



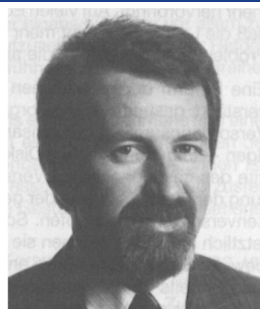
Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft der kooperativen Versorgung - Zum Verbandsjubiläum „25 Jahre BMVZ“

Winterarbeitstreffen des BMVZ e. V.
10. März 2017 in Hamm (Westfalen)

Prof. Dr. Klaus Jacobs

© Wido 2017

Vor mehr als 25 Jahren



Klaus Kirschner, MdB
Vorsitzender der Enquete-Kommission
Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung

Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung

Endbericht der Enquete-Kommission
des 11. Deutschen Bundestages
„Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“

Bonn, 12. Februar 1990

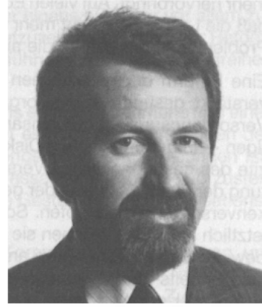
Zulassung alternativer Praxisformen

225. Bisher findet die ambulante kassenärztliche Versorgung nahezu ausschließlich durch die einzeln arbeitenden niedergelassenen Ärzte statt. Lediglich Praxisgemeinschaften, in denen die Ärzte getrennt wirtschaften, aber möglicherweise eine zwischenbetriebliche Kooperation stattfindet, und Gemeinschaftspraxen, die ihrer Rechtsform nach Gesellschaften bürgerlichen Rechts sind und deren Gesellschafter die dort tätigen Ärzte sind, die ihre Honorare auch gemeinsam abrechnen, haben in den letzten Jahren an Bedeutung zugenommen.

226. Ein Teil der Kommission hält es angesichts der gewandelten Anforderungen an die ambulante Versorgung und aufgrund vorhandener Rationalisierungsreserven für notwendig, die strukturellen, organisatorischen, vertraglichen und vergütungstechnischen Voraussetzungen für die Errichtung kooperativer ambulanter Einrichtungen oder alternativer Praxisformen in der ambulanten Versorgung zu schaffen.

227. Ein Teil der Kommission spricht sich dafür aus, die Zusammenarbeit von Ärzten und anderen Gesundheitsberufen in multiprofessionellen Teams, innerhalb der kassenärztlichen Versorgung zu erproben. Vorhandene Erfahrungen schon bestehender Praxisgemeinschaften, Gemeinschafts- und diagnostischer Schwerpunktpraxen, Ambulatorien, Gesundheitszentren und Krankenhausambulanzen sollten genutzt und die Errichtung weiterer sowohl privater wie öffentlicher kooperativer Einrichtungen gefördert werden.

Vor mehr als 25 Jahren



Klaus Kirschner

Klaus Kirschner, MdB
Vorsitzender der Enquete-Kommission
Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung

Bonn, 12. Februar 1990

Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung

Endbericht der Enquete-Kommission
des 11. Deutschen Bundestages
„Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“

Zulassung alternativer Praxisformen

225. Bislang findet die ambulante kassenärztliche Versorgung nahezu ausschließlich durch die einzeln arbeitenden niedergelassenen Ärzte statt. Lediglich Praxisgemeinschaften, in denen die Ärzte getrennt wirtschaften, aber möglicherweise eine zwischenbetriebliche Kooperation stattfindet, und Gemeinschaftspraxen, die ihrer Rechtsform nach Gesellschaften bürgerlichen Rechts sind und deren Gesellschafter die dort tätigen Ärzte sind, sind zugelassen.

226. Ein Teil der ambulanten Versorgung für notwendige technische Leistungen oder

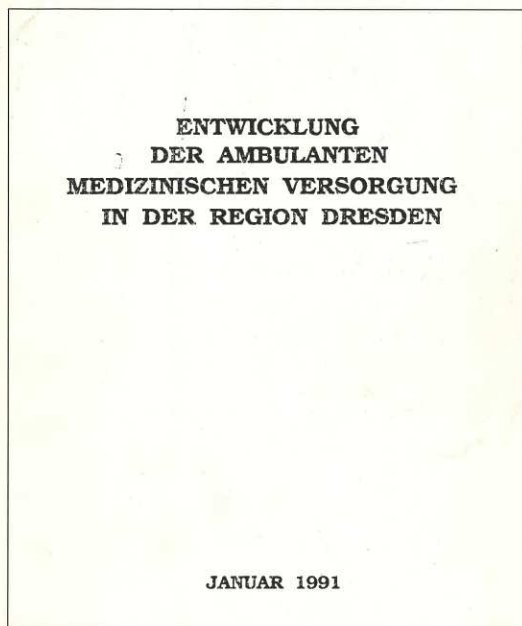
227. Ein Teil der ambulanten Versorgung und anderer

senärztliche der Praxisgemeinschaften, Gemeinschafts- und diagnostischer Schwerpunktpraxen, Ambulatorien, Gesundheitszentren und Krankenhausambulanzen sollten genutzt und die Errichtung weiterer sowohl privater wie öffentlicher kooperativer Einrichtungen gefördert werden.

Wie schnell ist nichts passiert!



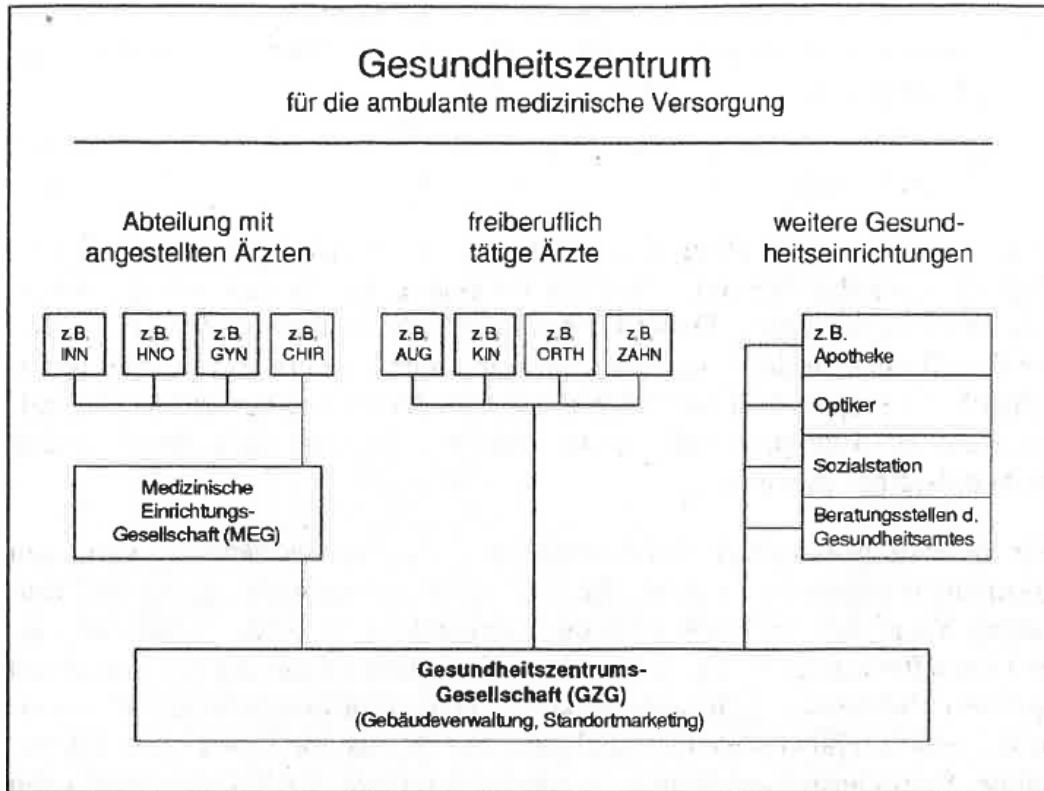
Trotz großer historischer Chancen...



Freie und
Hansestadt Hamburg
Behörde für Arbeit,
Gesundheit und Soziales

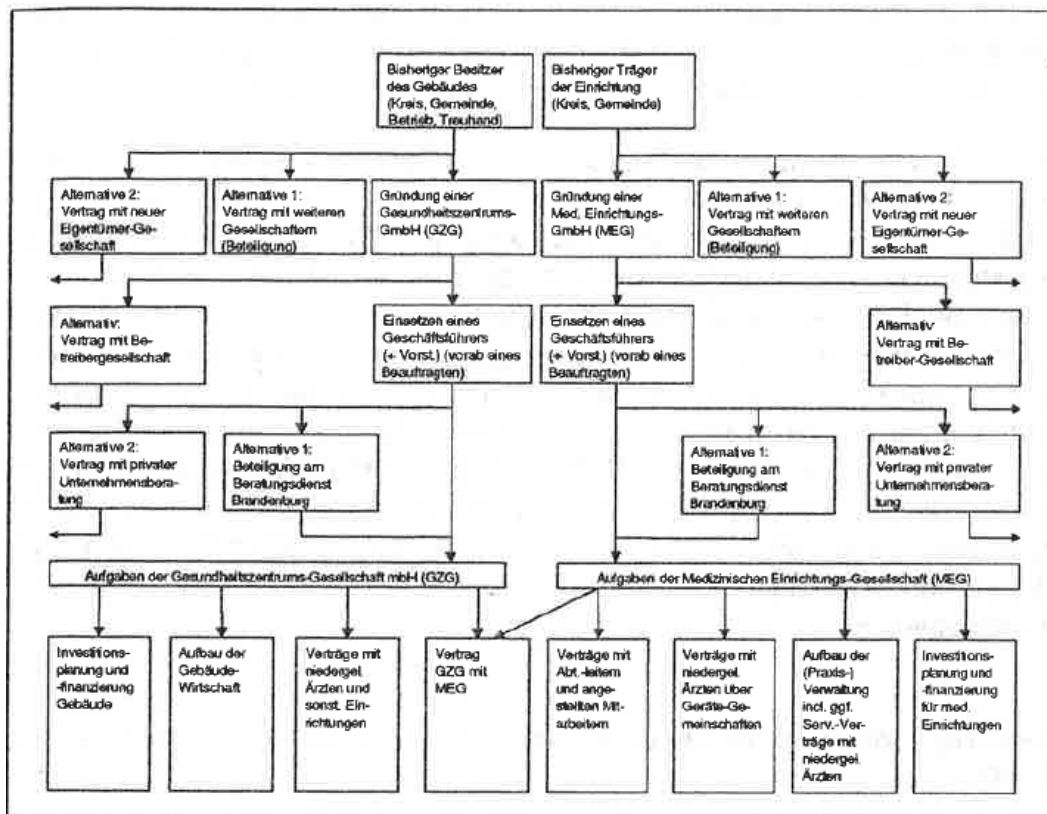
2.	ERGEBNISSE	11
2.1	Die ambulante Gesundheitsversorgung in den neuen Bundesländern: Unterschiedliche Einrichtungsformen an zahlreichen Standorten	11
2.2	Insgesamt hohe, aber keinesfalls überhöhte Arztdichte in Dresden	13
2.3	Abweichungen bei einzelnen Fachgebieten	17
2.4	Demographische und biographische Kennzeichen der ambulant tätigen Dresdener Ärzteschaft	19
2.5	Insgesamt weniger und nicht mehr medizinisches Hilfspersonal in der ambulanten ärztlichen Versorgung	21
2.6	Hohe Qualifikation des medizinischen Hilfspersonals	24
2.7	Keine erkennbaren "angebotsform-immanenten" Vorzüge oder Nachteile des Poliklinik-Systems in der Realität	24
3.	EMPFEHLUNGEN	29
3.1	Grundprämissen für Zukunftsentscheidungen	29
3.2	Von der Poliklinik zum Gesundheitszentrum	30
3.3	Zu einzelnen Fragen der Versorgung	34
3.4	Zur finanziellen Unterstützung	35
3.5	Zur Evaluation der ambulanten Versorgung	38

Von der Poliklinik zum Gesundheitszentrum: Struktur



(Jacobs/Schröder 1991)

Von der Poliklinik zum Gesundheitszentrum: Prozess



(Jacobs/Schröder 1991)

GESUNDHEITS- ZENTREN MIT ZUKUNFT



Das „Modell Brandenburg“
für eine moderne
ambulante Versorgung



(Stand: Mitte 1992)

Die Interessenvertretung: „Verband der Gesundheitszentren“ (VdGZ)

Die vielbeschworene Integration von medizinischen, psychosozialen und sozialpflegerischen Diensten steckt allenthalben noch in den Kinderschuhen. Nicht zuletzt aus diesem Grund haben Brandenburger Gesundheitszentren einen "Verband der Gesundheitszentren" (VdGZ) gegründet, um die ganzheitliche medizinische und soziale Betreuung der Bevölkerung zu fördern. "Für die moderne ambulante Medizin, insbesondere für die Betreuung chronisch Kranker, ist die ärztliche Zusammenarbeit der verschiedenen medizinischen Disziplinen von großer Bedeutung", heißt es in der Satzung.

Damit die Vorteile der Gesundheitszentren, die räumliche Nähe zahlreicher Gesundheitsberufe unter einem Dach, auch genutzt werden können, müssen nach der Überzeugung des Verbandes noch zahlreiche Konzeptionen zur Diagnostik und Therapie weiterentwickelt

werden. Dabei seien die Erfahrungen, die in der früheren DDR mit Diabetes- und Rheumadispensaires gewonnen wurden, durchaus hilfreich und eine gute Voraussetzung zur Durchsetzung solcher Konzepte. Bei der Rheuma-Behandlung komme beispielsweise der Kooperation von Ärzten mit anderen medizinischen Berufen, wie etwa Physiotherapeuten, eine große Bedeutung zu.

Der Verband strebt eine Ausdehnung auf alle Bundesländer an und spricht vor allem kooperierende Ärztehäuser, Gemeinschaftspraxen, Praxisgemeinschaften, fachübergreifende Gemeinschaftspraxen, Gesundheitszentren und auch Polikliniken an, die als Ziel die Schaffung einer modernen Medizin durch eine enge Kooperation von Ärzten und nichtärztlichen Berufen verfolgen.

(MASGF BRB, 1992)

Doch die historische Chance verstreicht...

- „Im Interesse der in der Bundesrepublik bewährten, historisch gewachsenen und der Bevölkerung und den Leistungserbringern gewohnten Strukturen und zur Abwehr einer Systemänderung ist (...) eine klare Politik bei den Polikliniken und Ambulatorien zwingend erforderlich.“
(Michael Arnold/Berndt Schirmer: Gesundheit für *ein* Deutschland, Deutscher Ärzte Verlag: Köln 1990, S. 132)
- „Auf Dauer sollten Polikliniken und Ambulatorien im Interesse der ‚Systemklarheit‘ in Deutschland nicht bestehen bleiben.“
(Arnold/Schirmer 1990, S. 131)
- „Die Niederlassung in freier Praxis ist mit dem Ziel zu fördern, dass der freiberuflich tätige Arzt zum maßgeblichen Träger der ambulanten Versorgung wird.“
(§ 311 Abs. 10 SGB V nach Einigungsvertrag)

Gleichwohl: Die Hoffnung stirbt zuletzt...

Grundsätzlich gilt, daß die Gesundheitszentren durch ihr unterschiedlich breites Angebot an ärztlichen und nichtärztlichen Leistungen der Gesundheitsversorgung günstige Anknüpfungspunkte für die Entwicklung von weitergehenden Versorgungskonzepten bieten, z.B. zur Entwicklung koordinierter Versorgungsangebote für chronisch Kranke als einer qualifizierten Fortführung und Weiterentwicklung der früheren Dispensaire-Betreuung zu einem flächendeckenden System der ambulanten Rehabilitation. Damit werden Voraussetzungen geschaffen, um die Versorgung von chronisch Kranken, z.B. von Diabeteskranken, Rheumakranken oder Herz-Kreislauf-Patienten, in Form einer rehabilitativ orientierten Langzeitbetreuung zu sichern, die modernen wissenschaftlichen Anforderungen gerecht wird. Allein hierdurch werden Entwicklungsmöglichkeiten der Gesundheitszentren aufgezeigt, die weit über Brandenburg hinaus richtungsweisend sein können.

Dringend erforderlich für die Fortführung und Erweiterung der bereits bestehenden und zur Zeit zum Teil noch durch Landesmittel geförderten kooperativen Versorgungsangebote, in denen Gebietsärzte, Diabetesberater, Diätassistenten, Physiotherapeuten, Logopäden, Sozialarbeiter u.a. zusammenarbeiten, ist die Schaffung geeigneter Vergütungsformen, die keine Benachteiligung dieser zukunftsweisenden Ansätze, sondern ihre gezielte Förderung beinhalten. Nicht zuletzt mit dem Ziel, entsprechende Initiativen zu bündeln und zu unterstützen, wurde im Frühjahr 1992 der *Verband der Gesundheitszentren (VdGZ)* mit Sitz in Potsdam gegründet, dessen Aktivitäten jedoch nicht auf das Land Brandenburg und die dortigen Gesundheitszentren beschränkt bleiben sollen; vorgesehen ist die Einbeziehung aller Formen kooperativer ambulanter Versorgung - kooperative Arzthäuser, Praxisgemeinschaften, gebietsübergreifende Gemeinschaftspraxen usw. - in ganz Deutschland. In diesem Sinne besteht durchaus die begründete Hoffnung, daß die in den kommenden Jahren aller Voraussicht nach weiterhin erforderlichen Strukturanpassungen im System der ambulanten Gesundheitsversorgung spürbare positive Impulse aus den neuen Bundesländern erhalten können.

(Jacobs/Schröder 1993)

„Nur“ zehn Jahre später...

3. Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

Die Überwindung sektoraler Grenzen bei der medizinischen Versorgung ist ein weiteres wesentliches Ziel der Reform. Deshalb wird ein Wettbewerb zwischen verschiedenen Versorgungsformen ermöglicht mit dem Ziel, dass Patienten jeweils in der ihren Erfordernissen am besten entsprechenden Versorgungsform versorgt werden können. Ein Wettbewerb zwischen unterschiedlichen Versorgungsformen beschleunigt zudem Innovationen und ermöglicht es, Effizienzreserven zu erschließen.

Die Maßnahmen sehen konkret vor:

- Künftig werden medizinische Versorgungszentren zugelassen. Diese Einrichtungen zeichnen sich durch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von ärztlichen und nichtärztlichen Heilberufen aus, die den Patienten eine Versorgung aus einer Hand anbieten. Medizinische Versorgungszentren müssen unternehmerisch geführt und von zugelassenen Leistungserbringern gebildet werden. Dabei können Freiberufler und Angestellte in diesen Zentren tätig sein. Die medizinischen Versorgungszentren werden – wie niedergelassene Ärzte – im Rahmen der vertragsärztlichen Bedarfsplanung zugelassen. Damit angestellten Ärztinnen und Ärzten von medizinischen Versorgungszentren der Weg in die eigene Niederlassung nicht erschwert oder verbaut wird, ist die Zulassung nach fünf Jahren für eine eigene freiberufliche Tätigkeit nutzbar.

(Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG); Bundestags-Drucksache 15/1525 vom 08.09.2003, S. 74)

- + Verpflichtung der Kassen zum Angebot von hausarztzentrierter Versorgung
- + Möglichkeit für Selektivverträge der sog. „besonderen ambulanten Versorgung“
- + Weiterentwicklung der integrierten Versorgung (u.a. „Anschubfinanzierung“)
- + Teilöffnung der Krankenhäuser zur ambulanten Versorgung (ASV-Vorgänger, DMP)

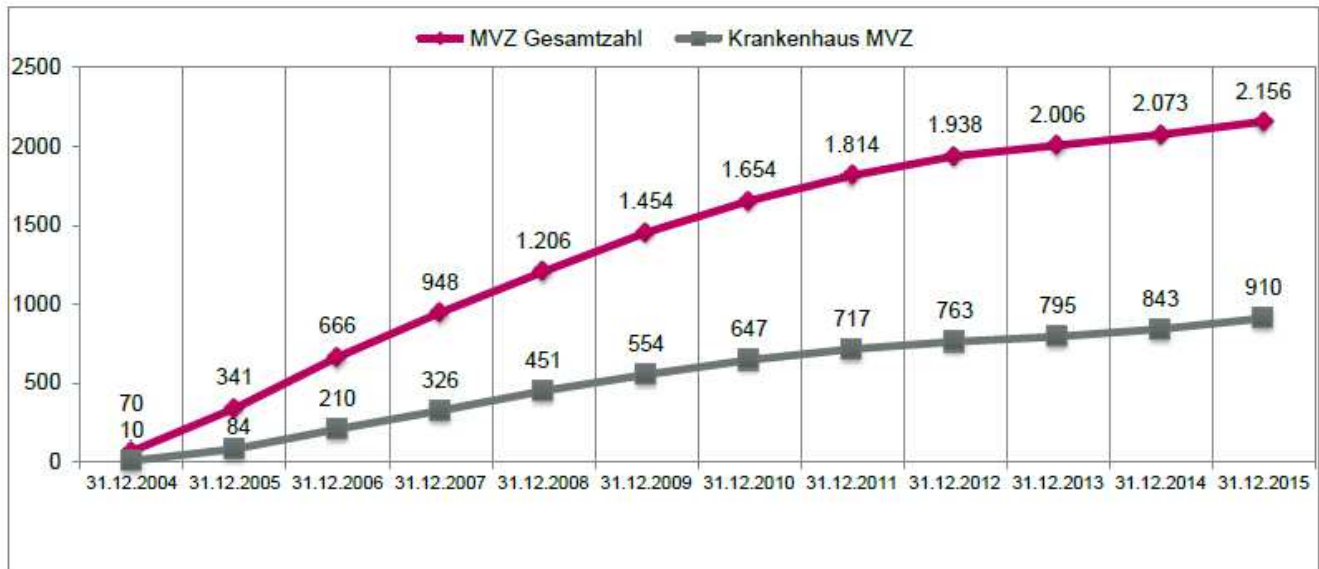
Zur Namensfindung „MVZ“

Wie die Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) zu ihrem Namen kamen

In der Bund-Länder-Arbeitsgruppe, die im Sommer 2003 das GMG erarbeitete, kam es zu grotesken ideologischen Scharmützeln, als es um die Zulassung integrierter Versorgungseinrichtungen mit angestellten Ärzten ging. Dabei spielte Professor Wolfgang Böhmer (CDU), damaliger Ministerpräsident von Sachsen-Anhalt und zu DDR-Zeiten Gynäkologe sowie langjähriger Chefarzt in einem Krankenhaus in Lutherstadt Wittenberg, eine segensreiche Rolle. Als eine CDU-Abgeordnete sich zu der Behauptung verstieg, nur ein frei niedergelassener Arzt könne ein guter, weil in seiner Entscheidung freier Arzt sein, fragte Wolfgang Böhmer sie sinngemäß: «Verehrte Frau Kollegin, wollen Sie damit etwa sagen, dass die 30 Jahre, in denen ich als angestellter Arzt gearbeitet und über 10000 Kinder zur Welt gebracht habe, verpfuscht waren?» Damit war die Sache erledigt. Dieselbe Abgeordnete wehrte sich auch vehement gegen die Bezeichnung «Gesundheitszentrum» für integrierte Einrichtungen in der ambulanten Versorgung. Das seien die ehemaligen Polikliniken der DDR, die Regine Hildebrandt in Brandenburg am Leben erhalten habe, und dieses Modell lehne sie ab. Daraufhin ging Wolfgang Böhmer zu den Beamten des BMG und meinte, sie seien doch intelligente Menschen, da werde ihnen bestimmt eine andere Bezeichnung einfallen. Die Fachleute des BMG verständigten sich daraufhin mit Fraktionsmitarbeitern der Union nach dem Vorbild der «medical centres» in den USA auf den Namen Medizinische Versorgungszentren (MVZ).

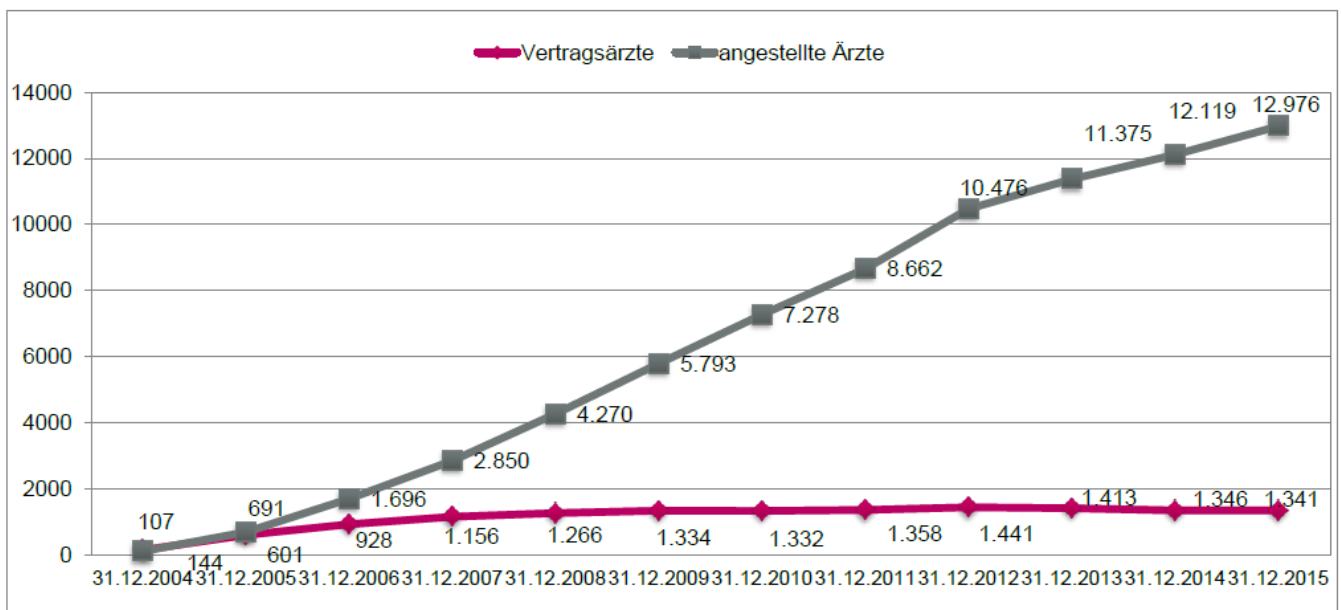
(Knieps F, Reiners H: Gesundheitsreformen in Deutschland, Huber: Bern 2015, Seite 262)

MVZ-Erfolgsgeschichte: Gründungen 2004 - 2015



(Quelle: KBV 2016)

MVZ-Erfolgsgeschichte: ÄrztInnen 2004 - 2015



(Quelle: KBV 2016)

Doch offenbar kein drängendes Thema für die KBV

Bericht des KBV-Vorstands an die Vertreterversammlung

Rede von Dr. Andreas Gassen auf der konstituierenden Sitzung der KBV-Vertreterversammlung am 2. März 2017 (Auszug)

„Ich wiederhole deshalb noch einmal die vier drängendsten Themen aus KBV 2020, die für das KV-System von vitalem Interesse sind und für die wir weitere Lösungen entwickeln müssen:

- Die stärkere Kooperation von ambulantem und stationärem Sektor, zum Beispiel im Rahmen des Belegarztwesens, mit neuen Versorgungsformen und mit der Neuausrichtung von Bereitschaftsdienst und Notfallversorgung.
- Die bessere Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen, wie zum Beispiel durch NÄPa oder den physician assistant.
- Das Vorantreiben einer Digitalisierung in der Versorgung, die sich auf wirklich sinnvolle Innovationen beschränkt – und die nicht allein aus dem Budget der Praxen finanziert wird.
- Die koordinierte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, die bei der Eigenverantwortung der Patienten ansetzt.“

(Quelle: www.kbv.de/htm/27368.php)

Wie geht's weiter? Zum Beispiel so:

Monopolkommission 

Bonn, 7. März 2017

Pressemitteilung

Monopolkommission fordert Stärkung des Wettbewerbs auf den Krankenversicherungsmärkten

- Monopolkommission beklagt wettbewerbliche Defizite in GKV und PKV, die die Effizienz der Krankenversicherung vermindern und zu unnötigen Kosten für die Versicherten führen.
- Monopolkommission spricht sich für größere Spielräume der GKV beim Versorgungsmanagement aus und regt eine Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs an, um Wettbewerbsverzerrungen zu beheben.
- Monopolkommission empfiehlt Konzept für attraktivere Wechselmöglichkeiten in der PKV und empfiehlt Vereinfachung von Tarifzusammenführungen bei Zusammenschlüssen privater Krankenversicherer.

Die Monopolkommission hat heute ihr 75. Sondergutachten mit dem Titel „Stand und Perspektiven im deutschen Krankenversicherungssystem“ vorgelegt. In diesem Gutachten weist sie in Bezug auf das Krankenversicherungssystem in Deutschland auf eine Vielzahl von ungenutzten wettbewerblichen Potenzialen hin. Wenn diese Potenziale gehoben würden, könnte dies die Zukunftsfähigkeit des Krankenversicherungssystems erheblich verbessern.

Die gesetzliche und die private Krankenversicherung (GKV und PKV) stehen vor großen Herausforderungen, unter anderem durch die fortwährend steigenden Gesundheitsausgaben. Das bestehende Krankenversicherungssystem nimmt den Versicherungen Anreize, nach Wegen für die optimale Versorgung der Patienten und Kosteneinsparungen zu suchen.

Reformbeispiel Niederlande

Seit dem 1. Januar 2006 gilt in den Niederlanden ein neues Krankenversicherungsgesetz, das nach sich über viele Jahrzehnte hinziehenden Diskussionen zu Stande gekommen ist.

Das neue System stellt einen ausbalancierten Kompromiss zwischen sozialen Grundlagen und Marktdynamik dar. Ein Versicherungssystem, das den Patienten, den Versicherten also, wirklich in den Mittelpunkt stellt.

Sich verändernde Rollen in einer neuen Zeit

Staat: regelt nicht mehr alles

Versicherte: mehr und bessere Wahlmöglichkeiten

Versicherer: Konkurrenten mit gutem Leistungsangebot

Das neue Krankenversicherungsgesetz räumt den Krankenversicherungen eine stärkere Position gegenüber den Leistungsanbietern ein. Sie sind nicht mehr gehalten, mit jedem Anbieter einen Vertrag abzuschließen, sondern können sich mit den Besten verbinden; sie können auch Bedingungen an deren Leistungen knüpfen.

Leistungsanbieter: Leistungsniveau verbessern

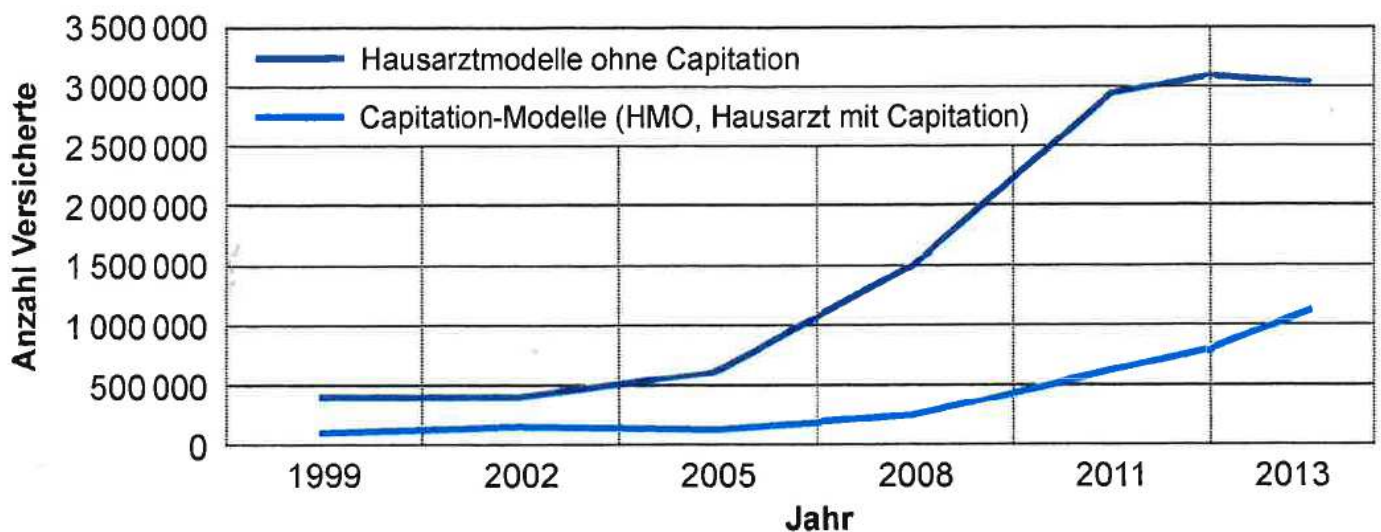
Die Anbieter medizinischer Leistungen spielten im niederländischen Gesundheitswesen von jeher eine äußerst dominante Rolle. Sie legten in ganz erheblichem Maße fest, welche Leistungen in welcher Qualität geliefert werden sollten; es bestanden kaum Anreize, Leistungen zu verbessern und zu messen.

Das neue Krankenversicherungssystem macht dem ein Ende. Die Versicherer stellen unter dem Druck ihrer Versicherten höhere Anforderungen an Verträge mit Leistungsanbietern, sowohl qualitativ als auch in finanzieller Hinsicht.

Die Leistungsanbieter werden leistungsorientierter vorgehen müssen, sie erhalten aber auch mehr Möglichkeiten an die Hand, sich von anderen zu unterscheiden und Maßarbeit zu liefern.

(Gesundheitsministerium der Niederlande, 2006)

Reformbeispiel Schweiz



Quellen: Datenpool 2013, Sasis Solothurn

Seit 2011 sind mehr als 50 Prozent der Bevölkerung freiwillig in Managed-Care-Modelle eingeschrieben und profitieren durch Beitragsnachlässe von den Einsparungen in diesen Modellen.

(Quelle: CSS Institut)

Vielen Dank für Ihr Interesse.

Prof. Dr. Klaus Jacobs

030/34646-2182

Klaus.jacobs@wido.bv.aok.de

Besuchen Sie uns im Internet

www.wido.de

Quellenangaben

Arnold M, B Schirmer (1990): Gesundheit für *ein* Deutschland. Ausgangslage, Probleme und Möglichkeiten der Angleichung der medizinischen Versorgungssysteme der Bundesrepublik Deutschland und der DDR zur Bildung eines einheitlichen Gesundheitswesens, Köln

CSS Institut für empirische Gesundheitsökonomie (o.J.): Broschüre „Das CSS Institut stellt sich vor“, Luzern; www.css.ch/de/institut/home/about-us.html

Deutscher Bundestag (1990): Enquete-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung des 11. Deutschen Bundestags, Endbericht, Bd. 1, Bonn

Jacobs K, WF Schröder (1991): Von der Poliklinik zum Gesundheitszentrum. Geordneter Wandel in der ambulanten medizinischen Versorgung: Das „Brandenburg-Modell“ der Umstrukturierung. Arbeit und Sozialpolitik 45 (5-6): 4-13

Jacobs K, WF Schröder (1993): Von der Poliklinik zum Gesundheitszentrum: Eine Bilanz nach zwei Jahren der Umstrukturierung in Brandenburg. Arbeit und Sozialpolitik 47 (7-8): 26-30

KBV; Kassenärztliche Bundesvereinigung (2016): Entwicklung der Medizinischen Versorgungszentren, Stand: 03.08.2016; www.kbv.de/media/sp/mvz_entwicklungen.pdf

Knieps F, H Reiners (2015): Gesundheitsreformen in Deutschland: Geschichte – Intentionen – Konfliktlinien. Bern

MASGF; Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg (1992): Gesundheitszentren mit Zukunft. Das „Modell Brandenburg“ für eine moderne ambulante Versorgung, Potsdam

Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport (der Niederlande) (2006): Das neue Gesundheitssystem in den Niederlanden. Tragfähigkeit, Solidarität, Entscheidung, Qualität, Effizienz, Den Haag

Monopolkommission (2017): Sondergutachten „Stand und Perspektiven des Wettbewerbs im deutschen Krankenversicherungssystem“, Pressemitteilung vom 7. März 2017, Bonn

Schröder WF, K Jacobs (1991): Entwicklung der ambulanten medizinischen Versorgung in der Region Dresden, hrsg. von der Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales der Freien und Hansestadt Hamburg, Hamburg