

# Gesundheitszentren im Land Brandenburg

## ein Modell mit Zukunft - Stand Februar 1998

---

1. Die Rahmenbedingungen zur 1990/91
2. Das Modellprojekt "Gesundheitszentren"
3. Standortverteilung in Brandenburg
4. Kompetenzgerangel in der GmbH?
5. Vorteile für Ärzte, Patienten und Vertragspartner
6. Leistungsabhängige Vergütung für Ärzte - nicht nur Formsache!
7. Das Prinzip der Honorarverteilung beeinflusst das ärztliche Verhalten
8. Ausblick für die zukünftige Entwicklung

### Die Rahmenbedingungen zur 1990/91

Das ambulante Gesundheitswesen der DDR befand sich zur Zeit der Wende 1989/90 infolge staatlich-planwirtschaftlicher Überregulierung und chronischen Finanzmangels in einem Zustand, der qualitative Veränderungen dringend erforderlich machte. In den alten Bundesländern hingegen übte man sich in einem immer schwieriger werdenden Spagat zwischen dem Recht des Patienten auf die Inanspruchnahme der Möglichkeiten des medizinischen Fortschritts und einer ständig teurer werdenden Medizin. Ärztliches Ethos gegen Wirtschaftlichkeit der Praxisführung. In Fachkreisen war längst klar, dass der Einzelpraxis nicht die Zukunft gehören würde - nur in kooperativen Strukturen könnten die Erfordernisse moderner Medizin erfolgreich gelöst werden. Für die Ärzte in den neuen Bundesländern galt also sozusagen die Stunde Null. Konsens bestand allgemein darin, dass grundlegende Veränderungen objektiv notwendig und aus Sicht der Patienten und der Ärzte auch dringend erwünscht waren.

Die Basis der ambulanten medizinischen Versorgung bildeten damals im Land Brandenburg die 83 Polikliniken und 172 Ambulatorien, abgesehen von einer großen Zahl kleinerer staatlicher Einrichtungen. Da es an wissenschaftlich begründeten Konzepten für die Neugestaltung der Gesundheitsversorgung im geeinten Deutschland und an Reformwillen mangelte wurden die poliklinischen Strukturen im Einigungsvertrag zur Disposition gestellt. Im § 311 Abs. 10 SGB V wurde gefordert, "dass der freiberuflich tätige Arzt maßgeblicher Träger der ambulanten Versorgung wird". Die Zulassung der Polikliniken zur vertragsärztlichen Versorgung wurde zunächst bis zum 31.12.1995 begrenzt. Diese Befristung wurde erst mit dem Gesundheitsstrukturgesetz, welches am 01.01.93 in Kraft trat, aufgehoben.

Jene Standesvertreter, die nicht bereit waren, Alternativen zu ihrem Leitbild vom Arzt als Freiberufler zuzulassen, stützten ihre Ablehnung poliklinischer Strukturen auf 2 Hauptargumente:

1. Sie würde das Arzt-Patienten-Verhältnis anonymisieren und die freie Arztwahl be- oder verhindern;
2. Sie seien nicht wirtschaftlich.

Inzwischen ist der praktische Beweis erbracht, dass bei Beseitigung der staatlichen Bevormundung und gleichzeitiger Implementierung leistungsfördernder wirtschaftlicher Regulative die freie Berufsausübung angestellter Ärzte innerhalb einer Betriebsstruktur nicht behindert sondern eher gefördert wird. So liegen die potentiellen Vorteile derart kooperativ strukturierter medizinischer Einrichtungen gegenüber der Einzelpraxis geradezu auf der Hand:

1. Enge Zusammenarbeit verschiedener Fachdisziplinen unter einem Dach bei konsequenter gemeinschaftlicher Nutzung der vorhandenen Ressourcen wie z.B. des medizinisch-technischen "Gerätepools" und des "Mitarbeiterpools" (medizinisches Praxispersonal);
2. Integration medizinischer und sozialer Betreuung einschl. Case-Management für chronisch erkrankte Patienten;
3. Qualitätssichernde Integration von Prophylaxe, Diagnostik und Therapie unter Nutzung des Strukturvorteils der innerärztlichen Kooperation;
4. Sicherung des erforderlichen Zeitfonds für die Fortbildung der Ärzte und des medizinischen Personals;
5. Verbesserte Abstimmung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung.

Diese integrativen Ansätze lassen sich unter den grundsätzlich gewandelten wirtschaftlichen und politischen Verhältnissen in den heutigen Gesundheitszentren unschwer erkennen, ebenso die sich daraus ableitenden betriebswirtschaftlichen Synergieeffekte. Sie ergeben sich vor allem aus der Möglichkeit der gemeinsamen Nutzung hochwertiger medizinisch-technischer Geräte sowie der Schaffung effizienter Servicestrukturen im Bereich der Verwaltung, der Gebäudebewirtschaftung usw.

### **Das Modellprojekt "Gesundheitszentren"**

Um den positiven Grundgedanken poliklinischer, d.h. kooperativer ambulanter Versorgungsstrukturen nicht gänzlich aufzugeben, wurde im Frühjahr 1991 im Land Brandenburg seitens der Landesregierung ein Förderprogramm in Form von verzinslichen Krediten zur Umstrukturierung noch bestehender Polikliniken in sich wirtschaftlich selbst tragende Gesundheitszentren aufgelegt. Die wissenschaftliche Begleitung dieses Projekts lag für einen Zeitraum von 2 Jahren in den Händen des Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH, Berlin.

Das sogenannte "Brandenburger Modell" räumte den ehemaligen Polikliniken die Möglichkeit ein, sich zu Proficentern umzustrukturieren und die medizinische Versorgung der Patienten in Form von Kapitalgesellschaften weiterhin sicherzustellen. Es sieht grundsätzlich die Möglichkeit vor, dass niedergelassene und angestellte Ärzte innerhalb eines Gesundheitszentrums gemeinsam ihre Praxen führen.

250 Brandenburgische Ärztinnen und Ärzte, brachten sich im Jahre 1991, freiwillig und zumeist entgegen den Ratschlägen professioneller Niederlassungsberater, in die modellhaft entstehenden GmbH-Betriebsstrukturen ein. Dabei mussten sie bis zum Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes das Risiko der Aufhebung ihrer vertragsärztlichen Zulassung zum 31.12.1995 persönlich in Kauf nehmen.

Diese Ärzte und ihr Praxispersonal waren aus innerer Überzeugung, aufgrund ihrer praktischen Erfahrungen bereit, das Experiment mitzugestalten, welches darauf hinausläuft, eine fachübergreifende kooperative Arbeitsform in einer Einrichtung nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten als mittelständisches Unternehmen ohne staatliche bzw. kommunale Zuschüsse zu betreiben.

Es war ihr Ziel, eine patientenfreundliche, effiziente, qualitativ hochwertige ambulante Versorgung ihrer Patienten auf der Basis koordinierter innerärztlicher Zusammenarbeit zu garantieren.

Aus heutiger Sicht war das Fehlen nennenswerter, in der Bundesrepublik Deutschland üblicherweise meist über Generationen gewachsener, ärztlicher "Besitzstände" ein begünstigender Faktor, der die hiesigen Ärzte bewog, sich für das Angestelltenverhältnis zu entscheiden.

Nach einem äußerst differenziert verlaufenen Entwicklungsprozess praktizierten Ende 1997 in den 20 Mitgliedseinrichtungen des Verbandes der Gesundheitszentren e.V. an 40 Standorten 171 angestellte Ärzte und Zahnärzte und 117 niedergelassene Ärzte in Medizinischen Einrichtungs-GmbH, Medizinischen Zentren, oder Gesundheitszentren GmbH. Innerhalb dieser Strukturen werden z.Zt. 814 Arbeitsplätze gesichert. Die sogenannten "311-er Einrichtungen" verfügen heute über 6 Jahre praktische Erfahrungen im Management fachübergreifender Gemeinschaftspraxen mit bis zu 20 Ärzten in 10 und mehr Fachrichtungen und bis zu 100 Beschäftigten.

## Standortverteilung der 29 Gesundheitszentren im Land Brandenburg (Stand 1993)



### Kompetenzgerangel in der GmbH?

Eine grundlegende Besonderheit der gem. § 311, Abs. 2 SGB V zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Einrichtungen ergibt sich aus der Interpretation des § 311 (1) SGB V durch den 15. Ausschuss des Deutschen Bundestages in Vorbereitung des GSG von 1992, welche nunmehr verbindlich regelte: "... dabei müssen innerorganisatorisch die medizinischen Sachfragen durch eine ärztlich herausgehobene Vertretung geregelt werden."

Neben dem Geschäftsführer der GmbH muss es also obligatorisch einen Ärztlichen Leiter geben.

Die ärztliche Leitung einer Gesundheitseinrichtung nach § 311 Abs. 2 SGB V ist keine Anstellungsfunktion. Der Ärztliche Leiter wird in geheimer Wahl durch das Ärztekollegium für einen Zeitraum von 2-3 Jahren gewählt.

Er stützt sich auf einen gleichfalls in geheimer Abstimmung gewählten Ärztlichen Beirat (2-3 Ärzte). Er leitet die ärztlichen Dienstbesprechungen, an denen in der Regel auch der Geschäftsführer der GmbH teilnimmt.

Aufgrund der praktischen Erfahrungen der Mitglieder des Gesundheitszentren hat sich das in der Anlage 2 definierte Aufgaben- und Verantwortungsspektrum des Ärztlichen Leiters innerhalb der Gesundheitszentrum- bzw. MEG GmbH als sinnvoll erwiesen. Modifizierungen können im Einzelfall erforderlich sein.

Für eine effiziente Unternehmensführung ist die enge, vertrauensvolle Zusammenarbeit des Ärztlichen Leiters mit dem Geschäftsführer, der die Einrichtung als juristische Person nach innen und außen eigenverantwortlich vertritt, von besonderer Bedeutung.

Der Geschäftsführer hat nicht das Recht, sich in die Belange des Ärztlichen Leiters oder der ärztlichen Tätigkeit innerhalb der Praxen einzumischen oder Weisungen zu erteilen, die das Arzt-Patienten-Verhältnis berühren. Andererseits liegt die betriebswirtschaftliche Verantwortung für das Unternehmen mit allen daraus erwachsenden rechtlichen Konsequenzen beim GmbH-Geschäftsführer.

Die Schwerpunkte der Verwaltung liegen im Management der Abrechnung ärztlicher Leistungen, Rechnungswesen und Buchhaltung, Personalführung, Einkauf und Beschaffung, Instandhaltung, Modernisierung, Bearbeitung von Versicherungsangelegenheiten etc. Eine Beeinflussung des Arzt-Patienten-Verhältnisses in den einzelnen Praxen durch den Ärztlichen Leiter oder den Geschäftsführer ist ausgeschlossen, so dass jeder angestellte Arzt für die ausreichende zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Patienten in seinem Praxisbereich persönlich verantwortlich ist.

### **Vorteile für Ärzte, Patienten und Vertragspartner**

Die Entscheidung der überwiegenden Mehrheit der angestellten Ärzte in den Gesundheitszentren für die Berufsausübung als angestellter Vertragsarzt wurde maßgeblich durch die Erwartung geprägt; dass die ärztliche Tätigkeit sowie das Arzt-Patienten-Verhältnis möglichst wenig durch verwaltungstechnisch-administrative Aufgaben belastet werden sollten.

Die angestellten Ärzte waren, im Gegensatz zu Niedergelassenen, mehr dem Zwang ausgesetzt, unkalkulierbare wirtschaftliche Belastungen und einen Wust von Management- bzw. Verwaltungsaufgaben zu übernehmen. Dadurch erhielten sie sich einen relativ hohen Zeitanteil für die Patientenzuwendung und wichtige Freiräume für die Weiterbildung und Qualitätssicherung. Die Arbeitsteilung in ärztliche Tätigkeit und Verwaltung ist logisch, ökonomisch sinnvoll und sichert in beiden Bereichen Kompetenz.

Die Zulassung der Gesundheitszentren zur ambulanten medizinischen Versorgung ist zwingend an die Wirtschaftlichkeit der Einrichtungen gebunden. Daraus ergibt sich zwangsläufig die Notwendigkeit, die Rationalisierung im Maßstab der Gesamteinrichtung als ständigen Prozess zu begreifen. Im Zentrum aller betriebswirtschaftlichen Maßnahmen stehen die Bedürfnisse der Patienten im Hinblick auf eine hohe Qualität der medizinischen Behandlung. Die entstehenden Synergieeffekte kommen gleichermaßen den Ärzten und den Patienten als Leistungsempfänger und Beitragszahler zugute.

Wie in jeder anderen Arztpraxis müssen auch in den zugelassenen Einrichtungen Praxiseinnahmen und Betriebsausgaben in einem gesunden Verhältnis ineinander stehen. Das ist nur nachvollziehbar bei exakter Erlös und Kostenzuordnung nach dem Verursacherprinzip.

Konsequenterweise wird jede Praxis als separate Kostenstelle geführt, der Erlöse, Kosten und Investitionen direkt oder nach einem internen Verteilerschlüssel zugeordnet werden.

### **Leistungsabhängige Vergütung für Ärzte - nicht nur Formsache!**

Für die langfristige Sicherung der Wirtschaftlichkeit eines Gesundheitszentrums spielt nach unserer Erfahrung das Prinzip der leistungsabhängigen Vergütung eine ganz entscheidende Rolle.

Im Rahmen des Anstellungsvertrages wird für alle Ärzte eine Basisvergütung vereinbart. Darüber hinaus wird ein leistungsabhängiger Vergütungsanteil gezahlt, der sich aus dem erwirtschafteten Überschuss der Praxis ergibt.

Das Prinzip der Auszahlung der Praxisüberschüsse an die "Praxisinhaber" wurde bewusst gewählt, um den betriebswirtschaftlich-unternehmerischen Aspekt im Handeln der Ärzte zu gewährleisten und konstant zu fördern. Andererseits wird so auf vernünftige Weise verhindert, dass der GmbH-Geschäftsführer jede noch so geringfügige Kostenentscheidung selbst fällen muss. Spätestens hier wird klar, dass der Unterschied zwischen angestellten Ärzten in Gesundheitszentren und niedergelassenen Vertragsärzten hinsichtlich der Anwendung ärztlich-standesrechtlicher und unternehmerischer Grundsätze geringer ist als allgemein angenommen wird.

Die ärztliche Therapiefreiheit und die Eigenverantwortung für die wirtschaftliche Praxisführung sind in beiden Pannen der Berufsausübung gleichermaßen postuliert.

### **Das Prinzip der Honorarverteilung beeinflusst das ärztliche Verhalten**

Die Vergütung ärztlicher Leistungen in den Gesundheitszentren des Landes Brandenburg erfolgte bis zum 31.12.95 in pauschalisierter Form. Die fachgruppenspezifischen Behandlungsfallpauschalen wurden im Jahre 1991 aus dem um 50 % gekürzten durchschnittlichen Fallwert aller ambulant tätigen Ärzte in den alten Bundesländern errechnet.

Unsere praktischen Erfahrungen belegen, dass die Behandlungsfallpauschale ursprünglich eigentlich nur als Übergangslösung gedacht, für größere kooperative Strukturen sehr wohl eine Alternative zur Einzelleistungsvergütung darstellt. Seit dem 1.1.96 rechnen die Brandenburger Gesundheitszentren vorerst nach dem neuen EBM ab und werden wie fachübergreifende Gemeinschaftspraxen behandelt. Diese Definition wird aber dem Niveau der Vernetzung und der Vielschichtigkeit der Leistungsangebote in den Gesundheitszentren nicht gerecht (im niedergelassenen Bereich ist ein wichtiges Kriterium dieser Kooperationsform die Fachgebietsnähe, während die Gesundheitszentren ein möglichst breites Angebotsspektrum medizinischer und tangierender nichtärztlicher Leistungen anstreben). Aus dieser Besonderheit (einige Einrichtungen verfügen über 10-12 Fachgruppen) sowie der spezifischen Rechtsform der GmbH resultiert eine Vielzahl abrechnungstechnischer und rechtlicher Probleme, die nur durch spezielle Vergütungsregelungen reflektiert werden können.

In einem offenen Brief an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung formulierten die Ärzte der Gesundheitszentren Anfang Februar 1996 angesichts der angekündigten Einstufung als Gemeinschaftspraxis bei Einführung der Einzelleistungsvergütung ihre ablehnende Haltung wie folgt:

"Wir sind bestrebt, die Qualität unserer ärztlichen Tätigkeit zielgerichtet weiter zu verbessern, dazu muss ein System der Leistungsvergütung wirken, welches uns Ärzte stimuliert,

- zum Wohle unserer Patienten zunehmend enger zusammenzuarbeiten und in Diagnostik und Therapie das medizinisch Notwendige statt des abrechnungstechnisch Möglichen zu veranlassen;
- den Zeitaufwand für unproduktive, nichtärztliche Tätigkeiten der Abrechnung und Verwaltung weiter zu senken;
- zielgerichtet weitere betriebswirtschaftlich-synergetische Effekte durch kooperative Nutzung materieller und personeller Ressourcen zu erschließen.

Wir haben die Erkenntnis gewonnen, dass der seit dem 1.1.1996 gültige EBM entwickelte kooperative Strukturen eher hemmt als fördert und in seiner konkreten Anwendung dazu beiträgt, die Ärzte der verschiedenen Fachdisziplinen auseinander zu dividieren."

Die Entscheidungsträger der Ärztlichen Selbstverwaltung waren bisher nicht bereit, die innerhalb der Gesundheitszentren wirkenden strukturbedingten Besonderheiten und organisatorischen Zusammenhänge objektiv zu betrachten. Ihre Sichtweise wird dadurch eingeeengt, dass sie ihr Leitbild der Freiberuflichkeit des Arztes stets an den Anfang ihrer Überlegungen stellen. Aus dieser Sichtweise resultieren z.B. solche Gegenargumente, dass die angestellten Ärzte sich durch Vergütung nach

Fallpauschalen der Wirtschaftlichkeitsprüfung entziehen wollten. Auf solchem Boden können nur schwerlich vernünftige Kompromisse gefunden werden. Die Angebote der angestellten Ärzte, zeitgemäße Vergütungsformen, die den "Hamsterradeffekt" ausschließen, unter wissenschaftlicher Begleitung modellhaft zu erproben, wurden bisher nicht zur Kenntnis genommen.

Die konsequente Entwicklung kooperativer Arbeitsformen lies das gemeinsame Streben der Ärzte nach rationellem Einsatz der verfügbaren Mittel zur Normalität werden. Das Kriterium für die Optimierung der Ausstattung mit Medizintechnik und andere Strukturentscheidungen ist nicht das Maximum an Leistungspunkten in der einzelnen Arztpraxis sondern der Gesamtnutzen für die qualitätsgesicherte Behandlung der Patienten in der Einrichtung.

Der derzeitige EBM/HVM führt diese betriebswirtschaftliche Logik bedauerlicherweise ad absurdum. Das muss zwangsläufig zu der Forderung nach einem Honorierungssystem führen, welches der besonderen Strukturentwicklung adäquat ist.

### **Ausblick für die zukünftige Entwicklung**

Die Gesundheitszentren waren seit jeher bemüht, diesem Namen immer besser gerecht zu werden, indem sie, ergänzend zur unmittelbaren ärztlichen Leistung, eine Vielfalt nichtärztlicher gesundheitlich-sozialer Anbieter in ihren Häusern angesiedelt haben. So wird den Patienten das gute Gefühl der umfassenden Betreuung vermittelt, aufwendige Wege und Wartezeiten werden vermieden. Die fallbezogene Kommunikation der Ärzte verschiedener Fachrichtungen sichert eine hohe Behandlungsqualität und das Vertrauen der Patienten.

Woher nehmen wir unsere Zuversicht, dass die entsprechend des "Brandenburger Modells" geführten ambulanten Gesundheitseinrichtungen gute Entwicklungsmöglichkeiten haben, vorausgesetzt die politischen Entscheidungsträger gewährleisten ihnen zukünftig Chancengleichheit?

Wir haben folgende Erkenntnis in die Praxis umgesetzt:

1. Ärztliche Kooperationen können nur dann einen dauerhaften Bestand haben und sich entsprechend den neuen Anforderungen dynamisch entwickeln, wenn sie nicht halbherzig aufgebaut sind, sondern auf einer engen wirtschaftlich bindenden Verflechtung aller Partner beruhen.
2. Die Ärztekoooperation muss nach klar definierten unternehmerischen Gesichtspunkten professionell gemanagt werden,
3. Vernetzungsmodelle, die als relativ lose Verbindungen konzipiert werden, halten Belastungsproben, die meistens nicht ausbleiben, auf lange Sicht nicht stand
4. Ärztliche Kooperationen, die sich nicht in erster Linie am Nutzen für den Patienten orientieren, verlieren über kurz oder lang für die Beteiligten den Sinn und die notwendige Motivationskraft.
5. Eine Kooperation ist spätestens dann zum Scheitern verurteilt, wenn einer oder mehrere Partner das Gefühl haben, dass seine bzw. ihre berechtigten Interessen nicht ausreichend berücksichtigt werden
6. Die kooperierenden Ärzte müssen in der Lage sein, Konflikte zu meistern und tragfähige Kompromisse zu finden.
7. Die Entscheidung, sich in ein kooperierendes Team einzubringen muss von den Ärzten selbst ausgehen, da sie gemeinsam das Risiko zu tragen haben.
8. Die positive Bestätigung, dass die Entscheidung für die Kooperation richtig war, muss sich bei den beteiligten Ärzten täglich neu einstellen.

*Rainer Jeniche (Geschäftsführer)*

**Bundesverband der Gesundheitszentren und Praxisnetze e.V.**