹³ Lange et al. (2012) erheben in ihrer Arbeit auch den Umsetzungsstand von integrierten Versorgungsmodellen in Deutschland. Trotz wiederholter Anstrengungen sei dieser Teil des Gesundheitssystems nach wie vor auf einzelne „Leuchtturmprojekte“ (S. 1.566) beschränkt, wobei fehlende Vorteile und Anreize sowohl für Anbieter als auch für Nachfrager dafür verantwortlich seien. Auch Amelung und Wolf (2011) betonen, dass die Anreize und der Mehrwert für die Leistungserbringer ausgebaut werden müssten, insbesondere sei aber ein Ausbau der professionellen Strukturen und ein „grundlegender Kulturwandel bei allen Aktiven im Gesundheitssystem“ (S. 1.572) vonnöten.

¹⁴ Swensen et al. (2010)

der Patient/inn/en kann nur in integrierter Form geschehen. Modelle integrierter Versorgung wiederum bedingen administrative Möglichkeiten, die eher in großen Gruppen vorhanden sind, vor allem auch, wenn Verträge mit Versicherern einzeln und im Wettbewerb abgeschlossen werden sollen.

4.2. Wünsche von Ärzt/inn/en und Patient/inn/en

4.2.1. Ärztesicht

Amelung und Cornelius (2007) streichen noch einen weiteren Aspekt von Zusammenschlüssen heraus, der einen Übergang zwischen Qualitätsüberlegungen zu den Anreizen der einzelnen Ärztinnen und Ärzte darstellt: Qualitätssicherung im Gesundheitsbereich kann auch durch die Entwicklung und Pflege starker Marken betrieben werden. Auch Getzen (1984) arbeitete bereits folgenden Vorteil von Zusammenschlüssen im ambulanten Bereich heraus: Das Gut Gesundheit ist von großen Informationsasymmetrien zwischen Ärzt/inn/en und Patient/inn/en geprägt, die Qualität einer Leistung ist für die Leistungsempfänger zu Beginn nur schwer zu beurteilen. Zugleich erkennen diese nach der Behandlung oder nach mehrfacher Behandlung, ob dem Leistungserbringer hinsichtlich der Qualität vertraut werden kann. Dieses Vertrauen in die Qualität der Leistung muss erst über die Zeit aufgebaut werden, ist zugleich aber eines der wichtigsten Kriterien im Gesundheitsmarkt, wo der Wettbewerb häufig nicht preislich, sondern über Qualität ausgetragen wird¹⁵. Getzen argumentiert, dass Gruppenpraxen, insbesondere größere Zusammenschlüsse mit mehreren Filialen, es erleichtern, in das „Branding“ der Marke zu investieren. Neue Ärztinnen und Ärzte könnten sich einer Filiale anschließen, ohne selbst langwierig einen Patientenstock aufbauen zu müssen, die Gruppenpraxis selbst bürgt für die Qualität, auch wenn unterschiedliche Ärztinnen und Ärzte die/den Patientin/Patienten behandeln.

Nicht nur der Aufbau der „Marke“ der Praxis stellt eine große Investition dar, generell müssen Ärztinnen und Ärzte im niedergelassenen Bereich eine gewisse Risikopräferenz aufweisen: Eine Praxisgründung ist teuer, zunehmende Subspezialisierung aufgrund des medizinisch-technologischen Fortschritts führt zu einem geringeren Patientenpotential und größerer Abhängigkeit von der Zuweisung anderer Ärztinnen/Ärzte (Amelung und Wolf (2011)), ganz allgemein stellt der Weg in die Selbständigkeit mit unregelmäßigen Arbeitszeiten nicht für jede/n einen passenden Lebensentwurf dar. Amelung und Wolf (2011) sprechen hier auch insbesondere die Feminisierung der Medizin und den dadurch vermehrt aufkommenden Wunsch nach Teilzeitbeschäftigungsmöglichkeiten an. Für die Niederlande erhoben Hombergh et al. (2005) die Unterschiede zwischen Gruppen- und Einzelpraxen und stellten fest, dass Ärztinnen und Ärzte in Einzelpraxen generell mehr Stunden arbeiteten. Ebenfalls für die Niederlande berechnen Wensing et al. (2006) die optimale Praxisgröße hinsichtlich

¹⁵ Zumindest gegenüber den Patient/inn/en gibt es aufgrund der Versicherung häufig keinen Preiswettbewerb.

der Arbeitsbelastung der Ärztinnen und Ärzte und empfehlen große Praxen als optimal hinsichtlich der Arbeitsbelastung.

Noch einmal für die Niederlande führten Maiorova et al. (2007) eine Längsschnittstudie (1980 bis 2004) zu den Wünschen von Frauen und Männern in einer Einzel- oder in einer Gruppenpraxis zu arbeiten durch und stellten diese Wünsche den tatsächlichen Möglichkeiten zur Realisierung gegenüber. Man erkennt, dass die Wünsche von Männern und Frauen zu konvergieren beginnen: Die Präferenz von Frauen für die Arbeit in Einzelpraxen war nie hoch ausgeprägt und nahm über die Jahre noch weiter ab. Allerdings war diese Abnahme auch bei den Männern der Fall, sodass nun beide Geschlechter eine große Präferenz für die Arbeit in Gruppenpraxen aufweisen. Der Wunsch dort in leitender Funktion tätig zu sein ist bei Männern noch etwas größer als bei Frauen. Gründe für diesen Wunsch in Gruppenpraxen zu arbeiten orten die Autor/inn/en in der zunehmenden Subspezialisierung mit Übernahme von Leistungen aus dem stationären Bereich, was leichter in Gruppenpraxen realisierbar sei. Zudem sei der Wunsch nach Vereinbarkeit von Familie und Beruf nicht mehr nur bei Frauen zu verorten, weitergehende Konvergenz in den Arbeitszeiten von Frauen und Männern seien zu erwarten. Entgegen den 80er Jahren sehen die Autor/inn/en weniger Diskrepanz zwischen Wünschen und tatsächlichen Stellen: Die Anzahl der Gruppenpraxen stieg an, es sei zudem zu erwarten, dass aufgrund von Pensionierungen aufgelassene Einzelpraxen zu Gruppenpraxen umgewandelt würden.

In einer Umfrage unter mehr als 4.000 deutschen Medizinstudent/inn/en hinsichtlich der Vorstellungen ihrer beruflichen Zukunft und einer möglichen Praxisgründung kam es zu einem ganz ähnlichen Ergebnis: 69% der Frauen und 61% der Männer gaben an in einer Gemeinschaftspraxis tätig sein zu wollen, 24% (25%) in einem Medizinischen Versorgungszentrum, nur 8% (14%) wollten eine Einzelpraxis gründen. 45% derjenigen, die im niedergelassenen Bereich tätig sein möchten, gaben an, ein Angestelltenverhältnis zu bevorzugen. Es optierten mit 51% mehr Frauen für ein Anstellungsverhältnis im niedergelassenen Bereich als bei den Männern (30%). (Hartmannbund (2012))

Gothe et al. (2007) fassen die internationale Literatur zur Ärztezufriedenheit zusammen. Neben Zufriedenheit schmälern Aspekte wie Kosten- oder Qualitätsdruck finden sie einen positiven Einfluss von fixen Gehaltsbestandteilen, also von nur eingeschränktem unternehmerischem Risiko. Zugleich führte in manchen der behandelten Arbeiten aber mangelnde Autonomie zu Unzufriedenheit. Professionelle Autonomie der Ärztinnen und Ärzte werde als Freiheit diagnostische und therapeutische Entscheidungen zu treffen oder Patient/inn/en zu überweisen verstanden. Beschränkungen der Handlungsfreiheit senkten vor allem dann die Arbeitszufriedenheit, wenn Autorisierungen für Handlungsschritte erforderlich werden. Auf der anderen Seite gibt es auch Hinweise dafür, dass die Einführung von Leitlinien, Fortbildungs- und Zertifizierungsangeboten Autonomie und Kompetenzwahrnehmung sogar stärken könnten. Wie bei vielen Dingen scheint es somit

auch bei Konzepten der integrierten Versorgung und von Kooperationen auf die genaue Ausführung anzukommen.

Dem Wunsch ohne unternehmerisches Risiko, vor allem aber mit geregelten Arbeitszeiten und auch der Chance auf Teilzeit tätig zu werden sowie Verantwortung für Qualität und Versorgung zu teilen kann nur durch Praxiszusammenschlüsse, insbesondere aber durch die Möglichkeit auch im ambulanten Bereich in einem unselbständigen Beschäftigungsverhältnis tätig zu sein entgegengetreten werden. Auf der anderen Seite bezieht sich das Rollenbild und Selbstverständnis der Ärzteschaft vor allem in Mitteleuropa stark auf die Eigen- und Selbstständigkeit. Wie bereits Young und Leese (1999) feststellten, unterscheiden sich aber wohl die Wünsche junger Ärzte/Ärztinnen von denen älterer, der Wandel kann somit auch eine Frage der Generationen sein.

4.2.2. Patientensicht

Scheint der Wunsch der Ärztinnen und Ärzte vermehrt in die Richtung von weniger Investitionsrisiko, geregelten Arbeitszeiten und Möglichkeiten zur Verbindung von Familie und Beruf zu gehen, so gilt es auch zu beachten, welche Wünsche und Ansprüche die Patient/inn/en an die Gesundheitsversorgung haben. Es wurde bereits festgestellt, dass hinsichtlich objektiv messbarer Qualität, insbesondere aber auch durch integrierte Versorgungsabläufe, Patient/inn/en von Zusammenschlüssen profitieren sollten. Weiters ist der Wunsch nach längeren Öffnungszeiten mutmaßlich einer der Gründe, warum Spitalsambulanzen in Österreich so häufig frequentiert werden.

Lin et al. (2004) erfassen die Zufriedenheit von Patient/inn/en mit der Leistung in Gruppenpraxen im Vergleich zu Einzelpraxen, wobei es vor allem um die „funktionelle Qualität“¹⁶ der erbrachten Leistung geht, also die, für die Patient/inn/en zugängliche und beobachtbare Art in der die Leistung erbracht wurde. Die Zufriedenheit war bei Patient/inn/en von Gruppenpraxen in allen gemessenen Kategorien (sachliche Fähigkeit, Verlässlichkeit, Reaktion auf die Patient/inn/en, Vertrauen und Mitgefühl) höher als bei denen von Einzelpraxen.

Doch diesem Resultat wird in anderen Studien widersprochen: Wensing et al. (2002) führten etwa eine internationale (DK, DE, NL, NO, UK, BE, CH, SL, ES) Studie durch, in der die folgenden Aspekte der Patientenzufriedenheit abgefragt wurden: günstige Terminvereinbarung, Erreichbarkeit mittels Telefon, die Möglichkeit mit dem/der Arzt/Ärztin am Telefon zu sprechen, die Wartezeit in der Praxis und die Verfügbarkeit von schneller Hilfe bei dringenden Fällen.¹⁷ Neben Vergleichen der einzelnen Aspekte in den unterschiedlichen

¹⁶ Im Gegenteil zur „technischen Qualität“, die nur von Spezialist/inn/en bewertet werden kann.

¹⁷ In der Untersuchung wurde auf das EUROPEP-Instrument zurückgegriffen, einen standardisierten Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (siehe <http://www.topaseurope.eu/?q=node/13> [27.07.2012]). Aus den 23 Items wurden die besagten 5 ausgewählt und näher analysiert.

Ländern kommen die Autor/inn/en zu dem Schluss, dass Patient/inn/en insgesamt bessere Bewertungen abgaben, wenn weniger Ärztinnen/Ärzte und weniger andere Angestellte in einer Praxis tätig waren. Auf der anderen Seite wurden aber längere Öffnungszeiten positiv beurteilt. Auch in der zuvor zitierten Studie von Hombergh et al. (2005) schnitten Gruppenpraxen zwar fast in allen abgefragten Dimensionen des Bewertungsschemas besser ab, bei den von den Patient/inn/en bewerteten Aspekten für Service, Zugänglichkeit, aber auch hinsichtlich der Praxisausstattung selbst (auch wenn anhand objektiver Kriterien in Gruppenpraxen besser beurteilt) zeigte sich allerdings eine Favorisierung von Einzelpraxen. Ähnliche Resultate finden sich auch in Untersuchungen für Dänemark: Wiederum mittels des EUROPEP-Fragebogens führten Heje et al. (2007) eine Patientenbefragung in Praxen von Allgemeinmediziner/inne/n durch. Laut den Autor/inn/en schnitten Einzelpraxen mit wenigen Patient/inn/en und nur wenigen Angestellten, die keine Lehrpraxis waren am besten bei den von Patient/inn/en angegebenen Kriterien der Versorgung ab. Auch hier wurden aber längere Öffnungszeiten positiv beurteilt.

Auf der einen Seite scheinen sich Patient/inn/en somit zwar längere Öffnungszeiten und schnelle Verfügbarkeit von Ärzt/inn/en zu wünschen, auf der anderen Seite scheint ein konstantes Arzt-Patienten-Verhältnis sowie insgesamt kleinere Einrichtungen für die Patientenzufriedenheit relevant zu sein. Die Vorteile von Gruppenpraxen hinsichtlich der Arbeitszeiten, der Flexibilität und auch der Qualität mit den von Patient/inn/en eventuell empfundenen Nachteilen in Einklang zu bringen, scheint eine Herausforderung für Praxen aber auch für Entscheidungsträger zu sein. Wensing et al. (2002) empfehlen kleinere Zusammenschlüsse und Koordination zwischen den Ärzt/inn/en anstelle vom Aufbau großer Organisationen. Baker und Streatfield (1995), die bereits 1995 die Patientenzufriedenheit mit unterschiedlichen Arten von Praxen beurteilten, empfehlen auch innerhalb großer Praxen die Arbeit in kleineren Teams, sodass sich Patient/inn/en an Ärztinnen/Ärzte, aber auch an nicht-medizinisches Personal gewöhnen können.

Vergleichbare Studien für Österreich gibt es nicht. Nimmt man an, dass auch österreichische Patient/inn/en eine gewisse Kontinuität in der Arzt-Patienten-Beziehung wünschen, so scheint es interessant, dass der Zustrom zu Spitalsambulanzen in Österreich nach wie vor groß ist, obwohl hier die Kontinuität der persönlichen Behandlung nicht gegeben ist. Es wäre somit interessant zu erheben, welche Eigenschaften an Spitalsambulanzen die Österreicher/innen schätzen, um beim Aufbau von Ersatzstrukturen im niedergelassenen Bereich Unzufriedenheit und in weiterer Folge mangelnde Nutzung zu vermeiden.

5. Kooperationsformen in Deutschland – Medizinische Versorgungszentren

5.1. Kooperationsformen

Im Gegensatz zu Österreich sind in Deutschland Kooperationsformen im ambulanten Bereich in verschiedenen Ausprägungen schon länger etabliert. Grundsätzlich gilt es zu unterscheiden, ob sich Ärztinnen/Ärzte zu einer Organisations- oder zu einer Berufsausübungsgemeinschaft zusammenschließen. Organisationsgemeinschaft bedeutet, dass die Kooperation nur einen organisatorischen Rahmen beinhaltet, keine ärztliche Kooperation geht damit einher. Unter diesem Begriff können die folgenden Arten von Kooperationen zusammengefasst werden¹⁸:

- Praxisgemeinschaft: Ärztinnen/Ärzte gleicher oder unterschiedlicher Fachrichtung nutzen gemeinsam Räume, Einrichtungen, Geräte oder nicht ärztliches Personal. Jede/r hat ihren/seinen eigenen Patientenstamm und rechnet gesondert mit den Krankenversicherungen ab. Eine Praxisgemeinschaft verfolgt somit ausschließlich wirtschaftliche Gründe.
- Apparategemeinschaft: Organisationsgemeinschaft mit geringer Bindung der Gesellschafter/innen untereinander, die Kooperation dient vor allem der gemeinsamen Nutzung von Sachmitteln, hauptsächlich verfolgter Zweck ist somit eine Kostenreduktion.
- Ärztehaus: ein gesetzlich nicht definierter Begriff, sondern eine über Jahre gewachsene Bezeichnung; Praxen bieten ihre Leistungen (gleicher oder unterschiedlicher Fachrichtung) mit Anbietern anderer Gesundheitsleistungen (Apotheken, Physiotherapie, Logopädie) unter einem Dach an. Das Ärztehaus ist insofern bloß eine Art Hülle für mögliche weitergehende Kooperationen.
- Praxisnetz/Praxisverbund: Zusammenschluss von selbständigen Praxen zur konzeptionellen und organisierten Zusammenarbeit. Kooperationen mit Krankenhäusern, Pflegediensten, Apotheken oder anderen Anbietern sind ebenfalls möglich. Die Zielsetzungen können sehr unterschiedlich sein: versorgungsbezogen, ökonomisch, berufspolitisch, kollegial oder marketingbezogen. Praxisnetze organisieren sich in der Regel als eingetragener Verein, es sind aber auch andere Gesellschaftsformen möglich.

Anders als Organisationsgemeinschaften sind Berufsausübungsgemeinschaften rechtlich verbindliche Zusammenschlüsse von Vertragsarzt/inn/en, Vertragspsychotherapeut/inn/en oder Medizinischen Versorgungszentren. Ziel ist die gemeinsame Ausübung der beruflichen Tätigkeit. Dabei müssen folgende Kriterien vorliegen:

¹⁸ Eine ausführliche Zusammenstellung findet sich in KBV (2007a).

- gemeinsame Patientenbehandlung
- schriftlicher Gesellschaftsvertrag, in dem der Wille zur gemeinsamen Berufsausübung bekundet wird
- Außenankündigung der Gesellschaft
- Abrechnung und Dokumentation der erbrachten Leistungen durch die Gemeinschaft
- Haftung der Gemeinschaft nach außen
- Beteiligung an unternehmerischen Chancen und Risiken (gleiche Rechte und Pflichten der beteiligten Ärztinnen/Ärzte)
- gemeinsames Personal
- gemeinsame Räume und Praxiseinrichtung

Unter die Berufsausübungsgemeinschaft fallen die folgenden Konstrukte:

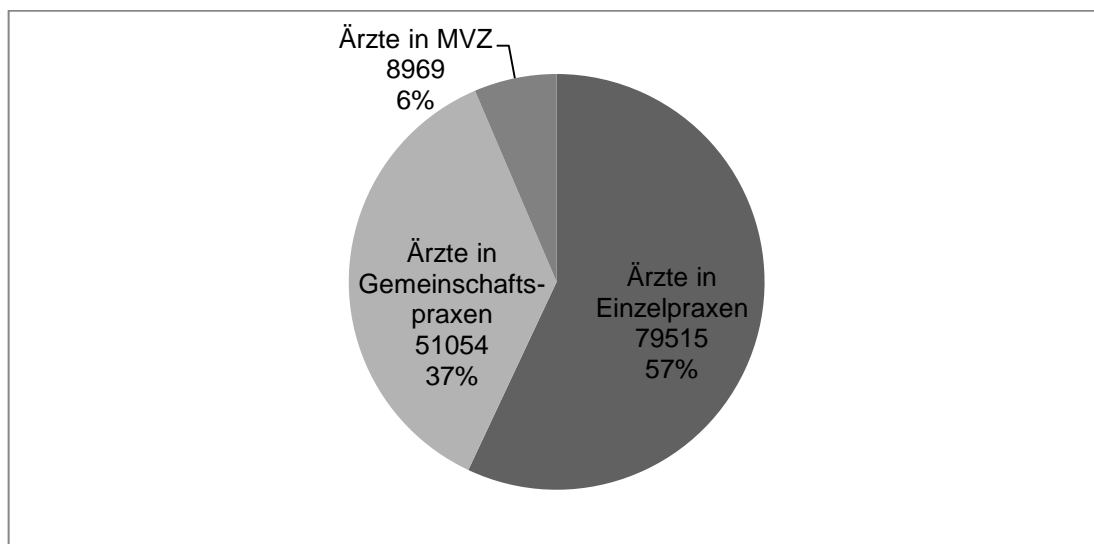
- Gemeinschaftspraxis: ausschließlich (fachgleiche oder fachfremde) Ärztinnen/Ärzte, wirtschaftliche, organisatorische und räumliche Zusammenschlüsse, die auch bei der Abrechnung als eine Einheit betrachtet werden
- Job-Sharing: häufig von älteren Ärzt/inn/en benutzt, die auf ihrer Planstelle schon während der eigenen Berufsausübung eine/n Nachfolger/in etablieren wollen, die Partner/innen teilen sich dabei eine Planstelle
- Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft: Gemeinschaftspraxis, die auf einen Haupt- und einen Nebensitz aufgeteilt ist
- Medizinisches Versorgungszentrum: fachübergreifende, ärztlich geleitete Einrichtung, in der Vertragsärzte/Vertragsärztinnen oder angestellte Ärzte/Ärztinnen tätig sein können. (Eine nähere Beschreibung folgt im nächsten Abschnitt.)

Neben diesen Formen der Kooperation im niedergelassenen Bereich können einzelne Ärztinnen/Ärzte auch mit Krankenhäusern kooperieren, etwa als Belegarzt/Belegärztin (Vertragsarzt/-ärztin mit der Möglichkeit, eigene oder zugewiesene Patient/inn/en auch stationär zu behandeln; der Krankenhausträger stellt dazu eine bestimmte Anzahl an Betten zur Verfügung); als Konsiliararzt/Konsiliarärztin (hinzuziehen eines/einer fachlichen Kollegen/Kollegin; im Zusammenhang mit einem Krankenhaus kann es sich um eine Zweitmeinung, etwa zur Überprüfung der Diagnostik oder Therapie handeln, kann aber auch Mitbehandlung der Patient/inn/en beinhalten); durch die Übernahme vor- und nachstationärer Leistungen als Vertragsarzt/Vertragsärztin (durch Einführung von Fallpauschalen Anreiz der Krankenhäuser vor- und nachstationäre Leistungen auszulagern; Vergütung durch das Krankenhaus); durch eine Praxis in Krankenhausnähe (räumliche Nähe zum Krankenhaus, räumliche Trennung aber nötig; Ziel: kürzere Wege) oder durch eine Anlaufpraxis (eine von mehreren Ärzt/inn/en organisierte Notfallpraxis).

Insbesondere Gemeinschaftspraxen spielen schon seit längerem eine große Rolle in der ambulanten Versorgung in Deutschland, bereits 1993 waren 29.731 Vertragsärzte/-ärztinnen in dieser Praxisform tätig (siehe KBV (2011b)). Abbildung 1 zeigt die Verteilung der

Ärzte/Ärztinnen auf Einzelpraxen, Gemeinschaftspraxen und Medizinische Versorgungszentren mit Ende 2011.

Abbildung 1: Anzahl der Ärzte/Ärztinnen in vertragsärztlichen Einrichtungen (Stand: Ende 2011)



Quelle: KBV (2012d)

In Deutschland sind nur noch etwas mehr als die Hälfte (79.515 Ärzte/Ärztinnen oder 57%) aller an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte/Ärztinnen in Einzelpraxen¹⁹ tätig.²⁰ Ein Anteil von 37% der Ärzte/Ärztinnen (51.054) ist in einer der 19.978 Gemeinschaftspraxen (20% aller Praxen) tätig. In einer Gemeinschaftspraxis sind somit durchschnittlich 2,56 Ärzte/Ärztinnen beschäftigt. Aus KBV (2012d) ist ablesbar, dass 19% der Gemeinschaftspraxen fachübergreifend sind, wobei hier die häufigste Fachkombination Allgemeinmedizin/Innere Medizin (insgesamt 2.488 Praxen)²¹ darstellt, sowie dass 7% der Ärzte/Ärztinnen in Gemeinschaftspraxen ein Angestelltenverhältnis haben.

Auf die Medizinischen Versorgungszentren entfallen 6% (8.969 Ärzte/Ärztinnen) der Kassenärzte/-ärztinnen, diese sind in 1.700 MVZs (ca. 2% aller Praxen) tätig. (Die Anzahl der MVZ bezieht sich auf das erste Quartal 2011 (KBV (2012b))). Mit den Medizinischen Versorgungszentren wurde im Jahr 2004 eine weitere Möglichkeit zur Kooperation und

¹⁹ Die Anzahl „Ärzte in Einzelpraxen“ ergibt sich aus Abzug der Anzahl von Arzt/inn/en in MVZs und Gruppenpraxen von der Gesamtanzahl der Arzt/inn/en. Durch diesen Umstand sind hier auch z. B. Ärztinnen und Ärzte, die in Ärztehäusern tätig sind, enthalten. Alternativ könnte hier die Bezeichnung „Ärztinnen und Ärzte, die eigenständig abrechnen“ benutzt werden.

²⁰ Der Terminus „an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende/r Ärztin/Arzt“ bezeichnet laut KBV 2011b eine/n Ärztin/Arzt, welche/r Patient/inn/en der gesetzlichen Krankenkassen ambulant behandeln darf. Jede/r Ärztin/Arzt ist Mitglied in einer kassenärztlichen Vereinigung, über welche die Honorarabrechnung mit den Krankenkassen abgewickelt wird.

²¹ Die Angabe zu den Fachkombinationen ist nicht im Bericht enthalten, wurde aber auf Anfrage vom KBV genannt. (Mail vom 28.08.2012)

Leistungserbringung im ambulanten Bereich geschaffen, die insbesondere nicht nur Ärzte/Ärztinnen mit einbezieht. Wir werden uns in der folgenden Analyse vor allem auf diese Form der Kooperation konzentrieren, auch wenn zahlenmäßig die Gemeinschaftspraxen nach wie vor stark überwiegen. Diesen Fokus begründen wir zum einen dadurch, dass nach einigen rechtlichen Veränderungen in den letzten Jahren für MVZ mit Ärzt/inn/en als Träger keine wirklichen Unterschiede zu Gemeinschaftspraxen erkennbar sind (siehe dazu auch Abbildung 24). Zum anderen wurde dieser neuesten Form der Kooperation aufgrund der großen Hoffnungen, die hinsichtlich der Versorgungsqualität in sie gesteckt wurde, viel Platz in der Literatur gewidmet. Weiters sind MVZs ob der größeren Vielseitigkeit wohl das interessantere und eventuell auch zukunftssträchtigere Konstrukt.

5.2. Medizinische Versorgungszentren – Begriffsdefinition und Hintergründe

Mit 1.1.2004 wurden Medizinische Versorgungszentren mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) (BGBl. 5702, S. 2212) als neue Form der Leistungserbringung in der vertragsärztlichen Versorgung implementiert. Sie wurden vom Gesetzgeber als fachübergreifende, ärztlich geleitete Einrichtung definiert, in der Vertragsärztinnen/Vertragsärzte und/oder angestellte Ärztinnen/Ärzte tätig werden können. Fachübergreifend sind Einrichtungen dann, wenn zumindest zwei vollzeitbeschäftigte Ärzte/Ärztinnen unterschiedlicher Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen tätig sind. Der große Unterschied zwischen Gemeinschaftspraxen und MVZ besteht darin, dass Gemeinschaftspraxen nur von Vertragsärzt/inn/en gegründet werden können. Als Träger von Medizinischen Versorgungszentren sind alle Leistungserbringer zugelassen, die an der medizinischen Versorgung aufgrund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag teilnehmen. Insofern können neben Vertragsärzt/inn/en unter anderen auch Krankenhäuser, Apotheken, Psychotherapeut/inn/en, Rehabilitationseinrichtungen, Heilmittelerbringer oder Leistungserbringer für die häusliche Krankenpflege als Gesellschafter von MVZ auftreten. Der Weg von (privat organisierten) stationären Leistungsanbietern in den ambulanten Bereich wurde somit ermöglicht. Allerdings gibt es nach wie vor Beschränkungen, Investoren sind etwa nicht erlaubt, um das grundlegende Ziel der ambulanten Versorgung durch die Beteiligung von primär auf Gewinn ausgerichteter Partner nicht zu gefährden (Schmola (2009)).

Für MVZs sind drei mögliche Grundkonstellationen denkbar.

- Freiberufler-Variante: Das MVZ arbeitet ausschließlich mit Vertragsärzt/inn/en. Dabei wird bei MVZ-Gründung oder bei Anschluss eines/einer Vertragsarztes/Vertragsärztin die Zulassung in das MVZ eingebracht und kann bei Auflösung der Kooperation wieder aus dem MVZ herausgelöst werden.
- Angestellten-Variante: Das MVZ arbeitet ausschließlich mit angestellten Ärzt/inn/en. Dabei muss das MVZ Inhaber der Vertragssitze sein. Diese kann es durch

Übertragung von Vertragsärzt/inn/en oder als Gewinner einer Ausschreibung erhalten. Überträgt man den Sitz an das MVZ verbleibt dieser auch dort, wenn man das MVZ verlassen will. Aus Sicht des Trägers besteht somit der Vorteil, dass ein Sitz durch mehrere Angestellte besetzt und dass die Nachbesetzung ohne formale Ausschreibungsverfahren vorgenommen werden kann.

- Mischvariante: Das MVZ arbeitet sowohl mit Vertragsärzt/inn/en als auch mit angestellten Ärzt/inn/en.

Hinsichtlich der Rechtsform gibt es unterschiedliche Möglichkeiten. Wie auch bei den Gemeinschaftspraxen sind Personengesellschaften als Gesellschaft bürgerlichen Rechts oder als Partnerschaftsgesellschaft möglich. Als Kapitalgesellschaften kommen die Gesellschaft mit beschränkter Haftung und auch die Aktiengesellschaft in Betracht. Grundsätzlich gilt, dass Personengesellschaften bei MVZs mit freiberuflichen Ärzt/inn/en gewählt werden müssen, bei MVZs mit angestellten Ärzt/inn/en sind Kapitalgesellschaften zu wählen. Laut KBV (2007a) kommt es aber auf den Einzelfall an. Wenn ein/e Arzt/Ärztin ein MVZ gründet, heißt dies nicht zwangsläufig, dass er/sie dort auch tätig sein wird. Ärzte/Ärztinnen können zwar sowohl Gesellschafter als auch dort freiberuflich tätig sein, sie können aber auch nur als Gründer auftreten und eine eigene Praxis weiterbetreiben. Wollen Nicht-Ärzte ein MVZ gründen, müssen sie aufgrund der Bedarfsplanung über die freien Arztsitze verfügen, die sie entweder von Ärzt/inn/en erhalten, die angestellt werden wollen und ihren Sitz einbringen, oder sie können die Sitze, soweit verfügbar, aufgrund von Ausschreibungen erwerben.²²

Die Idee von Medizinischen Versorgungszentren ist auch in Deutschland nicht neu. Geidel (2009) fasst die Entwicklung dieser Idee zusammen und erwähnt, dass bereits 1810 in Berlin eine Poliklinik eingeführt wurde, die allerdings vor allem dem praktischen Unterricht der Studenten an der medizinischen Fakultät diene. Später spezialisierten sich diese Kliniken, die auch an anderen größeren Krankenhäusern gegründet wurden, auf spezielle

²² Mit 1.1.2012 kam es hierbei zu Änderungen, insbesondere wurden die möglichen Rechtsformen verringert und Anforderungen an die/den ärztliche/n Leiter/in gestellt. Im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP wurde folgende Änderung vereinbart: „*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 zu Verfügung stehen.*“ (S. 88). Tatsächlich ist Folgendes passiert: Die Voraussetzungen zur Gründung von MVZs wurden geändert und die Anforderung an die Leitung von MVZs konkretisiert. Ein MVZ kann danach ab dem 1.1.2012 nur von zugelassenen Ärzt/inn/en, von zugelassenen Krankenhäusern, von nichtärztlichen Dialyseversorgern nach § 126 Abs. 3 SGB V oder gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, gegründet werden. Die Gründung ist nur in der Rechtsform einer Personengesellschaft, einer eingetragenen Genossenschaft oder einer GmbH zulässig (§ 95 Abs. 1a SGB V). Der/Die ärztliche Leiter/in muss selbst als angestellte/r Ärztin/Arzt oder als Vertragsarzt/-ärztin in dem MVZ tätig sein. Er/Sie ist in medizinischen Fragen weisungsfrei (§ 95 Abs. 1 SGB V). <http://www.kvbb.de/praxis/ansicht-news/article/gkv-versorgungsstrukturgesetz-vstg-3/255/archive/2012/> [18.07.2012]

Bevölkerungsgruppen (etwa Kinder oder chronisch Kranke). Auch am Beginn des 20. Jahrhunderts schien die Entwicklung in Richtung Zusammenschlüsse und Zentren zu gehen: Geidel zitiert eine Aussage aus 1919: „Die Aufrechterhaltung des privatwirtschaftlichen Kleinbetriebes sei nicht im Wesen der ärztlichen Berufsausübung.“ Das Beispiel der Berliner Ambulatorien ging damals anscheinend um die Welt und wurde als „ein Bild von medizinischer Organisation der Zukunft“ vermittelt. Auf der anderen Seite wurde die Gründung von Polikliniken von Ärzt/inn/en und ihren Standesvertretungen stets abgelehnt. Im geteilten Deutschland etablierten sich dann auf der einen Seite, in der BRD, freiberufliche Ärzte/Ärztinnen, in der DDR wurden Polikliniken gegründet, Ärzte/Ärztinnen waren ausschließlich als Angestellte tätig. Nach der Wende gab es nur vereinzelt die Möglichkeit die DDR-Strukturen im Osten aufrechtzuerhalten, die Ärztinnen/Ärzte gingen auch dort vermehrt in die Freiberuflichkeit²³. Geidel geht davon aus, dass das Reizwort „Poliklinik“ nach der Wende oft benutzt wurde, um Zusammenschlüsse und vor allem die Gründung von Zentren durch andere als Ärzte/Ärztinnen zu verhindern.

Bereits in Kapitel 4 wurden Gründe angeführt, warum Zusammenschlüsse neben ökonomischen Effizienzüberlegungen, wie sie zuvor getroffen worden waren, sinnvoll sein könnten. Amelung und Cornelius (2007) fassen die Zielsetzung bei der Gesetzgebung zu den Medizinischen Versorgungszentren wie folgt zusammen:

- Konzentration und Bündelung von fachübergreifender Kompetenz
- patientenorientierte Organisationsstruktur, bei der keine Wegzeiten für den Besuch verschiedener Fachärzte/Fachärztinnen anfallen
- sehr gute Grundlage für Disease Management und das Versorgungsmanagement chronisch Kranker
- flexible Öffnungszeiten und Vertretungsmöglichkeiten, damit eine deutlich bessere Erreichbarkeit
- Verminderung unnötiger Doppeluntersuchungen
- Kooperation und Koordination der ärztlichen und nicht-ärztlichen Tätigkeiten durch gemeinsame Strukturen
- effiziente Betriebsstätten durch zentralen Einkauf, Personalpool und gemeinsame Managementstrukturen

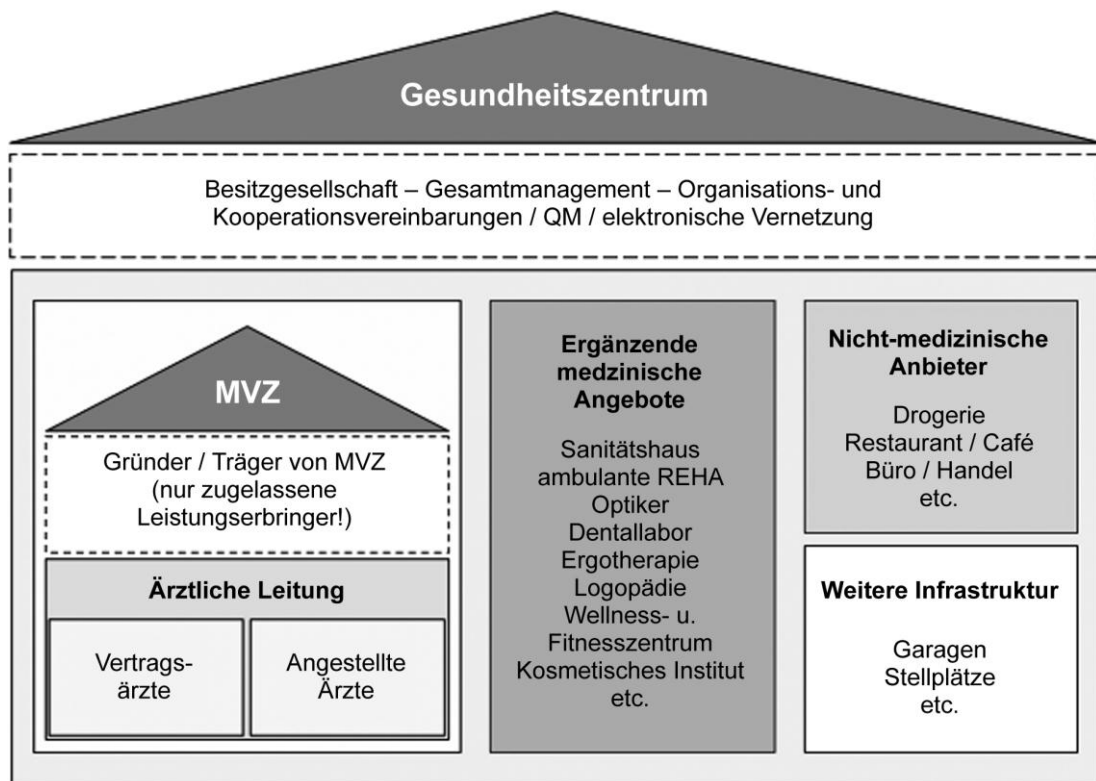
Prinzipiell hätten Einzelpraxen in einer modernen Gesundheitsversorgung wenig Spielraum und Wettbewerbsvorteil. Einzig „in dünn besiedelten ländlichen Gebieten haben auch langfristig hausärztliche Einzelpraxen das Alleinstellungsmerkmal der guten Erreichbarkeit“²⁴. Aber auch hier empfehlen die Autoren Zusammenarbeit mit dem nächstgelegenen MVZ, einzig zur örtlichen Erreichbarkeit und zur Erstuntersuchung wären

²³ Beziehungsweise setzte bereits damals eine gewisse Unterversorgung bestimmter Regionen ein. Einzelne Polikliniken bestanden allerdings weiter und existieren nun parallel zu neu gegründeten MVZs.

²⁴ Seite 757

lokale Einzelpraxen sinnvoll. Besonders positiv beurteilen die Autoren, dass klassische Sektorengrenzen durch die Möglichkeit von Krankenhäusern nun ebenfalls in der ambulanten Versorgung tätig werden zu können, aufgeweicht würden. Insbesondere im städtischen Gebiet scheint dies sowohl organisatorisch als auch aus Patientensicht sinnvoll. Abbildung 2 zeigt die Idealvorstellung der Versorgung aus Sicht der Autoren. Das MVZ ist somit nur ein Teil eines umfassenderen Gesundheitszentrums, das auch para-medizinische Angebote wie Rehabilitationseinrichtungen, Sanitätshaus, Logopädie etc. enthält. Aus einem Gespräch²⁵ mit dem Bundesverband MVZ geht hervor, dass auch nicht-medizinische Anbieter in MVZs eine sinnvolle Ergänzung sein können. Sie berichten etwa, dass besonders von den Begleitern älterer Patient/inn/en ein am MVZ anliegendes Kaffeehaus geschätzt würde, in dem die Wartezeit während der Behandlung des/der Patienten/Patientin überbrückt werden könne. Im selben Interview erwähnen sie, dass für Familien die Anwesenheit von Kinderärzt/inn/en neben anderen Ärzt/inn/en vorteilhaft und attraktiv sei, sodass mit geringen Wegkosten mehrere ärztliche Leistungen nachgefragt werden können.

Abbildung 2: Strukturmodell eines umfassenden Gesundheitszentrums



Quelle: Amelung und Cornelius (2007), S. 758.

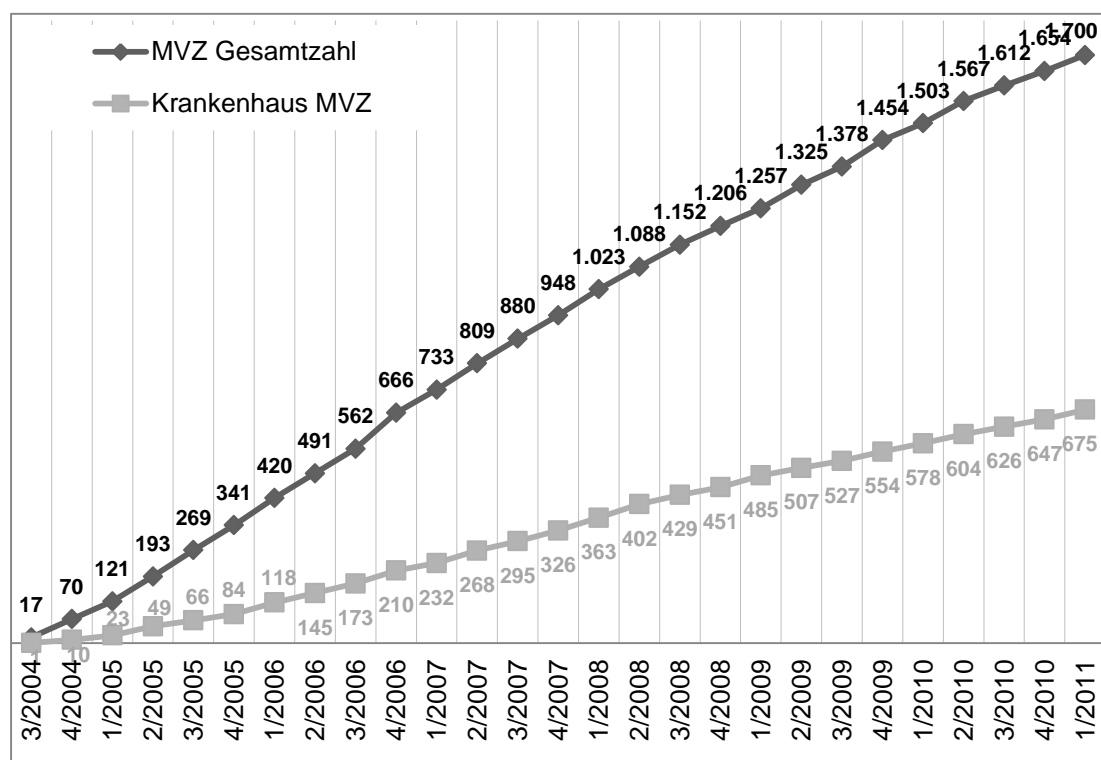
²⁵ Telefonat vom 25.07.2012

Im nächsten Kapitel werden die wichtigsten Zahlen zu MVZs, aber auch Umfragen unter Betreibern von MVZs zusammengefasst, um ein besseres Bild davon zu bekommen, welche Richtung die Entwicklung genommen hat und inwiefern weitere Anpassungen in der Gesetzeslage nötig wären, um die von Amelung und Cornelius präferierte Richtung im Sinne einer ambulanten Vollversorgung durch miteinander verbundene Leistungserbringer zu ermöglichen.

5.3. Medizinische Versorgungszentren – Entwicklung der ersten acht Jahre

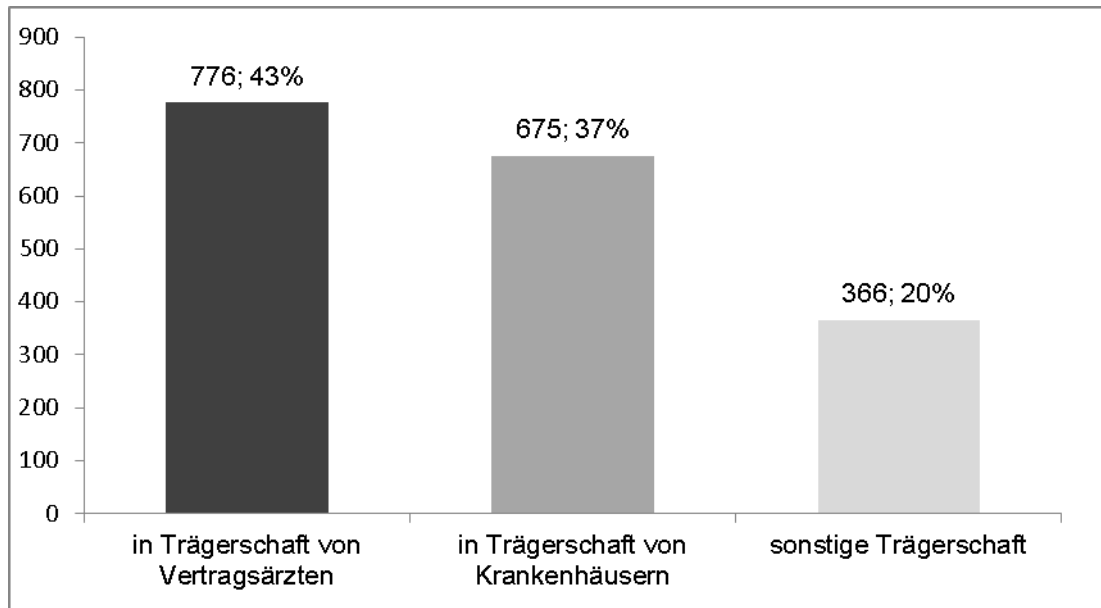
5.3.1. Anzahl, Trägerschaft, Rechtsform, Beschäftigungsverhältnis

Abbildung 3: Anzahl der Medizinischen Versorgungszentren im Zeitverlauf



Quelle: KBV (2012a), KBV (2007b)

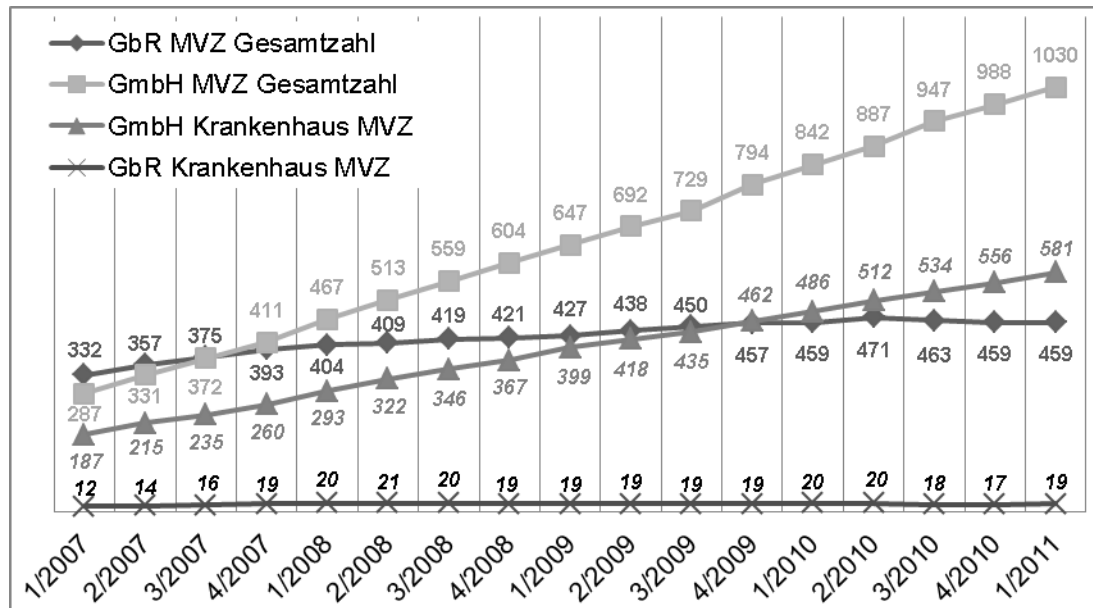
Die kassenärztliche Bundesvereinigung erhebt quartalsweise Daten über die Entwicklung der MVZs. Die Anzahl der MVZs ist seit der Gründungsmöglichkeit im Jahr 2004 stetig gestiegen. Im 1. Quartal 2011 gab es in Deutschland 1.700 MVZs. Die Anzahl der MVZs, bei denen ein Krankenhaus als Träger beteiligt ist, legte ebenfalls stetig zu und beläuft sich im 1. Quartal 2011 auf 675. Waren im ersten Quartal 2007 bei ca. 30% der MVZs Krankenhäuser als Träger beteiligt, so liegt dieser Wert im 1. Quartal 2011 bereits bei knapp 40%.

Abbildung 4: Trägerschaft von MVZs (Mehrfachträgerschaften möglich)

Quelle: KBV (2012b)

Die Mehrzahl der MVZs (1.421 oder 80%) ist in der Trägerschaft von Vertragsärzten (776 oder 43%) und Krankenhäusern (675 oder 37%). Neben diesen beiden Gruppen können unter anderem noch Apotheker, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie Heil- und Hilfsmittelerbringer Träger eines MVZs werden, welche zusammen 366 MVZs (20%) betreiben.²⁶

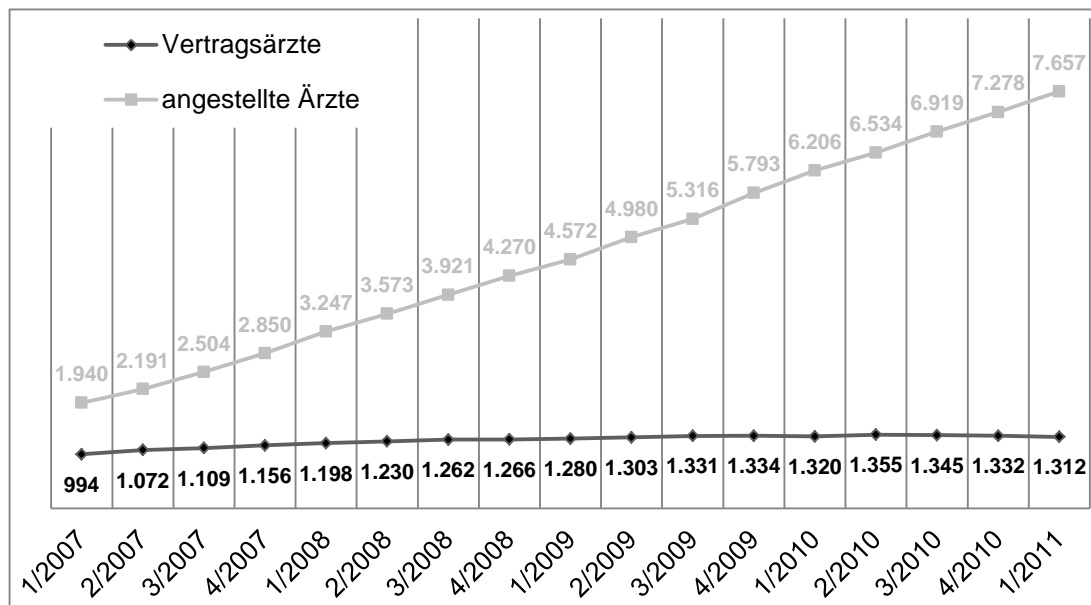
²⁶ Die Möglichkeit, dass Krankenhäuser (insbesondere in privater Trägerschaft) durch die Beteiligung in MVZs im ambulanten medizinischen Bereich tätig werden können erweckt auch kritische Stimmen. In den Telefoninterviews (KBV vom 26.07.2012; Agentur deutscher Arztnetze vom 27.07.2012) wird vor allem auf die Gefährdung der Freiberuflichkeit und eine übermäßige Profitorientierung privater Träger hingewiesen.

Abbildung 5: Ausgewählte Rechtsformen bei MVZs

Quelle: KBV (2012a)

Die vorwiegend gewählten Rechtsformen sind die Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH, 1.030 MVZs) und die Gesellschaft des bürgerlichen Rechts (GbR, 459 MVZs). Zusammen machen diese beiden Rechtsformen im 1. Quartal 2011 einen Anteil von 88% aller MVZs aus. Bei den verbleibenden 12% handelt es sich unter anderem um die Rechtsformen Partnerschaftsgesellschaft (PartG), Aktiengesellschaft (AG), gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung (gGmbH) und Gesellschaft mit beschränkter Haftung & Compagnie Kommanditgesellschaft (GmbH und Co KG). Im ersten Quartal 2007 war die GbR noch die am häufigsten verwendete Rechtsform, mittlerweile stagniert aber die Anzahl der MVZs mit dieser Rechtsform. Die GmbH hat sich eindeutig als beliebteste Rechtsform bei MVZs etabliert. Auch bei den MVZs, bei denen ein Krankenhaus als Träger beteiligt ist, ist die GmbH mit 459 MVZs oder 68% der gesamten Krankenhaus-MVZs die beliebteste Rechtsform. Die GbR spielt hier mit 19 Stück oder 3% aller Krankenhaus-MVZs, nur eine vernachlässigbare Rolle. Wie schon in Abschnitt 5.2 erwähnt, hängt die Rechtsform vor allem davon ab, ob angestellte Ärzte/Ärztinnen oder Vertragsärzte/-ärztinnen im MVZ tätig sein sollen. Der Anstieg der GmbH als Rechtsform mag daher mit dem Anstieg der angestellten Ärzte/Ärztinnen zu tun haben, wie Abbildung 6 auch zeigt.

Im Vergleich zur Situation in Österreich mutet es angesichts der vielen möglichen Rechtsformen, die MVZs aber auch Gemeinschaftspraxen in Deutschland einnehmen können, interessant an, dass die Diskussion um die Rechtsform GmbH versus der bereits zuvor möglichen Offenen Gesellschaft derart im Mittelpunkt der Diskussion und Verhandlungen stand, vor allem angesichts der Tatsache, dass in Österreich keine Ärzte/Ärztinnen als Angestellte in einer Ärzte-GmbH arbeiten können.

Abbildung 6: Art der ärztlichen Berufsausübung

Quelle: KBV (2012a)

In medizinischen Versorgungszentren sind mit 1. Quartal 2011 insgesamt 8.969 Ärzte/Ärztinnen tätig. Auf Krankenhaus-MVZs fallen 3.813 Ärzte/Ärztinnen (42,5%).

Die deutsche Gesetzgebung erlaubt das Anstellen von Ärzt/inn/en in MVZs, wovon auch sehr häufig Gebrauch gemacht wird. Neben den 1.312 (15%) Vertragsärzt/inn/en sind 7.657 (85%) angestellte Ärzte/Ärztinnen beschäftigt. Somit kommen auf eine/n Vertragsärztin/-arzt ca. 5,8 angestellte Ärztinnen/Ärzte. Bei Krankenhaus-MVZs ist diese Zahl noch viel höher. Auf eine/n Vertragsärztin/-arzt (46 gesamt) kommen hier gar fast 82 angestellte Ärztinnen/Ärzte (3.767 gesamt). Die meisten Krankenhaus-MVZs (97%) sind überhaupt von der Form, dass nur angestellte Ärzte/Ärztinnen beschäftigt werden. Interessant ist darüber hinaus, dass die Gesamtanzahl der Vertragsärzte/-ärztinnen seit dem 2. Quartal 2009 stagniert, während die Anzahl der angestellten Ärzte/Ärztinnen ungebremst weiter wächst.

Laut Auskunft der kassenärztlichen Bundesvereinigung und der KV Hessen²⁷ ist die Möglichkeit angestellte Ärzte/Ärztinnen zu beschäftigen sowohl für Betreiber von MVZs, als auch für die Angestellten selbst attraktiv. Steht für Erstere laut KBV und KV Hessen oft die wirtschaftliche Komponente im Vordergrund, so schätzten vor allem junge Ärzte/Ärztinnen die Möglichkeit mittels Angestelltenverhältnis im niedergelassenen Bereich Fuß fassen zu können, ohne gleich das Risiko einer Praxisgründung eingehen zu müssen. Darüber hinaus sind die flexibleren Arbeitszeiten, welche durch eine Anstellung ermöglicht werden, beliebt. Wie zuvor schon anhand der Befragung von Medizinstudierenden (siehe Abschnitt 4.2.1)

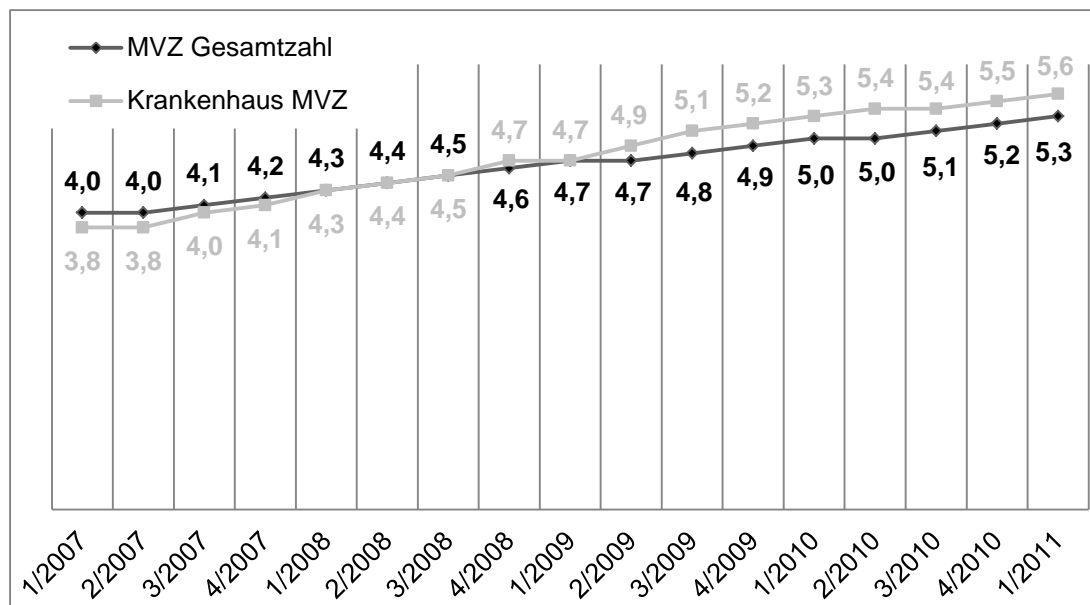
²⁷ Telefonat KBV vom 26.07.2012; Telefonat KV Hessen vom 26.07.2012

und der Entwicklung in den Niederlanden gezeigt, vor allem aber auch vor dem Hintergrund von immer mehr Frauen im Arztberuf, ist davon auszugehen, dass die Entwicklung hin zu mehr Angestelltenverhältnissen auch in Zukunft ähnlich sein wird. Auch der Bundesverband Managed Care e. V. (BMC)²⁸ sieht hier einen gerade stattfindenden „Generationenwechsel“ unter den Ärzt/inn/en, wobei ältere Ärztinnen/Ärzte nach wie vor häufig für die Freiberuflichkeit eintreten.

Auch hier gilt es kurz einen Schwenk zum österreichischen Modell zu machen, wo die Anstellung unselbständiger Ärztinnen/Ärzte weder in den Gruppenpraxen in Form einer Offenen Gesellschaft noch in den Ärzte-GmbHs ermöglicht wird. Die steigende Beliebtheit dieser Modelle, die mutmaßlich auch auf Österreich umlegbar wäre, lässt eine Empfehlung zu, dies zukünftig ebenfalls zu ermöglichen.

5.3.2. Größe

Abbildung 7: Durchschnittliche Arbeitsgröße (Ärzte/MVZ)



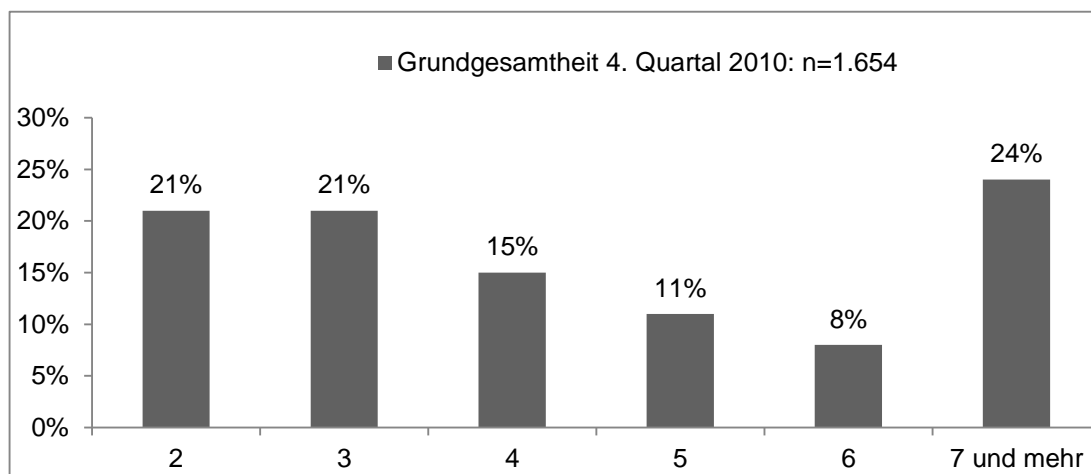
Quelle: KBV (2012a)

Abbildung 7 zeigt die durchschnittliche Arbeitsgröße der MVZs. Diese steigt langsam an und liegt im 1. Quartal 2011 bei 5,3 Ärzt/inn/en. MVZs, bei denen ein Krankenhaus beteiligt ist, sind im Durchschnitt größer als andere MVZs. Abbildung 8 schlüsselt diese durchschnittlichen Zahlen für das 4. Quartal 2010 etwas genauer auf und zeigt, dass ein beträchtlicher Anteil der MVZs noch sehr kleine Strukturen aufweist. In 42% der MVZs arbeiten nur 2 oder 3 Ärzte/Ärztinnen, diese MVZs sind ihrer Größe nach mit

²⁸ Telefonat vom 31.07.2012

Gemeinschaftspraxen zu vergleichen. In die Kategorie „7 und mehr“ Ärzte/Ärztinnen fallen nur 24% der MVZs.²⁹

Abbildung 8: Arbeitsgröße der MVZ (Ärzte/MVZ)



Quelle: KBV (2012c)

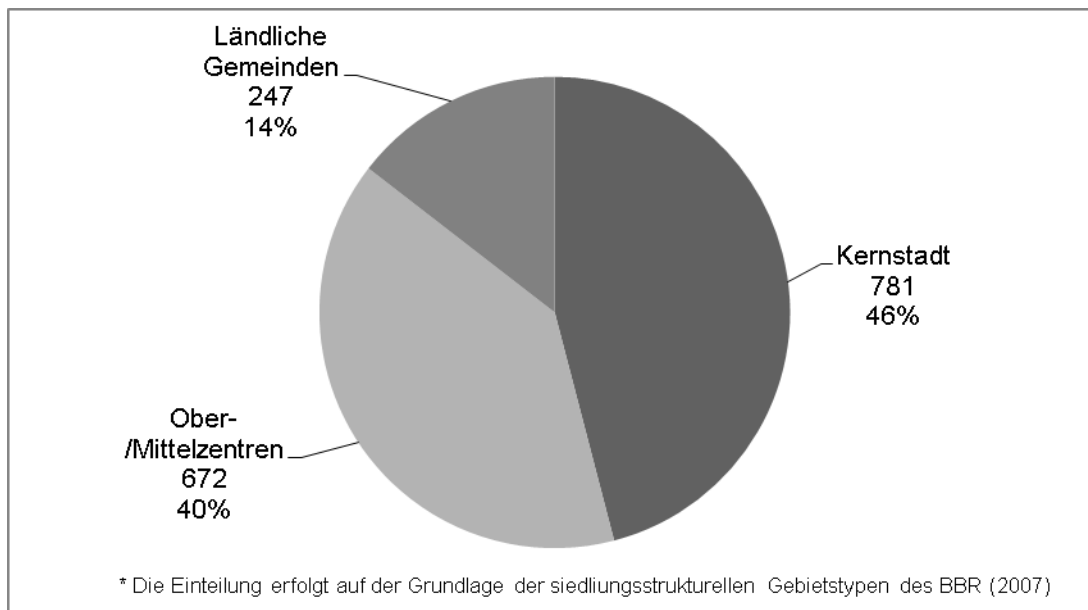
Die Möglichkeit, größere Versorgungszentren mit umfassendem Leistungsangebot zu errichten wird derzeit somit nur äußerst eingeschränkt wahrgenommen. Aus der geringen Zahl an MVZs mit großen Strukturen lässt sich ableiten, dass eine medizinische Vollversorgung durch die Anwesenheit von vielen Facharztgruppen nur in einem kleinen Teil der MVZs möglich ist (vgl. mit Abbildung 13). Cornelius et al. (2008) geben an, dass dies auf das „Große-MVZ-Dilemma“ zurückzuführen sei. Jede vertragsärztliche Stelle ist mit einem Individualbudget ausgestattet, das besagt, wie viele Leistungen mit der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet werden können. Bei Gründung eines MVZs könne der Träger aufgrund der Bedarfsplanung hinsichtlich des Individualbudgets von vertragsärztlichen Stellen nicht wählerisch sein. Somit bestehe ein MVZ aus mehreren Stellen mit unterschiedlichen Individualbudgets. Wird das MVZ größer, nähern sich die Individualbudgets dem Durchschnitt an. Zugleich bilden insbesondere große MVZs Marken, die für Qualität bürgen sollen. Sie leben somit davon, dass sie immer die beste Leistung abliefern, die schlechte Performance bei nur einzelnen Leistungen kann die Marke und somit die zukünftigen Geschäftsmöglichkeiten des MVZs behindern. Um somit hohe Qualität trotz abrechnungstechnisch schwieriger Anreize bei großen Einrichtungen zu generieren, sei

²⁹ Aktuellere und ausführlichere Daten zur MVZ-Größe wurden bei der kassenärztliche Bundesvereinigung angefragt, konnten uns aber nicht zur Verfügung gestellt werden. Für den Stichtag 31.3.2007 liefert die Antwort der deutschen Bundesregierung auf eine parlamentarische Anfrage der Partei „Die Linke“ ein noch detaillierteres Bild der MVZ-Größe. Die durchschnittliche Größe eines MVZs liegt bei vier Arzt/inn/en. Von den 733 MVZs haben 77 MVZs sieben und mehr Ärzte/Ärztinnen angestellt, was 10,5% aller MVZs entspricht. Zehn und mehr Ärzte/Ärztinnen haben nur 24 MVZs angestellt (3%) und 20 und mehr Ärzte/Ärztinnen nur drei MVZs (0,5%). Das größte MVZ im 1.Quartal 2007 hatte 35 Ärzte/Ärztinnen angestellt. (Bundesregierung der Bundesrepublik Deutschland (2007))

insbesondere unternehmerisches Geschick gefragt, um einerseits individuelle Verträge mit den Krankenkassen aufsetzen und zugleich interne Skaleneffekte nutzen zu können.

5.3.3. Räumliche Verteilung

Abbildung 9: Räumliche Ansiedlung



Quelle: KBV (2012b)

MVZ sind sowohl in städtischen, als auch in ländlichen Gebieten zu finden. Die Mehrzahl der MVZ liegt allerdings in Kernstädten (781 oder 46%) und Ober- und Mittelzentren (672 oder 40%).³⁰

Der Versorgungsauftrag für MVZs könnte sich je nach räumlicher Lage unterschiedlich gestalten. Während in größeren Städten die Schwerpunktsetzung, vielleicht auch die Zusammenarbeit mit Krankenhäusern überwiegen könnte, besteht die Idee von MVZs in ländlichen Regionen darin, anstatt von Krankenhäusern zu agieren und neben einweisenden Einzelpraxen zur Sicherstellung der örtlichen Nähe zu den Patient/inn/en auch umfassende ambulante Versorgung in effizienterer Struktur als in Krankenhäusern möglich anzubieten.³¹ Die KV Schleswig-Holstein gibt an, dass in Teilen des Landes MVZs zur Aufrechterhaltung der Versorgung notwendig seien, bei MVZs in Trägerschaft von Krankenhäusern ergäben

³⁰ Die Definition der Gebiete wird anhand der folgenden Kriterien festgelegt: die zentralörtliche Funktion, die Einwohnerzahl, die siedlungsstrukturelle Prägung. Nach Angaben des BBSR (eine Teilfirma des BBR) sind somit Kernstädte die Innebereiche von Oberzentren. Oberzentren definieren sich als wichtige Städte, in denen etwa Opern, Museen, Hochschulen, alle medizinischen Sondereinrichtungen, etc. vorhanden sind. Mittelzentren müssen zumindest über weiterführende Schulen, Krankenhäuser, Kinos, Kaufhäuser, etc. verfügen. Bei all diesen Kriterien, wie auch bei den ländlichen Gemeinden, kann es dann noch Unterschiede anhand der Größe geben.

³¹ siehe dazu auch Amelung und Cornelius (2007) oder Czypionka et al. (2011c)

sich eher die Zielsetzungen der Patientenleitung in die stationären Einrichtungen.³² Eine Vertreterin des KBV bestätigt den Trend urbaner MVZs zur Schwerpunktbildung, während sich MVZs in ländlichen Gebieten auf umfassendere Versorgung spezialisierten (siehe auch Abschnitt 5.3.4).³³

Den Telefoninterviews war zu entnehmen, dass es durch die Gründung von MVZs zu besonderen Dynamiken gekommen sei, welche die medizinische Versorgung in ländlichen Regionen verändert hätten. Die KVen Hessen und Brandenburg³⁴ berichten etwa, dass Ärzte/Ärztinnen von ländlichen Gebieten ihre Praxen aufgaben und sich von MVZs in Ballungsgebieten anstellen ließen, da diese flexiblere Arbeitszeiten und einen geregelteren Arbeitsablauf anbieten könnten. Vor allem für ältere Ärzte/Ärztinnen, welche kurz vor der Pensionierung stehen, sei dies attraktiv. Die Planstellen aus der Versorgungsplanung wandern somit aber ebenfalls zu den MVZs (die Planstelle von pensionierten Ärzt/inn/en, welche zum Karriereende in ein MVZ gewechselt haben, bleibt etwa beim MVZ) und es könne daher zu einer Unterversorgung in ländlichen Gebieten, besonders was gewisse Facharztgruppen betrifft, kommen. Wandert die Planstelle an Krankenhaus-MVZs, kann es darüber hinaus passieren, dass die Ärzte/Ärztinnen Aufgaben im Krankenhaus übernehmen und somit nicht im MVZ zu Verfügung stehen. Es käme damit nicht nur zu einer örtlichen Verschiebung der Leistung, sondern gleich zu einer Verringerung des Leistungsangebots im ambulanten Bereich. Auch der Verkauf von Landpraxen an MVZs kann zu so einer Entwicklung führen. Die Agentur deutscher Arztnetze berichtet³⁵ aber, dass MVZs in Ballungsgebieten auch zu einer Verbesserung der Versorgung in ländlichen Gebieten beitragen könnten. Dies sei der Fall, wenn etwa Fachärzte/-ärztinnen, bei welchen eine Unterversorgung bestünde, ihre Zulassung einige Wochentage in MVZ-Zweigpraxen in ländlichen Regionen ausübten.

Laut dem BMC sind MVZs zwar noch sehr stark im großstädtischen Raum angesiedelt, die Anzahl von MVZs im ländlichen Raum nehme jedoch stetig zu, womit längerfristig auch mit dem Ärztemangel auf dem Land umgegangen werden kann. Die Versorgungsdichte auf dem Land ist aber nach Ansicht des BMC ohnehin nicht zu halten, da für Ärzte/Ärztinnen zu wenige Anreize bestünden, sich am Land niederzulassen. Durch den Aufbau von MVZs in größeren Ortschaften könnte die medizinische Versorgung aber gesichert werden mit dem weiteren Vorteil, dass mehrere medizinische Bereiche unter einem Dach vereint wären. Ähnlich sieht dies die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern³⁶: MVZs allein könnten zwar nicht den Ärztemangel in ländlichen Regionen beheben, sie könnten aber dazu beitragen, dass Personen, die mit der einzigen Möglichkeit der Freiberuflichkeit gar

³² Email vom 26.7.2012 auf telefonische und schriftliche Anfrage

³³ Weiter Anfragen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Frage, ob unterschiedliche Ausrichtungen und Versorgungsaufträge je nach räumlicher Lage bekannt sind konnten nicht beantwortet werden.

³⁴ KV Hessen Telefonat vom 26.07.2012, KV Brandenburg Telefonat vom 26.07.2012

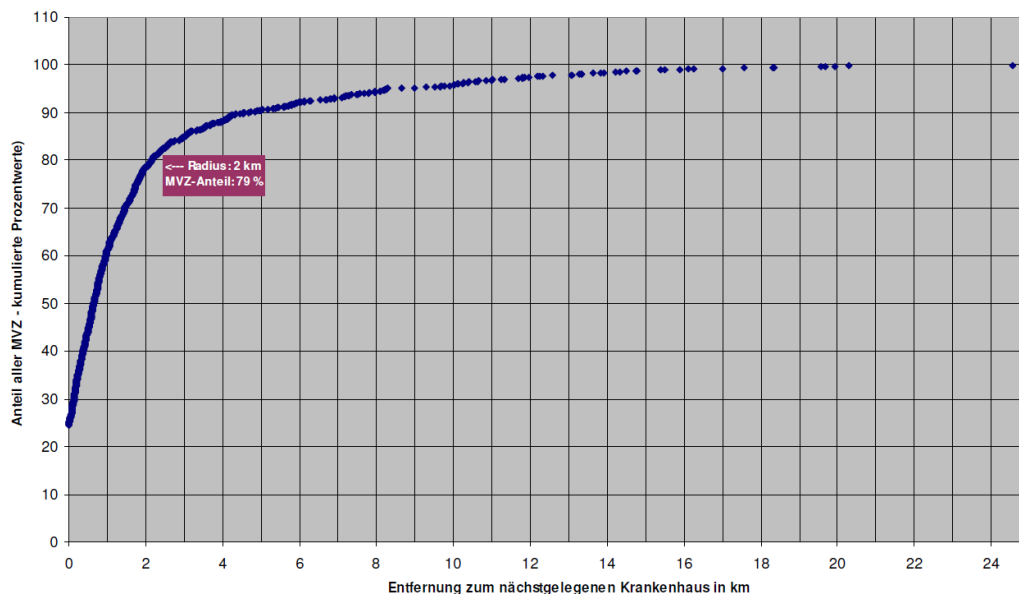
³⁵ Telefonat vom 27.07.2012

³⁶ Telefonat vom 30.08.2012

nicht in der ambulanten Versorgung tätig werden wollten, dies im Rahmen eines Angestelltenverhältnisses, eventuell auch auf Teilzeitbasis, in einem MVZ sehr wohl tun und somit das Arbeitsangebot an niedergelassenen Ärzt/inn/en erhöhen.

Abbildung 10 wurde einer Präsentation von Dr. Bernhard Gibis entnommen, einem Mitarbeiter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Die Abbildung zeigt, dass sich der Großteil der MVZs in unmittelbarer Nähe eines Krankenhauses befindet. Innerhalb eines Radius von 2 km liegen ganze 79% der MVZs. Bei einem Radius von 10 km ist man schon bei einem Wert von über 95% der MVZs.³⁷

Abbildung 10: MVZ-Standorte in Abhängigkeit zur Distanz von Krankenhäusern (Stand: Dez. 2008)



Quelle: Gibis (2009)

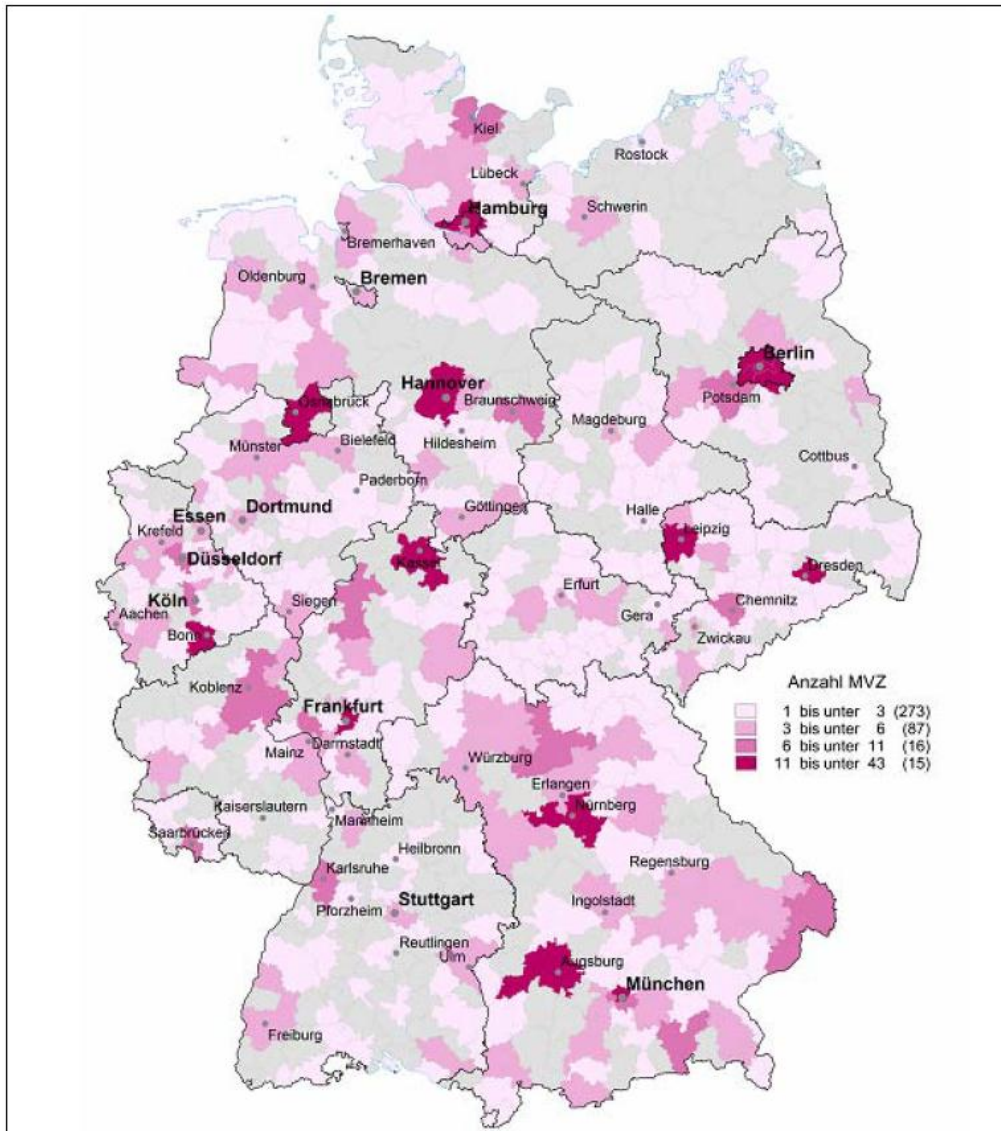
Die Nähe zu Krankenhäusern kann auf folgende Gründe zurückgeführt werden: Zum einen erleichtert es die Beschäftigung von Krankenhausärzt/inn/en in den MVZs (diese Möglichkeit besteht seit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz 2007³⁸), zum anderen die Betreuung von Patient/inn/en bei einem stationären Aufenthalt durch einen Belegarzt aus dem MVZ. Auch die Möglichkeit der Überweisung in ein unmittelbar anliegendes Krankenhaus könnte von Bedeutung sein, vor allem auch, wenn es um im MVZ nicht vorhandene Geräte, etwa zur Diagnostik, geht. Schließlich sind auch die gemeinsame Nutzung von Ressourcen (etwa

³⁷ Zu beachten ist, dass nicht nur MVZs bei Krankenhäusern oder in Krankenhausnähe niedergelassen sind. Auf Auskunft des KBV sind auch viele Einzel- und Gemeinschaftspraxen bei Krankenhäusern eingemietet (Telefonat vom 26.07.2012).

³⁸ Daten über die Häufigkeit der Nebenbeschäftigung von Krankenhausärzt/inn/en in MVZs wurden bei der KBV angefragt, stehen aber nicht zur Verfügung. Nach Einschätzung des KV Hessen (Telefonat vom 26.07.2012) wird in Krankenhaus-MVZs häufig von dieser Vertragsform Gebrauch gemacht.

von Parkplätzen) und ein gewisser Marketingeffekt durch die Krankenhausnähe nicht zu vernachlässigen.

Abbildung 11: Regionale Verteilungsdichte MVZ



Quelle: KBV (2009)

Die Verbreitung von MVZs ist über Deutschland gesehen sehr unterschiedlich. Abbildung 11 zeigt die Verteilungsdichte von MVZs auf Landkreisebene. Eine hohe Dichte an MVZs weisen vor allem Berlin, Bayern, Sachsen und Thüringen auf. Es ist aber auch zu beobachten, dass es noch einige „weiße Flecken“, also Regionen ohne MVZ, gibt. Dies trifft

vor allem auf Mecklenburg-Vorpommern zu.³⁹ In absoluten Zahlen befinden sich mit 1. Quartal 2011 die meisten MVZs in Bayern (325), gefolgt von Niedersachsen mit 174 und Baden-Württemberg (116).⁴⁰

Fragen nach Gründen für die räumlichen Unterschiede wurden von den Kassenärztlichen Vereinigungen nur sehr eingeschränkt beantwortet. Die KV Schleswig-Holstein gibt an, dass neben dem Versorgungsauftrag in bestimmten Regionen die vergleichsweise hohe Dichte in ihrem Bundesland darauf zurückzuführen sei, dass es dort viele verschiedene Krankenhausträger gäbe. Somit sei es günstig auch genügend MVZs zu haben, um diese für Krankenhaus-Einweisungen zu nutzen. In Niedersachsen⁴¹ bestehe schon seit langem ein großer Hang zur Gemeinschaftspraxis, durch die nur geringen Unterschiede zu MVZs sei hier die Zahl der MVZs mit Ärzt/inn/en als Träger eher wieder rückläufig. Die Frage, warum in Bayern die meisten MVZs zu finden sind, konnte von der KV Bayern⁴² nicht beantwortet werden. Es wurde uns aber mitgeteilt, dass besonders Krankenhäuser gerne die Möglichkeit nützten, MVZs zu gründen. Dies wird durch die MVZ-Statistiken des KBV bestätigt (in Bayern ist die größte Anzahl an MVZ mit Krankenhausträgerschaft).

5.3.4. Ärztliche Fachrichtungen, Kooperationen und Schwerpunkte

Abbildung 12 zeigt hell die Anzahl der MVZ-Ärztinnen/-Ärzte nach Fachgruppen und dunkel die Anzahl der MVZs, in denen die jeweilige Fachgruppe vertreten ist. Am stärksten in MVZs vertreten sind Ärzte/Ärztinnen der Fachgruppen Allgemeinmedizin, Innere Medizin und Chirurgie. Sehr selten hingegen Vertreter/innen der Fachgebiete Dermatologie, Physikalische und Rehabilitative Medizin und Urologie. Vergleicht man die Anzahl der Ärzte/Ärztinnen bestimmter Fachgruppen in MVZs mit der gesamten Fachgruppe (entnommen aus KBV (2011b)) fällt auf, dass 90% der Mikrobiolog/inn/en⁴³ und 50% aller Laborärzte/-ärztinnen in MVZs tätig sind. Bei Nuklearmediziner/inne/n und Ärzt/inn/en für Physikalische und Rehabilitative Medizin⁴⁴ liegt dieser Wert bei ca. 25%, bei Strahlentherapeut/inn/en und Radiolog/inn/en bei 20%. Auch Chirurg/inn/en sind mit 10%

³⁹ Die Vermutung, dass MVZs aufgrund der Poliklinikstruktur in der DDR übermäßig häufig in den neuen Bundesländern vertreten sind, trifft nur bedingt zu. In Mecklenburg-Vorpommern sind etwa neben den erwähnten „weißen Flecken“ auf der Versorgungskarte auch nur wenige MVZs pro Einwohner.

⁴⁰ Nach der Wiedervereinigung Deutschlands wurde mit § 311 des Sozialgesetzbuches V bedingt die Möglichkeit geschaffen, die in der DDR weit verbreitete Form der Poliklinik aufrecht zu erhalten. Diese den MVZs sehr ähnlichen Strukturen (vgl. Abschnitt 5.2) sind teilweise nicht in den Daten der KBV enthalten. In Brandenburg gibt es nach Auskunft der KV (Telefonat vom 26.07.2012) mit derzeit etwa 15 Einrichtungen noch die meisten poliklinischen Strukturen, verteilt sowohl in ländlichen als in städtischen Gebieten. Die Strukturen dieser Polikliniken sind etwas größer als jene der MVZs (im Durchschnitt etwa 12 Ärzte/Ärztinnen pro Einrichtung in Brandenburg) und meistens handelt es sich um Versorgungsstrukturen mit einem breiten Angebot an medizinischen Fachrichtungen. Laut Auskunft des BMVZ (Telefonat vom 25.07.2012) gibt es in den neuen Bundesländern noch etwas über 25 Polikliniken, welche von den Patient/inn/en sehr geschätzt würden.

⁴¹ KV Niedersachsen, Telefonat vom 27.07.2012

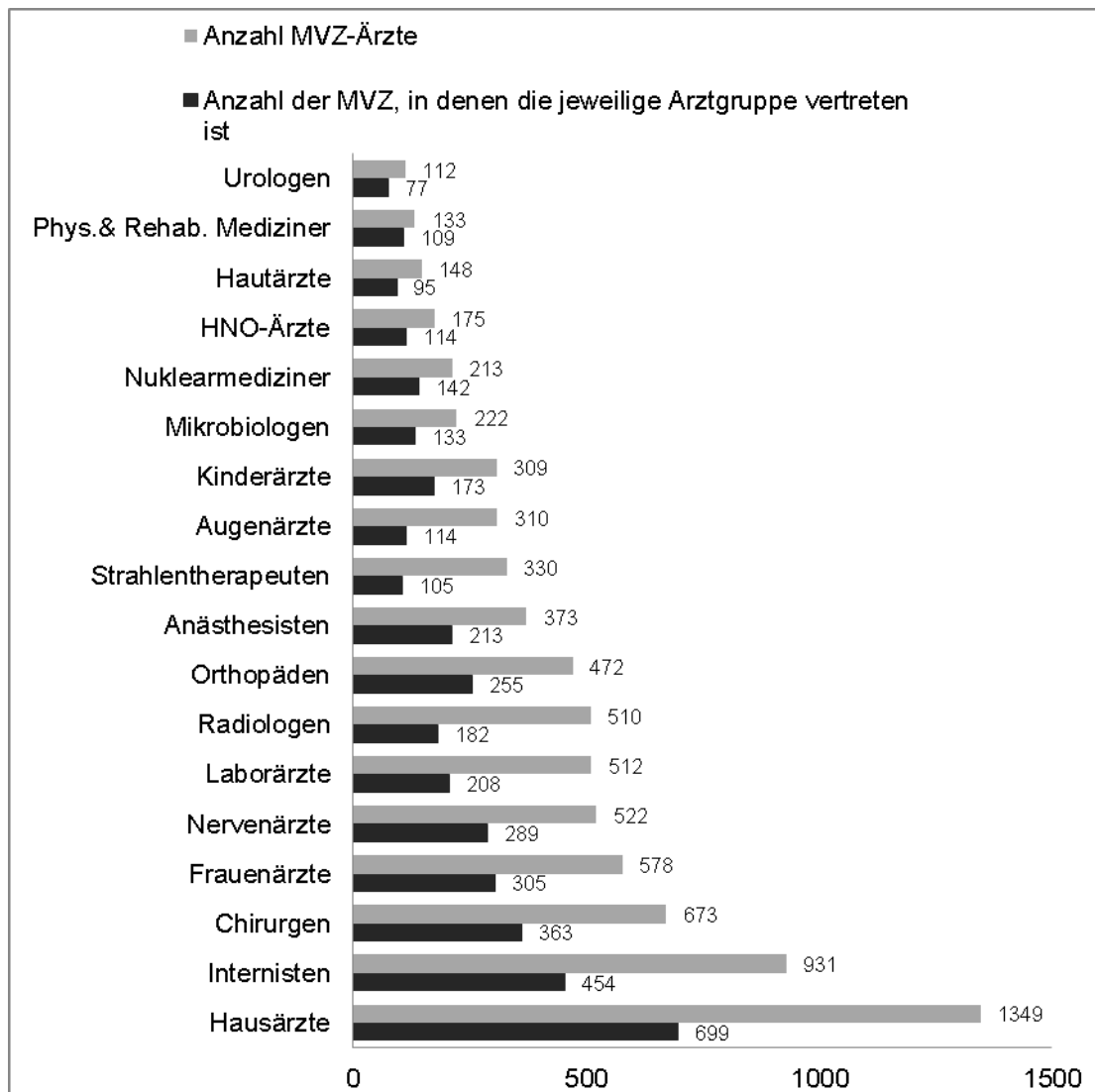
⁴² Telefonat vom 25.07.2012

⁴³ entnommen aus Busse (2012)

⁴⁴ ebenfalls aus Busse (2012)

noch etwas über dem Referenzwert von 7%, welcher den Anteil der MVZ-Ärzte/-Ärztinnen an der Gesamtzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte/Ärztinnen ergibt. Hausärzte/-ärztinnen sind mit 2% unterdurchschnittlich oft in MVZs vertreten (alle Daten beziehen sich auf Ende 2010). Für manche Fachgruppen erklärt sich die starke Vertretung in MVZs durch hohe Investitionskosten. Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen⁴⁵ erklärt etwa, dass es in Niedersachsen keine Nuklearmediziner/inn/en oder Radiolog/inn/en gäbe, die einzeln agierten, wenn nicht in MVZs, dann nützen diese Fachgruppen Zusammenschlüsse in Praxisgemeinschaften.

Abbildung 12: Verteilung der Fachgruppen

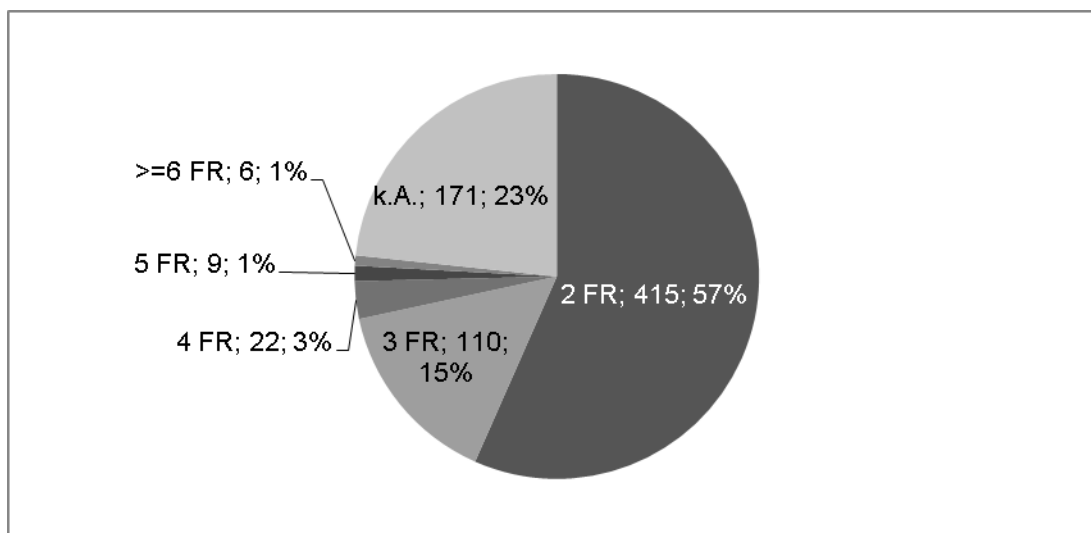


Quelle: KBV (2012b)

⁴⁵ Telefonat vom 27.07.2012

Die Zahlen für die Aufteilung der Fachrichtungen für MVZs in Krankenhausträgerschaft konnten einer Präsentation von Prof. Busse entnommen werden (Busse (2012)). Hier ergibt sich hinsichtlich des Anteils der MVZ-Ärzte/-Ärztinnen in Krankenhausträgerschaft an allen MVZ-Ärzt/inn/en ein interessantes Bild: Etwa 80% aller Strahlentherapeut/inn/en, 50% der Kinderärzte/-ärztinnen, Neurolog/inn/en und Chirurg/inn/en sind in Krankenhaus-MVZs tätig. Am anderen Ende der Skala liegen Hausärzte/-ärztinnen mit ca. 30%, Augenärzte/-ärztinnen mit ca. 20% sowie Laborärzte/-ärztinnen und Mikrobiolog/inn/en mit jeweils etwa 10%. Als Vergleichswert dienen die 42%, welche den Anteil an Krankenhaus-MVZ-Ärzt/inn/en an allen MVZ-Ärzt/inn/en angeben.⁴⁶ Eine mögliche Interpretation der Daten für Laborärzte/-ärztinnen und Mikrobiolog/inn/en ist die Folgende: Diese beiden Fachgruppen sind besonders oft in MVZs anzutreffen (siehe oben), allerdings nur selten in Krankenhaus-MVZs. Für beide Gruppen werden meist teure Investitionen benötigt, etwa für Laboratorien. Bei den Krankenhaus-MVZs erscheint es günstiger, die Einrichtungen in den Krankenhäusern direkt zu benutzen, anstatt im MVZ eine Parallelstruktur aufzubauen. Bei den anderen MVZ-Trägern, etwa den Vertragsärzt/inn/en, könnte aber ein Einstieg in die Labordiagnostik interessant sein, da diese Tätigkeiten nicht mehr weiter an externe Labors übermittelt werden müssten. Dieses Vordringen in labordiagnostische Bereiche könnte einerseits zu einer schnelleren Diagnostik und Befundung, vor allem aber zu geringeren Such- und Wegzeiten für Patient/inn/en führen.

Abbildung 13: Anzahl MVZs mit Kooperationen verschiedener medizinischer Fachrichtungen



Quelle: Bundesregierung der Bundesrepublik Deutschland (2007)

FR = Fachrichtungen

Zahlen für das 1. Quartal 2007

Die Beantwortung der Kleinen Anfrage der Fraktion „Die Linke“ durch die deutsche Bundesregierung aus dem Jahr 2007 liefert hier wiederum etwas detailliertere Daten (siehe

⁴⁶ Alle Daten beziehen sich auf Ende 2010.

Abbildung 13)⁴⁷. Um ein MVZ gründen zu können, ist die Kooperation von mindestens zwei medizinischen Facharztgruppen notwendig. Im ersten Quartal 2007 kooperierten in mehr als der Hälfte der MVZs (415, 57%) lediglich zwei medizinische Fachrichtungen. Zählt man MVZs mit drei Fachrichtungen hinzu, ist man bei 525 oder 72% der MVZs. Vier oder mehr Fachrichtungen sind nur in 37 MVZs (5%) zu finden.⁴⁸

Dieses Ergebnis ist im Einklang mit den Größenstrukturen von MVZs (siehe Abbildung 7). Da ein Großteil der MVZs noch kleine Strukturen aufweist (57% der MVZs mit vier oder weniger Ärzt/inn/en) verwundert es nicht, dass in den meisten MVZs nur wenige Fachrichtungen kooperieren. Die Möglichkeit der medizinischen Vollversorgung durch die Anwesenheit verschiedener Facharztgruppen ist dementsprechend nur in einem kleinen Teil der MVZs gegeben.

In diesem Zusammenhang liefert eine MVZ-Befragung des Bundesverbandes Medizinischer Versorgungszentren (BMVZ) aus dem Juni 2008 interessante Ergebnisse (Müller und Köppl (2008)): Nach Selbsteinschätzung der Hälfte der teilnehmenden MVZs werden nur 10% der Patient/inn/en durch mehr als einen Arzt des MVZ behandelt. Bei kleinen MVZs liegt dieser Wert mit knapp 70% der MVZs noch höher, während es bei MVZs mit mehr als zehn Ärzt/inn/en häufiger zu fachübergreifenden Behandlungen innerhalb des MVZ kommt. Bei den 22% der teilnehmenden MVZs, welche einen medizinischen Schwerpunkt aufweisen, werden nach Selbsteinschätzung aber 50% bis 70% der Patient/inn/en im Laufe ihrer Behandlung durch mehrere Ärzte des MVZ behandelt. Die KV Brandenburg erwähnt in einem Telefoninterview⁴⁹ ebenfalls, dass MVZs nicht automatisch für intensivere Kooperation unter den Ärzt/inn/en stünden. Ärztehäuser seien teilweise genauso vernetzt wie MVZs, führten ebenfalls gemeinsame Patientenakten und verfügten oftmals sogar über eine bessere fachliche Kooperation. Die KV führt das auch darauf zurück, dass die unabhängigen Einzelpraxen in einem Ärztehaus oft direkt monetär von einer intensiven Kooperation profitierten, während insbesondere bei angestellten Ärzt/inn/en in MVZs viel geringere Anreize zur Kooperation bestünden. Hier gilt es zwar zu bedenken, dass im Gegensatz zu MVZs die voneinander unabhängigen Ärzte/Ärztinnen in Ärztehäusern nicht direkt an ihre Kolleg/inn/en im selben Haus überweisen können. Es ist aber dennoch nachvollziehbar, dass Patient/inn/en bei Bedarf den/die Facharzt/-ärztin im selben Ärztehaus aufsuchen, sei es aufgrund der Empfehlung des/der überweisenden Arztes/Ärztin, der vorhandenen gemeinsamen Patientenakte oder nur wegen der Verkürzung von Wegstrecken. Trotz der Feststellung der KV Brandenburg, dass MVZs nicht automatisch für Kooperationen stünden, nützten laut ihrer Einschätzung die meisten Patient/inn/en von MVZs das überfachliche Angebot. Die KV nannte die Anwesenheit von mehreren Facharztgruppen auch als Grund,

⁴⁷ Aktuellere Daten wurden unter anderem bei den kassenärztlichen Vereinigungen und dem Bundesministerium für Gesundheit angefragt, konnten uns aber nicht übermittelt werden.

⁴⁸ Nähere Informationen zum sehr hohen Anteil mit fehlenden Angaben (23%) ist der Beantwortung durch die Bundesregierung nicht zu entnehmen.

⁴⁹ Telefonat vom 26.07.2012

warum Patient/inn/en MVZs anderen niedergelassenen Ärzt/inn/en vorzogen. Die verstärkte Nutzung von MVZs durch chronisch kranke Patient/inn/en sei laut Telefoninterview allerdings nicht feststellbar⁵⁰.

Über die häufigsten Kombinationen von Fachrichtungen in MVZs stehen leider keine Daten zur Verfügung. Anfragen bei diversen Institutionen über entsprechende Statistiken blieben ohne Erfolg, die Interviewpartner konnten auch nur sehr eingeschränkt Einschätzungen geben, welche Kooperationen besonders beliebt und häufig seien. Der Bundesverband Medizinische Versorgungszentren⁵¹ erwähnt, dass nicht immer die Sinnhaftigkeit der Kombination der medizinischen Fachrichtungen ausschlaggebend sei, wenn MVZs gegründet werden. Vielmehr spielen regionale Gegebenheiten, wie vorhandene Zulassungsstellen und persönliche Gründe (Bekantschaften unter den Ärzt/inn/en) eine Rolle. Auch die Agentur deutscher Arztnetze⁵² stellt fest, dass die Gründung von MVZs oftmals von der Kooperationsfreudigkeit der Ärzte/Ärztinnen sowie vom regionalen Angebot und Bedarf an niedergelassenen Ärzt/inn/en abhinge. Den Ausführungen der KV Saarland⁵³ ist zu entnehmen, dass zwar die meisten der 22 MVZs im Saarland spezialisiert seien, ein Trend zu besonders beliebten Arztkombinationen aber nicht bemerkbar wäre. Die KV Niedersachsen⁵⁴ gab zu bedenken, dass häufig bei Gründung eines MVZ nicht die ärztliche Ausrichtung relevant wäre, sondern nach Verfügbarkeit der vorhandenen Vertragsarztsitze vorgegangen werden müsse. Insbesondere in Ballungszentren, wo es keine freien Sitze mehr gäbe, würde daher oft die Kombination Innere Medizin – Allgemeinmedizin auftauchen, diese sei aber darauf zurückzuführen, dass in diesen Fachgebieten die meisten Sitze vorhanden seien, die übernommen werden könnten.

Die folgenden Daten sind dem MVZ-Survey 2011 der kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) entnommen. Die KBV begleitet die Entwicklung der MVZs seit ihrer Einführung im Jahr 2004 und hat mittlerweile drei Umfragen (sogenannte MVZ-Surveys, bisher 2005, 2008, 2011) veröffentlicht. Bei den MVZ-Surveys handelt es sich um postalische Vollerhebungen bei allen ärztlichen Leiter/inne/n bzw. Geschäftsführer/inne/n von MVZs. Beim MVZ-Survey 2011 haben im Zeitraum Juli und August 2011 414 von 1.654 angeschriebenen MVZs geantwortet, was einem Rücklauf von 25% entspricht. Abgesehen von geringen Abweichungen ist die Stichprobe bezüglich der wesentlichen Merkmale von MVZs repräsentativ.⁵⁵

Der Aussage, dass sie einem/einer Kollegen/Kollegin die Neugründung eines MVZs aufgrund einer verbesserten fachlichen Kooperation empfehlen würden, stimmen 79% zu.

⁵⁰ Für die KV Saarland (Telefonat vom 26.07.2012) ist dies ebenfalls nicht feststellbar.

⁵¹ Telefonat vom 25.07.2012

⁵² Telefonat vom 27.07.2012

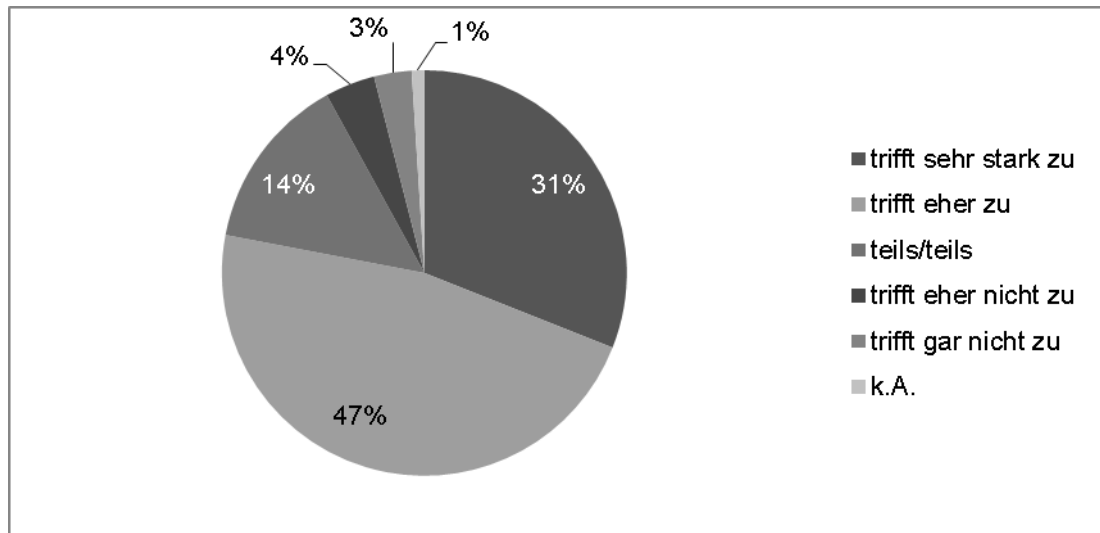
⁵³ Telefonat vom 26.07.2012

⁵⁴ Telefonat vom 27.07.2012

⁵⁵ siehe KBV (2012c), S. 11ff.

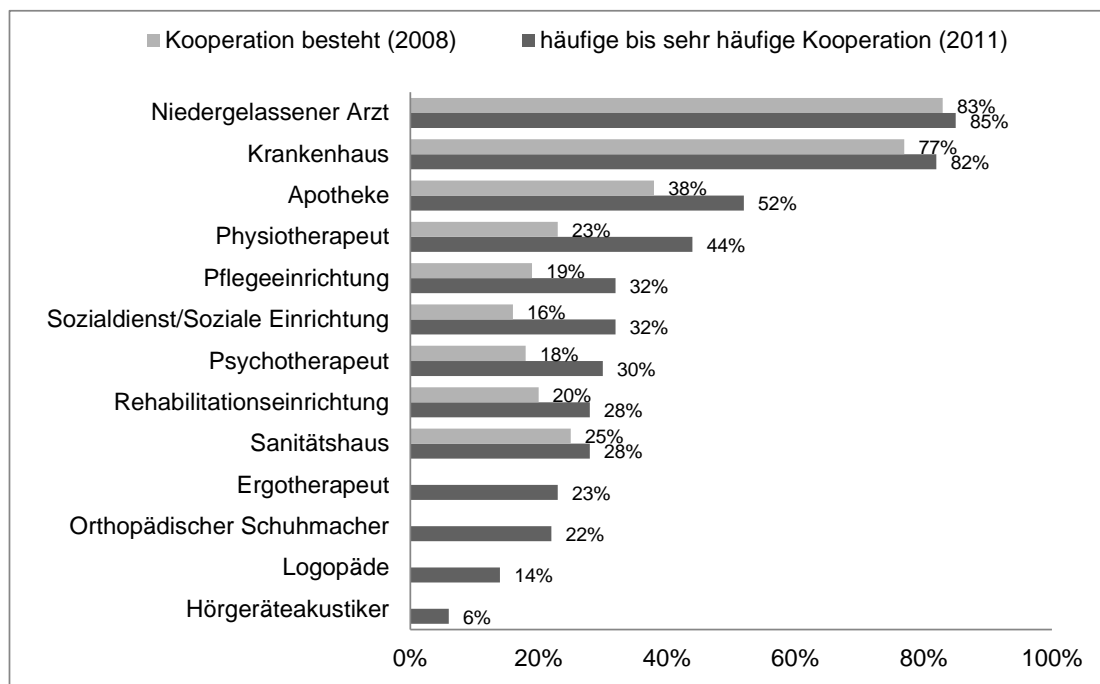
Nur 7% der Befragten lehnen die Aussage ab. Daraus kann man ableiten, dass eine deutliche Mehrheit der ärztlichen Leiter/innen bzw. Geschäftsführer/innen eines der Hauptziele von MVZs, nämlich die verbesserte fachliche Kooperation, für erfüllt sehen.

Abbildung 14: Bessere fachliche Kooperation als Grund zur Empfehlung einer MVZ-Neugründung



Quelle: KBV (2012c)

Abbildung 15: Kooperation mit anderen Leistungserbringern in den Jahren 2008 und 2011



Quelle: KBV (2012c)

(MVZ-Survey 2008: n=286; MVZ-Survey 2011: n=414)

Eine Grundüberlegung der erweiterten Trägerschaft von MVZs, und daher die Grundunterscheidung zu Praxisgemeinschaften, ist die verbesserte Kooperation mit anderen Leistungserbringern. Laut den Ergebnissen des MVZ-Survey (Abbildung 15) sind MVZs stark mit anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen vernetzt. 85% der Befragten gaben für das Jahr 2011 an mit einem/einer niedergelassenen Arzt/Ärztin zu kooperieren, 82% kooperieren mit einem Krankenhaus. Immerhin noch die Hälfte der MVZs (52%) kooperiert mit einer Apotheke, etwas weniger als jedes zweite MVZ (44%) arbeitet mit einem/einer Physiotherapeuten/-therapeutin zusammen. MVZs können als Versorgungseinheit zwischen Einzelpraxen und Krankenhäusern angesehen werden. Es scheinen beide Richtungen der Kooperation zu funktionieren, interessant ist auch, dass die Zahlen und Kooperationshäufigkeiten im Steigen begriffen sind. Besonders stark ist dabei der Anstieg bei Kooperationen mit Physiotherapeut/inn/en (+21,5 Prozentpunkte) und Sozialdiensten und sozialen Einrichtungen (+16,5 Prozentpunkte).

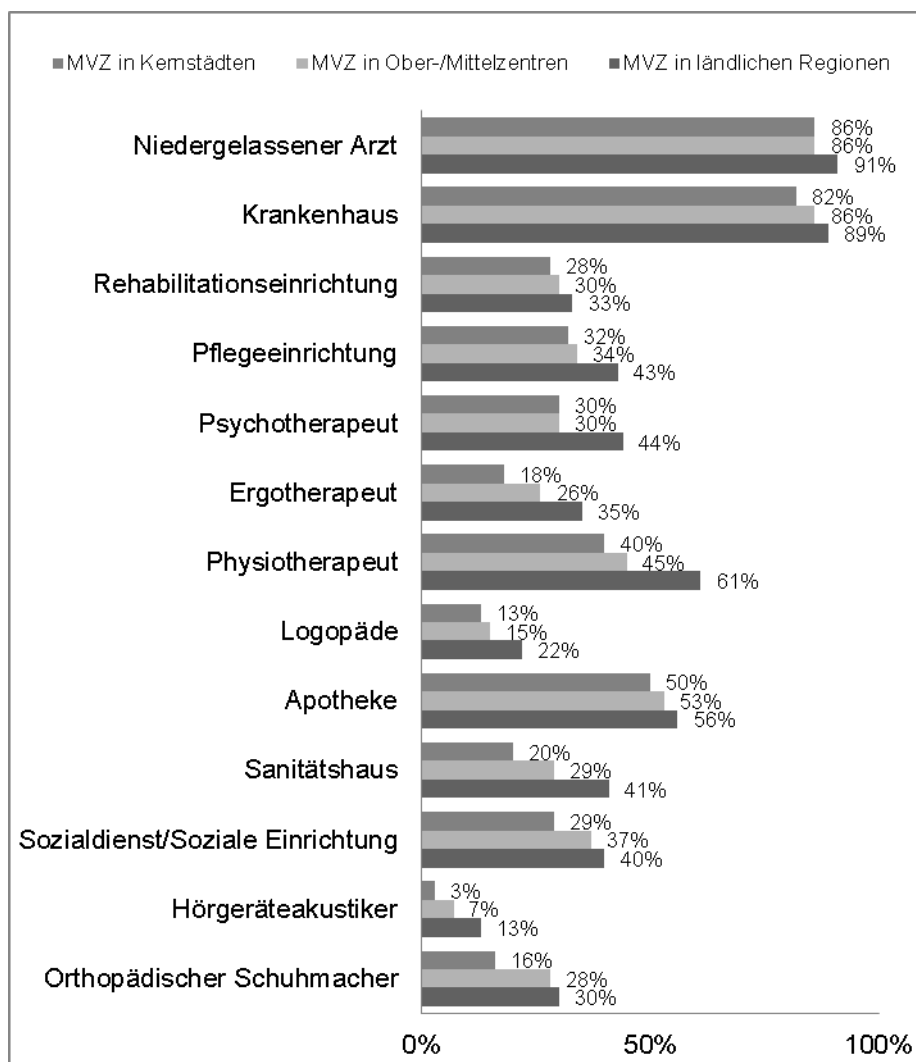
Aus dem MVZ-Survey 2011 geht weiters hervor, dass 43% der am Survey teilnehmenden MVZs mit anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen, welche sich im selben Gebäude befinden, kooperieren. 15% der teilnehmenden MVZs kooperiert mit einem niedergelassenen Arzt im selben Haus, etwa 13% befinden sich am selben Standort wie ein Krankenhaus. Diese Art von Kooperationen innerhalb eines Standorts entspräche den von Amelung und Cornelius (2007) gewünschten Gesundheitszentren (siehe Abschnitt 5.2).⁵⁶

Abbildung 16 zeigt die Kooperationshäufigkeit mit anderen Leistungserbringern aufgeschlüsselt nach der räumlichen Struktur. Es zeigt sich, dass MVZs in ländlichen Gebieten am häufigsten mit anderen Leistungsanbietern im Gesundheitswesen kooperieren, gefolgt von MVZs in Ober- und Mittelzentren. MVZs in Kernstädten kooperieren am seltensten. Mit Ausnahme der Antwortkategorien niedergelassene Ärzte/Ärztinnen und Krankenhäuser zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen Häufigkeit der Kooperation und räumlicher Struktur, mit größerer Kooperationsintensität bei abnehmender Verstädterung.⁵⁷ Die Autor/inn/en des MVZ-Surveys führen dieses Ergebnis auf eine erhöhte Kooperationsnotwendigkeit in ländlichen Gebieten aufgrund struktureller und demographischer Gegebenheiten zurück.

Die größten Unterschiede zwischen ländlichen MVZs und MVZs in Kernstädten ergeben sich bei Kooperationen mit Physiotherapeut/inn/en (21 Prozentpunkte), Sanitätshäusern (21 Prozentpunkte) und Ergotherapeut/inn/en (18 Prozentpunkte), wobei jeweils bei den ländlichen MVZs eine höhere Kooperationsintensität besteht.

⁵⁶ Leider können wir keine Aussagen darüber treffen, welche Form diese Kooperationen annehmen. Diesbezügliche Anfragen bei verschiedenen Stellen wurden nicht ausreichend beantwortet.

⁵⁷ siehe KBV (2012c), S. 28 Fußnote.

Abbildung 16: Kooperationshäufigkeit nach räumlicher Struktur

Quelle: KBV (2012c)

Was die Kooperationshäufigkeit in Abhängigkeit von der Trägerschaft betrifft (Abbildung 17), so zeigen sich zwar Unterschiede bei einigen Kooperationspartnern, es ist aber kein genereller Trend zu beobachten. Vertragsärzte-MVZs kooperieren häufiger mit niedergelassenen Ärzt/inn/en, Sanitätshäusern und Psychotherapeut/inn/en, während Krankenhaus-MVZs, wenig überraschend, sehr intensiv mit Krankenhäusern kooperieren, und darüber hinaus eine höhere Kooperation mit Rehabilitationseinrichtungen aufweisen.

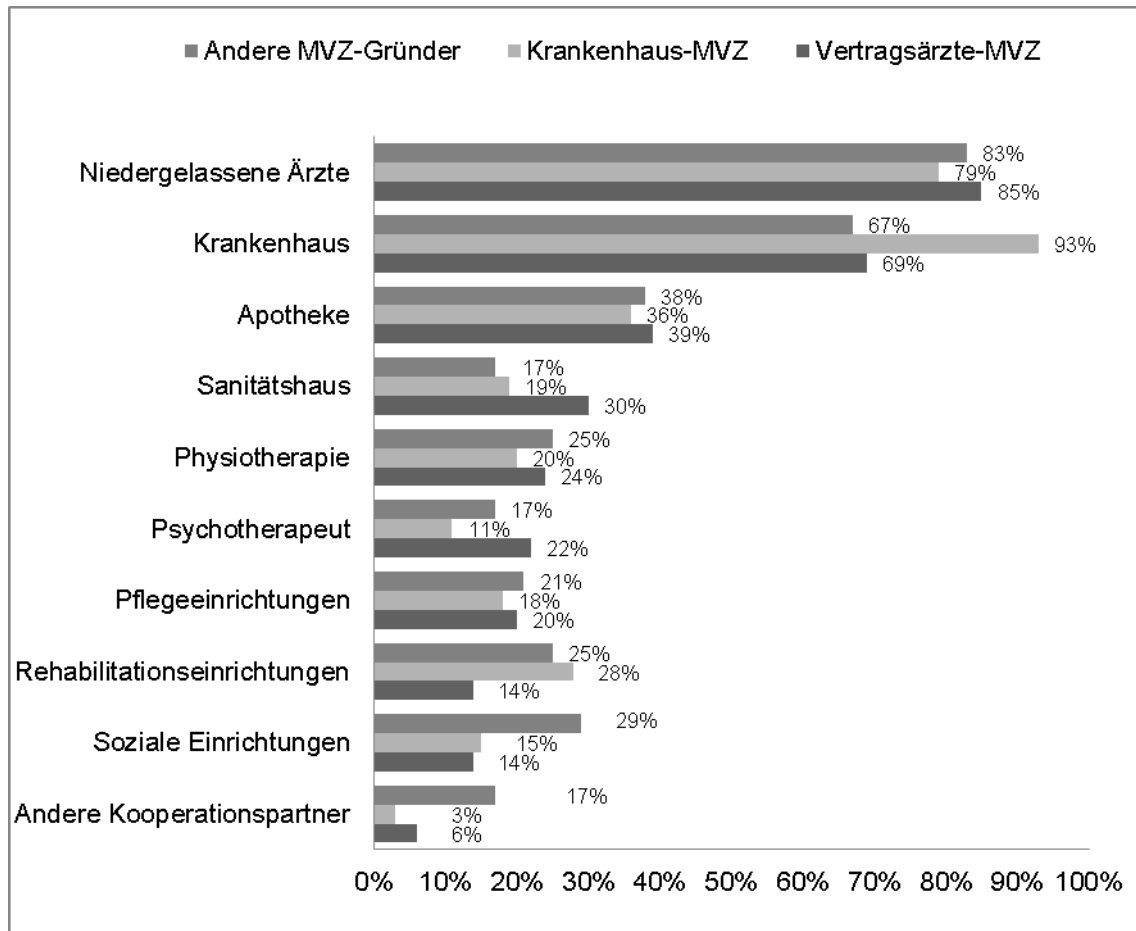
Aus Telefoninterviews mit den kassenärztlichen Vereinigungen⁵⁸ und der Agentur deutscher Arztnetze⁵⁹ geht hervor, dass viele Krankenhaus-MVZs eine „Einweiser“-Funktion für die

⁵⁸ KV Niedersachsen (Telefonat vom 27.07.2012), KV Brandenburg (Telefonat vom 26.07.2012), KV Mecklenburg-Vorpommern (Telefonat vom 30.08.2012)

⁵⁹ Telefonat vom 27.07.2012

Trägerkrankenhäuser übernehmen (vgl. hierzu auch Abbildung 25).⁶⁰ MVZs die mit dieser Motivation gegründet wurden, scheinen daher auch weniger wählerisch hinsichtlich der Fachrichtungen zu sein. Natürlich kann diese Rolle durchaus positiv sein, insbesondere dann wenn es für den/die Patienten/Patientin eine koordinierte Behandlung im ambulanten und stationären Bereich bedeutet, etwa durch bessere Informationsflüsse, oder auch durch die Behandlung durch das gleiche Personal extra- und intramural. Laut BMC wird diese Funktion in der aktuellen politischen Debatte zu MVZs eher negativ angesehen, der Bundesverband kann ihr aber sehr wohl positive Seiten abgewinnen, da Doppeluntersuchungen vermieden und eine bessere Kooperation ermöglicht werden könne. Natürlich muss man derartige Entwicklungen aber auch genau beobachten, um nicht zu riskieren, dass Patient/inn/en die bestmögliche Behandlung verwehrt wird, da ein MVZ in Trägerschaft eines Krankenhauses nicht in ein anderes Krankenhaus überweisen möchte. Wie aus den Telefoninterviews hervorging, stehen die kassenärztlichen Vereinigungen dieser Entwicklung jedenfalls kritisch gegenüber.

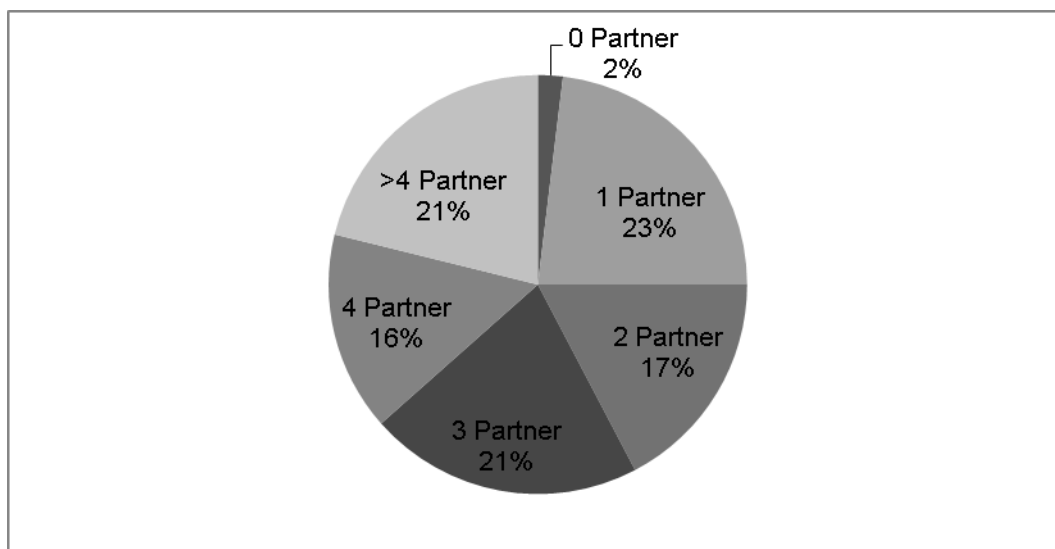
⁶⁰ Die KV Brandenburg erwähnt aber darüber hinaus, dass sich diese Entwicklung nicht überall durchgesetzt habe und Krankenhaus-MVZs teilweise wieder geschlossen wurden.

Abbildung 17: Kooperationshäufigkeit nach Trägerschaft⁶¹

Quelle: KBV (2009)

Der MVZ-Survey 2005 gibt noch etwas genauer Aufschluss über die Kooperation von MVZs mit anderen medizinischen Leistungserbringern (Abbildung 18). Nur zwei MVZs (2%) geben keinen Kooperationspartner an. Mehr als die Hälfte der MVZs (60 oder 58%) hat drei oder mehr als drei Kooperationspartner. Als häufigste Kombination wird mit 59 MVZs (57%) „Niedergelassene Ärzte – Krankenhaus“ genannt, wobei 48 MVZs (46%) noch mindestens einen weiteren Kooperationspartner nennen. Die zweithäufigste Kooperationsform ist „Niedergelassene Ärzte – Krankenhaus – Apotheke“ mit 11 MVZs (11%). Die dritthäufigsten Kombinationen stellen „Niedergelassene Ärzte – Krankenhaus – Praxisklinik“ und „Niedergelassene Ärzte – Krankenhaus – Rehabilitationseinrichtung“ mit jeweils zehn Nennungen (10%) dar.

⁶¹ Beim MVZ-Survey 2008 handelt es sich um eine im Sommer 2008 von der kassenärztlichen Bundesvereinigung postalisch durchgeführte Vollerhebung bei allen MVZs. Die Rücklaufquote lag bei 28% (286 MVZs von insgesamt 1.023 MVZs). Aktuellere Daten wurden angefragt, sind aber nicht verfügbar.

Abbildung 18: Kooperation mit anderen medizinischen Leistungserbringern: Anzahl der Kooperationspartner⁶²

Quelle: KBV 2006
(MVZ-Survey 2005, n=104)

Abbildung 19 fasst die Informationen zur medizinischen Schwerpunktbildung zusammen. 58% der am Survey teilnehmenden MVZs haben einen medizinischen Schwerpunkt. MVZs in Kernstädten geben zu 62% an, einen medizinischen Schwerpunkt zu haben, während dies bei MVZs in ländlichen Regionen nur zu 56% und bei MVZs in Ober- und Mittelzentren nur zu 54% zutrifft.⁶³ Dieses Ergebnis kann möglicherweise dadurch erklärt werden, dass sich MVZs außerhalb der Kernstädte stärker auf eine wohnortnahe, weniger spezialisierte Versorgung konzentrieren und die Rolle eines allgemeineren medizinischen Versorgers mit einem breiteren Angebot an medizinischen Fachrichtungen einnehmen. Hingegen weisen MVZs im städtischen Bereich verstärkt eine medizinische Spezialisierung auf. Diese Annahme wird vom Bundesverband Medizinischer Versorgungszentren⁶⁴ bestätigt. Auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung kann so einen Trend beobachten⁶⁵.

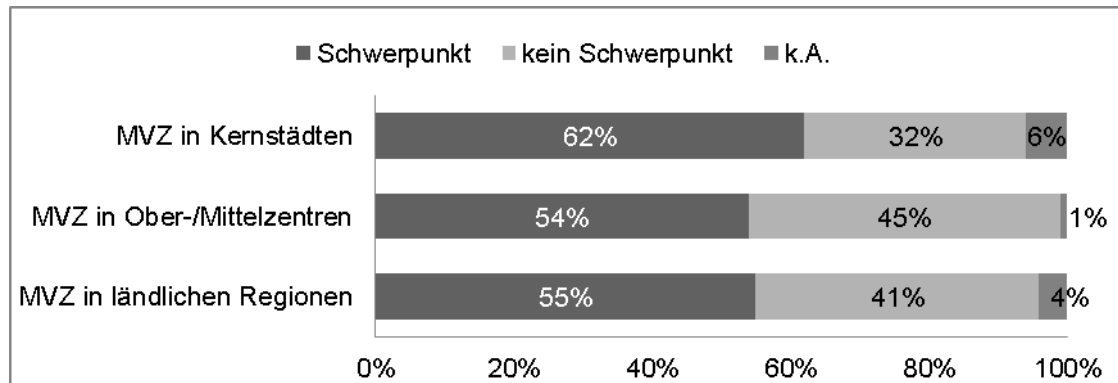
⁶² Beim MVZ-Survey 2005 handelt es sich um eine Ende 2005 von der kassenärztlichen Bundesvereinigung postalisch durchgeführte Umfrage. Von den insgesamt zu diesem Zeitpunkt gemeldeten 269 MVZs wurden 253 angeschrieben. Es antworteten 104 MVZs, was einer Rücklaufquote von 41% entspricht. Aktuellere Daten wurden angefragt, sind aber nicht verfügbar, da sich die erhobenen Daten bei den MVZ-Surveys regelmäßig ändern.

⁶³ Ein Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest liefert allerdings keinen signifikanten Zusammenhang zwischen medizinischem Schwerpunkt und räumlicher Struktur. Chi-Quadr. = 4,195, p-Wert = 0,123.

⁶⁴ Telefonat vom 25.07.2012.

⁶⁵ Telefonat vom 26.07.2012.

Abbildung 19: Medizinische Schwerpunktbildung



Quelle: KBV (2012c)

(Kernstadt: n=165; Ober-/Mittelzentrum: n=141; ländliche Regionen: n=54)

Befragt nach den medizinischen Schwerpunkten (Abbildung 20), wurde von den Survey-Teilnehmern mit 51 Nennungen am häufigsten der chirurgische Bereich genannt, gefolgt von Hämatologie und Onkologie mit 38 Nennungen.

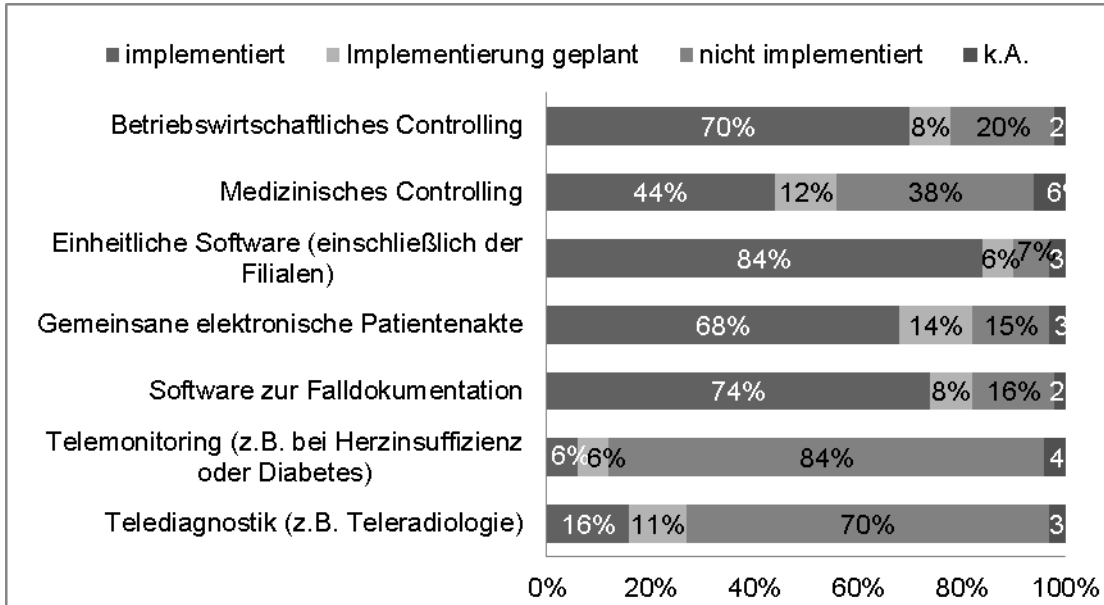
Abbildung 20: Medizinische Schwerpunkte

Medizinischer Schwerpunkt im Bereich:	Anzahl der MVZ
Orthopädie/Unfallchirurgie und Allgemeinchirurgie	51
Hämatologie und Onkologie	38
Endokrinologie und Diabetologie	23
Kardiologie	23
Schmerztherapie	23
Gastroenterologie	14
Nephrologie	12
Neurologie	10
Gefäßchirurgie	9
Psychiatrie und Psychotherapie	9
Radiologie	9

Quelle: KBV (2012c)

5.3.5. Einsatz von technischen Instrumenten

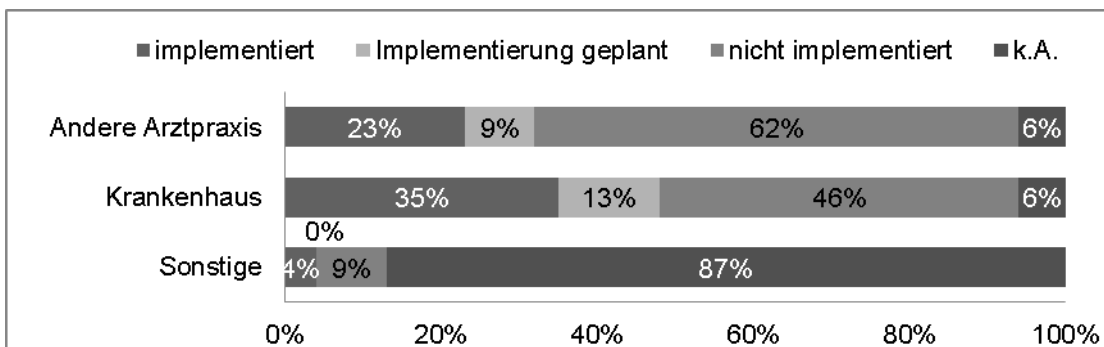
Abbildung 21: Einsatz von IT-Instrumenten



Quelle: KBV (2012c)

Der Einsatz gemeinsamer IT-Instrumente ist in MVZs schon weit fortgeschritten. 84% der Befragten haben bereits eine einheitliche Software, weitere 6% planen die Implementierung. Eine gemeinsame elektronische Patientenakte wird von 68% der Survey-Teilnehmer/innen geführt, bei weiteren 14% ist sie in Planung. Eine Software zur Falldokumentation wird von 74% der MVZs verwendet.

Abbildung 22: Elektronische Vernetzung mit Kooperationspartnern

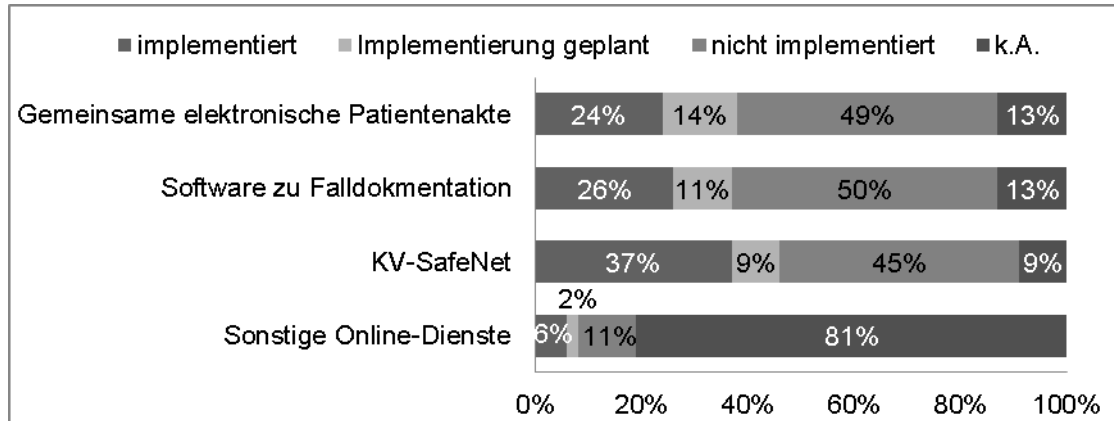


Quelle: KBV (2012c)

Betrachtet man die elektronische Vernetzung mit Kooperationspartnern, so sieht man, dass die Survey-Teilnehmer am häufigsten mit Krankenhäusern vernetzt sind (35%). Geht man davon aus, dass jene MVZs, welche eine Implementierung planen, dies auch tatsächlich umsetzen, wird fast jedes zweite befragte MVZ mit einem Krankenhaus vernetzt sein. Eine

elektronische Vernetzung des MVZs mit dem/der kooperierenden niedergelassenen Arzt/Ärztin ist bei 23% der MVZs implementiert und bei 9% in Planung.

Abbildung 23: IT-Instrumente zur Kommunikation mit Kooperationspartnern

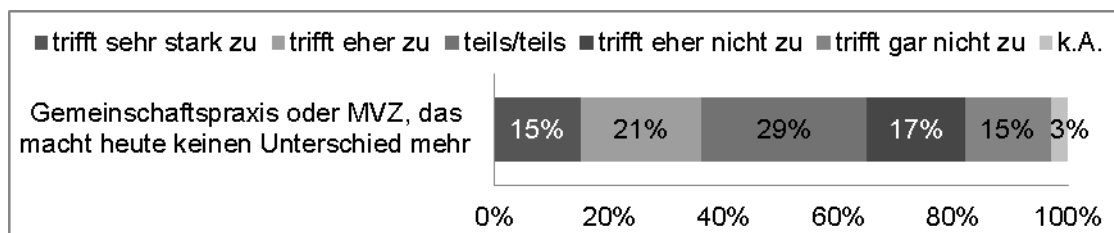


Quelle: KBV (2012c)

Betrachtet man nun speziell, wie viele MVZs die gemeinsame elektronische Patientenakte zur Kommunikation mit ihren Kooperationspartnern nutzen, so ergibt sich ein Wert von 24% der teilnehmenden MVZs, weitere 14% planen eine Implementierung. Software zur Falldokumentation wird mit 26% etwas öfter zur Kommunikation mit Kooperationspartnern verwendet, rechnet man aber die 11% geplante Implementierung hinzu (37%) ergibt sich ein etwas geringerer Wert, als dies bei der gemeinsamen elektronischen Patientenakte der Fall ist.

5.3.6. Gründungsmotivation und Zufriedenheit der Träger

Abbildung 24: Bewertung der Aussage: „Gemeinschaftspraxis oder MVZ, das macht heute keinen Unterschied mehr.“



Quelle: KBV (2012c)

Die Bewertung der Aussage, ob ein Unterschied zwischen Gemeinschaftspraxis und MVZ besteht, liefert kein eindeutiges Ergebnis. Etwa jeweils ein Drittel der Teilnehmer stimmt der Aussage zu (36%), nur teilweise zu (29%) bzw. nicht zu (33%). Diese große Streuung kann auf unterschiedliche Träger zurückzuführen sein. Nach Einschätzung der kassenärztlichen

Bundesvereinigung⁶⁶ sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen⁶⁷ sind die Unterschiede insbesondere nach dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz 2007 für Ärzte/Ärztinnen als Träger nur noch marginal. Unter anderem ermöglicht dieses Gesetz Gemeinschaftspraxen die Anstellung von Ärzt/inn/en, womit ein deutliches Unterscheidungsmerkmal zu MVZs weggefallen ist. Als von der Ärzteschaft häufig genanntes Unterscheidungsmerkmal erwähnen die Gesprächspartner/innen den Marketingeffekt, welcher von der Bezeichnung „Medizinisches Versorgungszentrum“ ausgehe. Bei Krankenhäusern oder anderen Trägern gibt es sehr wohl den gravierenden Unterschied, dass diese ohne der Gesetzeslage zu MVZs nicht als Träger einer Gruppenpraxis auftreten könnten. Leider ist die Frage im Survey nicht nach Trägerschaft ausgewertet.

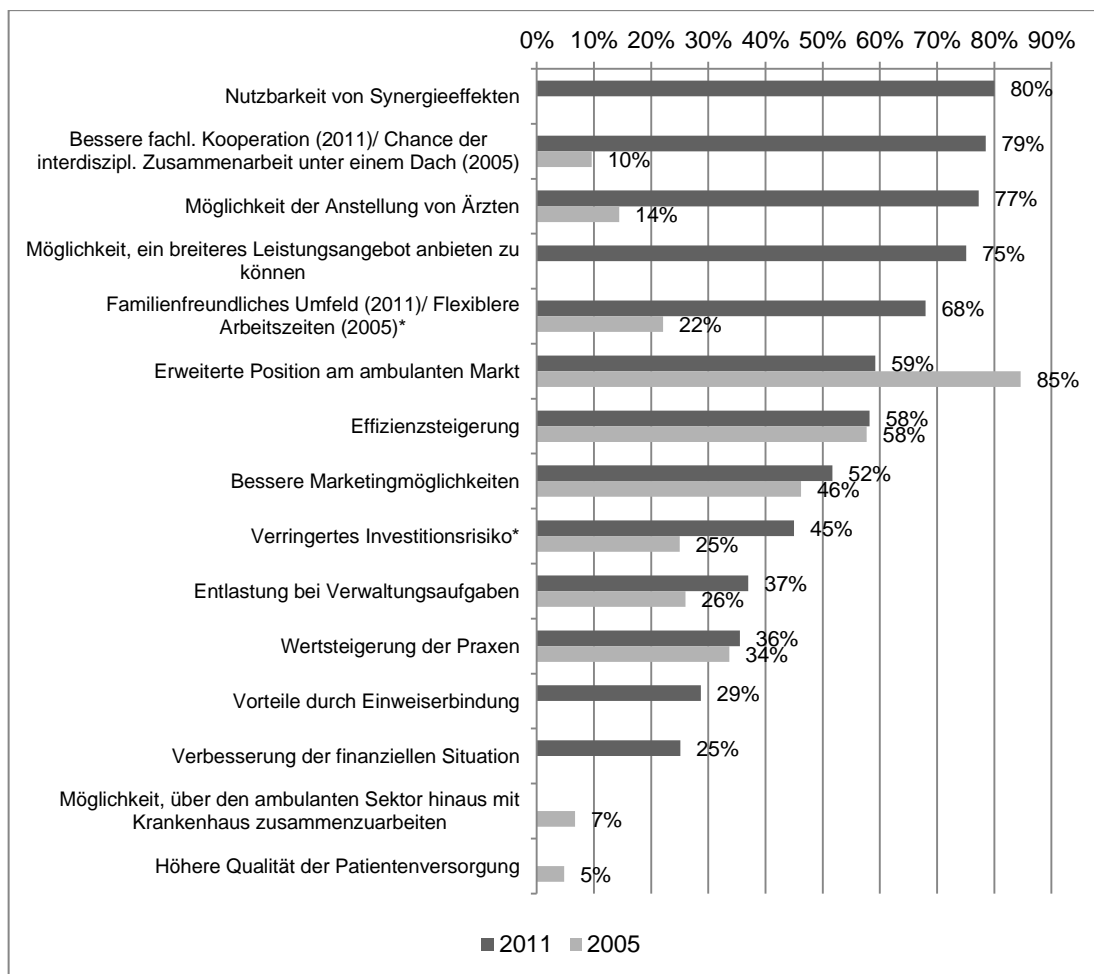
Um den Gründungsmotiven hinsichtlich eines MVZ noch genauer nachzugehen, wurden in Abbildung 25 die Frage nach Argumenten gegenüber Kolleg/inn/en zur Gründung eines MVZ aus dem MVZ-Survey 2011 und der eigenen Gründungsmotivation bei Aufbau des MVZ gegenübergestellt. Trotz unterschiedlicher Formulierung der Fragen kann man die Änderung der Gründungsmotive über die Jahre erkennen.⁶⁸

Im Survey 2011 empfahlen MVZ-Träger ihren Kolleg/inn/en die Gründung vor allem aufgrund der Nutzbarkeit von Synergieeffekten (80%) und besserer fachliche Kooperation (79%). Die Erwartungen an MVZs hinsichtlich effizienterer Ressourceneinsätze, aber auch hinsichtlich besserer Leistungsbereitstellung durch Kooperation scheinen somit in Einklang mit der Zusammenfassung der Literatur aus Kapitel 3 und 4 zu gehen. Auch die Möglichkeit des Anstellens von Ärzt/inn/en wird mit 77% sehr häufig als Gründungsempfehlung genannt. Hier ist allerdings zu bedenken, dass es sich dabei nicht mehr um ein Alleinstellungsmerkmal von MVZs handelt, da seit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz 2007 auch Gemeinschaftspraxen die Möglichkeit haben, ein Anstellungsverhältnis mit Ärzt/inn/en einzugehen. Das Argument der Möglichkeit, ein breiteres Leistungsangebot anbieten zu können, welches mit 75% auch noch sehr häufig genannt wird, trägt dem Umstand Rechnung, dass zur Gründung eines MVZ mindestens zwei Facharztgruppen kooperieren müssen. Vor allem von diesem Punkt und von der besseren fachlichen Kooperation, jeweils Argumente, welche sehr häufig genannt werden, ist nicht zuletzt auch ein hoher Patientennutzen zu erwarten. Wie oben erwähnt wurde in unseren Gesprächen die MVZ-Gründung für Vertragsärzte/-ärztinnen, die ja auch eine Gemeinschaftspraxis gründen könnten, häufig mit der positiv konnotierten Marke MVZ begründet. Nimmt man die Frage nach besseren Marketingmöglichkeiten als Approximation für dieses Thema so sieht man, dass immerhin 51% dieser Antwortmöglichkeit zustimmten.

⁶⁶ Telefonat vom 26.07.2012

⁶⁷ Telefonat vom 26.07.2012.

⁶⁸ Ist nur ein Balken vorhanden so wurde die entsprechende Antwortmöglichkeit nicht gegeben.

Abbildung 25: Vergleich der Gründungsmotivation (2005) mit Argumenten bei der Empfehlung einer MVZ-Neugründung (2011)

Quelle: KBV (2012c), KBV (2006), eigene Darstellung
(MVZ-Survey 2005: n=104; MVZ-Survey 2011: n=414)

* Beachte Fußnote 72 und Text zur Fußnote

Am wenigsten häufig werden bei der Umfrage 2011 die Gründe Vorteile durch Einweiserbindung (29%) und Verbesserung der finanziellen Situation (25%) genannt. Setzt man allerdings die 29% der MVZs, welche Vorteile durch Einweiserbindung als Argument für die MVZ-Gründung nennen, ins Verhältnis mit den 40% an Krankenhaus-MVZs, welche in der Stichprobe des Surveys enthalten sind, relativiert sich diese Zahl. Geht man nämlich davon aus, dass nur die Krankenhaus-MVZs von der Möglichkeit der Einweiserbindung profitieren und daher nur diese das Argument als Gründungsempfehlung anführen, so ergibt sich ein Wert von 72% der Krankenhaus-MVZs, welche dem Argument zustimmen.⁶⁹

⁶⁹ Das MVZ-Survey 2011 enthält leider keine gesonderte Auswertung dieser Frage nach den verschiedenen Trägergruppen.

Vergleicht man nun die Gründungsempfehlungen aus dem Survey 2011 mit den Gründungsargumenten aus dem Survey 2005, so zeigt sich, dass vor allem bei dem Argument der Anstellung von Ärzt/inn/en der größte Unterschied besteht. Dies ist nicht zuletzt wegen der bereits mehrfach erwähnten Änderungen durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes 2007 überraschend. Möglicherweise brauchte es eine gewisse Anlaufzeit um die Vorteile eines Angestelltenverhältnisses zu entdecken.⁷⁰ Ein möglicher Wertewandel lässt sich auch hinsichtlich der Frage nach flexibleren Arbeitszeiten (Survey 2005) und der Schaffung eines familienfreundlichen Umfelds (Survey 2011), die hier als ähnlich miteinander verglichen werden, erkennen: 68% stimmten 2011 der Schaffung eines familienfreundlichen Umfelds als Empfehlungsgrund zu, während 2005 nur 22% die flexibleren Arbeitszeiten als Motivation angaben.⁷¹ Auch das verminderte Investitionsrisiko geben 2011 deutlich mehr (45%) als Empfehlungsgrund an als 2005 als Gründungsmotivation (25%).⁷² Das Argument bessere fachliche Kooperation (2011) ist zwar nur bedingt mit dem Argument Chance der interdisziplinären Zusammenarbeit unter einem Dach vergleichbar. Bedenkt man aber die große Differenz (69 Prozentpunkte) und dass ein ähnliches Argument aus dem Survey 2011, nämlich die Möglichkeit, ein breiteres Leistungsangebot anbieten zu können, auch sehr häufig genannt wird, so scheint der Schluss doch zulässig, dass auch hier eine Bedeutungsverschiebung stattgefunden hat.

Größere Unterschiede zwischen den zwei Surveys findet man darüber hinaus bei der erweiterten Position am Markt (59% in 2011, 85% in 2005) und in der Entlastung bei Verwaltungsaufgaben (37% in 2011, 26% in 2005). Grundsätzlich können Kooperationen und Zusammenschlüsse dazu beitragen, dass Verwaltungsaufgaben geteilt werden, auf der anderen Seite erfordert die Kooperation selbst vermehrte Koordination. Betrachtet man die Entlastung von Verwaltungsaufgaben als Grund zur Empfehlung einer MVZ-Neugründung noch genauer (Abbildung 26) so zeigen sich Unterschiede nach MVZ-Standort und MVZ-Träger. 30% der MVZs in Kernstädten stimmen der Aussage zu, allerdings sind 39% entgegengesetzter Meinung. Bei MVZs in ländlichen Regionen stimmen immerhin 48% zu und nur 33% sind dagegen⁷³. Betrachtet man die Frage ausgewertet nach den Trägern, so zeigt sich, dass ganze 70% der MVZs, bei denen ein Krankenhaus als Träger beteiligt ist, die Entlastung von Verwaltungsaufgaben als Grund zur Empfehlung einer MVZ-Neugründung sehen (22% stimmen nicht zu, der Rest liefert keine Angabe). Bei Vertragsarzt-MVZs liegt die Zustimmung nur bei 30%, während die Hälfte dieser MVZ-Träger der Aussage nicht

⁷⁰ siehe dazu auch die Überlegungen in Abschnitt 4.2.1

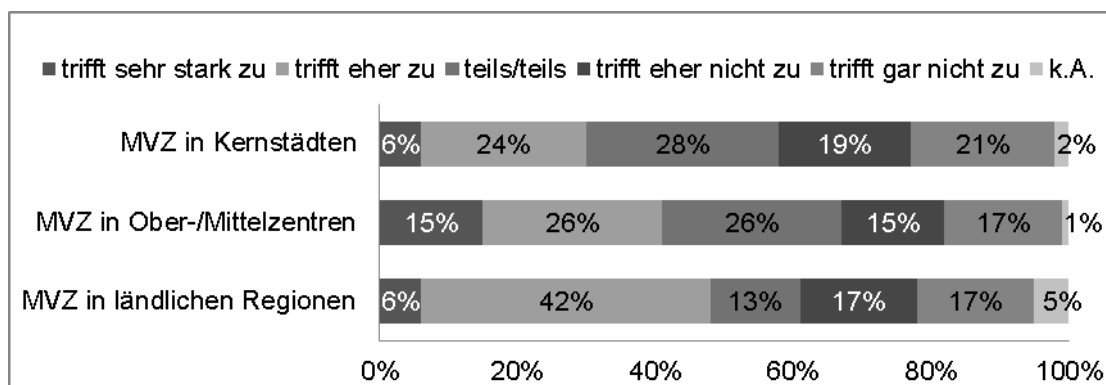
⁷¹ Aus einer MVZ-Befragung des BMVZ (Müller und Köppl (2008)) geht hervor, dass auf eine Arztzulassung in MVZs im Durchschnitt 1,3 Ärzte/Ärztinnen kommen (Wert der Stichprobe). Daraus kann man schließen, dass MVZs die Möglichkeit der Teilzeitanstellungen nutzen.

⁷² Bei Fragen nach Investitionsrisiko und Flexibilität/Familienfreundlichkeit muss aber berücksichtigt werden, dass sich die Art der Fragestellung unterscheidet: Im Survey 2011 wurde nach der Zustimmung auf einer fünfteiligen Skala gefragt, während im Survey 2005 bei der Frage nach den Gründungsmotivationen die Antworten „verringertes Investitionsrisiko“ und „flexiblere Arbeitszeiten“ auf einer Liste von möglichen Gründen zur Auswahl standen (mit der Möglichkeit von Mehrfachnennungen und der Angabe nicht gelisteter Gründe).

⁷³ Es konnte ein geringer signifikanter Zusammenhang bezüglich räumlicher Verteilung und Entlastung von Verwaltungsaufgaben nachgewiesen werden (siehe KBV (2012c), S.33).

zustimmt (15% stimmen teilweise zu, 5% machen keine Aussage). Diese Unterschiede lassen sich möglicherweise auf die Erfahrung und Infrastruktur aus dem stationären Bereich der Krankenhausträger zurückführen.⁷⁴

Abbildung 26: Entlastung von Verwaltungsaufgaben als Grund zur Empfehlung einer MVZ-Neugründung



Quelle: KBV (2012c)

(Kernstadt: n=165; Ober-/Mittelzentrum: n=141; ländliche Regionen: n=54)

5.3.7. Auswirkungen auf Patient/inn/en

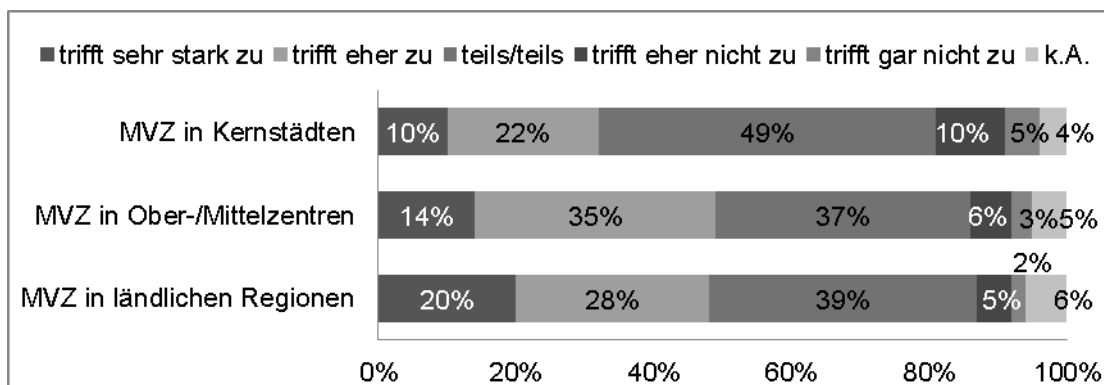
Noch gibt es nicht viele Aussagen dazu, welche Auswirkungen MVZs auf Patient/inn/en haben. Abbildung 27 zeigt eine Frage aus dem MVZ-Survey 2011. Für 41% der Teilnehmer/innen kommt es durch die Organisation in einem MVZ im Vergleich zu Einzelpraxen zu einer Verbesserung der Wartezeit für Patient/inn/en, wo hingegen nur 12% der gegenteiligen Meinung sind.⁷⁵ Die Zustimmung, dass es in MVZs zu einer Verbesserung bei Wartezeiten kommt, ist bei MVZs in Kernstädten mit 32% aber deutlich geringer als bei MVZs in Ober- und Mittelzentren und ländlichen Regionen, wo die Zustimmung jeweils bei beinahe 50% liegt. Wie bereits zuvor erklärt, haben MVZs in urbanen Regionen häufiger Schwerpunkte, die eventuell sonst von keinem Leistungserbringer angeboten werden. MVZs

⁷⁴ Bei den Telefoninterviews wurden auch einige Argumente für die Gründung von MVZs genannt. Die KV Brandenburg, Telefonat vom 26.07.2012, nennt etwa flexiblere Arbeitszeiten als ein häufiges Argument für die Gründung. Interessanterweise berichtet die KV Brandenburg von Daten, nachdem der Verwaltungsaufwand bei Ärzten in MVZs in Brandenburg höher sei als bei anderen Ärzten. Die KV Hessen (Telefonat vom 26.07.2012) berichtet, dass sowohl junge als auch Ärzte/Ärztinnen, welche kurz vor der Pensionierung stehen, die Möglichkeit der flexiblen und geregelten Arbeitszeiten, aber auch die Möglichkeit der Teilzeitanstellung bei MVZs schätzten. Außerdem ermöglichen sie für junge Ärzte/Ärztinnen die Arbeit im ambulanten Bereich, ohne den Schritt in die Selbstständigkeit machen zu müssen. Die KV Rheinland-Pfalz, teilt in einer schriftlichen Nachricht vom 30.07.2012 mit, dass die Möglichkeit der (Teilzeit-)Anstellung das MVZ zum attraktiven Modell für Teile der Ärzteschaft macht. Die KV Saarland (Telefonat vom 26.07.2012) nennt die Gründe wirtschaftliche Vorteile, fachliche Kooperation und die Angst, die Einzelpraxis nicht mehr veräußern zu können. Oftmals werde die Einzelpraxis auch als nicht mehr zeitgemäßes Modell gesehen. Die KV Thüringen (Telefonat vom 26.07.2012) nennt ebenfalls die flexiblen Arbeitszeiten als häufigen Grund von Ärzt/inn/en ein MVZ zu gründen.

⁷⁵ Die Zahlen für Gesamt wurden mit Hilfe der verfügbaren Daten selbst berechnet. Es wurden sowohl die Kategorien „trifft sehr stark zu“ und „trifft stark zu“ zusammengefasst, als auch „trifft eher nicht zu“ und „trifft gar nicht zu“.

in ländlichen Regionen ersetzen eher die Grundversorgung und können sich dabei, wie es scheint, besser koordinieren und abstimmen.

Abbildung 27: Einzelpraxis im Vergleich zu MVZ: Verbesserung der Wartezeit für Patient/inn/en



Quelle: KBV 2012c

(Kernstadt: n=165; Ober-/Mittelzentrum: n=141; ländliche Regionen: n=54)

Haas (2011) untersuchte die Präferenzen von Patient/inn/en mittels Fragebogen, der verschiedene Qualitäts- und Zufriedenheitsitems enthielt. In fast allen Items wurden MVZs besser als niedergelassene Ärzte/Ärztinnen bewertet, wobei vor allem ausreichende Zeit des/der Arztes/Ärztin für die Behandlung, die fachliche Kompetenz und das aufmerksam machen auf Vorsorgeuntersuchungen das Ergebnis bestimmten. Die Autorin schließt, dass die effizientere Versorgungsstruktur durch MVZs für diese positiven Ergebnisse verantwortlich sei.

5.4. Bilanz nach acht Jahren MVZ

Nach acht Jahren stellen MVZs in der ambulanten Versorgungslandschaft in Deutschland zahlenmäßig zwar nach wie vor eine Randerscheinung dar, sie seien aber sehr wohl in der Versorgungslandschaft etabliert⁷⁶ und stellten eine der wenigen Erfolgsgeschichten der jüngeren Zeit im deutschen Gesundheitswesen dar⁷⁷. Ihre Zahl ist stetig im Steigen begriffen, zudem wurden die Unterschiede zu Gemeinschaftspraxen, zumindest für MVZs mit Ärzt/inn/en als Träger, in den letzten Jahren abgeschafft. Der Begriff „Zentrum“ scheint positiv konnotiert zu sein und wird offensichtlich als Marketingzweck genutzt, was auch die Gründung von MVZs anstelle von Gemeinschaftspraxen erklären könnte. Eine weitere Neuerung ist die Möglichkeit, dass mit den MVZs auch andere Leistungserbringer wie Krankenhäuser in die ambulante Versorgung einsteigen können, diese Möglichkeit wird auch stark genutzt. Eine Erfolgsgeschichte stellt die Möglichkeit Ärzte/Ärztinnen als Angestellte zu beschäftigen dar. Die Vorteile bei den Trägern liegen neben eventuell vereinfachten

⁷⁶ KV Mecklenburg Vorpommern

⁷⁷ BMC

Managementstrukturen darin, dass sie über den ärztlichen Vertragssitz verfügen können. Auf der anderen Seite scheinen insbesondere junge Ärztinnen/Ärzte dies als Möglichkeit zu nutzen, im niedergelassenen Bereich ohne Investitionsrisiko und ohne Festlegung auf Lebenszeit tätig zu sein, zudem ist eine Tätigkeit auch parallel zu einer Beschäftigung im Krankenhaus möglich. Aber auch ältere Ärztinnen/Ärzte bringen ihren Vertragssitz in das MVZ ein und arbeiten die letzten Jahre vor der Pensionierung dort als Angestellte.

Aufgrund der zu großen Teilen nach wie vor sehr kleinräumigen Struktur der MVZs werden allerdings die Erwartungen hinsichtlich einer integrierten Versorgung der Patient/inn/en (noch) nicht erfüllt. Häufig suchen Patient/inn/en nur eine/n Ärztin/Arzt auf und in den meisten MVZs gibt es nur zwei oder drei Fachrichtungen.⁷⁸ Zudem scheint der Anteil der verschiedenen Fachrichtungen in den MVZs nicht nur versorgungspolitischen Gesichtspunkten zu folgen, sondern eher das Resultat der bestehenden Möglichkeiten zu sein. Allgemein gibt es viel Kooperation zwischen MVZs und anderen Leistungserbringern, hier ist auch ein deutlicher Anstieg zu erkennen, vor allem auch bei Kooperationen mit Physiotherapeut/inn/en, Ergotherapeut/inn/en und Sanitätshäusern. Die häufigsten Kooperationen finden aber mit Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzt/inn/en statt, teilweise erfüllen MVZs hier auch die intermediäre Rolle zwischen diesen beiden Leistungserbringern. Allgemein scheint Kooperation im ländlichen Raum häufiger vorzukommen, hier entwickelten sich MVZs eher zu Grundversorgern, während in urbanen Zentren MVZs häufig stark spezialisierte Leistungen anbieten. Bei MVZs in Krankenhaus-Trägerschaft wurde häufig auf die Einweiserfunktion der MVZs hingewiesen, ein Faktum, dem hinsichtlich seiner positiven oder negativen Auswirkungen sicherlich gewisse Aufmerksamkeit gewidmet werden sollte. Die Nutzung moderner IT-Lösungen, die neben administrativen Vereinfachungen vor allem auch zur Qualitätssicherung genutzt werden können, ist in MVZs erwartungsgemäß stark ausgebaut. Interessant dabei ist, dass auch häufig gemeinsame IT-Lösungen mit kooperierenden Partnern implementiert wurden und werden.

Straub und Müller (2007) beurteilen die Entwicklung von MVZs ganz ähnlich wie es wir anhand der Daten und Gespräche tun können: „[...] nur wenige [MVZs] entsprechen bislang der gesetzgeberischen Idee“⁷⁹ der Kooperation von Allgemeinmediziner/inne/n und Fachärzt/inn/en zur abgestimmten und abgestuften Behandlung einer breiten Patientenpopulation bei gleichzeitiger Realisierung betriebswirtschaftlicher Vorteile, besserer Auslastung der Geräte, interdisziplinärer und kollegialer Kooperation und der Möglichkeit auch auf Teilzeitbasis und angestellt im niedergelassenen Bereich tätig zu sein. Arbeitsrechtliche und betriebswirtschaftliche Vorteile scheinen umgesetzt zu sein, breite Versorgung scheint allerdings nur in einem kleinen Teil der Zentren ein Ziel zu sein. Die

⁷⁸ Auch wenn Patient/inn/en nur eine/n Ärztin/Arzt aufsuchen, wurde bescheinigt, dass vermehrt fachliche Kooperation im MVZ stattfände.

⁷⁹ S. 148

existierenden, häufig nur fachärztlichen, hochtechnisierten Einrichtungen wären auch einfach aus bestehenden Gemeinschaftspraxen entstanden, nutzen lediglich den Markennamen MVZ und etwaige rechtliche Präferenzen.

Auch Amelung und Cornelius (2009) kritisieren die Mehrzahl an Kleinsteinheiten, die bereits zuvor, allerdings in anderer Organisationsform, existierten. Aus Sicht der Autoren sind nur die wenigen MVZs, die mehr als 20 angestellte Ärzte/Ärztinnen aufweisen und im Prinzip als „Krankenhäuser für die ambulante Versorgung“⁸⁰ fungieren den Anforderungen entsprechend.⁸¹ Straub und Müller (2007) streichen heraus, dass Zentrenbildung vor allem dazu beitragen sollte, dem/der Patienten/Patientin über den gesamten Behandlungsverlauf eine Bezugsstelle und –person zur Verfügung zu stellen, die den Überblick über spezielle Behandlungskonzepte behalten und den Patient/inn/en Vor- und Nachteile auch darlegen könne. Reine Spezialisierung und Arbeitsteiligkeit ohne direkten Kontakt fördere Risiken. Reine Zentrenbildung führe nicht zu verbesserter Versorgung, diese könne nur durch interdisziplinäre und sektorenübergreifende Organisation, Fallmanagement, Fortbildung, externe Qualitätssicherungs-Verfahren, aktive Information der Patient/inn/en und partizipative Entscheidungsfindung mit einem Ansprechpartner durch die gesamte Behandlung erfolgen.

Amelung und Cornelius (2007) streichen das POLIKUM Berlin Friedenau, eines von drei MVZs der POLIKUM-Gruppe⁸², als Beispiel dafür, wie MVZs sinnvoll in der ambulanten Versorgung genutzt werden können, heraus.⁸³ Darauf aufbauend entwickeln sie die Konzeption eines ihrer Meinung nach sinnvollen MVZ, das die folgenden Merkmale enthält:

- ambulante Vollversorgung im Sinne einer ganzheitlichen Vollversorgung: Der/Die Patient/in agiert, ohne über die zur Behandlung notwendige medizinische Fachgruppe Bescheid zu wissen. Zum Beispiel könnten zur Behandlung von Rückenschmerzen Allgemeinmediziner/innen, Orthopäd/inn/en, Neurolog/inn/en, Schmerztherapeut/inn/en, Physiotherapeut/inn/en oder mehrere gemeinsam geeignet und zuständig sein.
- integrierte Gesamtkoordination der Versorgung: Die sektorale Trennung zwischen niedergelassenen Arzt/inn/en und Krankenhäusern muss aufgehoben werden, das MVZ wäre der geeignete Kandidat für die Übernahme dieser Koordinationsrolle.
- Gesundheit finanzieren statt Krankheit: Durch die Einzelleistungsvergütung profitiert der/die Arzt/Ärztin vom Kranksein, es besteht ein Anreiz zur Leistungsausweitung;

⁸⁰ S. 23.e1

⁸¹ Anscheinend gibt es nach wie vor rechtliche Schwierigkeiten. Insbesondere kritisieren Schramm und Giertmühlen (2010) die bei Einbringung eines Vertragsarztsitzes in ein MVZ bestehende Unsicherheit darüber, was bei Konkurs oder Zulassungsentzugs des MVZ mit diesem Sitz geschieht.

⁸² siehe auch Abschnitt 7.2

⁸³ Das POLIKUM in Berlin Friedenau wird übrigens auch in Großbritannien als positives Beispiel angesehen, wie etwa in Darzi (2007) erwähnt.

Pauschalen für Diagnosen und insbesondere einheitliche Bewertungen von Diagnosen über die Sektoren wären sinnvoll

- In den Zentren und Praxen wird eine redundante Besetzung aller Fachrichtungen empfohlen, dadurch könnten Geräte besser genutzt werden, erweiterte Öffnungszeiten wären möglich, Kontrolle durch Kolleg/inn/en und einfache Einholung einer Zweitmeinung könnten die Qualität verbessern.
- optimale IT-Unterstützung aller medizinischen Prozesse; Zugriff aller Mitarbeiter/innen auf Patientenakte und Terminmanagement
- Transparenz und Teamwork: Auch bei Überweisungen sollte Transparenz geboten sein, etwa durch Zugriff des/der nächsten Arztes/Ärztin auf die vorher getätigten Aufzeichnungen. Dadurch könnte positiver Druck entstehen, die Kontrollmöglichkeiten hätten ein anderes Kooperationsverhalten zur Folge.

Veränderungen im ambulanten Sektor sind zu erwarten, indirekt im Fahrwasser der weiteren Entwicklung der MVZs⁸⁴, oder direkt über Änderungen in der Konzeption derselben. Der nicht vernetzten Einzelpraxis wird in Amelung und Cornelius (2009) der Begriff „totes Organisationsmodell“⁸⁵ attestiert. In umkämpften Ballungsräumen könne sie sich nicht mehr halten. In schwer zu versorgenden Regionen würden zwar Einzelanbieter bestehen bleiben, doch auch diese müssten und würden sich angesichts der bestehenden Herausforderungen vernetzen.

⁸⁴ Im Gespräch mit dem BMC wurde etwa auf eine neue Versorgungsform hingewiesen, die „ambulante spezialärztliche Versorgung“ im Rahmen derer in einem Katalog angeführte, hochspezialisierte Behandlungen abgedeckt würden. Sowohl der ambulante als auch der stationäre Bereich könnten sich beteiligen, der Wettbewerb zwischen diesen beiden Sektoren sollte dabei verschärft werden. Diese Versorgungsform befindet sich allerdings noch in der Umsetzungsphase (ein Gesetzestext wird für Herbst 2012 erwartet).

⁸⁵ S. 23.e1

6. Weitere internationale Beispiele

Nach der ausführlichen Darstellung der Situation in Deutschland wird in diesem Kapitel kurz auf Entwicklungen in den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich eingegangen.

6.1. Zelfstandig Behandel Centra (ZBCs) – Niederlande⁸⁶

Grundsätzlich sieht das niederländische Gesundheitssystem eine starke Rolle für die Allgemeinmediziner/innen vor, die als „Gatekeeper“ in das Gesundheitssystem fungieren. Der Zugang zur sekundären Versorgung ist abgesehen von Notfällen prinzipiell über diese Gatekeeper geregelt. Jede/r Einwohner/in ist bei einem/einer Arzt/Ärztin registriert, kann diese/n aber auch wechseln. Im Jahr 2008 arbeiteten laut Schäfer et al. (2010) 51% der 8.783 Allgemeinmediziner/innen in Gruppenpraxen von drei bis sieben Ärzt/inn/en, 29% arbeiteten zu zweit, nur 20% arbeiteten in Einzelpraxen. Die meisten Praxen sind Zusammenschlüsse von Selbständigen, nur ein kleiner Anteil arbeitet angestellt.

Die Sekundärversorgung erfolgt in den Niederlanden vor allem über Spezialist/inn/en in Krankenhäusern. Krankenhäuser verfügen dabei auch über ambulante Zentren und Einrichtungen, wobei die meisten Ärztinnen/Ärzte in Partnerschaften organisiert und nicht bei den Krankenhäusern angestellt sind (Schäfer et al. (2010)). 2006 wurde mit dem *Zorgverzekeringswet* (Krankenversicherungsgesetz) und dem *Wet op de zorgtoeslag* (Regelung der Versorgung von Personen mit geringem Einkommen) die Gesundheitsversorgung weitgehend in private Hand gegeben, die öffentliche Hand tritt vor allem als Regulator und Überwacher auf (Czypionka et al. (2011b)). Jede legal in den Niederlanden lebende oder arbeitende Person muss krankenversichert sein⁸⁷, Versicherungen stehen im Wettbewerb zueinander und müssen jede/n Kundin/Kunden akzeptieren. Um unterschiedliche Risiken auszugleichen, wurde ein Risikoausgleichsfonds eingeführt. Einkommensschwache Versicherte werden mit staatlichen Mitteln bei der Versicherungsprämie unterstützt.

Seit 2006 wurden auch die *Zelfstandig Behandel Centra* (ZBC; Unabhängige Behandlungszentren) weitgehend den Krankenhäusern gleichgestellt. ZBCs gibt es seit 1998. Ihr Zweck bei Einführung lag vor allem darin, bestehende Privatkliniken zu regulieren. Ein ZBC konnte nur gegründet werden, wenn im spezifischen Fach eine Warteliste bestand, weiters musste eine Kooperation zwischen dem ZBC und einem Krankenhaus existieren, dem auch zumindest ein Versicherer zustimmte. Bis 2000 wurden etwa 45 private Kliniken in ZBCs umgewandelt, zunächst wurde versucht die Gründung weiterer Zentren zu verhindern

⁸⁶ Wenn nicht explizit andere Quellen angeführt sind stammen die Informationen von Apostolos Tsiachristas, MSc, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institute for Medical Technology Assessment der Erasmus Universität in Rotterdam und Dr. Ilaria Mosca, Assistenzprofessorin am Institute for Health Policy and Management der Erasmus Universität in Rotterdam.

⁸⁷ Nichtversicherten Personen droht eine Strafzahlung, vgl. Ven und Schut (2009).

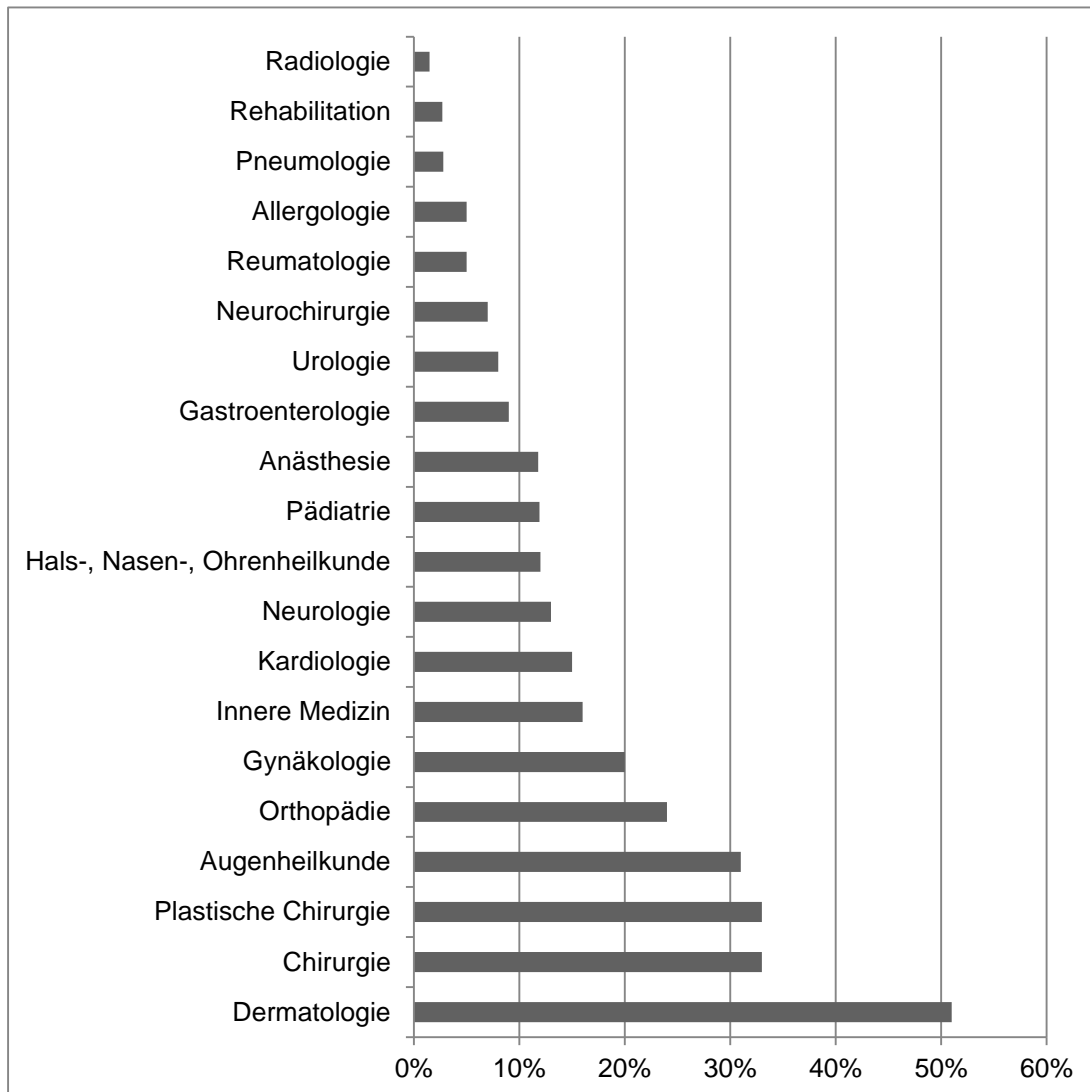
(Maarse (2008)). Ab etwa 2000 änderte sich jedoch die Sichtweise auf ZBCs, sie wurden als ein potentiell Mittel zur Dynamisierung des Gesundheitssystems angesehen. Eine Gesetzesänderung 2003 stimulierte weitere Gründungen, indem die zuvor geltenden restriktiven Zulassungsbedingungen aufgehoben wurden. Mit den Gesetzen 2006 (siehe oben) wurde die Unterscheidung zwischen Krankenhäusern und ZBCs noch weiter reduziert. Ein ZBC definiert sich als Kooperation zwischen zumindest zwei medizinischen Fachrichtungen, die der Krankenversicherung unterliegende Leistungen erbringen. Privatkliniken mit nur einer Spezialisierung sind keine ZBCs. Im Jahr 2010 waren bei der *Nederlandse Zorgautoriteit*, der Aufsichtsbehörde über den Gesundheitssektor, 313 ZBCs bekannt.

ZBCs können verschiedene Rechtsformen wählen, allerdings ist es ihnen nicht erlaubt Dividenden auszuschütten, weiters sollten sie nicht vorwiegend profitorientiert arbeiten. 70% der Zentren erbringen Leistungen im sogenannten B-Segment. Dabei werden die Preise für DBCs (*Diagnose Behandel Combinaties* – Diagnose-Behandlungs-Kombinationen⁸⁸) nicht fix festgelegt, sondern zwischen Versicherer und Leistungserbringer separat verhandelt. Welche Leistung in das A- oder in das B-Segment fällt, wird vom Gesetzgeber vorgegeben und laufend angepasst. Die zugrunde liegende Idee ist die, dass für standardisierte Leistungspakete Preiswettbewerb entstehen soll, bei Leistungen mit geringerer Kostenhomogenität oder bei Krankheitsbildern mit geringer Prävalenz wird nur über Umfang und Qualität verhandelt, die Preise werden von der *Nederlandse Zorgautoriteit* festgelegt.

ZBCs sind im nicht-akuten Bereich tätig. Sie dürfen zwar jegliche Art von Behandlung anbieten, konzentrieren sich aber vor allem auf nicht-stationäre Behandlungen, die schnell durchgeführt werden können und häufig vorkommen. Beispiele für die häufigsten Schwerpunkte sind Leistenbrüche, Orthopädie, Varizen, Augenheilkunde oder Dermatologie. Meist beschränken sich die einzelnen ZBCs auf ein paar Behandlungen im jeweiligen Fachbereich. Abbildung 28 zeigt die Anzahl der ZBCs mit Spezialisierungen im Jahr 2010.⁸⁹

⁸⁸ 2006 eingeführt definieren diese DBCs Bündel von Gesundheitsdienstleistungen für entsprechende Gesundheitszustände. Die Bündel umfassen alle Abschnitte einer Behandlung durch Spezialist/inn/en und Krankenhäuser – von der Erstaufnahme bis zum Ende der Nachbehandlung. Gesundheitsdienstleister verrechnen nicht mehr auf Basis von Einzelleistungen sondern von Abschnitten der DBS. Auch die Behandlung von stationären und ambulanten Patient/inn/en in Krankenhäusern wird nach diesem System verrechnet. (Schäfer et al. (2010))

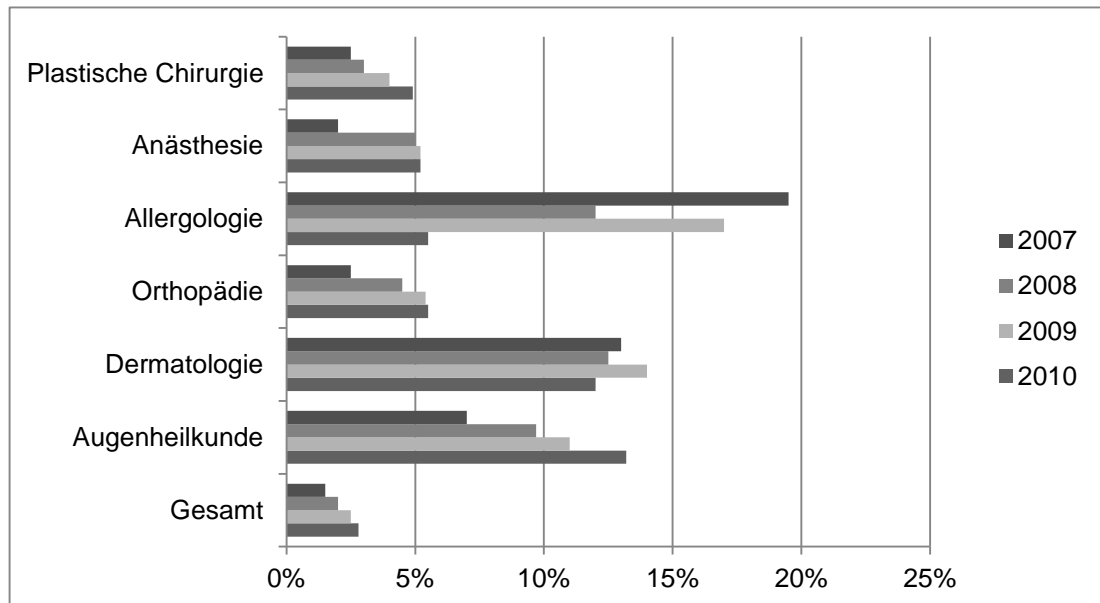
⁸⁹ Leider stand nur die Abbildung, nicht aber die zugrunde liegenden Zahlen zur Verfügung, sodass bei Nachbau und Übersetzen der Graphik nicht auf die exakten Zahlen zurückgegriffen werden konnte.

Abbildung 28: Anzahl der ZBCs die eine Spezialisierung anbieten (2010)

Quelle: Nederlandse Zorgautoriteit (2012a)

Der Marktanteil der ZBCs nach Spezialisierung im Vergleich der Jahre 2007 bis 2010 ist in Abbildung 29 dargestellt. Den höchsten Marktanteil im jeweiligen Fachgebiet weisen 2010 die ZBCs in der Augenheilkunde mit etwa 13% auf. Auch die Dermatologie hat mit über 10% einen großen Marktanteil. Insgesamt stieg der Marktanteil der ZBCs von 1% im Jahr 2007 auf 2,3% im Jahr 2010.

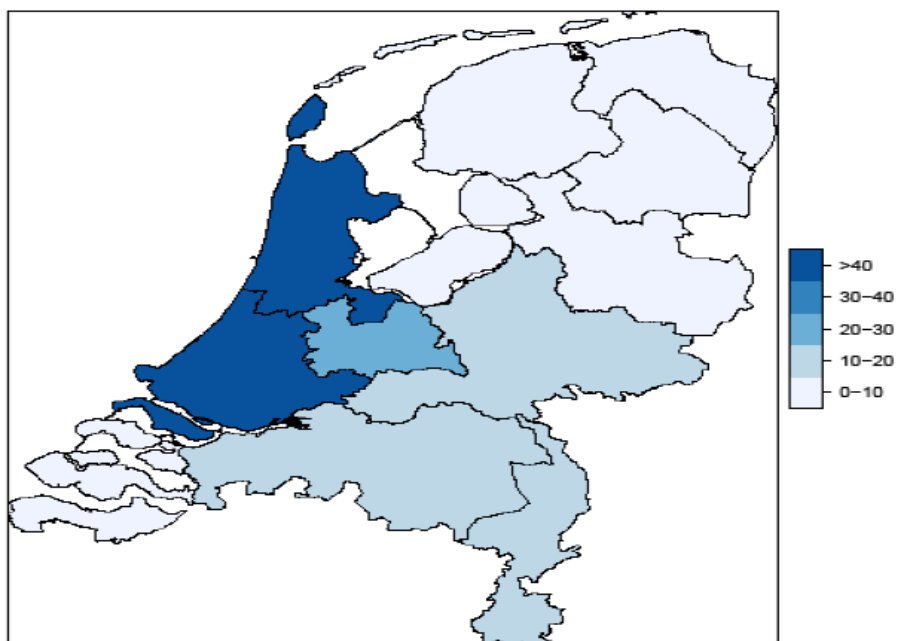
Abbildung 29: Marktanteil der ZBCs nach Spezialisierung



Quelle: Nederlandse Zorgautoriteit (2012a)

Die Statistik umfasst alle Spezialisierungen, in denen die ZBCs einen Marktanteil von zumindest 2% aufwiesen.

Abbildung 30: Anzahl der ZBCs in den niederländischen Provinzen im Jahr 2010



Quelle: Nederlandse Zorgautoriteit (2012a)

Örtlich sind die meisten ZBCs in der urbanen Region zwischen Amsterdam, Utrecht und Rotterdam (die sogenannte *Randstad*) angesiedelt, wie auch Abbildung 30 unterstreicht.

Um Sekundärversorgung in Anspruch nehmen zu können, wird eine Überweisung des/der Hausarztes/-ärztin benötigt. Allerdings werden nur in geringem Ausmaß Patient/inn/en von ihrem/ihrer Hausarzt/Hausärztin in ein spezielles ZBC verwiesen, die meiste Werbung erfolgt über Mundpropaganda. Die Verträge zwischen ZBCs und den Versicherern basieren offiziell auf Qualität und Zugänglichkeit, im frei verhandelbaren Bereich aber häufig vor allem auf den Preisen. Westert et al. (2010) erwähnen, dass nach den Reformen eine Senkung der Preise im B-Segment zu erkennen ist, allerdings erhöhte sich im selben Zeitraum der Umfang der Leistungen, die Gesamtkosten des Gesundheitssystems stiegen an. Qualitätskontrolle und –information spielen derzeit noch eine geringe Rolle, allerdings wird einerseits erwartet, dass diesem Aspekt durch die zunehmende Sättigung des Marktes zukünftig mehr Bedeutung zukommen wird. Andererseits wird davon ausgegangen, dass durch das eingeschränkte Behandlungsspektrum und die große Spezialisierung die durchgeführten Behandlungen in den Zentren, verglichen mit Einrichtungen, in denen die gleichen Eingriffe nur selten erbracht werden, von hoher Qualität sind.

In der letzten Zeit stieg vor allem die Anzahl der ZBCs an, die keinen Vertrag mit Versicherern haben. Sucht ein/e Patient/in ein solches Zentrum auf, so werden 80% der Kosten vom Versicherer übernommen, 20% müssen selbst bezahlt werden. Einerseits gibt es bei nicht miteinander verbundenen ZBCs und Krankenhäusern nur wenig Kooperation (einige Krankenhäuser weigern sich manchmal Patient/inn/en aufzunehmen, die zuvor in ZBCs behandelt worden waren), zugleich gründeten auch einige Krankenhäuser ZBCs um gewisse Leistungen in schmalerer Struktur auszulagern.⁹⁰ Jedoch wurde und wird aufgrund von Wettbewerbsregulierungen die häufig vorkommende Konstellation, dass Ärztinnen/Ärzte sowohl in Krankenhäusern als auch in ZBCs arbeiten, vermehrt eingeschränkt. Um bessere Vergleichbarkeit zwischen den Leistungserbringern zu gewährleisten, gibt es das DBC Informationssystem (*DBC Informatie Systeem*), in das jedes Krankenhaus und ZBC die Preise für die fixen DBCs eingeben sollte. Allerdings tun dies nur etwas mehr als die Hälfte der ZBCs, was auch immer wieder Kritik an ihrer Intransparenz aufkommen lässt.

6.2. Entwicklungen im National Health Service (UK)

Noch stärker als in den Niederlanden ist das britische Gesundheitssystem von der Gatekeeping-Funktion der Allgemeinmediziner/innen (General Practitioners, GP) geprägt. Die GPs schließen Verträge mit den geographisch aufgeteilten *Primary Care Trusts* (PCT) des *National Health Service* (NHS) ab. In den letzten Jahren stellte sich bei den

⁹⁰ Apostolos Tsiachristas schätzt, dass die Preise von ZBCs etwa 10% bis 15% unter denen der Krankenhäuser liegen, was vor allem auf bessere Betriebsführung und geringere indirekte Kosten zurückzuführen sei (siehe auch Tan et al. (2010)).

niedergelassenen Ärzt/inn/en eine starke Konzentration ein, 2009 arbeiteten nur 5% der GPs in Einzelpraxen (Boyle (2011)).⁹¹

Neben den meist als Gruppen organisierten Praxen gibt es zur Primärversorgung auch eigene Telefon- und Internetdienste (NHS Direct⁹²), wo eine erste Abklärung der Symptome und möglichen Behandlungsschritte erfolgen kann. In den letzten Jahren stieg zudem die Anzahl der im Jahr 2000 eingeführten Walk-in-Zentren stetig an, 2009 gab es 90. Walk-in-Zentren fungieren als Substitut für den Besuch von GPs zu Tagesrandzeiten, sind aber nicht für eine längerfristige Behandlung ausgelegt. Die meisten Walk-in Zentren werden von den Primary Care Trusts betrieben und von Krankenpfleger/inne/n geleitet. Insgesamt behandeln diese Zentren etwa drei Millionen Patient/inn/en pro Jahr. (Boyle (2011), S. 228)⁹³ Für kleinere Verletzungen oder Krankheiten, wie etwa Verbrennungen, Brüche, Insektenstiche, etc., die nicht akut lebensbedrohlich sind (dafür wären die *emergency and urgent care services* in den Krankenhäusern zuständig), gibt es zudem noch aktuell 225 *Minor Injury Units*⁹⁴.

Die sekundäre Gesundheitsversorgung erfolgt in England zum größten Teil in staatlichen Krankenhäusern. Dabei wird zwischen Einrichtungen zur akuten und elektiven Behandlung unterschieden. Diese sind ebenfalls in lokal verwalteten Trusts organisiert, wobei 2004 auch die Sonderform der *Foundation Trusts* hinzukam, die über größere Freiheiten hinsichtlich ihres Budgets und der Wahl der Angestellten verfügen. Neben den Krankenhäusern wurden in den letzten Jahren zudem Treatment Centres gegründet, die speziell für Behandlungen mit nur kurzem stationärem Aufenthalt oder in einer Tagesklinik durchgeführt werden können. (Boyle (2011))⁹⁵

Der Großteil der Leistungen⁹⁶ wird bereits im primären Bereich durch GPs oder auch Krankenpfleger/innen abgedeckt. Aber auch im Vereinigten Königreich gibt es Bestrebungen fachübergreifende Gesundheitszentren zu gründen, die etwas mehr Leistungen als Allgemeinmediziner/innen alleine anbieten. Goodwin et al. (2011) empfehlen etwa, dass zukünftig reine GP-Praxen durch multi-spezialisierte Teams ergänzt werden, sei es in der Form von Polikliniken, Zusammenschlüssen von Praxen oder Netzwerken von Anbietern.

⁹¹ Sofern nicht anders angegeben beziehen sich die Zahlen auf den Landesteil England.

⁹² <http://www.nhsdirect.nhs.uk/> [28.07.2012]

⁹³ <http://www.nhs.uk/NHSEngland/AboutNHSservices/Emergencyandurgentcareservices/Pages/Walk-incentresSummary.aspx> [28.07.2012]

012]

⁹⁵

<http://www.nhs.uk/NHSEngland/AboutNHSservices/Emergencyandurgentcareservices/Pages/Minoritytreatmentcentres> [28.07.2012]

⁹⁶ 95%, siehe Czypionka et al. (2011b)

Teilweise werden diese Entwicklungen von den Ärzt/inn/en selbst angetrieben. So schreibt auch das *Royal College of General Practitioners* (Field et al. (2008)), dass angesichts der Veränderungen in den Krankheitsbildern der Bevölkerung sowie angesichts der immer tiefer gehenden Spezialisierungen in der medizinischen Versorgung, Änderungen in der Art, wie Primärversorgung ausgeübt wird notwendig sein werden. Sie beschreiben die folgenden medizinischen Versorgungsformen um gemeinsam höchste Qualität und Patientenzentrierung zu erreichen: *Primary Care Federations*, Verbände von Hausarzt-Praxen und den Primärversorgungsteams der Gemeinden. Als notwendige Kriterien für gut funktionierende Zusammenschlüsse geben die Autor/inn/en an:

- hohe Managementqualitäten des administrativen Personals um die aufwändigeren Verwaltungs- und Koordinationsaufgaben erfüllen zu können
- Berücksichtigung der Qualitätsverbesserungen in der Vergütung
- mehr Überweisungen innerhalb der Vereinigung, sei es zwischen GPs mit unterschiedlichen Schwerpunkten⁹⁷, sei es auch zu Fachärzt/inn/en, wie Dermatologen, oder spezialisierten Krankenpfleger/inne/n
- bessere Diagnosemöglichkeiten in der Praxis, Verschiebung von den Krankenhäusern in die Praxen
- stärkere Verbindung zu anderen Leistungsanbietern: Apotheken, Optiker/inne/n, Zahnärzt/inn/en, *community nurses* und *health visitors*⁹⁸

In einem umfassenden Bericht schlug Darzi für London eine bessere Integration des primären und sekundären Bereichs vor. Insbesondere sollte eine Schnittstelle gefunden werden, die es erlaubt mehr Leistungen aus dem Krankenhausbereich auch ambulant durchzuführen und somit den Krankenhäusern spezialisierte Aufgaben zu überlassen. In Polikliniken sollte neben den GPs und den *community nurses* auch kleinere Eingriffe, Notfallversorgung, mehr Diagnose, aber auch andere Dienste wie Gesundheitsinformation, Sozialarbeit, Angebote für geistige Gesundheit und chronische Krankheiten, stattfinden. (Darzi (2007))

Goodwin et al. (2011) definieren die Rolle der Allgemeinmediziner/innen noch viel stärker als Koordinatoren, die nicht selbst und alleine für die Versorgung zuständig sind, aber genau wissen, was für ihre Patient/inn/en der beste Weg sein könnte, einschließlich der Herstellung von Verbindungen zu Sozialarbeit und Sozialhilfe.

⁹⁷ GPs with Special Interests (GPwSIs) – trotz einer grundsätzlich allgemeinen Ausrichtung haben sich aufgrund der vielfältigen Aufgaben, mit denen ein GP konfrontiert ist, auch innerhalb dieser Berufsgruppe gewisse Spezialisierungen herauskristallisiert

⁹⁸ in jeder Gemeinde über den NHS zur Verfügung gestellte Pflegekräfte, die auch Hausbesuche durchführen und eng mit den GPs zusammenarbeiten, siehe zum Beispiel http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+www.direct.gov.uk/en/disabledpeople/healthandsupport/whoswhoinhealthservices/dg_4003759 [28.07.2012]

7. Fachkombinationen in Gruppenpraxen

Eine der Kernfragen bei einer möglichen Implementierung von Gruppenpraxen in das österreichische Gesundheitswesen ist die, nach aus Versorgungssicht möglichst empfehlenswerten, Kombinationen ärztlicher Fachrichtungen sowie ärztlicher und nicht-ärztlicher Leistungsbringer. Die bestehende Literatur gibt dazu nur geringe Aufschlüsse. Wie die bisherige Analyse gezeigt hat, kann auch aus den existierenden Kooperationen und Kombinationen nicht zwangsläufig auf deren Sinnhaftigkeit geschlossen werden, da häufig andere Gründe als die optimale Versorgung hinter Zusammenschlüssen stehen – sei es die persönliche Ebene der beteiligten Partner oder die Verfügbarkeit kassenärztlicher Stellen.

Um dennoch Aussagen zu diesem Thema treffen zu können, werden im folgenden Kapitel zwei Wege bestritten:

- Zunächst werden die Zusammensetzungen in Systemen der integrierten Versorgung in den Niederlanden (*keten-DBC*s), als eine Art natürliches Experiment zur sinnvollen Zusammenarbeit bei häufigen chronischen Erkrankungen, beschrieben.
- Danach werden ausgewählte MVZs in Deutschland genauer beschrieben, deren Zusammenstellung als Best Practice Beispiele gesehen werden kann.

In die zusammenfassenden Schlussfolgerungen werden Expertenmeinungen und –empfehlungen eingearbeitet.

7.1. Fachkombinationen nach *keten-DBC*

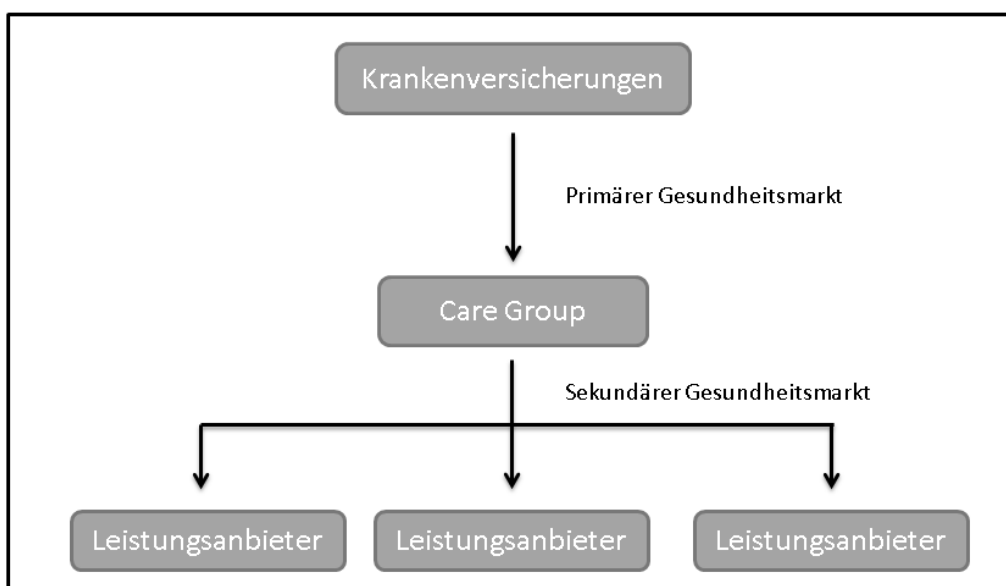
Programme zur integrierten Versorgung gibt es in unterschiedlichen Ausprägungen in vielen Ländern. Standen dabei zunächst (etwa in den USA) vor allem potentielle Kostenersparnisse im Fokus, werden Konzepte der integrierten Versorgung zunehmend als Möglichkeit gesehen, mit stark im Anstieg befindlichen chronischen Krankheiten effizienter, aber auch aus Versorgungssicht besser umzugehen. Eine große Problemstellung bei Kooperationen unterschiedlicher Fachrichtungen stellt stets die Leistungsvergütung dar. Integrierte Versorgung benötigt ein großes Maß an Koordination, fachübergreifende Behandlung ist zudem in vielen Vergütungssystemen nicht vorgesehen.

In den Niederlanden wurde daher für drei chronische Krankheiten das Konzept der *keten-DBC*s (Ketten Diagnose-Behandlungs-Kombination, gebündelte Zahlungen) entwickelt.⁹⁹ Die Versicherungen kaufen die jährliche integrierte Versorgung für Patient/inn/en mit den

⁹⁹ In manchen Publikationen (etwa Tsiachristas et al. (2011)) wird von Planungen für vier Krankheiten gesprochen, neben Diabetes II, COPD und Kardiovaskulärem Risikomanagement ist außerdem von Herzinsuffizienz die Rede. Jedoch finden sich in den neueren Berichten zu letzterer Krankheitsgruppe keine Informationen.

entsprechenden Krankheiten bei sogenannten *Care Groups* auf einer „all-inclusive“¹⁰⁰ Basis. Der Preis sollte die erwartete Mischung an Patient/inn/en mit chronischen Erkrankungen einbeziehen. In der *keten-DBC* sind dann verschiedene Leistungen inkludiert, die entweder von der *Care Group* selbst angeboten oder von anderen Anbietern zugekauft werden können. Durch dieses System soll die Versorgung der Patient/inn/en durch unterschiedliche Leistungserbringer in integrierter, organisierter und effizienter Form erfolgen, Koordination unterschiedlicher Leistungserbringer soll erleichtert werden. Die Anbieter sind angehalten, die Zusammensetzung der Gebühren transparent zu gestalten, weiters soll Wettbewerb unter den Anbietern geschaffen werden, um niedrige Preise für adäquate Qualität zu erzielen. Die *Care Groups* bestehen vor allem aus Anbietern der Primärversorgung (Hausärzte/-ärztinnen, Praxisassistent/inn/en, Physiotherapeut/inn/en, Diätberater/inn/en). Sekundäre Versorgung, die in den Niederlanden vorwiegend in Krankenhäusern (oder wie in Abschnitt 6.1 dargestellt in selbständigen Zentren) angesiedelt ist, wird nur zusätzlich hinzugezogen (etwa in Form von Consulting oder durch Kooperationen mit Krankenhäusern). Ziel ist hierbei also weder eine Integration des stationären und ambulanten Bereichs noch des Pflege- und Krankenversorgungsbereichs. (Tsiachristas et al. (2011)) Abbildung 31 zeigt schematisch das Konzept der gebündelten Zahlungen.

Abbildung 31: Schematische Darstellung des „bundled payment“ Modells



Quelle: Strujis et. al. (2010), S. 32

Um bei multimorbiden Patient/inn/en keine Doppelverrechnung für gleiche Leistungen zuzulassen, werden einzelne Leistungen als Module außerhalb des auf die Krankheit abgestimmten Bündels angeboten. Informationsmodule, körperliche Aktivität,

¹⁰⁰ Tsiachristas et al. (2011), S. 125

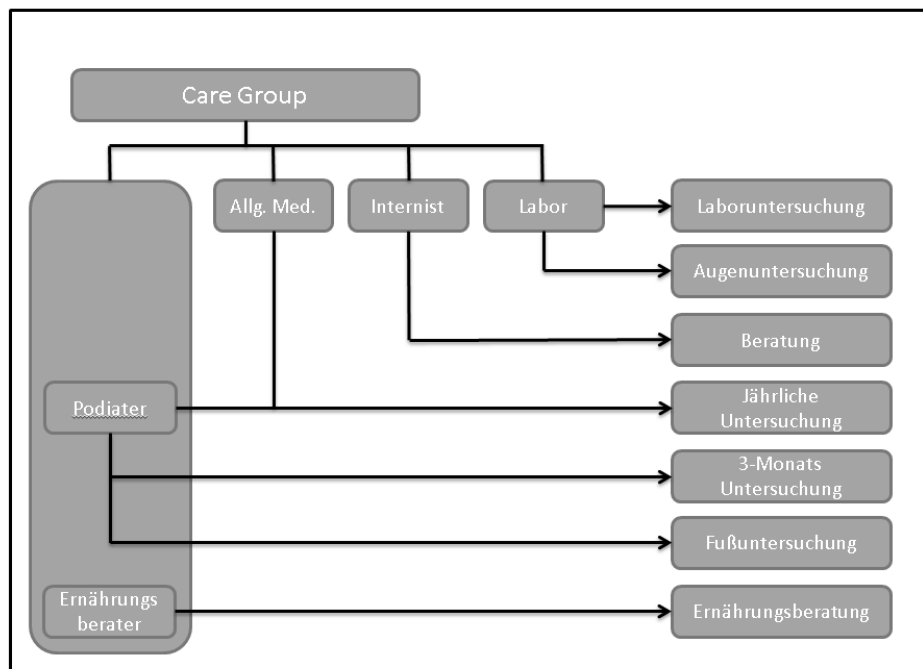
Ernährungsberatung, Tabakentwöhnung oder Palliativpflege sind etwa derartige Zusatzmodule. (Tsiachristas et al. (2011))

Care Groups für die gleiche chronische Erkrankung können natürlich hinsichtlich ihrer Zusammensetzung variieren. Allerdings gibt es große Gemeinsamkeiten. Strujis et al. (2010) untersuchten *Care Groups* für Typ II Diabetes, die sich meist aus den folgenden Einheiten zusammensetzen:

- Allgemeinmediziner/in
- Internist/in
- Podiater/in
- Augenarzt/-ärztin
- Diagnoselabor
- (Spezialisierte/r) Krankenpfleger/in
- Ernährungsberater/in

Erweiterte Zusammensetzungen können auch Beratungsleistungen von Gefäßchirurg/inn/en, Neurolog/inn/en, Kardiolog/inn/en und Nephrolog/inn/en enthalten. Abbildung 32 zeigt ein Beispiel für die Zusammensetzung einer *Care Group* sowie der üblichen Abläufe.

Abbildung 32: Beispiel für die Zusammensetzung einer Type II Diabetes *Care-Group*



Quelle: Strujis et. al (2010), S. 100

Die *Nederlandse Zorgautoriteit* (NZA) führt in ihrem Bericht über integrierte Versorgung außerdem noch klinische Psycholog/inn/en, Psychiater/inn/en, Fußpfleger/innen, Hauspfleger/innen, Apotheker/innen, Heilgymnast/inn/en und Physiotherapeut/innen als häufige Leistungserbringer in den *Care Groups* für Diabetes II an.

Care Groups für COPD können sich wie folgt zusammensetzen:

- Allgemein- und Innere Medizin
- Allgemeinmedizin
- Pneumologie
- Psychiatrie
- Klinische Psychologie
- Lungenfunktions- und Diagnoselabor
- (Spezialisierte/r) Krankenpflege
- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Ernährungsberatung
- Apotheke
- Hauspflege

Die *Care Groups* für CVRM können sich wie folgt zusammensetzen:

- Allgemeinmedizin
- Kardiologie
- Chirurgie
- Innere Medizin
- Neurologie
- Psychiatrie
- Diagnoselabor
- Klinische Psychologie
- (Spezialisierte/r) Krankenpflege
- Apotheke
- Physiotherapie
- Ernährungsberatung
- Ergotherapie

(Nederlandse Zorgautoriteit (2012b))¹⁰¹

¹⁰¹ Jong-van Til et. al. (2012) erheben, wie häufig einzelne der zuvor angeführten Leistungserbringer in den *Care Groups* vorkommen. Apotheker/innen sind bei allen drei Krankheiten eher selten eingebunden (Diabetes II 12%, COPD 10%, CVRM 7%), Ernährungsberater/innen kommen in der Diabetes- und CVRM-Behandlung häufig vor

Laut Ilaria Mosca¹⁰² gibt es die meisten *Care Groups* für Diabetes II (100), für COPD sind es etwa 20, für kardiovaskuläres Risikomanagement etwa 10. Eine Erweiterung um weitere Krankheiten sei nicht geplant. Das derzeitige System werde angenommen und funktioniere gut, allerdings sei ob des großen Koordinations- und Managementaufwands kein starkes weiteres Wachstum zu erwarten.

7.2. Fachkombinationen in Best-Practice-Beispielen

Die Analyse der Medizinischen Versorgungszentren in Kapitel 5 hat ergeben, dass Zusammenschlüsse unterschiedlicher Fachrichtungen häufig nicht auf Überlegungen aus Versorgungssicht (etwa die bestmögliche Kombination an Fachrichtungen für bestimmte Krankheiten oder als Ersatz für Ambulanzen in Krankenhäusern) basieren, sondern abhängig von den verfügbaren Kassenstellen oder auch getrieben von privaten Gegebenheiten sind. Die meisten MVZs sind klein strukturiert. Einzelpraxen finden sich zusammen, um steuerliche Vorteile oder bessere Vermarktungszwecke zu nutzen, einzelne Behandlungsschritte werden ausgelagert (wie etwa in Dialysezentren oder Laborinstituten) und Krankenhausbetreiber nutzen die Möglichkeit durch den Kauf von Arztsitzen ambulant tätig zu werden.

Diese Entwicklungen sind keineswegs rein negativ zu beurteilen, insbesondere die bessere Integration der Leistungen von stationärem und niedergelassenem Bereich ist wünschenswert, nur wenige MVZs entsprechen allerdings der Idee ambulante Vollversorger zu sein oder aber im Sinne einer integrierten, koordinierten Behandlung einzelne Krankheitsgruppen ganzheitlich abzudecken. Über die Homepage des Bundesverbands MVZ¹⁰³ wurden Medizinische Versorgungszentren gesucht, die diese Ansprüche erfüllen. Diese werden in Folge kurz vorgestellt.

7.2.1. POLIKUM Berlin MVZ¹⁰⁴

Eines der wohl ambitioniertesten MVZ-Projekte stellt das bereits in Abschnitt 5.4 erwähnte POLIKUM Berlin dar, das auch in (inter)nationalen Publikationen und Medien Beachtung fand. An insgesamt drei Standorten im Großraum Berlin wird eine umfassende ambulante medizinische Versorgung geboten. Die Einwilligung der Patient/inn/en vorausgesetzt, wird eine standortübergreifende elektronische Patientenakte angelegt, auf die sämtliche Ärztinnen/Ärzte der POLIKUM MVZs zugreifen können (Bärwolf (2010)). Die medizinische

(Diabetes II: 89%, CVRM: 73%), bei COPD nur verhältnismäßig selten (35%). Weiters werden Optiker/innen als Teil der *Care Groups* für Diabetes (39%) und Lungenfachärzte/-ärztinnen für CVRM erwähnt.

¹⁰² Assistenzprofessorin am Institute of Health Policy and Management, Erasmus University Rotterdam, Telefongespräch vom 03.09.2012

¹⁰³ <http://www.bmvz.de/> [05.09.2012]

¹⁰⁴ Die folgenden Informationen wurden, wenn nicht anders angegeben, der Homepage des POLIKUMS (www.polikum.de; [22.08.2012]) sowie einem Telefongespräch mit Carola Bräuer, Leiterin Marketing POLIKUM Gruppe, vom 31.08.2012 entnommen.

Leitung der einzelnen Standorte ist von der Verwaltung getrennt, wobei der Verwaltungsapparat, inklusive IT-Abteilung und Controlling als eigene Gesellschaft mbH organisiert ist. Insgesamt sind an den drei Standorten etwa 85 angestellte Ärzte und Ärztinnen tätig.

Der Standort **Friedenau**, das deutschlandweit größte MVZ, umfasst folgendes Angebot:

- Allgemein- und Innere Medizin
- Anästhesie
- Chirurgie
- Dermatologie
- Diabetologie
- Ernährungsberatung
- Gastroenterologie
- Gefäßchirurgie/Phlebologie
- HNO
- Kardiologie
- Kinder- und Jugendheilkunde
- Kinderallergologie
- Kinderlungenheilkunde
- Neurologie
- Orthopädie
- Pneumologie
- Podologie
- Psychiatrie
- Radiologie
- Schmerztherapie
- Zahnmedizin

Weiters werden Physiotherapie, Psychotherapie und Homöopathie angeboten, im Haus befinden sich eine Apotheke und ein Sanitätshaus. Ein weiteres Zusatzangebot stellt das Programm „Polikum aktiv!“ dar, im Rahmen dessen Gesundheitstraining (Aqua-Fitness, Yoga, usw.), aber auch therapeutische Programme, wie Rauchentwöhnung und Stressmanagement, angeboten werden. Sport- und Gesundheitschecks, sowie Patientenschulungen und ein umfassendes Angebot an plastischer Chirurgie und sonstigen ästhetischen Eingriffen sind ebenfalls verfügbar.

Der Standort **Charlottenburg** ist auf Stoffwechselerkrankungen und Diabetologie spezialisiert, wobei eine Diabetesklinik und ein ambulantes Operationszentrum („Poliklin“) an das MVZ angeschlossen sind. Die Diabetesklinik verfolgt das Konzept der „medizinischen Betreuung über Nacht“, d. h. die Behandlung findet vorwiegend am Abend und über Nacht statt, damit den Patient/inn/en ein normaler Tagesablauf ermöglicht werden kann. Betrachtet man das medizinische Angebot des Klinikums Charlottenburg und speziell der Diabetesklinik, werden Gemeinsamkeiten zu den Care Groups der keten-DBCc in den Niederlanden erkennbar. Auf Diabetes spezialisierte Allgemeinmediziner/innen,

Podiater/innen, Augenärzte/-ärztinnen, aber auch nicht-ärztliches Personal wie Ernährungsberater/innen stehen hier unter einem Dach zur Verfügung, was die Koordinierung der Therapie erleichtert und die Versorgungsqualität, für die Patient/inn/en durch besseres Informationsmanagement und kürzere Wegzeiten verbessert. Das ambulante Operationszentrum umfasst zwei OP-Säle und einen Aufwachraum mit insgesamt sechs Betten. Abgesehen davon gibt es für Privatpatient/inn/en und Selbstzahler/innen auch eine Chirurgische Privatklinik.

Am gleichen Standort befindet sich ein Psychotherapeutisches Zentrum (POLIKUM PZP), das ein breites ambulantes Versorgungsspektrum für psychische und psychosomatisch erkrankte Patient/inn/en bietet. Eine Anlaufstelle führt die Patient/inn/en durch das Leistungsangebot, erörtert welche Behandlung (Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik) nötig ist und stellt auch Zusatzleistungen, wie Bewegungstherapien, zusammen.

Das medizinische Angebot umfasst:

- Anästhesie
- Angiologie
- Augenheilkunde
- Chirurgie
- Dermatologie
- Diabetologie
- Gefäßchirurgie/Phlebologie
- Gynäkologie
- HNO
- Kardiologie
- Neurologie
- Plastische Chirurgie
- Podologie
- Psychiatrie/Psychotherapie
- Psychosomatik/Psychotherapie
- Psychotherapie
- Kinder-/Jugendpsychotherapie
- Sportmedizin
- Urologie
- Zahn-Mund-Kieferheilkunde

Ergänzend:

- Ernährungsberatung

Außerdem befindet sich im Standort Charlottenburg ein „Diabetes-Shop“, eine Apotheke und im Rahmen des Programms „Polikum Plus“ werden auch Programme der integrierten Versorgung angeboten.

Der dritte Standort **Fennpfuhl** ist eine ehemalige DDR-Poliklinik, die saniert und 2008 eröffnet wurde. Das Angebot umfasst:

- Allgemein- und Innere Medizin
- Augenheilkunde
- Dermatologie
- Diabetologie
- HNO
- Kardiologie
- Kinder- und Jugendheilkunde
- Logopädie-Zentrum
- Neurologie
- Orthopädie
- Pneumologie
- Podologie
- Zahnmedizin

Ergänzend:

- Ernährungsberatung
- Psychotherapie

Die Angebote der POLIKUM Gruppe zeichnen sich somit durch zweierlei Versorgungsarten aus:

- Ambulante Vollversorgung: Ein möglichst breites Leistungsspektrum an möglichst allen Standorten ermöglicht umfassende koordinierte Versorgung an einem Standort.
- Schwerpunktsetzung und integrierte Versorgung für Diabetes und psychische Erkrankungen.

Zudem werden Zusatzleistungen am gleichen Standort angeboten, wie Physiotherapie oder Angebote zu einem gesünderen Lebensstil, die vor allem bei Diabetes und kardiologischen Indikationen, aber auch bei psychischen Beschwerden hilfreich sein können. Wege und Wartezeiten können vermieden werden, die standortübergreifende elektronische Patientenakte erhöht den Informationsfluss, optimiert die Koordination und vermeidet Doppeluntersuchungen und sich widersprechende Behandlungen. Zusätzlich setzt das POLIKUM Berlin auf eine starke Kooperation mit niedergelassenen Ärzt/inn/en und Krankenhäusern. Durch diese ausgeprägte Kooperation kann eine Schnittstelle zwischen niedergelassenem und stationärem Bereich geschaffen werden, was sich positiv auf Qualität und Effizienz der Patientenversorgung auswirkt. Die Auslagerung des Verwaltungsapparates erlaubt, dass die Ressourcen der Ärzte/Ärztinnen nur gering mit Verwaltungsaufgaben gebunden werden.

7.2.2. Weitere Beispiele

Die POLIKUM Gruppe Berlin stellt ob ihrer umfassenden Leistungen bei gleichzeitiger Schwerpunktsetzung in einzelnen Bereichen eine Ausnahme in der Entwicklung der MVZs dar. Nicht derart große Einrichtungen, aber dennoch spezialisierte und integrierte Versorger haben sich aber auch an anderen Orten entwickelt.

Für den Bereich Diabetes stellt das **Medicum Hamburg**¹⁰⁵ ein interessantes Beispiel dar, das sich an zwei Standorten auf eine fachübergreifende Behandlung dieser Erkrankung spezialisiert hat. Große Bedeutung kommt dabei neben der koordinierten Leitung der Patient/inn/en durch alle Behandlungsschritte der Hilfestellung hinsichtlich Änderungen im Lebensstil zu. In einem eigenen Schulungszentrum werden Informationen nicht nur hinsichtlich der Erkrankung, sondern auch etwa Kochkurse und betreute Programme zur Gewichtsreduktion angeboten. Auch hier erleichtert eine elektronische Patientenakte die Koordination des Behandlungsablaufs.

Das fachliche Angebot umfasst:

- Augenheilkunde
- Allgemeinmedizin / Innere Medizin
- Kardiologie
- Diabetologie
- Ernährungsmedizin
- Zahnheilkunde/Parodontologie
- Akupunktur
- Fußambulanz mit orthopädischen Schuhmachern
- Psychotherapie
- Adipositas Zentrum
- Naturheilkunde
- Akupunktur

Erweiterungen des Leistungsspektrums wären laut Dr. Riedl wünschenswert, sind aber hinsichtlich der in Ballungsräumen sehr teuren Arztstühle sowie auch beschränkter Möglichkeiten, diese zu besetzen nur schwer möglich. Denn obwohl in der Großstadt Hamburg angesiedelt spürt das Medicum Konsequenzen des Ärztemangels. Vor allem die fachübergreifende Ausrichtung, die beschränkte Tätigkeiten im eigenen Fachgebiet¹⁰⁶ auf der einen, Koordination mit anderen Fachrichtungen auf der anderen Seite erfordere, werde von vielen Ärzt/inn/en nicht gewünscht. Generell seien derartige Schwerpunktsetzungen nur mit angestellten Ärzt/inn/en machbar. Freiberufliche Ärzte/Ärztinnen müssten sich vermehrt auf einträgliche Behandlungen konzentrieren, Behandlungsintegration und –koordination

¹⁰⁵ medicum-hamburg.de [03.09.2012] und Telefongespräch mit Dr. Matthias Riedl, ärztlicher Leiter und Geschäftsführer, vom 03.09.2012

¹⁰⁶ Zum Beispiel werden von den Augenärzt/inn/en keine Kataraktoperationen durchgeführt.

werde für eine freiberufliche Tätigkeit zu gering bezahlt. Auf der Wunschliste zum Ausbau der Versorgung stünden ein/e Facharzt/-ärztin für Kinder-Diabetologie, da Typ 1 Diabetiker in jungen Erwachsenenjahren häufig aus den Behandlungsketten herausfielen und erst später wieder den Weg in Diabetes-Zentren fänden. Auch Chirurg/inn/en zur Behandlung von Fußkomplikationen, Orthopäd/inn/en, Gynäkolog/inn/en (zur Behandlung von Diabetes während der Schwangerschaft) und weitere Kardiolog/inn/en wären wünschenswert.

Das **MVZ der GGP** (Gesellschaft für Gesundheit und Pädagogik)¹⁰⁷ in Rostock bietet an zwei Standorten integrierte Versorgung im Bereich psychischer Erkrankungen durch die Fachkombination von Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapie, Innere Medizin und Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie. Die Leistungen des MVZ werden ergänzt durch weitere Leistungen der GGP. Das MVZ sei lediglich ein (wichtiger) Baustein in einem Gesamtkonzept mit psychiatrischer Hauskrankenpflege, Ergotherapie und Soziotherapie, zum Teil auch im gleichen Haus. Zudem werden Kindertagesstätten betrieben. Das Personal in den Einrichtungen der GGP ist speziell geschult darauf, Patient/inn/en an die richtige Stelle im Behandlungsspektrum verweisen zu können. Das MVZ wird sehr stark frequentiert, ist nach Angaben von Dr. Pätow „übrannt“, weshalb man versuche das Leistungsangebot zu erweitern. Eine mögliche Verbesserung des Angebots wird in der Anstellung eines/r Kinderarztes/Kinderärztin gesehen, da dies, vor allem in Kombination mit den Kindertagesstätten, die Versorgungsqualität merklich erhöhen könnte. Weiters erwähnt Dr. Pätow vermehrten Bedarf an ambulanten Einrichtungen und Tagesstätten für psychisch Kranke, da diese häufig auch ambulant der Krankheit angemessen und dennoch in größerem Einklang mit den Alltagserfordernissen behandelt werden könnten. Ein Wunsch wäre eine Pauschale für die Behandlung von Patient/inn/en über Berufsgruppen hinweg, um die optimale Versorgung gewährleisten zu können, also eine Art Keten-DBC für psychische Erkrankungen.

Ein interessantes Beispiel von aus Versorgungssicht passenden Kombinationen stellt auch das **Kindermedizinische Versorgungszentrum**¹⁰⁸ in Hamburg dar, das auf die Behandlung von Kindern ausgerichtet ist und dabei unterschiedliche Schwerpunkte (spezialisierte Versorgung, Diabetespraxis und hausärztliche Versorgung) bedient. Das Leistungsspektrum umfasst:

- Pädiatrische Endokrinologie
- Pädiatrische Gastroenterologie
- Pädiatrische hausärztliche Versorgung
- Pädiatrische Diabetologie
- Adipositas-Sprechstunde für Kinder und Jugendliche
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie

¹⁰⁷ <http://www.ggp-rostock.de> [05.09.2012] und Telefongespräch mit Dr. Claas Pätow, Referent für Leistungen nach SGB V, vom 04.09.2012

¹⁰⁸ <http://www.mvz-wilhelmstift.de/> [04.09.2012]

In Schmalzer et al (2007) wird weiters das **Ambulatorische Operationszentrum (AOZ) München-Nord** als eines der Vorzeigebispiele für integrierte Versorgung genannt, wobei in drei OP-Sälen ambulante Eingriffe durchgeführt werden, was operativ tätigen niedergelassenen Fachärzt/inn/en die Möglichkeit bietet ihren ambulanten Patient/inn/en außerhalb der Krankenhäuser eine hochqualitative Versorgung zu bieten. Die Fachgebiete der operativen Partner des AOZ umfassen dabei Augenheilkunde, (plastische) Chirurgie, HNO, Urologie, Orthopädie, Gynäkologie und Neurochirurgie.¹⁰⁹

Ein weiteres Beispiel für die Umsetzung von integrierter Versorgung in Deutschland stellt das Projekt Gesundheitspark Leverkusen dar. Zum Ausbau des Standortes Klinikum Leverkusen wurden Fachärzte/-ärztinnen im **MediLev Ärztehaus** (ein am Klinikum angrenzendes Ärztezentrum) angesiedelt und Kooperationsverträge mit dem Klinikum geschlossen (Rühle (2006)). Das Krankenhaus kann Leistungen an das Ärzethaus auslagern, wodurch der stationäre Bereich entlastet wird. Das Fachangebot im MediLev Ärztehaus enthält:

- Allgemeinmedizin / Innere Medizin
- Augenheilkunde
- Gefäßerkrankung
- Hämatologie-Onkologie
- Lungenheilkunde
- Oralchirurgie
- Orthopädie
- Radiologie
- Urologie
- ZHN Niere-Dialyse

Zusätzlich gibt es Partnerschaften mit einer Apotheke und einem Sozialberatungszentrum, ästhetische Angebote, eine Notfalldienstpraxis, ein Pflegedienst sowie ein Sanitätshaus.¹¹⁰

Auch die **Vivantes MVZ GmbH** ist ein Beispiel für einen Krankenhausbetreiber, der mit der Einführung der MVZs die Möglichkeit genutzt hat in die ambulante Versorgung einzusteigen. Dabei werden drei unterschiedliche Ziele verfolgt:

- Auslagerung technisch intensiver Leistungen in den ambulanten Bereich: Zentren für Strahlentherapie, Nuklearmedizin und medizinische Diagnostik wurden in örtlicher Nähe zu den Krankenhäusern gegründet. In Abstimmung mit den Leistungen im Krankenhaus¹¹¹, teilweise durch das gleiche Personal, erfolgen derartige Behandlungen nun ambulant.

¹⁰⁹ www.aoz-muenchen.de [13.08.2012]

¹¹⁰ <http://www.medilev.de/> [30.08.2012]

¹¹¹ Patientenakten werden mit Zustimmung der Patient/inn/en weitergegeben.

- Ambulante Leistungen, die zuvor nicht vergütet in den Krankenhäusern stattfanden, wurden in MVZs ausgelagert, zum Beispiel fachübergreifende Zusammenarbeit im Bereich Onkologie.
- Schließen von inhaltlichen Versorgungslücken: Ein MVZ mit Schwerpunkt Kindermedizin wurde gegründet, wobei insbesondere Wert auf Fachrichtungen gelegt wurde, die mit Schwerpunkt Kinder im Einzugsgebiet noch nicht vorhanden waren (wie Gastroenterologie), Erweiterungen um weitere Fachrichtungen wie Kinder-Pneumologie wären hier laut Angaben der Vivantes Gesellschaft sinnvoll, zudem Sozialpädagog/inn/en, Psychotherapie und Ergotherapie.
- Schließen von örtlichen Versorgungslücken: Mit der Zielsetzung flächendeckende Versorgung in Berlin sicherzustellen wurden Zentren in Stadtteilen gegründet, die von Praxisabwanderungen besonders betroffen waren, etwa sozial schwache Gegenden mit nur wenig Potential für Privatpatient/inn/en.¹¹²

Ein für österreichische Skigebiete möglicherweise interessantes Modell stellt das **MVZ Oberstdorf** dar. Dieses MVZ ist ein auf Orthopädie, Unfall- und Handchirurgie spezialisiertes Versorgungszentrum, das aufgrund seiner Lage in Deutschlands größtem Skigebiet auf die Versorgung von Sportunfällen und in weiterer Folge auf minimalinvasive Eingriffe spezialisiert ist. Das MVZ ist mit den zur Akutdiagnostik nötigen Geräten (z. B. Röntgen und MRT) ausgestattet und bietet auch die Kapazitäten für ambulante Operationen sowie stationäre Aufenthalte. Zusätzlich zu den ärztlichen Leistungen wird im Haus Physiotherapie angeboten. Weiters besteht eine enge Zusammenarbeit mit der angrenzenden Klinik Oberstdorf.¹¹³ Ein ähnliches Konzept, allerdings nicht abgestimmt auf Wintersportunfälle, wird vom **MVZ Vitalis Berlin** verfolgt, das sich als Orthopädisch-Chirurgisches Zentrum etabliert hat und ein umfassendes Angebot an orthopädischen Leistungen bietet. Sämtliche Fachärzte/-ärztinnen haben sich jeweils auf einen Schwerpunkt (z. B. Schulter, Schmerztherapie, usw.) spezialisiert, wobei das Leistungsspektrum sowohl operative als auch konservative Eingriffe beinhaltet.¹¹⁴

7.3. Zusammenfassung geeigneter Kombinationen

Kooperationen in der ambulanten medizinischen Versorgung können verschiedene Ansprüche hinsichtlich der Versorgung erfüllen. Die Wahl der optimalen Fachkombination kann nur situationsbedingt und unter Rücksichtnahme auf das gewünschte Aufgabengebiet und die örtlichen Gegebenheiten gefällt werden. Je nach Standort ändern sich die Ansprüche an eine Gruppenpraxis.

¹¹² www.vivantes.de [04.09.2012] und Telefongespräch mit Eva Ali, Prokuristin Vivantes MVZ GmbH, vom 07.09.2012

¹¹³ <http://www.spezialklinik-oberstdorf.de/index.shtml> [30.08.2012]

¹¹⁴ <http://www.mvz-vitalis.de/> [03.09.2012]

Bereits in früheren Abschnitten wurde angesprochen, dass Gruppenpraxen eine Möglichkeit darstellen, drohende Unterversorgung in ländlichen Regionen abzuwenden. Möglicherweise könnten zwar nicht mehr in jedem kleinen Ort ärztliche Leistungen verfügbar sein, im nächstgelegenen größeren Ort könnte dann aber ein größeres Leistungsspektrum der (fach-)ärztlichen Grundversorgung angeboten werden. Für derartige Zwecke wären etwa Kombinationen aus Allgemeinmedizin, Augenheilkunde, Dermatologie, Gynäkologie und Radiologie¹¹⁵ denkbar, oder Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Chirurgie, Pädiatrie, Neurologie, Gynäkologie in Zusammenhang mit Basis-Labor- und Radiologieleistungen¹¹⁶. Häufig¹¹⁷ wurde allerdings erwähnt, dass insbesondere zur besseren Bereitstellung von Leistungen im ländlichen Bereich nicht nur Zentren beitragen können, sondern auch andere Kooperationsformen, wie Zweigstellen oder Arztnetze.

In Ballungsgebieten mit größerem Einzugsgebiet bieten sich unterschiedliche Ziele an:

- Auslagerung ambulanter Leistungen aus Krankenhäusern
- ambulante Vollversorgung für ein großes Einzugsgebiet
- Spezialisierung auf bestimmte Krankheitsgruppen

Ersteres scheint sich für technisch intensive Leistungen anzubieten, die in Deutschland in großem Ausmaß von Krankenhausträgern in eigens gegründete MVZs ausgelagert wurden. Kombinationen aus Nuklearmedizin, Strahlentherapie, eventuell verbunden mit Labor- und Radiologie-Einrichtungen sind hier denkbar.

Zweiteres entspricht einer breiten Aufstellung mit möglichst allen Fachrichtungen. Die bestmögliche Begleitung der Patient/inn/en durch eine Person, etwa einem/einer Allgemeinmediziner/in, Informationsfluss zwischen den Kolleg/inn/en, abgestimmte Terminvereinbarungen sowie auch zusätzliche Angebote wie Fitness, Kinderbetreuung, Apotheken und Bandagisten könnten ein derartiges Zentrum im urbanen Raum attraktiv für ein breites Einzugsgebiet machen.¹¹⁸

Für chronische Krankheiten mit hoher Prävalenz sowie multi-spezialisiertem Versorgungsbedarf bietet es sich an, Konzepte der integrierten Versorgung auf die Zusammensetzungen von Gruppenpraxen anzuwenden. Aus der Zusammensetzung der mit Pauschalvergütung entlohnten *Care Groups* in den Niederlanden lassen sich passende

¹¹⁵ In dieser Form empfohlen von der KV Mecklenburg-Vorpommern in einem Telefongespräch vom 30.08.2012; auch im Vereinigten Königreich gehen, wie in Abschnitt 6.2 dargestellt, Überlegungen in die Richtung, fachärztliche Grundversorgung ergänzend zu hausärztlichen Leistungen anzubieten.

¹¹⁶ In dieser Form empfohlen von Prim. Dr. Hanns Manfred Winkler in einem Telefongespräch vom 07.09.2012.

¹¹⁷ Carola Bräuer (Polikum), KV Mecklenburg-Vorpommern, Agentur deutscher Arztnetze, KBV, Bundesverband Managed Care

¹¹⁸ Siehe dazu auch das Konzept zum Ärztcenter Graz, das in der Organisationsform eines selbständigen Ambulatoriums als ambulanter Vollversorger für die Steiermark geplant ist und derzeit die Bedarfsprüfung durchläuft: <http://www.aerztecentergraz.at/content/default.asp> [07.09.2012]

Kombinationen für Diabetes II, COPD und Kardiovaskuläres Risikomanagement ableiten. Zentren mit Schwerpunkt auf integrierte Versorgung für Diabetes gibt es auch in Deutschland, wobei hier neben den in den Niederlanden erwähnten Fachrichtungen noch Zahnärzte/-ärztinnen, insbesondere Parodontolog/inn/en, kooperieren. An nicht-ärztlichen Leistungen werden für alle chronischen Erkrankungen Ernährungsberatung, Physiotherapie und Psychotherapie als relevant erwähnt. Zugang zu Pflegediensten sowie Bewegungs- und Sportangeboten wurden ebenfalls empfohlen. Apotheken oder Sanitätshäuser am gleichen Standort verkürzen die Wege für Patient/inn/en und erleichtern möglicherweise den Zugang zu notwendigen Leistungen.¹¹⁹

Eine andere chronische Erkrankung, bei der multidisziplinäre Zusammenarbeit in der Therapie nötig ist, ist die rheumatoide Arthritis. Der fachliche Aufbau einer Gruppenpraxis mit diesem Schwerpunkt könnte über existierende medizinische Leitlinien zur Behandlung festgelegt werden¹²⁰. Durch die Zusammenführung von konservativ und operativ tätigen Rheumatolog/inn/en, Hausarzt/inn/en, Physiotherapeut/inn/en, Sporttherapeut/inn/en, Ergotherapeut/inn/en, Sozialarbeiter/inne/n, Pflegekräften und Psycholog/inn/en könnte die Behandlung der Patient/inn/en mit rheumatoider Arthritis verbessert werden.

Neben den chronischen Erkrankungen wurden Beispiele für Schwerpunktsetzungen auf psychische Erkrankungen, Kindermedizin, Orthopädie/Chirurgie gezeigt. Abgesehen von den chirurgischen und Unfallschwerpunkten, wo vor allem Physiotherapie als nicht-ärztliche Leistung relevant sein könnte, könnten auch bei diesen Schwerpunkten Ernährungsberatung und sportliche Angebote sinnvoll sein.

Generell macht es in urbanen Gegenden Sinn, Zentren für Krankheiten aufzubauen, deren Prävalenz hoch ist und die ein großes Maß an Multidisziplinarität in der Behandlung erfordern. Ein Rheumazentrum in Verbindung mit Kardiologie, Schmerztherapie, Parodontologie und Psychotherapie oder Schwerpunkte für Adipositas (neben Allgemeinmedizin mit Ernährungswissenschaft, Ernährungsmedizin, Psychologie und Sporttherapie) wären Empfehlungen von Dr. Riedl vom Medicum Hamburg. Die KV Mecklenburg-Vorpommern sowie Frau Ali von der Vivantes Gruppe sehen Bedarf an Onkologie-Schwerpunkten (verschiedene ärztliche Fachrichtungen – Gynäkologie, Lunge, Innere Medizin, Urologie – mit Spezialisierung auf Onkologie in Verbindung mit psychologischen Angeboten). Frau Bräuer von der POLIKUM Gruppe empfiehlt Schwerpunkte auf Innere Medizin (mit Kardiologie und Gastroenterologie) oder auch

¹¹⁹ Die direkte Einbindung nicht-ärztlicher Berufe in Medizinische Versorgungszentren wird von Seiten der Kassenärztlichen Vereinigungen als kritisch beziehungsweise nicht unbedingt notwendig angesehen (zum Beispiel KV Schleswig-Holstein oder KV Mecklenburg-Vorpommern). Diese erfolge sowieso durch Ansiedelung am gleichen Standort. Auf der anderen Seite werden von Seiten der Betreiber „Kopfpauschalen“ mit Aufteilung auf unterschiedliche Leistungserbringer, wie etwa für die *keten-DBC*s in den Niederlanden, als positiv erachtet, um die integrierte Versorgung auch über ärztliche Berufe hinaus besser durchführen zu können (MVZ der GGP und Medicum Hamburg).

¹²⁰ zum Beispiel Schneider et. al. (2011)

Spezialisierungen auf den Kopf mit allen zugehörigen Fachgebieten. Die KV Schleswig-Holstein sieht auch Bedarf an Verbindungen der ärztlichen Leistungen mit Pflegediensten.

Besonderes Augenmerk sollte in jedem Fall auf die internen Prozesse der Gruppenpraxis gelegt werden. So könnte es ratsam sein auch in Schwerpunktpraxen Allgemeinmediziner/innen zu beschäftigen, um eine Ansprechperson mit Einblick in die weiteren Abläufe gewährleisten zu können. In jedem Fall sollte das Personal so geschult sein, Patient/inn/en ohne Verzögerung an die am besten geeignete Anlaufstelle im Haus verweisen zu können.

8. Zusammenfassung und Implikationen für Österreich

Die internationale Entwicklung hin zu Zusammenschlüssen im ambulanten Bereich ist kein Zufall, sondern basiert auf klar erkennbaren Vorteilen derartiger Kooperationen. Rein ökonomische Überlegungen gehen von Skalen- und Verbundeffekten bei gemeinsam genutzten Ressourcen und gemeinsam erbrachten Leistungen aus. Diesem Argument kann zukünftig vielleicht noch mehr Bedeutung beigemessen werden, wenn administrative Anforderungen an Praxen, etwa durch Qualitätskontrollmechanismen oder eine Elektronische Patiententakte, erhöht werden. Zugleich werden diese positiven Effekte eventuell durch fehlende Anreizsetzungen in den Praxen oder durch ungeeignete Vergütungssysteme verringert, der Organisation in den Praxen und der Vergütung kommt somit eine zentrale Rolle zu. Neben den ökonomischen Beweggründen und den Wünschen insbesondere junger Ärzte/Ärztinnen zu mehr Flexibilität, weniger Risiko und weniger Arbeitsbelastung sind vor allem die folgenden Argumente ausschlaggebend dafür, dass Kooperationen vielfach forciert und erweitert werden:

- Zusammenschlüsse haben mehr Möglichkeiten Systeme der Qualitätssicherung zu betreiben, einerseits durch professionelles Management und Freistellung der Ressourcen, andererseits durch die einfachere Möglichkeit informellen Austausch mit Kolleg/inn/en zu pflegen.
- Die immer weitere Subspezialisierung ärztlicher Fachrichtungen steht einem Steigen chronischer und multimorbider Patient/inn/en gegenüber. Die optimale Versorgung der Patient/inn/en kann nur in integrierter Form geschehen. Modelle integrierter Versorgung wiederum bedingen administrative Möglichkeiten, die eher in großen Gruppen vorhanden sind, zudem bedarf es einer koordinierenden Stelle zwischen den einzelnen Leistungserbringern.

Kooperationen können unterschiedliche Formen annehmen, nicht jede Form ist geeignet, die erwarteten Ziele zu erfüllen. Kooperationen, die einzig ökonomischen Zwecken dienen, etwa indem sich Ärzte/Ärztinnen Ressourcen teilen, ohne ansonsten miteinander zu kooperieren, mögen zwar effizienter in der Leistungserbringung sein, bessere Qualität, umfassende Leistungserbringung und auch geeignete Perspektiven für die Berufsgruppe der Ärzte/Ärztinnen sind damit alleine aber nicht gegeben. Interessanter aus versorgungspolitischer Sicht sind daher Kooperationen, die ein umfassenderes Ziel verfolgen, etwa gemeinsam mehr Leistungen anzubieten und koordiniert vorzugehen. Sowohl in Deutschland als auch in den Niederlanden und im Vereinigten Königreich haben sich zu diesem Zweck sogenannte „Zentren“ gebildet. In all diesen Ländern sind rein wirtschaftliche Gruppenpraxen bereits seit langem üblich.

Die Medizinischen Versorgungszentren in Deutschland, in denen mindestens zwei Fachrichtungen miteinander kooperieren, Ärzte/Ärztinnen sowohl angestellt als auch freiberuflich tätig sein können und die sowohl von Ärzt/inn/en als auch von anderen vertragsärztlichen Leistungserbringern wie Krankenhäusern oder Therapeut/inn/en gegründet werden können, stellen nach acht Jahren zwar noch immer eine eher kleine Erscheinung dar, ihre Zahl – insbesondere mit Krankenhäusern als Trägern – ist jedoch im Steigen begriffen.

Als Erfolge sind zu vermerken:

- der hohe Anteil an angestellten Ärzt/inn/en, einhergehend mit besserer Vereinbarkeit von Familie und Beruf, aber auch der Möglichkeit vor Pensionsantritt den Stress der eigenen Praxis abzugeben
- informelle Konsultation unter Kolleg/inn/en in der Praxis
- externe Kooperationen mit anderen Leistungserbringern, insbesondere Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte/Ärztinnen, aber auch nicht-ärztliche medizinische Leistungserbringer
- das MVZ als Möglichkeit für Krankenhäuser im ambulanten Bereich tätig zu sein und Bereiche auszulagern
- die Nutzung moderner IT-Lösungen

In anderen Aspekten blieben die Medizinischen Versorgungszentren allerdings hinter den Erwartungen zurück:

- eher kleine MVZs mit nur wenigen Fachrichtungen, häufig konsultieren Patient/inn/en nur eine/n Ärztin/Arzt
- Gruppenpraxen wurden in MVZs umgewandelt, um von rechtlichen Gegebenheiten und der Marke „Zentrum“ zu profitieren, ohne aber versorgungstechnische Abläufe zu ändern
- Wahl der Fachrichtungen erfolgt häufig nicht versorgungstechnischen Gesichtspunkten folgend sondern nach Verfügbarkeit
- Krankenhäuser benutzen MVZs als Einweisungs-Sicherungsinstrument

Die niederländischen ZBCs sind ambulante Versorgungszentren, die im Wettbewerb zu den Krankenhäusern stehen. Im niederländischen Gesundheitssystem werden Leistungen (DBC – Diagnose-Behandlungs-Kombinationen) definiert, über einen Teil dieser Leistungen können die Leistungsanbieter mit den Versicherungen nicht nur über Qualität und Umfang, sondern auch über den Preis verhandeln. Insofern trugen die ZBCs dazu bei, die Kosten für Leistungen auch in Krankenhäusern zu verringern. In der Ausrichtung konzentrieren sie sich vor allem auf wenige Leistungen, die ambulant angeboten werden können. Umfassende Versorgung ist nicht gegeben, folgerichtig konzentrieren sich die ZBCs örtlich auch vor allem auf Ballungsräume, in denen auch ansonsten genügend Leistungsanbieter vorhanden sind.

Kooperationen mit anderen Leistungserbringern gibt es nur eingeschränkt, vor allem nur dann, wenn die ZBCs zu Krankenhäusern gehörig sind.

Im Vereinigten Königreich werden bereits 95% der Leistungen im niedergelassenen Bereich erbracht, vor allem durch die meist in Gruppenpraxen organisierten Allgemeinmediziner/innen. Dieses Angebot wird durch verschiedene Zentren für kleinere Verletzungen oder auch allgemeinmedizinische Konsultationen zu breiteren Öffnungszeiten ergänzt. Doch auch hier gibt es Bestrebungen, noch mehr Versorgung, insbesondere auch andere Fachrichtungen in den niedergelassenen Bereich zu verschieben. Aufgrund der zunehmenden Spezialisierung der medizinischen Fachgebiete ist es für Allgemeinmediziner/innen nicht mehr möglich, bestmöglich die gesamte Versorgung zu übernehmen. Vielmehr soll ihnen die Rolle des Koordinators zufallen es sollten mehr diagnostische Möglichkeiten in den Praxen geschaffen werden und auch zusätzliche häufig nachgefragte Fachrichtungen wie z. B. die Dermatologie, in den Gruppenpraxen tätig werden. Besonders betont wird auch die Koordination der Gesundheitsversorgung mit nicht-ärztlichen Leistungserbringern wie Therapeut/inn/en und sozialen Diensten, wie Pflege oder Fürsorge.

Vergleicht man diese Entwicklungen mit der Diskussion und der Lage in Österreich, ist eindeutig zu erkennen, wie weit Österreich von den internationalen Entwicklungen entfernt ist. Mit dem Modell der Ärzte-GmbH wurde nun zwar die Möglichkeit geschaffen, dass Ärzte/Ärztinnen nicht nur über gemeinsam genutzte Ressourcen kooperieren, sondern auch eine Verrechnungseinheit gegenüber den Versicherungen bilden, diese Option muss aber erst sinnvoll in die Gesamtverträge mit den Gebietskrankenkassen gegossen werden. Um Ärzte/Ärztinnen unterschiedlicher Fachrichtungen miteinander kooperieren lassen zu können, muss zudem ein prospektives Vergütungssystem eingesetzt werden, was derzeit noch nicht vorgesehen ist. Aufgrund der Vorgabe, dass nur freiberufliche Ärzte/Ärztinnen in Ärzte-GmbHs tätig sein können, und aufgrund der Tatsache, dass auch nur Ärzte/Ärztinnen als Gesellschafter/innen fungieren können, ist zu erwarten, dass sich die Größen, und damit die fachübergreifenden Kooperationen und die angebotenen Versorgungsleistungen in engen Grenzen halten werden.

Empfehlungen zu sinnvollen Kombinationen ärztlicher und nicht-ärztlicher medizinischer Leistungserbringer sind zunächst abhängig von der örtlichen Ansiedelung der Kooperation. In ländlichen Gebieten steht die Sicherstellung der Grundversorgung im Mittelpunkt, Allgemeinmediziner/innen könnten dazu mit Spezialisierungen der fachärztlichen Grundversorgung kooperieren. In urbanen Gebieten mit vielfältigerem Angebot und größerem Einzugsgebiet können unterschiedliche Ziele verfolgt werden:

- Auslagerung ambulanter Leistungen aus Krankenhäusern
- ambulante Vollversorgung für ein großes Einzugsgebiet
- Spezialisierung auf bestimmte Krankheitsgruppen

Für Schwerpunkt-Zentren bieten sich insbesondere chronische Erkrankungen mit hoher Prävalenz und multidisziplinären Erfordernissen an, Leitlinien sowie Systeme der integrierten Versorgung, wie die *keten-DBC*s in den Niederlanden, können bei der Zusammenstellung der geeigneten Kombinationen als Vorbild dienen. Zusatzangebote zur Änderung des Lebensstils, Physiotherapie aber auch Angebote zur psychischen Gesundheit bieten sich bei vielen Schwerpunkten als geeignete Kombination an.

Legt man die internationalen Erfahrungen auf Österreich um, so würde dies eine große Abkehr vom derzeitigen System bedeuten. Doch auch in Österreich werden einerseits junge Ärztinnen/Ärzte die Möglichkeiten des Angestellten-Daseins zu schätzen wissen. Andererseits werden auch hier die Anforderungen an die Versorgung hinsichtlich Spezialisierung auf der einen und chronisch kranken und multimorbiden Patient/inn/en auf der anderen Seite steigen, was vermehrte Integration, insbesondere zwischen den Sektoren, verlangt. Somit sind die klaren Empfehlungen die, die Entwicklungen in Deutschland einerseits zu kopieren (Ärztinnen/Ärzte im Angestelltenverhältnis, Gründung auch durch andere Träger, etwa durch Krankenhäuser), zugleich aber darauf zu achten, dass nicht nur kleinräumige Strukturen entstehen. Dies könnte durch Mindeststandards für Kooperationen, geforderte IT-Integration und vor allem Abrechnungsmechanismen, die Qualität und Kooperationen fördern, geschehen. Nachdem die Entlastung der Spitalsambulanzen häufig als vorrangiges Ziel für mehr Kooperation im ambulanten Bereich genannt wird, wäre es auch interessant zu erheben, aus welchen Gründen Spitalsambulanzen so häufig aufgesucht werden. Sind es nur die verbesserten Öffnungszeiten, was auch rein durch besseres Management der Ärzte/Ärztinnen untereinander, Vertretungsverträge und Bereitschaftsdienste abgedeckt werden könnte, oder sind es auch andere Eigenschaften, wie etwa die Möglichkeit rasch und informell eine zweite Meinung einzuholen, die umfassendere Dokumentation der vorliegenden Beschwerden und erfolgten Behandlung, die Verfügbarkeit aller Fachrichtungen an einer Stelle, sodass der/die Patient/in nicht entscheiden muss, an wen er/sie sich wenden sollte? Derartige Strukturen müssten dann auch im niedergelassenen Bereich vorhanden sein.

9. Quellenverzeichnis

- Amelung V. und Cornelius F. (2007): Medizinische Versorgungszentren. Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik 2007; 227: 5+6.
- Amelung V. und Cornelius F. (2009): Wie beeinflussen Medizinische Versorgungszentren den Wettbewerb im Gesundheitswesen? Public Health Forum 2009; 17(64).
- Amelung V. und Wolf S. (2011): Gesundheitssystem im Umbruch – Ärztenetze: Treiber für integrierte Versorgung? Urologe 2011; 50:1566-1572.
- Ashworth M. und Armstrong D. (2006): The relationship between general practice characteristics and quality of care: a national survey of quality indicators used in the UK Quality and Outcomes Framework, 2004-5. BMC Family Practice 2006; 7: 68.
- Baker R. und Streatfield J. (1995): What type of general practice do patients prefer? Exploration of practice characteristics influencing patient satisfaction. British Journal of General Practice 1995; 45: 654-659.
- Barnett A. (1996): Is there a future for single-specialty groups? Medical Economics 1996; 28: 58-68.
- Bärwolff S. (2010): IT als Erfolgsfaktor im Versorgungsmanagement eines MVZ. Präsentation vom 06.12.2010. Online abrufbar unter <http://de.slideshare.net/sibbev/vortrag-frau-baerwolff6122010> [05.09.2012]
- Boyle S. (2011): United Kingdom (England): Health system review, Health Systems in Transition, 2011; 12(1):1–486.
- Bradford W.D. und Martin R.E. (2000): Partnerships, profit sharing, and quality competition in the medical profession. Review of Industrial Organization 2000; 17: 193-208.
- Bundesregierung der Bundesrepublik Deutschland (2007): Antwort auf eine Kleine Anfrage der Fraktion Die Linke zur Situation der Medizinischen Versorgungszentren. Berlin. Online abrufbar unter <http://dipbt.bundestag.de/extrakt/ba/WP16/91/9155.html> [28.07.2012].
- Busse R. (2012): Ambulante Versorgung III: Leistungsmanagement. Präsentation vom 09.02.2012. Online abrufbar unter http://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2011.teaching.ws/MiG_II/2012.02.09_RB_Amb3_Leistungsmanagement.pdf [29.07.2012].

- Campbell S.M., Hann M., Hacker J., Burns C., Oliver D., Thapar A., Mead N., Gelb Safran D., Roland M.O. (2001): Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study. *British Medical Journal* 2001; 323: 1-6.
- Cornelius F., Braun G., Jäger C. (2008): Finanzierung und Vergütung im MVZ. *Recht und Politik im Gesundheitswesen* 2008; 14(2): 43-52.
- Czypionka T., Gottwald R., Kalmar M. (2011a): Qualität im niedergelassenen Bereich – ein Update. *Health System Watch* 2011; II.
- Czypionka T., Riedel M., Obradovits S., Leutgeb J. (2011b): Ambulante Vergütung im internationalen Vergleich: Perspektiven für Österreich. *Health System Watch* 2011; 3.
- Czypionka T., Riedel M., Obradovits S., Sigl C. (2011c): Vergütung im ambulanten Bereich unter besonderer Berücksichtigung intermediärer Versorgungsformen. Studie im Auftrag des Hauptverbands des österreichischen Sozialversicherungsträger. IHS, Wien, 2011.
- Darzi A. (2007): Healthcare for London – A Framework for Action.
- Davis M.M. (1919): Group Medicine. *American Journal of Public Health* 1919; 9: 358-363.
- DeFelice L. und Bradford D. (1997): Relative inefficiencies in production between solo and group practice physicians. *Journal of Health Economics* 1997; 6: 455-465.
- Farrell J. und Scotchmer S. (1988): Partnerships. *Quarterly Journal of Economics* 1988; 103: 279-298.
- Field S., Gerada C., Baker M., Pringle M., Aswani K. (2008): Primary Care Federations – Putting patients first. A plan for primary care in the 21st century from the Royal College of General Practitioners.
- Frech, H.E. und Ginsburg, P.B. (1973): Optimal scale in medical practice: a survivor analysis. *Journal of Business* 1974; 47: 26-41.
- Geidel H. (2009): Poliklinik und medizinisches Versorgungszentrum – zwei Seiten einer Medaille. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ)* 2009; 103: 561-563.
- Gibis B. (2009): Aktuelle Themen und Fragestellungen aus der ambulanten Versorgung, Präsentation vom 19.11.2009. Online abrufbar unter <http://www.mig.tu->

berlin.de/fileadmin/a38331600/2009.teaching.ws/MiGII/2009.11.19_Gastvortrag_Gibis.pdf [28.07.2012].

Gaal S., van den Hombergh P., Verstappen W., Wensing M. (2010): Patient safety features are more present in larger primary care practices. *Health policy*, 2010; 97(1):87-91.

Gaynor M. (1989): Competition within the firm: theory plus some evidence from medical group practice. *Rand Journal of Economics* 1989; 20: 59-76.

Gaynor M. und Pauly M.V. (1990): Compensation and productive efficiency in partnerships: evidence from medical group practice. *Journal of Political Economy* 1990; 98: 544-573.

Getzen, T.E. (1984): A brand name firm theory of medical group practice. *Journal of Industrial Economics* 1984; 33: 199-215.

Goodman L.J. und Wolinsky F.D. (1982): Conditional logit analysis of physicians' practice model choices. *Inquiry* 1982; 262-270.

Goodwin N., Dixon A., Poole T., Raleigh V. (2011): Improving the Quality of Care in General Practice. Report of an Independent Inquiry commissioned by The King's Fund.

Gothe H., Köster. A.-D., Storz P., Nolting H.-D., Häussler B. (2007): Arbeits- und Berufszufriedenheit von Ärzten – Eine Übersicht der internationalen Literatur. *Deutsches Ärzteblatt* 2007; 20.

Gould, D.M. (1996): When should primary care groups become multispecialty networks? *Healthcare Financial Management* 1996; 50(9): 41-42.

Haas L. (2011): Präferenzmessung von Patienten in medizinischen Versorgungszentren (MVZ) – eine Gegenüberstellung der Behandlungsqualität von MVZ und niedergelassenen Haus- und Fachärzten. *Gesundheitswesen* 2011; 73(7): 409-415.

Heje H.N., Vedsted P., Sokolowski I., Olesen F. (2007): Doctor and practice characteristics associated with differences in patient evaluations of general practice. *BMC Health Services Research* 2007; 7: 46.

Holmstrom B. (1982): Moral hazard in teams. *The Bell Journal of Economics* 1982; 13: 324-340.

Hombergh P. van den, Engels Y., Hoogen H. van den, Doremalen J. van, Bosch W. van den, Grol R. (2005): Saying 'goodbye' to single-handed practices; what do patients and staff lose or gain? *Family Practice* 2005;22(1):20-7.

Hartmannbund (2012): Der Arztberuf von morgen – Erwartungen und Perspektiven einer Generation, Umfrage unter den Medizinstudierenden des Hartmannbundes „Wie sehen Sie Ihre Zukunft als Arzt oder Ärztin?“. Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands.

Jon-van Til J.T. de, Lemmens L.C., Baan C.A., Struijs J.N. (2012): De organisatie van zorgroepen anno 2011. Centre for Prevention and Health Services Research, Public Health and Health Services Division, National Institute for Public Health and the Environment.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2006): MVZ-Survey 2005 Eine Analyse der strategischen Positionierung Medizinischer Versorgungszentren. Berlin 2005.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2007a): Kooperationskompass – Wege ärztlicher Zusammenarbeit. Berlin 2007.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2007b): Von der Idee zur bundesweiten Umsetzung. Entwicklung der Medizinischen Versorgungszentren. Berlin. Online abrufbar unter <http://daris.kbv.de/doccontent.asp?DocID=003755330>, [30.07.2012].

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2009): MVZ-Survey 2008 – Die strategische Positionierung Medizinischer Versorgungszentren. Berlin 2009.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2011a): Fakten und Zahlen zu Praxen/MVZ. Online abrufbar unter <https://www.kbv.de/24853.html> [28.07.2012].

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2011b): Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland. Online abrufbar unter <https://www.kbv.de/publikationen/125.html> [28.07.2012]

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2012a), Entwicklung der Medizinischen Versorgungszentren, Berlin. Online abrufbar unter <http://www.kbv.de/koop/8791.html> [23.07.2012].

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2012b), Medizinische Versorgungszentren aktuell 1. Quartal 2011, Berlin. Online abrufbar unter <http://www.kbv.de/koop/8791.html> [23.07.2012].

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2012c): MVZ-Survey 2011 Medizinische Versorgungszentren in ländlichen Regionen, Berlin. Online abrufbar unter <http://www.kbv.de/koop/9157.html> [23.07.2012].

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2012d): Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. Bundesgebiet insgesamt. Stand: 31.12.2011. Online abrufbar unter <https://www.kbv.de/publikationen/125.html> [28.07.2012].

Keating N. Zaslavsky A.M., Ayanian J.Z. (1998): Physicians' experiences and beliefs regarding informal consultation. *Journal of the American Medical Association* 1998; 280: 900-904.

Kimbell L.J. und Loran J.H. (1977): Physician productivity and returns to scale. *Health Services Research* 1977; 12: 367-379.

Lange A., Braun S., Greiner W. (2012): Ökonomische Aspekte der integrierten Versorgung. *Bundesgesundheitsblatt* 2012; 55: 643-651.

Langejan T. (2011): Das Niederländische Gesundheitswesen Präsentation 10. Nationales DRG-Forum, Berlin 10. - 11. März 2011.

Lin H.C., Xirasagar S., Laditka J. (2004): Patient perceptions of service quality in group versus solo practice clinics. *International Journal for Quality in Health Care* 2004; 16(6): 437-445.

Maarse H. (2008): Independent treatment centers in the Netherlands. *Health Policy Monitor* 2008; April. Online abrufbar unter http://www.hpm.org/en/Surveys/BEOZ_Maastricht_-_Netherlands/11/Independent_treatment_centers_in_the_Netherlands.html [26.07.2012].

Maiorova T., Stevens F., van der Velden L., Scherpbier A., van der Zee J. (2007): Gender shift in realisation of preferred type of gp practice: longitudinal survey over the last 25 years. *BMC Health Services Research* 2007; 7:111.

Marder W.D. und Zuckerman S. (1985): Competition and medical groups: a survivor analysis. *Journal of Health Economics* 1985; 4: 167-176.

Müller S. und Köppl B. (2008): Medizinische Versorgungszentren. Nicht alle Erwartungen bestätigt. *Deutsches Ärzteblatt* 2008; 105(47).

- Nederlandse Zorgautoriteit (2012a): Monitor Zelfstandige behandelcentra – een kwalitatieve en kwantitatieve analyse, April 2012.
- Nederlandse Zorgautoriteit (2012b): Marktscan Ketenzorg weergave van de markt 2007-2010, Juli 2012.
- Reinhardt, U. (1972): A production function for physician services. *Review of Economics and Statistics* 1972; 54:55-66.
- Robinson J.C., Shortell S.M., Li R., Casalino R.P., Rundall T. (2004): The Alignment and Blending of Payment Incentives within Physician Organizations. *Health Services Research* 2004; 39: 1589-1606.
- Rosenman R. und Friesner D. (2004): Scope and scale inefficiencies in physician practices. *Health Economics* 2004; 13: 1091-1116.
- Rühle J. (2006): Gesundheitspark: Pilotprojekt zur Weiterentwicklung des Ärztehauses MediLev und besseren Vernetzung der Partner. Kienbaum Management Consultants GmbH.
- Schmola G. (2009): *Medizinische Versorgungszentren – Ein Überblick*: GRIN Verlag, Norderstedt 2009.
- Schramm F. und Gierlmühlen S. (2010): Rechtsfragen zum Medizinischen Versorgungszentrum – Positionen und Ausblicke. *Urologe* 2010; 49: 943-946.
- Seddon M.E., Marshall M.N., Campbell S.M., Roland M.O. (2001): systemati review of studies of quality of clinical care in general practice in the UK, Australia and New Zealand. *Quality in Health Care* 2001; 10: 152-158.
- Schäfer W., Kroneman M., Boerma W., van den Berg M., Westert G., Devillé W., van Ginneken E. (2010): The Netherlands: Health System Review, *Health Systems in Transition*, Vol. 12, S. 1–229.
- Schmalzer T., Neubauer M., Matzer M., Wenzel R., Hiller B. (2007): Die dritte Säule im Österreichischen Gesundheitssystem – Eine Studie für den Raum Graz am Beispiel des Ärzte-Center Graz. FH Joanneum
- Schneider M., Lelgemann M., Abholz H.-H., Blumenroth M., Flügge C., Gerken M., Jäniche H., Kunz R., Krüger K., Mau W., Specker C., Zeller M. (2011): *Interdisziplinäre Leitlinie – Management der frühen rheumatoiden Arthritis*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

- Straub C. und Müller H. (2007): Medizinische Zentren – Anforderungen aus Sicht der GKV. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2007; 101: 147-152.
- Struijs J.N., van Til J.T., Baan C.A. (2010): Experimenting with a bundled payment system for diabetes care in the Netherlands – The first tangible effects. Centre for Prevention and Health Services Research, Public Health and Health Services Division, National Institute for Public Health and the Environment.
- Tan S.S., van Ineveld B.M., Redekop W.K., Hakkaart-van Roijen L. (2010): Structural Reforms and Hospital Payment in the Netherlands. Euro Observer 2010; 12(3):7-9.
- Tsiachristas A., Hipple-Walters B., Lemmens K.M.M., Nieboer A.P., Rutten-van Mölken M.P.M.H. (2011): Towards integrated care for chronic conditions: Dutch policy developments to overcome the (financial) barriers. Health Policy 2011(101): 122-132.
- Ven W.P.M.M. van den und Schut F.T. (2009): Managed Competition in the Netherlands: Still Work-In-Progress. Health Economics 2009; 18: 253-255.
- Weilguni, V. (2011): Ärzte-GmbH: Mehr als eine Frage der Zeit, Ärzte Woche 36 /2011, Springer-Verlag GmbH, <http://www.springermedizin.at/artikel/23561-aerzte-gmbh-mehr-als-eine-frage-der-zeit> [11.07.2012].
- Weinbrenner S. und Ollenschläger G. (2008): Leitlinien – Grundlage neuer, zukunftsweisender Versorgungsformen. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2008; 51: 558-564.
- Wensing M., Vedsted P., Kersnik J. Peersman W., Klingenberg A., Hearnshaw H., Hjortdahl P., Paulus D., Künzi B., Mendive J., Grol R. (2002): Patient satisfaction with availability of general practice: an international comparison. International Journal for Quality in Health Care 2002; 14(29): 111-118.
- Wensing M., van den Hombergh P., Akkermans R., van Doremalen J., Grol R. (2006): Physician workload in primary care: What is the optimal size of practices? A cross-sectional study. Health Policy 2006; 77(3): 260-267.
- Westert G.P., van den Berg M.J., Zwakhals S.L.N., de Jong J.D., Verkleij H. (2010): Dutch Health Care Performance Report 2010. Centre for Prevention and Health Services Research, National Institute for Public Health and the Environment.

Young R. und Leese B. (1999): Recruitment and retention of general practitioners in the UK: what are the problems and solutions? *British Journal of General Practice* 1999; 49: 829-833.

10. Kontaktverzeichnis

Afritte Anissa, IRDES Frankreich: schriftliche Anfrage (27.07.2012)

Agaplesion, schriftliche Anfrage (03.09.2012)

Ali Eva, Prokuristin Vivantes MVZ GmbH, Telefongespräch (07.09.2012)

Amelung Volker, Professor für Internationale Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover, Vorstandsvorsitzender des Bundesverband Managed Care e. V., telefonische und schriftliche Anfrage (25.07.2012)

Armbruster Susanne, Abteilungsleiterin Flexible Vertragsformen, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Telefongespräch (26.07.2012)

Bellen Carsten, Geschäftsbereich Zulassung und Sicherstellung, Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, Emailkorrespondenz (26.07.2012 – 06.09.2012)

Bräuer Carola, Leitung Marketing POLIKUM Gruppe Berlin, Telefongespräch (31.08.2012)

Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände e. V., telefonische und schriftliche Anfrage (29.08.2012)

Bundesärztekammer, telefonische Anfrage (19.07.2012)

Bundesministerium für Gesundheit der Bundesrepublik Deutschland, telefonische Anfrage (19.07.2012)

Christ Thomas, Ressortleiter Arztregister und Versorgungsforschung Abteilung Sicherstellung, Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz, Emailkorrespondenz (26.07.2012 – 30.07.2012)

Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Statistisches Bundesamt der Bundesrepublik Deutschland, telefonische Anfrage (19.07.2012)

Hedt Peter, Niederlassungsberatung, Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Telefongespräch (25.07.2012)

Herr Hofenbach, Bereichsleiter für vertragsärztliche Versorgung, KV Niedersachsen, Telefongespräch (27.07.2012)

Kahl Oliver, Hauptabteilungsleiter Sicherstellung, Kassenärztliche Versorgung KV Mecklenburg Vorpommern, Telefongespräch (30.08.2012)

Kassenärztliche Vereinigung Bayern, Telefongespräch (25.07.2012)

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, schriftliche Anfrage (25.07.2012)

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg, Telefongespräch (26.07.2012)

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg: schriftliche Anfrage (26.07.2012)

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein: telefonische und schriftliche Anfrage (26.07.2012)

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, schriftliche Anfrage (31.07.2012)

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt: telefonische und schriftliche Anfrage (26.07.2012)

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe: telefonische und schriftliche (26.07.2012)

Kraft Stephan, Stellvertretender Bundesvorsitzender des NAV-Virchow-Bund Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e. V., schriftliche Anfrage (19.07.2012)

Kuypers Mark S., Geschäftsführer von Solimed – Ärztliches Qualitätsnetz Solingen, Beisitzer im Vorstand der Agentur Deutscher Arztnetze e. V., Telefongespräch (27.07.2012)

Landgraf Melanie, Beraterin, Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Telefongespräch (26.07.2012)

Medikum Kassel, schriftliche Anfrage (03.09.2012)

Mediplaza AG, telefonische Anfrage (03.09.2012)

Milbradt Dr. Uwe, Leiter MVZ Börde, telefonisch und schriftliche Anfrage (03.09.2012)

MVZ Dachau Verbund, schriftliche Anfrage (03.09.2012)

Mosca Dr. Ilaria, Institute of Health Policy and Management, Erasmus University Rotterdam: E-mailkorrespondenz (26.07.2012 – 03.09.2012) und Telefongespräch (03.09.2012)

Mousquès Julien, IRDES Frankreich: schriftliche Anfrage (27.07.2012)

MVZ Vitalis, telefonische und schriftliche Anfrage (03.09.2012)

Niemier Angelika, Bundesverband Medizinische Versorgungszentren – Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung e. V., Telefongespräch (25.07.2012)

Pätow Dr. Claas, GGP Gesellschaft für Gesundheit und Pädagogik, Referent Leistungen nach SGBV, Telefongespräch (04.09.2012)

PHV gemeinnützige Stiftung, schriftliche Anfrage (03.09.2012)

Riedl Dr. Matthias, ärztlicher Leiter und Geschäftsführer Medicum Hamburg, Telefongespräch (03.09.2012)

Schannath Andrea, Justiziarin, NAV-Virchow-Bund Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e. V., Telefongespräch (19.07.2012)

Schöpe Pascal, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Telefongespräch (24.07.2012)

Statistisches Bundesamt der Bundesrepublik Deutschland, telefonische Anfrage (19.07.2012)

Tsiachristas Apostolos, Institute for Medical Technology Assessment, Erasmus University Rotterdam, Emailkorrespondenz (26.07.2012 – 05.09.2012)

Wiesmeier Karl-Heinz, Referent für Zulassungswesen und Bedarfsplanung, Kassenärztliche Vereinigung Saarland, Telefongespräch (26.07.2012)

Winkler Prim. Dr. Hanns Manfred, Konzept des Ärztecetters Graz, Telefongespräch (07.09.2012)

Witt Ronja, Abteilung Öffentlichkeitsarbeit, Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Emailkorrespondenz (26.07.2012 – 30.07.2012)

Wolf Sascha, Geschäftsführer Bundesverband Managed Care e. V., Telefongespräch (31.07.2012); schriftliche Anfrage (29.08.2012)

Zwaka Andre (KV Schleswig-Holstein), Emailkorrespondenz (26.07.2012 – 29.08.2012)

Autoren: Thomas Czypionka, Sandra Müllbacher, Michael Berger, Josef Platzer

Titel: Kooperationen in der ambulanten medizinischen Versorgung

Projektbericht

© 2012 Institute for Advanced Studies (IHS),
Stumpergasse 56, A-1060 Vienna • ☎ +43 1 59991-0 • Fax +43 1 59991-555 • <http://www.ihs.ac.at>
