

## Medizinische Versorgungszentren

### Welchen Stellenwert besitzen Medizinische Versorgungszentren im Deutschen Gesundheitswesen?

Das Deutsche Gesundheitssystem wird zusehends reformiert. Die einst aus der Historie gewachsenen Strukturen und sektoralen Trennungen verändern sich schrittweise in Richtung einer vernetzten, qualitätsgesicherten und effizienten Patientenversorgung. Als zentrales Element führte hierfür der Gesetzgeber mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) 2004 die Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) ein (1, 7, 9, 13).

gen geschlossen und niedergelassene Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und Physiotherapeuten übernahmen die Versorgung. Für die verbliebenen Polikliniken und Ambulatorien schuf der Gesetzgeber mit dem § 311 SGB V im Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland die rechtliche Grundlage zum Bestandsschutz dieser Einrichtungen. Aus der Abbildung 1 geht hervor, dass es im Dezember 1998 immerhin noch 103 dieser ambulanten Versorgungseinrichtungen gab. Diese beschäftigten über 350 Ärzte stellten mit 1,8% die ambulante Versorgung der östlichen Bundesländer sicher (6, 14, 15).

Die mit dem GMG eingeführten MVZ basieren auf den Ansätzen und

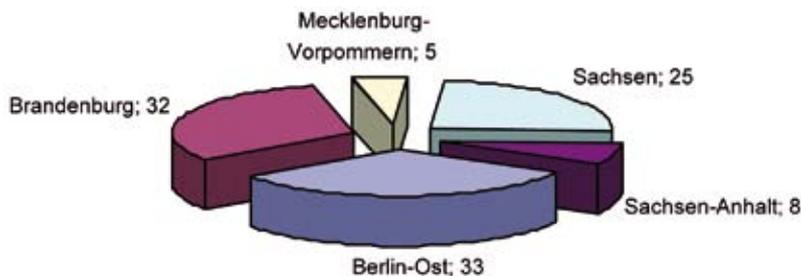


Abb. 1: Anzahl der Einrichtung gem. § 311 SGB V (15)

Die Idee der MVZ geht auf Christoph Wilhelm Hufeland, dem späteren Leibarzt von Friedrich Wilhelm III., zurück. Er gründete 1793 in Jena die erste Poliklinik als eine Einrichtung, in der Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen gemeinsam Patienten in einer Versorgungseinrichtung behandelten. Später wurde diese Idee in den Polikliniken des staatlichen Gesundheitswesens der ehemaligen DDR umgesetzt. In dieser Zeit bezeichnete man eine Poliklinik als eine ambulante Versorgungseinrichtung, die über mindestens 5 fachärztliche und eine zahnärztliche Abteilung, über eine Apotheke und eine Abteilung für physikalische Therapie verfügte. Bei weniger als vier und mindestens zwei medizinischen Fachabteilungen und einer zahnärztlichen Abteilung sprach man von einem Ambulatorium. Im Jahre 1988 gab es in der ehemaligen DDR über 623 Polikliniken. Mit der Wiedervereinigung wurde der größte Teil der ambulanten Versorgungseinrichtun-

gen geschlossen und niedergelassene Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und Physiotherapeuten übernahmen die Versorgung. Für die verbliebenen Polikliniken und Ambulatorien schuf der Gesetzgeber mit dem § 311 SGB V im Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland die rechtliche Grundlage zum Bestandsschutz dieser Einrichtungen. Aus der Abbildung 1 geht hervor, dass es im Dezember 1998 immerhin noch 103 dieser ambulanten Versorgungseinrichtungen gab. Diese beschäftigten über 350 Ärzte stellten mit 1,8% die ambulante Versorgung der östlichen Bundesländer sicher (6, 14, 15).

### Entwicklung

Seit der Einführung der rechtlichen Rahmenbedingungen der Medizinischen Versorgungszentren sind mittlerweile 5 Jahre vergangen. In dieser Zeit ist die Zahl der zugelassenen MVZ in Gesamtdeutschland bereits auf über 1.152 angestiegen. Betrachtet man die Verteilung zwischen den alten und neuen Bundesländern, so lässt sich erkennen, dass der überwiegende Teil der MVZ in den alten Bundesländern gegründet wurde. Das lässt den Schluss zu, dass es sich hier nicht um „Ostalgie“ handelt.

Betrachtet man die Perspektive der Träger, so sind einerseits mit knapp zwei Drittel die Vertragsärzte und andererseits mit über ein Drittel die

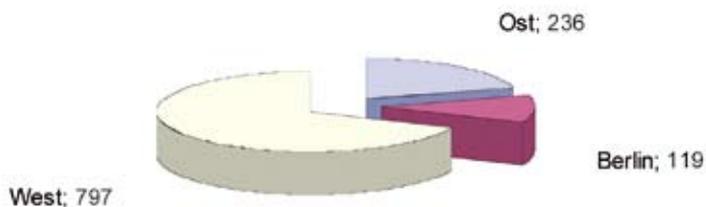


Abb. 2: Verteilung der MVZ in Ost- und Westdeutschland (18)

Krankenhäuser an dieser Entwicklung wesentlich beteiligt. Ein derzeit noch geringer Anteil von 8,0% verteilt sich auf sonstige Träger. Inwieweit die Gruppe der sonstigen Träger in der Zukunft die Verteilungsverhältnisse mitbestimmt, kann derzeit noch nicht abgesehen werden. Bemerkenswert ist bereits, dass

MVZ, so ist die Zahl der durchschnittlich beschäftigten Ärzte vom 3. Quartal 2004 mit damals noch 3,2 Ärzten/MVZ bereits zum 3. Quartal 2008 um durchschnittlich eine weitere Arbeitskraft auf 4,5 Ärzten/MVZ angestiegen. Zudem sind die Ärzte zum überwiegenden Teil im Anstellungsverhältnis beschäftigt (18).

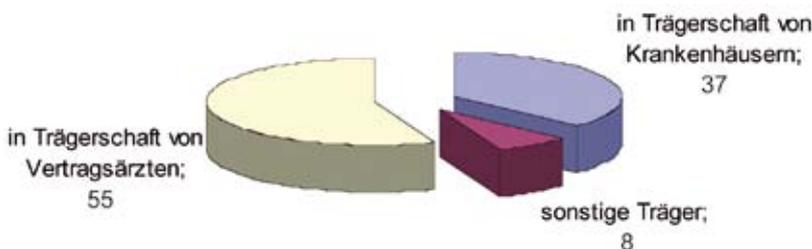


Abb. 3: Träger MVZ; modifiziert nach KBV (19)

deren Anteil im 1. Quartal 2007 noch bei 4,5% lag und dieser mittlerweile im 3. Quartal 2008 auf 8% angewachsen ist. Die folgende Abbildung 4 gibt einen Überblick über die Aufteilung dieser Leistungserbringer im 2. Quartal 2008 und lässt erkennen, dass insbesondere die Leistungserbringer Heilmittel und die Leistungserbringer Hilfsmittel über einen relativ großen Anteil verfügen.

**Motive**

Stellt sich die Frage, was motiviert die Träger ein MVZ zu gründen. Die Motive der ersten Gründergeneration, und hier insbesondere die der Vertragsärzte, lagen laut einer KBV Umfrage zum überwiegenden Teil in der Verbesserung ihrer Position am Markt, in der Effizienzsteigerung durch beispielsweise einer zentralen Koordinierung von Prozessen (Aufnahme, Untersuchung, Abrechnung und Kontrolle), in der Möglichkeit Ärzte anzustellen sowie in der inter-

disziplinären Zusammenarbeit. Als überwiegende Kooperationspartner kamen die niedergelassenen Vertragsärzte, Krankenhäuser, Physiotherapeuten, Sanitätshäuser und Apotheken in Betracht. Zudem ergab die Umfrage, dass 61 % der MVZ in einem medizinischen Versorgungsschwerpunkt spezialisiert sind. Die Kompetenzen konzentrierten sich insbesondere in den Fachbereichen der Augenheilkunde und Angiologie, der ambulanten Operation, der Labormedizin und Palliativmedizin, Onkologie/Hämatologie sowie Gynäkologie. Zudem entwickelte die Hälfte der Zentren Behandlungspfade, installierte ein eigenes Informationsnetzwerk zwischen den behandelnden Ärzten und 71 % der Befragten arbeiten bereits mit einer gemeinsamen Patientenakte. Diese Umfrageergebnisse sind ein Zeugnis dafür, dass mit den Zusammenschlüssen zu MVZ verbesserte Arbeits- und Behandlungsprozesse angestrebt und umgesetzt werden konnten (20). Die Motive der ersten Gründergeneration werden auch die Motive der zukünftigen Gründer sein.

Betrachtet man die Entwicklung in Bezug auf die personelle Struktur der

Betrachtet man die Krankenhäuser als Träger MVZ, so wirken hier andere Motive. Aus der Perspektive der Krankenhäuser hat sich in den letzten Jahren auch einiges verändert. Mit der Einführung der ambulanten Operationen (AOP) sowie der Einführung der pauschalen Patientenvergütung durch Diagnosis Related Groups (DRG) hat sich ein Teil der Krankenhausleistungen in den ambulanten Sektor verlagert. Dieser Trend der Leistungsverlagerung hält seit einigen Jahren an und wird durch verbesserte Technologien und Behandlungsmethoden, sowie durch krankenhauserne interne Faktoren, wie sinkende Verweildauern oder Konzentrations- und Spezialisierungseffekte weiter verstärkt (2 u. 3). Die MVZ sind in diesem Prozess geeignete ambulante Organisationsformen, an denen sich die Krankenhäuser zum einen wirtschaftlich aber auch gestalterisch beteiligen können. Dass hier ein Interesse besteht, belegt der Anstieg von Krankenhaus-trägern. Waren im 1. Quartal 2007

**Sonstige Träger MVZ**

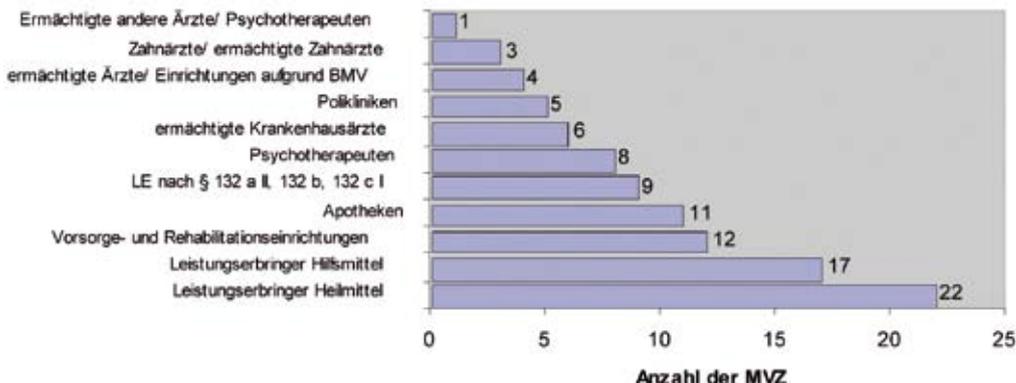


Abb. 4: Übersicht der Anzahl sonstiger Träger MVZ; modifiziert nach KBV (18)

noch 33,1 % so sind im 3. Quartal 2008 bereits 37 % der MVZ in der Trägerschaft von Krankenhäusern (18).

### Gestaltungsoptionen

Zur Nutzung der Potentiale MVZ ist es perspektivisch sinnvoll diese an zentralen Orten zu bündeln. Dies kann zum einen durch Zusammenschlüsse oder Kooperationsgemeinschaften mehrerer MVZ erfolgen. Die hieraus resultierenden Vorteile werden ab 2009 durch die „Euro – EBM“ mit der nicht mehr so starren Budgetierung besonders interessant. So macht es Sinn, dass unterschiedliche Fachrichtungen in einem MVZ vertreten sind, die sich gegenseitig Patienten zuweisen (nicht überweisen). Hierbei können die Fachärzte der unterschiedlichen Fachrichtungen jeweils ihre eigene Grundpauschale abrechnen. Neben dem Vorteil für den Patienten des kurzen Weges, verdient das MVZ ab 2009, entgegen einer alten EBM Regelung (Ordinationskomplex), an dem zweiten Arzt-Patienten-Kontakt der internen Zuweisung (23). Dieser Vorteil bedeutet nicht zwangsläufig, dass das MVZ hierdurch höhere Einnahmen erzielen wird, sondern vielmehr, dass man Einnahmeverluste in der Zukunft vermeiden kann.

Wie könnte zukünftig die Landschaft der MVZ aussehen? Es ist zu hinterfragen, wo und wie greifen die MVZ

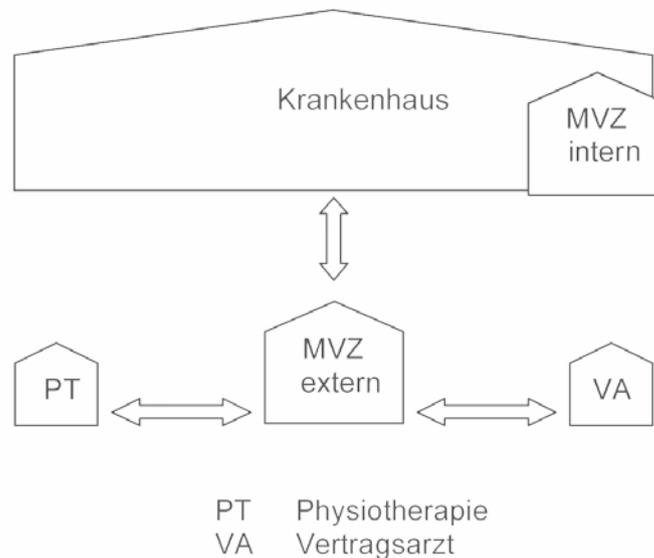


Abb. 5: Standortgestaltung – MVZ aus Krankenhaussicht

auf bestimmte Ressourcen (Medizintechnik, Personal) zu? Dabei ist zu berücksichtigen, dass größtenteils die Ressourcen objektgebunden sind. Ein Krankenhaus bietet aus der Personalperspektive ein geeignetes Umfeld für ein am Krankenhaus angesiedeltes MVZ. Im Gegenzug spricht die wohnortnahe Patientenversorgung für ein in Wohngebieten angesiedeltes MVZ. Aus diesen Ansätzen heraus resultieren die Gestaltungsoptionen der internen, am Krankenhausstandort integrierte MVZ und externen, nicht am Krankenhausstandort integrierten MVZ (Abb. 5).

### Interne MVZ

Die Krankenhäuser bieten ein besonders günstiges Umfeld für interne

MVZ. Dafür sprechen unter anderem freie Gebäudeflächen und eine moderne medizintechnische Ausstattung der Krankenhäuser. Die örtliche Nähe ermöglicht zudem eine enge Zusammenarbeit der ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiter der Krankenhäuser und der MVZ. Die durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) veranlasste Änderung des § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV schaffte hierfür die rechtliche Grundlage. In diesem Paragraphen heißt es, dass: „... Die Tätigkeit in oder die Zusammenarbeit mit einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 SGB V oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 111 SGB V mit der Tätigkeit des Vertragsarztes vereinbar. ...“ ist.

Somit können vom Grundsatz her auch die in einem Krankenhaus tätigen Ärzte als „Nebentätigkeit“ in einem MVZ arbeiten und umgekehrt. Mit diesen Regelungen können Personalengpässe bestimmter Fachrichtungen im stationären und ambulanten Sektor durch die enge personelle Zusammenarbeit am Krankenhausstandort teilweise ausgeglichen werden (11, 12).

Neben dem Personal spielt die Objektressource eine gewichtige Rolle für die Entscheidung eines Krankenhauses ein MVZ zu integrieren. Die rückläufige Entwicklung der Bettenauslastung der Krankenhäuser führt dazu, dass freie Objektressourcen einer neuen Nutzung zugeführt werden müssen. Somit ist das interne MVZ als Nutzer dieser Flächen ein geeigneter Partner für das Krankenhaus. Weiterhin können nichtärztliche Leistungserbringer in einem am Krankenhaus ansässigen MVZ integriert werden. Auch Ausgliederungen (outsourcen) von Krankenhausleistungen in die MVZ sind eine Option des jeweiligen Krankenhauses, wenn sich damit Vorteile ohne Qualitätseinbußen generieren lassen (3 u. 22).

Weitere wirtschaftliche Vorteile lassen sich aus der Einbindung des internen MVZ in das vorhandene logistische Versorgungsnetz des Krankenhauses sowie die Verwendung der modernen medizintechnischen Ausstattung erzielen. Zudem ist eine minimale Lagerhaltung durch Lieferungen „just in time“ bei materialaufwendigen Leistungsangeboten des MVZ (Bsp. AOP) eine Alternative. In Engpasssituationen könnte man auf Ressourcen vom KH zurückgreifen und so die medizinische Patientenversorgung absichern. Zudem ist eine optimale Geräteauslastung im Krankenhaus durch die örtliche Zusammenarbeit und den kurzen Wegen im Interesse der Beteiligten. Das interne MVZ eines Krankenhauses trägt somit wesentlich zur integrierten Versorgung der beiden Sektoren bei und bildet dadurch ein wichtiges Glied in der Entwicklung der zukünftigen Krankenhausversorgung (8, 9)

### Externe MVZ

Analog zu den internen MVZ bieten die externen MVZ den ambulanten Vertragsärzten in Kooperation mit den Krankenhäusern ebenfalls eine Reihe von Vorteilen. Die MVZ und die Krankenhäuser treten gegenseitig als Imagevertreter auf. Eine Bündelung beider Kompetenzen kann zur Optimierung der Prozesse führen. Die Stärken der Krankenhäuser liegen beispielsweise in der professionellen Führung großer Patienten- und Mitarbeiterströme und bieten ein hohes fachliches Niveau in der Organisation und Verwaltung sowie eine gute technische Ausstattung. Die Ärzte der MVZ sind die Kontaktpersonen der Patienten und besitzen deren Vertrauen, kennen deren Probleme und Befindlichkeiten. Hier kann ein Ausgleich der Stärken beider Seiten unter einer gemeinsam festgelegten Zielstellung stattfinden. Zudem sollte ein externes MVZ durch eine effiziente Objektgestaltung, durch spezialisierte Arbeitsteilung ein gutes und reibungsloses Arbeiten der Ärzte und Schwestern ermöglichen sowie behinderten- und patientenfreundlich gestaltet sein (18 u. 4). Mit der verkehrstechnischen Erschließung in Städten ist es heutzutage vertretbar, wenn die fachübergreifenden externen MVZ sich an bestimmten, zentral für den Patienten und den Versorgungsunternehmen gut erreichbaren Standorten eines Planungsbereichs konzentrieren. In diesem Zusammenhang sind Kooperationen mit anderen Leistungserbringern oder auch MVZ in einem gut durchdachten Gebäudekomplex sinnvoll. Dabei ist zu beachten, dass dieser Komplex eine Größe einnehmen sollte, der für das MVZ wirtschaftlich ist.

Aus diesen Ansätzen und Perspektiven ergeben sich für die Träger MVZ unter anderem folgende Vorteile – die keine abschließende Aufzählung sind:

- verbesserte Arbeits- und Behandlungsprozesse
  - gemeinsame Patientenakte
  - interdisziplinäre Zusammenarbeit
  - Behandlungspfade „clinical pathways“

- verbesserte Position am Markt
- Größenvorteile „economics of scale“
- Effizienzsteigerung durch koordinierte Prozesse
- wirtschaftliche- und gestalterische Beteiligung
- Objektauslastung, verbesserter Informationsaustausch,
- Sicherung des Zuweiserverhaltens
- geringe Lagerkosten durch „just in time“
- Optimierungspotential durch Kompetenzaustausch,
- ein MVZ hat einen Unternehmenswert, der sich veräußern lässt.

Zählt man die Nachteile von MVZ auf, dann ist als erstes anzumerken, dass ein Vorteil des Einen den Nachteil des Anderen in sich birgt. Hier sei nur kurz daraufhingewiesen, dass nicht jeder im Umfeld eines neuen MVZ dessen Gründung unterstützt. So sind evtl. Schwierigkeiten bis zur endgültigen Etablierung des MVZ denkbar (Genehmigungsverfahren, ...). Zudem sind auch Anlaufverluste und Investitionskosten zu tragen. Man sollte also nicht kurzfristig große Gewinne erwarten. Die Personalfrage ist ein zentrales Thema bei MVZ, schließlich verkaufen die Praxisinhaber ihre Sitze oftmals deswegen, weil Sie in naher Zukunft ihren Ruhestand genießen wollen. Frauen hingegen werden irgendwann den Kinderwunsch anstreben und daraufhin eine Auszeit nehmen. Diese Nachteile sind zugleich Risiken und von vorn herein mit einzukalkulieren. Dementsprechend sollte auch die Firmenpolitik eines MVZ reagieren und den Mitarbeitern ein ausgewogenes Arbeitsklima bieten.

### Praxisbeispiel – Klinikum Chemnitz gGmbH

Die „Poliklinik GmbH Chemnitz“ konzentriert als Tochtergesellschaft und eigenständiges Gesundheitszentrum des „Klinikum Chemnitz gGmbH“ eine Vielzahl ambulante und stationäre ärztliche und nicht-ärztliche Leistungserbringer in Form von MVZ unter einem Dach. Hierzu zählen insbesondere Haus- und Fachärzte, Physiotherapeuten, Logopäden und Ergotherapeuten. Die „Poli-

„Poliklinik GmbH Chemnitz“ beschäftigt gegenwärtig ca. 183 Mitarbeiter, darunter befinden sich neben Allgemeinmedizinern, Fachärzten der Fachrichtungen Gynäkologie und Geburtshilfe, Gynäkologische Onkologie und Palliativmedizin, HNO-Heilkunde, Augenheilkunde sowie Chirurgie und Innere Medizin. Die ärztlichen Leistungserbringer bilden ein zentrales Element des Gesundheitszentrums und sind durch externe oder interne MVZ fachübergreifend organisiert. Dort werden unter anderem hochspezialisierte Leistungen der Tumorbehandlung von Frauen durch gynäkologische Onkologen durchgeführt. Dies umfasst neben ambulanter Chemo-, Immun-, endokrinen und komplementären Therapien auch die Vor- und Nachsorgeaufgaben. Betreut werden sowohl Patientinnen mit kurativer Zielstellung als auch Frauen mit weit fortgeschrittenen Mammakarzinomen und Gynäkologischen Malignomen. Dabei arbeiten die palliativmedizinisch spezialisierten Gynäkologischen Onkologen eng mit den Palliativ- und Hospizeinrichtungen sowie ambulanten Pflegediensten des gesamten Umlandes zusammen. Nur so gelingt es auch Patienten mit zahlreichen durch die Tumorbehandlung bedingten Beschwerden, über möglichst lange Zeit die Lebensqualität im häuslichen Umfeld zu sichern. Als notwendige Ergänzung dieses Betreuungskonzeptes steht den Patienten vor Ort (internes MVZ) ein Physiotherapeuti-

sches Zentrum zur Verfügung, das zur klassischen Physiotherapie (zum Beispiel manuelle Lymphdrainagen bei tumorbedingten Lymphoedemen) zusätzlich Präventionsleistungen anbietet. Das Gesundheitszentrum nutzt hierbei die betriebswirtschaftlichen, medizinischen und technischen Ressourcen des Klinikums. Eine Angliederung von weiteren Ärzten und Leistungsanbietern ist möglich. Somit legt die „Poliklinik GmbH Chemnitz“ die Grundlage für eine netzwerkartige Versorgung (Klinik, internes MVZ, externes MVZ) in der Gynäkologischen Onkologie und Palliativmedizin. Angestrebt wird eine Fortführung enger kooperativer Beziehungen mit allen in diesem Arbeitsfeld tätigen Praxen und Kliniken. Derartige Versorgungsstrukturen in der Onkologie und Palliativmedizin gewinnen beim Bestreben der Krankenkassen nach Umsetzung von Einkaufsmodellen noch größere Bedeutung (10, 16, 21).

### Zusammenfassung

Es lässt sich aus der Anzahl der Gründungen erkennen, dass die Vertragsärzte und Krankenhäuser den sich entwickelnden Stellenwert der MVZ für das Deutsche Gesundheitswesen erkannt haben. Interne und/oder externe MVZ bieten eine gute rechtliche sowie organisatorische Grundlage für eine vernetzte Patientenversorgung besonders in spezialisierten Bereichen wie Onkologie und Palliativmedizin. Das erlaubt für die Zu-

kunft die Sicherstellung einer qualitätsbasierten und wissenschaftlich fundierten medizinischen Betreuung von Prävention über Therapie, Rehabilitation bis zur Nachsorge unter Beachtung wirtschaftlicher Ressourcen. Perspektivisch ist zudem mit einer Professionalisierung dieser MVZ zu rechnen, wenn die beteiligten Versorgungseinrichtungen geeignete Kooperationsmodelle entwickelt haben und diese umsetzen. Auch im Hinblick auf die Entwicklung von Einkaufsmodellen der Gesetzlichen Krankenversicherung ist der Zusammenschluss von Vertragsärzten zu MVZ ein sinnvoller Schritt. So wie Einkaufszentren in jeder größeren Stadt eine Selbstverständlichkeit sind, die zu guten Preisen eine moderne und kundenorientierte Verkaufskultur bieten, werden zukünftig MVZ eine moderne ambulante medizinische Versorgung auf hohem Niveau im Interesse des Patienten zur Verfügung stellen können.

Literatur bei den Verfassern

Anschrift der Verfasser:  
Dipl. Kaufmann (FH) André Resaie:  
Westfälische Hochschule Zwickau

Prof. Dr. rer. oec. Olaf Preuß  
Westfälische Hochschule Zwickau,  
Dr.-Friedrichs-Ring 2A, 08056 Zwickau

Prof. Dr. med. Frank Förster  
Poliklinik GmbH Chemnitz  
Onkologische Schwerpunktpraxis  
Flemmingstraße 4, 09116 Chemnitz