

# Dokumente

Gesundheitswissenschaften



## Bewertung der fachärztlichen Versorgungsmodelle in Deutschland

Herausgegeben von

Univ.- Prof. Dr.

Josef Weidenholzer,

Institut für Gesellschafts-

und Sozialpolitik,

Johannes Kepler

Universität Linz in

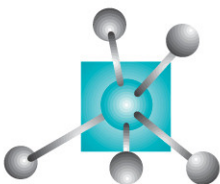
Zusammenarbeit mit

der Oberösterreichischen

Gebietskrankenkasse.

Bauer Eva  
Bock Lotte  
Bramberger Gudrun  
Dangl Christian  
Gattinger Stephanie  
Graham Lisa  
Jamöck Kathrin

Kainz Carina  
Konzett Judith  
Lang Michaela  
Lattus Philip  
Schurr Peter  
Seitz Jennifer  
Stix Birgit



Linz, 2009

# 1. INHALTSVERZEICHNIS

|  |    |
|--|----|
| <a href="#">Inhaltsverzeichnis</a> .....   | 1  |
| <a href="#">Abkürzungsverzeichnis</a> .....  | 3  |
| <a href="#">Abbildungsverzeichnis</a> .....  | 4  |
| <a href="#">1 <u>Fachärztliche Versorgung in Deutschland</u></a> .....                                   | 5  |
| <a href="#">1.1 <u>Geschichtliche Entwicklung der fachärztlichen Versorgung in Deutschland</u></a> ..... | 6  |
| <a href="#">2 <u>Integrierte Versorgung</u></a> .....  | 10 |
| <a href="#">2.1 <u>Entstehung des Konzeptes</u></a> .....  | 10 |
| <a href="#">2.2 <u>Anschubfinanzierung</u></a> .....   | 11 |
| <a href="#">2.3 <u>Analyse und Ausblick</u></a> .....  | 12 |
| <a href="#">3 <u>Medizinische Versorgungszentren</u></a> .....   | 15 |
| <a href="#">3.1 <u>Gesetzliche Grundlage</u></a> .....   | 15 |
| <a href="#">3.2 <u>Organisations- bzw. Gründungsformen</u></a> .....                                     | 15 |
| <a href="#">3.3 <u>Rechtsformen</u></a> .....  | 18 |
| <a href="#">3.4 <u>Vertragsärztliche Vergütung</u></a> .....   | 19 |
| <a href="#">3.5 <u>Entwicklungen der MVZ</u></a> .....   | 20 |
| <a href="#">3.6 <u>Status quo und Ausblick</u></a> .....   | 23 |
| <a href="#">3.7 <u>Bewertung Medizinischer Versorgungszentren</u></a> .....                              | 23 |
| <a href="#">3.7.1 <u>Vorteile</u></a> .....  | 24 |
| <a href="#">3.7.2 <u>Nachteile</u></a> .....   | 26 |
| <a href="#">3.7.3 <u>Ungenützte Potentiale</u></a> .....   | 27 |
| <a href="#">3.8 <u>Hausarztmodell vs. Facharztmodell</u></a> .....                                       | 28 |
| <a href="#">4 <u>Hausarztzentriertes Versorgungsmodell</u></a> .....                                     | 30 |
| <a href="#">4.1 <u>Definition</u></a> .....  | 30 |
| <a href="#">4.2 <u>Allgemeines</u></a> .....   | 30 |
| <a href="#">4.3 <u>Vorteile</u></a> .....  | 31 |
| <a href="#">4.4 <u>Nachteile</u></a> .....   | 32 |

|            |  |    |
|------------|--|----|
| <u>5</u>   | <u>Besondere ambulante ärztliche Versorgung</u> .....                | 33 |
| <u>6</u>   | <u>Weitere Formen der ambulanten fachärztlichen Versorgung</u> ..... | 35 |
| <u>6.1</u> | <u>Krankenhaus-assoziierte Schwerpunktpraxis</u> .....               | 35 |
| <u>6.2</u> | <u>Krankenhaus-assoziierte Facharztzentren</u> .....                 | 37 |
| <u>6.3</u> | <u>Einzelpraxis</u> .....  | 38 |
| <u>6.4</u> | <u>Gemeinschaftspraxis</u> .....                                     | 39 |
| <u>6.5</u> | <u>Praxisgemeinschaft</u> .....                                      | 41 |
| <u>7</u>   | <u>Literaturverzeichnis</u> .....                                    | 43 |

## 2. ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

|       |                                       |
|-------|---------------------------------------|
| AG    | Aktiengesellschaft                    |
| d.h.  | das heißt                             |
| DM    | Diabetes Mellitus                     |
| DMP   | Disease Management Programm           |
| evtl. | eventuell                             |
| FA    | Facharzt/Fachärztin                   |
| GbR   | Gesellschaft bürgerlichen Rechts      |
| ggf.  | gegebenenfalls                        |
| GKV   | gesetzliche Krankenversicherung       |
| GmbH  | Gesellschaft mit beschränkter Haftung |
| IV    | Integrierte Versorgung                |
| KV    | Krankenversicherung                   |
| MVZ   | Medizinisches Versorgungszentrum      |
| o.a.  | oben angeführt                        |

### 3. ABBILDUNGSVERZEICHNIS

|  |    |
|--|----|
| <a href="#"><u>Abbildung 1: Zulassungsmöglichkeiten eines MVZ (Pelleter&amp;Sohn&amp;Schöffski, 2005, S. 31)</u></a> ..... | 16 |
| <a href="#"><u>Abbildung 2: Kennzahlen, 2008 (vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2008a)</u></a> .....                 | 21 |
| <a href="#"><u>Abbildung 3: MVZ Gründungen (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2008b)</u></a> .....                        | 22 |
| <a href="#"><u>Abbildung 4: MVZ Grundtypen/Gesamtentwicklung (KBV, 2008b)</u></a> .....                                    | 22 |

## 4. FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG IN DEUTSCHLAND

Fachärztliche Versorgungsleistungen werden in Deutschland von sowohl Fachärzten und Fachärztinnen in Spitälern und Versorgungszentren als auch von niedergelassenen Fachärzten und Fachärztinnen erbracht. Deutschland verfügt im internationalen Vergleich über eine überdurchschnittlich große Zahl an Fachärzten und Fachärztinnen (vgl. IGSF Stiftung, 2004, S. 6). Mit allein 60.000 niedergelassenen Fachärzten und Fachärztinnen mit rund 120.000 Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen hat Deutschland neben Schweden und Dänemark die höchste Facharzt- und Fachärztinnendichte in ganz Europa (vgl. IGSF Stiftung, 2004, S. 6 und DFV, 2005, o.S.). Das gesundheitspolitische Leitprinzip der fachärztlichen Versorgungsstruktur beruht auf der "wohnortnahen, ambulanten fachärztlichen Versorgung auf hohem Niveau mit gleichzeitiger Möglichkeit der freien Arztwahl" (vgl. Ärzteblatt Saar, 2008, o.S.).

Aktuelle Diskussionen rund um Doppelstrukturen, Kostensenkung und Effizienzsteigerung im fachärztlichen Kontext lassen den politischen Trend in Richtung "Ausdünnung der niedergelassenen Fachärzte und Fachärztinnen" immer deutlicher erkennen. Fachärztliche Leistungen sollen verstärkt in Spitälern und größeren Versorgungszentren konzentriert werden, niedergelassene Strukturen sollen abgeschafft werden. Während Befürworter dieser Entwicklung die Ökonomie als zentrales Argumentationsmerkmal heranziehen, sehen Kritiker durch die Öffnung der Spitäler für ambulante Versorgungsleistungen enorme Gefahren: Aus der Zusammenführung – ihrer Meinung nach – nicht-vergleichbarer, fachärztlicher Tätigkeiten von Spitälern und niedergelassenen Fachärzten und Fachärztinnen resultieren sowohl personelle als auch finanzielle Überlastungen der Spitäler und deren Ärzte und Ärztinnen. Des Weiteren wird der Niedergang des Leitprinzips der fachärztlichen Versorgungsstruktur "wohnortnahe Leistungen auf hohem Niveau bei gleichzeitig freier Arztwahl" befürchtet (vgl. Scholz, 2007, o.S.).

## **4.1 Geschichtliche Entwicklung der fachärztlichen Versorgung in Deutschland**

Im folgenden Abschnitt werden die wesentlichen Bestimmungen zur Modernisierung von Versorgungsformen in Deutschland chronologisch kurz dargestellt:

### **1997 Einführung von Modellvorhaben und Strukturverträgen**

Das primäre Ziel der Modellvorhaben stellt die Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung dar. Dabei können sowohl Verfahrens- und Organisations-, als auch Finanzierungs- und Vergütungsformen der medizinischen Leistungserbringung im Mittelpunkt stehen. Die Krankenkassen können solche Modellvorhaben, welche sich auch jenseits des geltenden Sozialrechts bewegen können, in Zusammenarbeit mit Ärzten und Ärztinnen vereinbaren. (vgl. Gesundheitspolitik, o.J., o.S.)

Hinsichtlich Strukturverträge steht die Vereinbarung neuer Versorgungs- und Vergütungsformen im Fokus der Bemühungen. Diese übertragen den Hausärzten und Hausärztinnen oder Verbänden von Haus- und Gebietsärzten und -ärztinnen die Verantwortung für Qualität und Wirtschaftlichkeit von Ärzten und Ärztinnen. (vgl. Gesundheitspolitik, o.J., o.S.)

Im Zuge dieser Modellvorhaben und Strukturverträge sind die Praxisnetze von Ärzten und Ärztinnen erprobt worden. Die rechtliche Basis von Praxisnetzen sind insbesondere Modellvorhaben und Strukturverträge. Der Begriff "Praxisnetz" beschreibt kooperative Organisationsformen von niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen. Dabei können diese Kooperationen eine sehr unterschiedliche Intensität haben – von losen Zusammenschlüssen, die Informations- und Erfahrungsaustausch fördern, bis hin zu Praxisnetzen, die vertraglich festgehalten werden und bei denen die Honorierung fixer Bestandteil ist. (vgl. Berlin-Chemie AG, o.J., o.S.)

## **2000 Verträge zur integrierten Versorgung**

Verschiedenen Anbietern von Gesundheitsleistungen (Gemeinschaften von Ärzten und Ärztinnen, Krankenkassen, Krankenhausträger) wird die Möglichkeit geboten, sich zur integrierten Versorgung (sektorenübergreifende medizinische Behandlung) zusammen zu schließen. Die integrierte Versorgung kommt außerhalb des Sicherstellungsauftrages der Krankenversicherungen zu Stande. Seit 2004 dürfen Krankenversicherungen keine Partner solcher integrierter Versorgungsmodelle mehr sein, seit 2007 sind diese jedoch um die Möglichkeit eines Einschlusses von Pflegeversicherungen und -einrichtungen erweitert worden. Um dieses Modell finanzieren und der Tatsache von erhöhten Kosten in der Entwicklungsphase Rechnung tragen zu können, ist es den Krankenkassen erlaubt, bis zu einem Prozent der jährlichen Gesamtvergütung von ambulanten und stationären Behandlungen für diese Zwecke einzubehalten. (vgl. Gesundheitspolitik, o.J., o.S.)

## **2002 Implementierung von Disease Management Programmen**

Der Begriff "Disease Management Programme" (DMP) beschreibt strukturierte Behandlungsprogramme für definierte, meist chronische Indikationen. Dabei steht nicht mehr die sektorale Behandlungskompetenz im Fokus des Behandlungsablaufes, sondern – ähnlich der integrierten Versorgung – der Versorgungsbedarf des Patienten bzw. der Patientin. Typische Krankheitsbilder sind u.a. koronare Herzerkrankungen, Diabetes Typ I und II oder chronisch-obstruktive Atemwegserkrankungen. Diese Programme bzw. Leitlinien beruhen auf wissenschaftlich fundierten Behandlungsmethoden (evidence-based medicine). Für Versicherungsnehmer sind diese Programme kostenlos. Die Krankenkassen müssen für diese jedoch einen Bonus vorsehen, um die Attraktivität zu steigern. Krankenkassen erhalten seit 2002 zusätzliche Mittel für jeden Patienten und jede Patientin, der bzw. die im Rahmen eines DMPs behandelt wird. Das Ziel der DMPs ist die Anreizschaffung für Krankenkassen, sich verstärkt um die Verbesserung von Behandlungen für chronisch-kranken Patienten und Patientinnen zu bemühen. (vgl. Gesundheitspolitik, o.J., o.S.)



## **2004 Einführung von hausarztzentrierter Versorgung und medizinischen Versorgungszentren (MVZ)**

Deutsche Krankenkassen sind im Rahmen ihrer Tätigkeit dazu verpflichtet, eine flächendeckende hausarztzentrierte Versorgung sicher zu stellen. Um dieser Pflicht nachzukommen, schließen diese speziell mit besonders qualifizierten Ärzten und Ärztinnen Verträge ab. Im Mittelpunkt dieses Versorgungsmodells steht der Hausarzt bzw. die Hausärztin als "Gatekeeper", der bzw. die den Versorgungsprozess einleitet und steuert. Auch die Überweisung von Patienten und Patientinnen an Fachärzte und Fachärztinnen erfolgt im Idealfall über den Hausarzt bzw. die Hausärztin. Die vorgegebenen Qualitätsanforderungen an die Hausärzte und Hausärztinnen gehen dabei über die vertragsärztliche Versorgung hinaus. Die Teilnahme des Patienten bzw. der Patientin ist freiwillig. Teilnahmen müssen den Krankenkassen schriftlich gemeldet werden. (vgl. Gesundheitspolitik, o.J., o.S.)

MVZs beschreiben "fächerübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen", die mit 2004 in die deutsche Gesundheitslandschaft implementiert wurden. In diesen Zentren wird die Patienten- und Patientinnenversorgung von Ärzten und Ärztinnen verschiedener Fachrichtungen (selbständig oder angestellt) in Kooperation mit nicht ärztlichen Berufen (z.B. Pflege) in einheitlicher Trägerschaft übernommen. Dabei soll die Behandlungsqualität verbessert und Ressourcen sollen effizienter eingesetzt werden. Außer Krankenkassen, Wohlfahrtsverbänden und pharmazeutischen Unternehmen sind alle Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen im Gesundheitswesens als Träger eines MVZs zugelassen. (vgl. Gesundheitspolitik, o.J., o.S.)

## **2007 Einführung von ambulanter ärztlicher Versorgung**

Seit 2007 besteht für Krankenkassen die Möglichkeit, die ambulante ärztliche Versorgung für ihre Versicherten zu übernehmen. Dies wird u.a. durch Verträge mit Ärzten und Ärztinnen, MVZs oder Krankenhausträgern mit Schwerpunkt auf ambulante ärztliche Versorgung möglich gemacht. Die vertraglich zugesicherten Leistungsumfänge können dabei variieren – von gesamter ärztlicher Versorgung bis hin zur Behandlung von Teilbereichen (z.B. bestimmte Indikationen). Die Teilnahme von Versicherungsnehmern und -nehmerinnen ist auch bei diesem Modell freiwillig und mit einem Bonus versehen, welcher zur Teilnahme motivieren

soll. Teilnehmende Versicherte dürfen im Rahmen dieses Modells nur jene Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen aufsuchen, welche an diesen Verträgen beteiligt sind. Andere nur auf Überweisung. (vgl. Gesundheitspolitik, o.J., o.S.)

## **5. INTEGRIERTE VERSORGUNG**

In den nachstehenden Kapiteln soll ein kurzer Einblick in das Thema der integrierten Versorgung in Deutschland gegeben werden.

### **5.1 Entstehung des Konzeptes**

Der Begriff der integrierten Versorgung (IV) wurde vom deutschen Gesetzgeber zur Beschreibung eines Versorgungskonzeptes, wie es im SGB V in den §§ 140 ff. beschrieben ist, eingeführt. Laut § 140a SGB V ist die integrierte Versorgung "eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung" (§ 140a SGB V). Das Gesetz verzichtet jedoch auf eine exakte Definition des Terminus und überlässt die Entscheidung über die Integrationstiefe sowie die Intensität der Kooperationsbeziehungen weitestgehend den Vertragspartnern und Vertragspartnerinnen. (vgl. Mühlbacher et al., 2006, S. 10)

Programme integrierter Versorgung wurden mit dem Ziel geschaffen, die Vernetzung der medizinischen Versorgung von Allgemeinärzten bzw. Allgemeinärztinnen und Fachärzten bzw. Fachärztinnen, von ambulantem und stationärem Bereich, von Rehabilitation und in manchen Fällen auch den Apotheken zu verbessern. (vgl. OECD, 2008, S. 173) Somit soll das Konzept der IV der bereichs- und sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten dienen und zur Überwindung der Schnittstellenproblematik in einem mehrgliedrigen Versorgungssystem beitragen. (vgl. Nüllen & Noppene, 2006, S. 146f.)

In der GKV-Gesundheitsreform 2000 wurde die integrierte Versorgung als wichtiges Kernstück erstmals in den §§ 140a-h SGB V skizziert. Allerdings wurden mit diesem Konzept – infolge fehlender Anreizstrukturen – weder die inhaltlichen, organisatorischen, technischen und ökonomischen Anforderungen des deutschen Gesundheitssystems erfüllt, noch konnten integrierte Anbietersysteme geschaffen werden. (vgl. Mühlbacher et al., 2006, S. 10) Um den Gesetzesrahmen und die finanziellen Anreize zu verbessern, hat der Gesetzgeber im Jahr 2004 mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz den Gestaltungsraum für die IV in wesentlichen Punkten erweitert. Seither ist es den Krankenkassen gestattet, mit den Leistungsanbietern verschiedener Sektoren und Fachbereiche Verträge über

Programme integrierter Versorgung direkt und selektiv abzuschließen. (vgl. OECD, 2008, S. 173)

Für die Versicherten ist die Teilnahme an Programmen integrierter Versorgung freiwillig. Sie haben die Möglichkeit, sich bei ihrer Krankenkasse für angebotene Verträge der integrierten Versorgung einzuschreiben, müssen dies aber gegenüber der Krankenkasse erklären. Durch den Grundsatz der Freiwilligkeit sollte den Versicherten ein Mehrwert geboten werden, um Anreize gegenüber der traditionellen Gesundheitsversorgung zu schaffen. (vgl. Mittendorf, Schmidt, 2006, S. 6)

## **5.2 Anschubfinanzierung**

“Zur Förderung der Integrierten Versorgung hat jede Krankenkasse in den Jahren 2004 bis 2006 jeweils Mittel bis zu 1 vom Hundert von der nach § 85 Abs. 2 an die Kassenärztliche Vereinigung zu entrichtenden Gesamtvergütung sowie von den Rechnungen der einzelnen Krankenhäuser für voll- und teilstationäre Versorgung einzubehalten, soweit die einbehaltenen Mittel zur Umsetzung von nach § 140b geschlossenen Verträgen erforderlich sind. [...]” (§ 140d SGB V)

Mit der gesetzlichen Verankerung einer Anschubfinanzierung wollte der Gesetzgeber einen Anreiz für Vertragsabschlüsse schaffen und so die integrierte Versorgung fördern. Das Gesetz besagt, dass die Krankenkassen bis zu ein Prozent der Vertragsarzthonorare und der Rechnungsbeträge von Krankenhäusern einbehalten können. Auf diese Weise stehen den Kassen jährlich etwa 680 Millionen Euro für die Umsetzung von Integrationsverträgen zur Verfügung (460 Millionen aus dem Krankenhaussektor und 220 Millionen aufgrund gekürzter Vertragsarzthonorare). (vgl. Tophoven, 2005, #Integrierte Versorgung § 140a SGB V). Voraussetzung für die Einbehaltung der Finanzmittel ist allerdings die Abschließung von IV-Verträgen seitens der Krankenkassen. Werden die einbehaltenen Finanzmittel der Krankenkassen nicht binnen drei Jahren in Projekte integrierter Versorgung investiert, müssen diese an die Krankenhäuser und die im ambulanten Bereich tätigen Ärzte und Ärztinnen zurückgezahlt werden. Somit wird einerseits vermieden, dass Krankenkassen Vergütungsanteile zu Unrecht einbehalten, andererseits soll damit ein zusätzlicher Anreiz für Vertragsabschlüsse zur Integrierten Versorgung geschaffen werden. (vgl. OECD, 2008; vgl. Mühlbacher et al., 2006)

### **5.3 Analyse und Ausblick**

Der bereits seit Jahren eingeschlagene Weg hin zu wettbewerblichen Strukturen, größerer Vertragsfreiheit und der Implementierung von Managed-Care-Elementen in Deutschland, wurde mit der Einführung der integrierten Versorgung weiter verfolgt. Durch eine Überarbeitung der gesetzlichen Grundlagen konnten anfängliche Probleme, die die praktische Umsetzung der Ideen einschränkten, beseitigt und viele Vorbehalte seitens der Kostenträger und vor allem der Leistungserbringer und -erbringerinnen abgelegt werden. (vgl. Mittendorf, Schmidt, 2006, S. 46)

Um einen zusammenfassenden Überblick über die integrierte Versorgung zu geben, werden die entscheidenden Verbesserungsziele und angestrebten Vorteile, aber auch mögliche Gefahren und Nachteile dieses Konzeptes aufgezeigt.

**Ziele und Vorteile** (vgl. Tabery, 2005; Schwiedernoch, Özyurt, o.J.)

Grundsätzliches Ziel der integrierten Versorgung ist eine bessere Koordination der Behandlungsabläufe mit rascheren Behandlungspfaden und kürzeren Wartezeiten für die Patienten und Patientinnen. Die Patienten und Patientinnen werden direkt auf die richtige Versorgungsstufe gelenkt, wodurch einerseits die Effizienz erhöht wird und andererseits die Patienten und Patientinnen entlastet werden, die sektoralen Übergänge selbst zu recherchieren und zu organisieren. Bei der IV sind Patienten und Patientinnen mehr im Zentrum des Behandlungsgeschehens, sie werden zu Koproduzenten und Koproduzentinnen ihrer Gesundheit aktiviert. Die Vermeidung von Doppelbefundungen, kürzere Krankenhausaufenthalte und koordinierte, auf den Patienten bzw. die Patientin abgestimmte Abläufe führen sowohl zu einer Qualitätsverbesserung für den Patienten bzw. die Patientin als auch zu erheblichen Kostenersparnissen. Weiters wird den Versicherten durch höhere Patienten- und Patientinnenorientierung, wohnortnahe Verfügbarkeit der Behandler und Behandlerinnen und zeitnahe Informationsaustausch mehr Versorgungssicherheit geboten. Der Aspekt, dass die Leistungserbringer und -erbringerinnen im Rahmen von integrierten Versorgungsmodellen einen Ruf zu verlieren haben – nämlich sowohl gegenüber dem Patienten bzw. der Patientin, als auch gegenüber den Kassen – ist ein weiterer Ansporn zur Qualitätsoptimierung. Da sich die Kassen ihre Vertragspartner und Vertragspartnerinnen auswählen können, werden wohl eher jene Leistungserbringer und -erbringerinnen bevorzugt, die besonders gute Leistungen vorweisen können.

Weitere Vorteile, die die IV für die Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen mit sich bringt, ist die effizientere Nutzung von begrenzten Ressourcen, effizientere Weiterbildungsmöglichkeiten durch Qualitätszirkel und Fortbildungen sowie Möglichkeiten zur Geschäftsprozess- und Qualitätsoptimierung innerhalb der Organisation eines Leistungserbringers bzw. einer Leistungserbringerin und an den Schnittstellen. Zu den Zielen der integrierten Versorgung zählen außerdem die Stärkung der Kooperationsbeziehungen zwischen Leistungserbringern bzw. Leistungserbringerinnen (Synergien statt Konkurrenz) sowie die Vereinfachung der Erarbeitung und Implementierung von Disease Management Programmen.

### **Gefahren und Nachteile**

Eine Gefahr des IV-Modells könnte die Entwicklung einer angebotsinduzierten Nachfrage – insbesondere bei der Zusammenarbeit mehrerer Berufsgruppen – darstellen; dies könnte wiederum zu einer Überversorgung der Patienten und Patientinnen führen (Bauchladenmedizin). Potentielle Konflikte zwischen den Berufsgruppen können ebenso zu einer Gefahrenquelle für ein gutes Funktionieren der IV werden. Zudem geht man davon aus, dass die Therapiefreiheit der Ärzte und Ärztinnen (je nach Vereinbarung) zum einen budgetbedingten Einschränkungen und zum anderen den Leitlinien der Netzwerke unterliegen wird.

Durch das komplexe System kann es zu Problemen bei der Klärung der Verantwortlichkeiten der Beteiligten in den jeweiligen Behandlungsschritten kommen. Eine genaue Regelung und Definition des Risikos und der Schadensabgrenzung (haftungsrechtliche Fragen) ist somit unerlässlich. (vgl. Tabery, 2005, S. 125ff.)

In integrierten Versorgungsstrukturen ist die freie Arztwahl nur mehr bedingt möglich. Erfahrungen mit Managed Care in den USA haben jedoch gezeigt, dass Patienten und Patientinnen Einschränkungen hinsichtlich ihrer freien Arztwahl nur ungern hinnehmen und dem Patienten bzw. der Patientin daher diesbezüglich weiterhin möglichst viel Freiheit eingeräumt werden sollte. (vgl. Schwiedernoch, Özyurt, o.J, S.58) Ein weiterer Nachteil bei der integrierten Versorgung ist die Gefährdung der Arzt-Patienten-Beziehung. Diese kann beispielsweise durch die Größe der Zentren oder aber auch indirekt durch die Kooperationsformen entstehen. Werden beispielsweise Behandlungsverträge mit einer GmbH abgeschlossen, haftet der Arzt bzw. die Ärztin nicht mehr persönlich – das

Vertrauensverhältnis zwischen Patient bzw. Patientin und Arzt bzw. Ärztin kann dadurch beeinträchtigt werden.

Ein weiterer Nachteil kann derzeit bei der Finanzierung liegen. Diese muss dem Versorgungssystem angepasst werden, da sonst falsche Anreize gesetzt werden könnten. (vgl. Tabery, 2005, S. 125ff.) Auch die erforderlichen Investitionen in die benötigten Strukturen sind für den Kostenfaktor zu berücksichtigen.

Ob sich die integrierte Versorgung als Versorgungskonzept in der Zukunft durchsetzen wird, ist aus heutiger Sicht schwer abzuschätzen. Noch immer wird das Konzept von diversen Akteuren des Gesundheitswesens sehr kritisch beurteilt und als mit zu vielen Mängeln behaftet angesehen. Grundsätzlich positiv wird das Gesetz, das die Ausgangssituation solcher Programme signifikant verbessert hat, bewertet. Positive Impulse sind vor allem in der Patienten- und Patientinnenversorgung, der Vereinheitlichung von Behandlungsstandards sowie im interdisziplinären Informationsaustausch gesehen. Eine tatsächliche Entlastung der Kostenträger wird jedoch nicht erwartet. (vgl. Tabery, 2005, S. 108)

## **6. MEDIZINISCHE VERSORGUNGSZENTREN**

### **6.1 Gesetzliche Grundlage**

Medizinische Versorgungszentren sind nach § 95 Abs. 1 SGB V zugelassene ärztlich geleitete Einrichtungen sowie im Sinne der Bezeichnung eine Einrichtung nach § 311 Abs. 2 SGB V. Mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) (BGBl. 5702, S. 2212) sind medizinische Versorgungszentren (MVZ) zum 1.1.2004 als neue Form der Leistungserbringung in die vertragsärztliche Versorgung implementiert worden.

“Medizinische Versorgungszentren sind fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister nach Absatz 2 Satz 3 Nr. 1 eingetragen sind, als Angestellte<sup>1</sup> oder Vertragsärzte tätig sind. Die medizinischen Versorgungszentren können sich aller zulässiger Organisationsformen bedienen; sie können von den Leistungserbringern, die auf Grund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag an der medizinischen Versorgung der Versicherten teilnehmen, gegründet werden.” (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2006, S.6 )

Als Teil der vertragsärztlichen Versorgung unterliegen die MVZ der Bedarfsplanung. Die Zulassung erfolgt über den jeweiligen Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung für den Ort der Betriebsstätte (MVZ-Sitz). In Abhängigkeit vom Planungsbereich ergeben sich unterschiedliche Voraussetzungen für die Gründung eines MVZ.

### **6.2 Organisations- bzw. Gründungsformen**

Ist der Planungsbereich für die beteiligten Fachbereiche offen, können die Gründer die Zulassung für das MVZ beim zuständigen Zulassungsausschuss beantragen. Die Voraussetzungen dafür sind in der Zulassungsverordnung definiert. Abgesehen davon können Vertragsärzte und -ärztinnen ihren bestehenden Sitz in das MVZ mit einbringen und sich dann ggf. auch anstellen lassen. (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2009)

---

<sup>1</sup> Die Anstellung eines Arztes in einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum bedarf der Genehmigung des Zulassungsausschusses. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des Satzes 5 erfüllt sind. Anträge auf Zulassung eines Arztes und auf Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums sowie auf Genehmigung der Anstellung eines Arztes in einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum sind abzulehnen, wenn bei Antragstellung für die dort tätigen Ärzte Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs. 1 Satz 2 angeordnet sind. Für die in den medizinischen Versorgungszentren angestellten Ärzte gilt § 135 entsprechend.



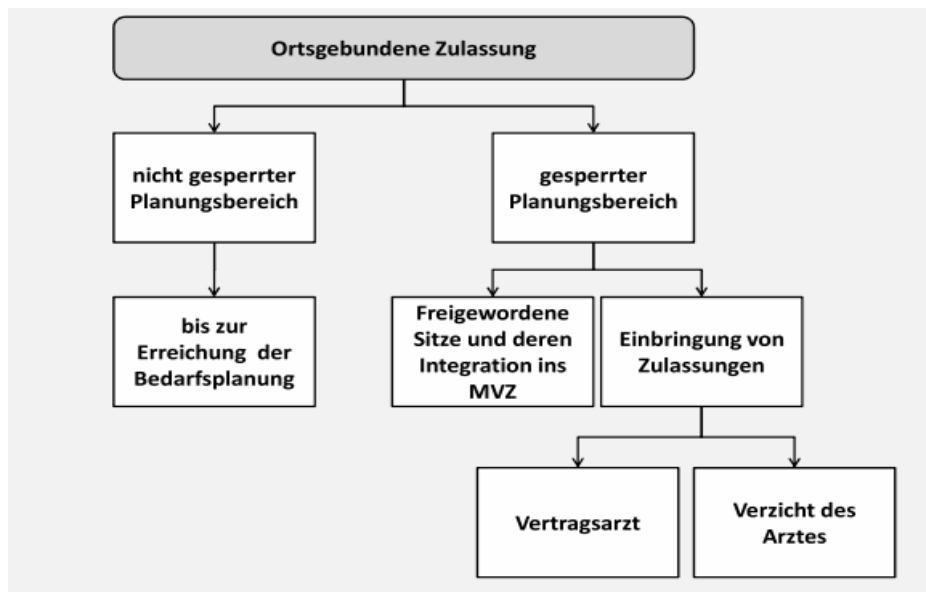


Abbildung 1: Zulassungsmöglichkeiten eines MVZ (Pelleter&Sohn&Schöffski, 2005, S. 31)

Um die ärztliche Weisungsunabhängigkeit, gegenüber von “Nicht-Ärzten bzw. Nicht-Ärztinnen” sicherzustellen, muss ein MVZ von mindestens einem Arzt bzw. einer Ärztin geleitet werden, sind in einem MVZ unterschiedliche ärztliche Berufsgruppen gemeinsam tätig (beispielsweise Ärzte bzw. Ärztinnen und Zahnärzte bzw. Zahnärztinnen oder Ärzte bzw. Ärztinnen und Psychotherapeuten bzw. -therapeutinnen oder Zahnärzte bzw. Zahnärztinnen und Psychotherapeuten bzw. -therapeutinnen), kann das MVZ auch in kooperativer Leitung geführt werden. Für die Beurteilung der fachübergreifenden Tätigkeit ist in erster Linie die Bedarfsplanung ausschlaggebend, d.h. mindestens zwei verschiedene Facharztgruppen müssen zusammenarbeiten (Bsp. Haus- und Facharztinternist bzw. -internistin; Chirurg bzw. Chirurgin und Anästhesist bzw. Anästhesistin nicht jedoch Allgemeinarzt bzw. -ärztin und Hausarztinternist bzw. -internistin.) (KV-Hessen, 2008)

MVZ können die ärztliche Tätigkeit entweder ausschließlich mit angestellten Ärzten und Ärztinnen, ausschließlich mit freiberuflich tätigen Ärzten und Ärztinnen oder mit angestellten und freiberuflich tätigen Ärzten und Ärztinnen betreiben. MVZ müssen an der Gesundheitsversorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung teilnehmen, und dürfen demnach von allen

Leistungserbringern und Leistungserbringerinnen im Sinne des Vierten Kapitels des Fünften Sozialgesetzbuches gegründet werden, die an der medizinischen Versorgung aufgrund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag teilnehmen. Hierzu zählen insbesondere:

- Vertragsärzte und -ärztinnen
- zugelassene Krankenhäuser
- Vertragspsychotherapeuten und -therapeutinnen
- Ermächtigte Krankenhausärzte, ermächtigte Ärzte bzw. Ärztinnen und Einrichtungen auf der Grundlage der Bundesmantelverträge
- Vertragszahnärzte und -ärztinnen
- ermächtigte Zahnärzte und -ärztinnen
- Heilmittelerbringer und Heilmittelerbringerinnen
- Hilfsmittelerbringer und Hilfsmittelerbringerinnen
- Apotheker und Apothekerinnen
- Leistungserbringer und -erbringerinnen für die häusliche Krankenpflege
- Leistungserbringer und -erbringerinnen für Soziotherapie
- Leistungserbringer und -erbringerinnen für sozialmedizinische Nachsorge-  
maßnahmen
- Leistungserbringer und -erbringerinnen für die spezialisierte ambulante  
Palliativversorgung
- ermächtigte andere Ärzte bzw. Ärztinnen und Psychotherapeuten bzw.  
-therapeutinnen
- Polikliniken
- ermächtigte Träger von Hochschulambulanzen
- ermächtigte Träger von psychiatrischen Institutsambulanzen
- ermächtigte Träger von Sozialpädiatrischen Zentren

(Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2009)

Seit dem 1. Januar 2007 mit Inkrafttreten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes<sup>2</sup> dürfen MVZ immer noch grundsätzlich eine unbegrenzte Anzahl von angestellten Ärzten und Ärztinnen haben, während der Bundesmantelvertrag die Anzahl der abhängig beschäftigten Ärzte und Ärztinnen in Praxen auf drei beschränkt. (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2009)

### 6.3 Rechtsformen

Grundsätzlich kann ein MVZ in jeder für den Arztberuf zulässigen Rechtsform firmieren; als

- Personengesellschaft in Form einer GbR,
- Partnerschaft oder als
- Kapitalgesellschaft in Form einer
  - GmbH oder
  - AG.

Die meisten MVZ haben sich bisher in der Organisationsform der GbR, der GmbH oder aber der Partnerschaft gegründet. Der eingetragene Verein, die offene Handelsgesellschaft und die Kommanditgesellschaft sind keine wählbaren Rechtsformen für MVZ. Die Wahl der Rechtsform hängt von der Entscheidung ab, ob das MVZ ausschließlich mit Vertragsärzten und -ärztinnen oder mit Vertragsärzten und -ärztinnen und im MVZ angestellten Ärzten und Ärztinnen oder ausschließlich mit vom MVZ angestellten Ärzten und Ärztinnen betrieben werden soll. (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2008)

---

<sup>2</sup> Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) trat am 1. Januar 2007 in Kraft. Es hat die Möglichkeiten der Berufsausübung für Vertragsärzte stark erweitert und flexibilisiert. So kann ein Arzt nun an mehreren Orten gleichzeitig praktizieren. Dies muss nicht in der eigenen Praxis geschehen, sondern ist auch in Anstellung möglich. Arbeitgeber können andere niedergelassene Ärzte, Medizinische Versorgungszentren oder auch Krankenhäuser sein. Zusammenschlüsse von Medizinern über Orts-, Praxis- und Fachgebietsgrenzen hinweg sind erlaubt, ebenso wie Teilzeitarbeit. Altersbeschränkungen wurden gelockert. Die neuen Möglichkeiten sollen helfen, dem drohenden Ärztemangel in manchen Regionen zu begegnen. Aufgrund der größeren Vielfalt an Beschäftigungsmodellen wird eine ambulante Tätigkeit für den medizinischen Nachwuchs attraktiver. <http://www.kbv.de/publikationen/gesundheitslexikon.asp?range=z>

Durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz sind die Anforderungen für die Gründung eines MVZ als Kapitalgesellschaft angehoben worden. Seit dem 1. Januar 2007 müssen die Gesellschafter und Gesellschafterinnen eines MVZ in der Rechtsform einer juristischen Person des Privatrechts eine selbstschuldnerische Bürgschaftserklärung für die Forderungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und gesetzlichen Krankenkassen abgeben.

Die Tatsache, dass der Gesetzgeber nicht definiert hat, in welcher Höhe diese selbstschuldnerische Bürgschaftserklärung abzugeben ist, führt jetzt dazu, dass es für kommunale Krankenhausträger in einigen Bundesländern nicht mehr möglich sein wird, MVZs zu gründen, da die Gemeindeverordnungen der Länder verbieten, dass sich Kommunen zu Übernahme von Verlusten in unbestimmter oder unangemessener Höhe verpflichten. D.h. wird ein MVZ als unselbständiger Bestandteil einer kommunalen Krankenhaus-GmbH errichtet, so ist die Kommune die Gesellschafterin und nach kommunalrechtlichen Bestimmungen müsste die Übernahme o.a. Bürgschaftserklärung einer Genehmigung entgegenstehen. Wird hingegen ein MVZ als rechtlich selbständige Form einer GmbH durch eine kommunale Krankenhaus-GmbH gegründet, so ist letztere die Gesellschaft des Medizinischen Versorgungszentrums, und somit zur Abgabe der Bürgschaftserklärung verpflichtet, wodurch das niedersächsische Innenministerium zur Rechtsauffassung kommt, das in diese Konstellation nicht unter den Zulässigkeitsvorbehalten der Gemeindeverordnung fällt. (Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2008)

## **6.4 Vertragsärztliche Vergütung**

“Die Krankenkasse entrichtet nach Maßgabe der Gesamtverträge an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung mit befreiender Wirkung eine Gesamtvergütung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Mitglieder mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung einschließlich der mitversicherten Familienangehörigen”. (§ 85 Abs. 1 Bundesmantelvertrag)

“Die Kassenärztliche Vereinigung verteilt die Gesamtvergütungen an die Vertragsärzte; in der vertragsärztlichen Versorgung verteilt sie die Gesamtvergütungen getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung.” (§ 85 Abs. 4 Bundesmantelvertrag)

## **6.5 Entwicklungen der MVZ**

### **Gründungsmotive**

Eine, 2007 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Auftrag gegebene Umfrage erob die Motive für die Gründung eines MVZ.

- Erweiterung der eigenen Position am Gesundheitsmarkt (24,0 %)
- Steigerung der Effizienz (16,3 %)
- Möglichkeit der Anstellung von Ärzten und Ärztinnen (11,5 %)
- verringertes Investitionsrisiko (2,9 %)
- Entlastung von Verwaltungsaufgaben
- flexibleren Arbeitszeiten

In diesem Survey wurde weiter die Entwicklung der MVZ beschrieben.

### **2004 bis 2005**

- MVZ kooperieren hauptsächlich mit niedergelassenen Ärzten bzw. Ärztinnen und Krankenhäusern.
- Jedes vierte MVZ war Vertragspartner der Integrierten Versorgung.
- 40,4 % der Befragten nahmen an einem Disease-Management teil
- MVZ verfügen über ein hohes Vernetzungspotential und der Bereitschaft zur Bildung von Kooperationen über den ambulanten Sektor hinaus verfügen.(vgl. Armbruster, S., Lubs, S., Röhrig, N., Wagner, K.; 2006)

### **2008**

- MVZ werden sowohl in städtischen als auch ländlichen Gebieten gegründet
- Mehrzahl der MVZ in Gebieten mit einer hohen Einwohnerzahl und -dichte

- An der überwiegenden Zahl der MVZ sind Vertragsärzte und Vertragsärztinnen und Krankenhäuser als Träger beteiligt. 37,2 Prozent aller MVZ befinden sich im 3. Quartal 2008 in Krankenhausträgerschaft.
- MVZ in Trägerschaft von Krankenhäusern konzentrieren sich stärker in den neuen Bundesländern.
- MVZ sind sowohl im städtischen, als auch im ländlichen Bereich, da jedoch in jenen Bereichen mit einer höheren Bevölkerungsdichte, vertreten
- Hausärzte bzw. -ärztinnen und Internisten bzw. Internistinnen sind die am häufigsten vertretenen Fachgruppen in den MVZ
- Die MVZ arbeiten im 4. Quartal 2008 mit durchschnittlich 4 bis 5 Ärzten und Ärztinnen.

(Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2008)

|  |                                 |
|--|---------------------------------|
| Anzahl der Zulassungen                   | 1.152                           |
| Gesamtzahl der im MVZ tätigen Ärzte      | 5.183                           |
| Ärzte im Anstellungsverhältnis           | 3.921 (76%)                     |
| MVZ-Größe                                | Ø 4,5 Ärzte                     |
| vorwiegende Gründer                      | Vertragsärzte und Krankenhäuser |
| in Trägerschaft von Vertragsärzten       | 54,6%                           |
| in Trägerschaft eines Krankenhauses      | 37,2%                           |
| vorwiegende Rechtsformen                 | GmbH, GbR, Partnerschaft        |
| Am häufigsten beteiligte Facharztgruppen | Hausärzte und Internisten       |

Abbildung 2: Kennzahlen, 2008 (vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2008a)



Abbildung 3: MVZ Gründungen (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2008b)

- Die Gesamtanzahl der MVZ steigt kontinuierlich, die Anzahl der MVZ bei denen ein Krankenhaus als Träger beteiligt ist steigt hingegen stärker.

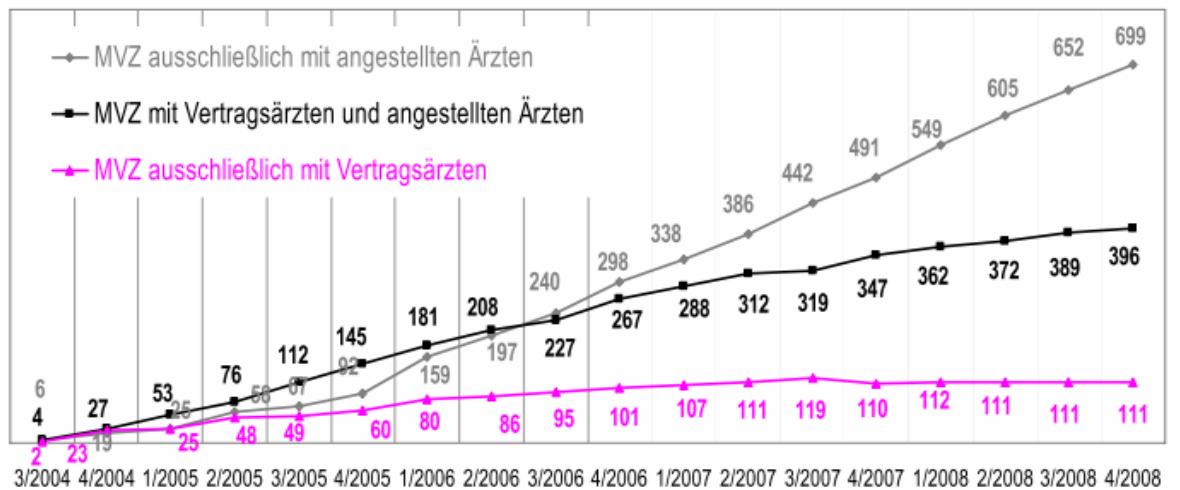


Abbildung 4: MVZ Grundtypen/Gesamtentwicklung (KBV, 2008b)

- Weniger als zehn Prozent der MVZ arbeiten ausschließlich mit Vertragsärzten und -innen. (vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2008a)

## **6.6 Status quo und Ausblick**

Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz trat mit 1.1.2004 in Kraft. Seither wurden über 1.000 Medizinische Versorgungszentren (MVZ) gegründet, in welchen mehr als 5.000 Ärzte und Ärztinnen tätig sind. (vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2009, o.S.)

Durch die Gründung von MVZ ergeben sich erhebliche Vorteile für die dort beschäftigten Ärzte und Ärztinnen sowie für die Patienten und Patientinnen. Das Führen einer Einzelpraxis wird in Zukunft eine große Herausforderung darstellen, da diese aufgrund der wachsenden Ansprüche nicht mit den MVZ mithalten können wird. (vgl. Schraeder, 2008, o.S.)

Experten und Expertinnen sind der Meinung, dass die Einzelpraxis bzw. die Facharztpraxis in den kommenden zehn Jahren zum Auslaufmodell wird, da sie voraussichtlich dem starken Konkurrenzdruck der MVZ unterliegen wird. (vgl. Gynäkologische Nachrichten, 2009, o.S.)

“Medizinische Versorgungszentren sollen die Medizinlandschaft von morgen prägen.” Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung sieht MVZ sogar als die “Zukunft der ambulanten Versorgung”. (R. Steinbrück, 2008, o.S.)

Zukünftig sind hinsichtlich der medizinischen Versorgung in den Zentren weitere wichtige Schwerpunkte, wie Seniorenbezogene Medizin, Sportmedizin, Ernährungsmedizin und Zahnmedizin, oder Anbindungen an Apotheken, Sanitätshäuser oder kosmetische Institute, gut vorstellbar. MVZ gehen somit immer mehr in Richtung einer ganzheitlichen Medizin. (vgl. Schraeder, 2008, o.S.)

## **6.7 Bewertung Medizinischer Versorgungszentren**

Medizinische Versorgungszentren sind in Deutschland seit dem Jahr 2004 möglich. Seit mehr als vier Jahren ist diese neue Form der medizinischen Versorgung in das deutsche Gesundheitssystem integriert und wurde von diversen Organisationen und Institutionen evaluiert. Im Folgenden sollen die wesentlichen Vor- und Nachteile sowie die Chancen und Risiken von MVZ dargestellt werden.



## **6.7.1 Vorteile**

### **Arzt bzw. Ärztin**

Einer der wohl wesentlichsten Aspekte, die für die Tätigkeit eines Arztes bzw. einer Ärztin in einem MVZ sprechen, ist die Möglichkeit, einer vertragsärztlichen Tätigkeit nachzugehen. Dies bedeutet für den Arzt bzw. die Ärztin, dass er bzw. sie kein wirtschaftliches Risiko eingeht und somit auch nicht mit seinem bzw. ihrem Privatvermögen haftet. Durch die Angestelltensituation ist es auch möglich, weitgehend geregelten Arbeitszeiten nachgehen zu können und einen Anspruch auf Urlaub geltend machen zu können. (vgl. Hemmers, 2008, o.S.) Durch den Zusammenschluss mehrerer Ärzte und Ärztinnen in ein Zentrum können administrative und organisatorische Aufgaben an eine zentrale Stelle ausgelagert werden sodass sich die Ärzte und Ärztinnen auf ihre Kerntätigkeiten konzentrieren können. (vgl. Müller/Köppl, 2008, o.S.) So ist es möglich, die Praxisorganisation zu optimieren, Terminvereinbarungen werden flexibler und unter Umständen auch kurzzeitiger möglich. (vgl. MVZ Westerwald, o.J., o.S.) Neben dem Zusammenschluss von Ärzten und Ärztinnen ist es aber auch möglich, weitere Gesundheitsdienstleister und -dienstleisterinnen wie z.B. Therapeuten und Therapeutinnen, Bandagisten und Badagistinnen oder Apotheker und Apothekerinnen in das MVZ zu integrieren um so ein möglichst umfassendes Angebot nach dem Motto "one stop shopping" anbieten zu können. Eine elektronische Gesundheitsakte, auf die innerhalb des MVZ alle Professionisten zugreifen können, ermöglicht den Behandelnden ein möglichst umfassendes und vollständiges Bild über den Patienten bzw. die Patientin zu bekommen. Behandlungen können so optimal aufeinander abgestimmt werden, Fehlmedikationen und -behandlungen können auf ein Minimum reduziert werden. (vgl. Müller/Köppl, 2008, o.S.)

Der Einstieg in ein MVZ bietet vor allem auch jungen Ärzten und Ärztinnen viele Chancen: der Einstieg in die ambulante Versorgung wird durch das wegfallende finanzielle Risiko erleichtert, Investitionsaufwände werden zwischen den Kooperationspartnern und -partnerinnen geteilt und eine zweite Meinung zur Sicherung der Diagnose kann schneller und unkomplizierter eingeholt werden.

Aber auch für ältere Ärzte bzw. Ärztinnen bietet das MVZ Vorteile wie z. B. die Möglichkeit, der vertragsärztlichen Tätigkeit bis zum 68. Lebensjahr nachzugehen, wenn gewünscht auch in Form eines Altersteilzeitmodelles. (vgl. Merck, 2007; S1

f.) Außerdem ist eine Nachfolgerregelung im deutschen MVZ möglich was bedeutet, dass rechtzeitig ein Nachfolger bzw. eine Nachfolgerin für den ausscheidenden Arzt bzw. die Ärztin akquiriert werden kann. Eine nahtlose Übergabe der Tätigkeiten und des Patienten- und Patientinnenstammes wird so ermöglicht. (vgl. Hemmers, 2008, o.S.)

Aus wirtschaftlicher Sicht kommen auch kostendämpfende Effekte in Medizinischen Versorgungszentren zum Tragen: Durch die Realisierung von Synergieeffekten – durch die gemeinsame Nutzung von Räumlichkeiten und Infrastruktur, die Zentralisierung des administrativen Arbeitsaufwandes oder die einheitlichen elektronischen Patientenakte – und durch economies of scale – erzeugt durch die Konzentration auf das Kerngeschäft des Arztes bzw. der Ärztin, nämlich die Behandlung, Beratung und Betreuung der Patienten bzw. der Patientin, können die entstehenden Kosten gedämpft werden. Weiters findet durch die gemeinsame Nutzung von Ordinationsräumlichkeiten und medizin-technischen Geräten im Bereich der Kapazitätsauslastung eine Risikoverteilung statt. (vgl. Dietrich, o.J., o.S.)

### **Patient bzw. Patientin**

Der Patient bzw. die Patientin genießt bei interdisziplinären MVZ den Vorteil, umfassende Versorgung aus einer Hand zu erhalten. Dies führt zu kurzen Wegen und durch die bessere Abstimmung unter den Ärzten und Ärztinnen im besten Fall auch zu einer Minimierung der Wartezeiten. Durch Vorhandensein einer zentralen Patientenkartei können Doppeluntersuchungen vermieden und Kommunikations- sowie Informationslücken geschlossen werden. Um sich von anderen Ärztezentren abzugrenzen bieten einige MVZ auch zusätzliche Serviceleistungen wie Patienten- und Patientinnenschulungen, Telefonsprechstunden oder Terminkoordination an. (vgl. Hemmers, 2008, o.S.) Durch die Anwesenheit verschiedener Ärzte und Ärztinnen unter einem Dach können die Öffnungszeiten ausgeweitet werden, so dass sich Arztbesuche besser in den Alltag des Patienten bzw. der Patientin integrieren lassen. Vereinen sich besonders engagierte und geschäftstüchtige Ärzte und Ärztinnen unter einem Dach so ist es möglich, die Ordinationszeiten des MVZ an die allgemein gültigen Ladenöffnungszeiten anzugleichen. (vgl. Cornelius, o.J., o.S.)

Grundsätzlich kann gesagt werden, dass jene Aspekte, die für die Ärzte und Ärztinnen eines MVZ einen Vorteil darstellen, in den meisten Fällen auch in einer positiven Form für den Patienten bzw. die Patientin spürbar werden.

## **Medizinische Versorgungszentren**

Global gesehen besteht der große Vorteil eines medizinischen Versorgungszentrums darin, sich durch besondere Patienten- und Patientinnenfokussierung und interdisziplinäre Zusammenarbeit und eventuell angebotene Serviceleistungen von anderen medizinischen Anbietern und Anbieterinnen abzugrenzen. Durch die zentrale Erledigung administrativer Aufgaben, günstiger Konditionen beim Einkauf von Verbrauchsgütern für die Ordinationen und Einkaufsgemeinschaften bei kostspieligen technischen Geräten ist es möglich, wirtschaftlicher zu arbeiten.

### **6.7.2 Nachteile**

Recherchiert man die unzählige Literatur, die es zum Thema Medizinische Versorgungszentren gibt, so finden sich folgende Vorurteile immer wieder:

- Lange Wartezeiten
- Hohe Anonymität und Massenabfertigung der Patienten und Patientinnen
- Schlechte Qualität der Prozesse und mangelhafte Fähigkeit der Ärzte und Ärztinnen
- Profitorientierung der Ärztezentren (vgl. Cornelius, o.J., o.S.)

Ein Problem für die Gründung eines MVZ stellt sich mitunter schon in der Planungsphase dar. Bei einer Befragung gaben zwei Fünftel der befragten MVZ an, vor bzw. während der Gründungsphase Probleme mit dem Zulassungsausschuss gehabt zu haben. Ein weiteres Hindernis stellte die Verzögerungstaktik der Krankenversicherungen dar. Auch die Abrechnung birgt für ca. ein Drittel der MVZ eine Schwierigkeit. (vgl. Müller, Köppl, 2008, o.S.)

Die niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen stehen den medizinischen Versorgungszentren skeptisch bis negativ gegenüber, da sie durch die Bildung von Zentren ihre Existenz bedroht sehen.

Besonders im ländlichen Bereich können sich durch die Bündelung fachärztlicher Leistungen längere Wege für die Patienten und Patientinnen ergeben. Gab es früher eine dezentrale ärztliche Versorgung, so kommt es durch die MVZ zu einer zentralisierten Leistungserbringung. In manchen Gebieten kann dies auch zu einer Unterversorgung führen. (vgl. o.A., 2008, o.S.)

Wird die interdisziplinäre Zusammenarbeit und enge Kooperation der Ärzte und Ärztinnen eines MVZ oben als Vorteil dargestellt so gilt es auch zu berücksichtigen, dass eben diese Vorteile bei mangelndem Engagement und Verantwortungsbewusstsein einzelner Ärzte und Ärztinnen zu Nachteilen werden können: wirtschaftliche Nachteile die evtl. durch eine einzelne Person entstehen müssen von den anderen Beteiligten kompensiert werden, gibt es ein oder zwei Ärzte bzw. Ärztinnen, die sich der Innovation verweigern und nicht gewillt sind, Investitionen zu tätigen, so trifft dies das gesamte Ärztezentrum. Funktioniert die Zusammenarbeit nicht reibungslos und mit nahezu blindem Vertrauen kann viel Zeit in Form von Besprechungen und Auseinandersetzungen verloren gehen. (Dietrich, o.J., o.S.)

### **6.7.3 Ungenützte Potentiale**

Bei der Analyse der Vor- und Nachteile der medizinischen Versorgungszentren konnten auch diverse ungenützte Potentiale festgestellt werden. Da MVZ erst seit kurzer Zeit in Deutschland etabliert sind befindet man sich nach wie vor in einem Lern- und Weiterentwicklungsprozess.

Folgende ungenützte Potentiale haben sich bei einer Umfrage des Bundesverbandes Medizinische Versorgungszentren herauskristallisiert:

Durch die Auslagerung arztfremder Bürokratie – dies umfasst z. B.: Terminkoordination, Buchhaltung, etc. – können erhebliche Einsparungspotentiale erzielt werden. Jedoch hat nur knapp die Hälfte der MVZ eine Person für eben diese Tätigkeiten eingestellt um diese Potentiale zu nutzen. Weiters nutzt ebenfalls nur die Hälfte der Ärztezentren die Möglichkeit, auch Kooperationen mit nicht ärztlichen Leistungserbringern wie Apotheken oder Bandagisten bzw. Bandagistinnen einzugehen.

Betrachtet man die gemeinsame Verwendung elektronischer Patientinnenakten innerhalb eines Versorgungszentrums, so zeigt sich hier ein wesentlich positiveres Bild als bei oben genannten Aspekten: Vier Fünftel der Ärztezentren haben gemeinsame elektronische Patientenakten in Verwendung und generieren dadurch Vorteile. Besonders bei kleinen MVZ gibt es noch Möglichkeiten zur Verbesserung, da hier nur zwei Drittel der Zentren auf den elektronischen Akt zurückgreifen.

Ein oft genannter Vorteil von medizinischen Versorgungszentren ist die Möglichkeit der Zusammenarbeit verschiedener Fachdisziplinen. Jedoch wird

diese Möglichkeit nicht immer ausreichend genutzt, vor allem bei fachärztlichen Schwerpunkten werden die meisten Patienten nur von einem Arzt bzw. einer Ärztin des Zentrums behandelt. (vgl. Müller, Köppl, 2008, o.S.)

## **6.8 Hausarztmodell vs. Facharztmodell**

Dem weit verbreiteten und gut etablierten Hausarztmodell steht das in Verbindung mit der vieldiskutierten integrierten Versorgung genannte Facharztmodell gegenüber. In diesem sollen lokal gebündelte Verbände aus Fachärzten und Fachärztinnen die miteinander kooperieren die extramurale Versorgung der Patienten und Patientinnen sicherstellen.

Das Facharztmodell kommt ohne Hausärzte und Hausärztinnen aus oder schränkt zumindest deren Funktion oder deren benötigte Anzahl massiv ein. Daher dürfte die Diskussion eines solchen Modells für mehr als ausreichend Zündstoff sorgen und starken Widerstand seitens der Allgemeinmedizinerschaft hervorrufen, besonders in Ländern in denen das Hausarztmodell bereits etabliert ist.

In Deutschland wurde diese Diskussion 2004 geführt als sich die Fachärzte und Fachärztinnen durch gesundheitspolitische Veränderungen bedroht sahen. Die Vertretung der Fachärzte und Fachärztinnen kündigte an, dem Hausarztmodell ein Facharztmodell entgegenzustellen und argumentierte mit einer Verbesserung der Qualität und Einsparungspotential. Die Vertretung der Hausärzte und Hausärztinnen reagierte prompt ihrerseits mit der Ankündigung von Kampfmaßnahmen. (vgl. Scharmann, 2004, S. 1f)

Das in Deutschland vorgeschlagene Modell ist inhaltlich noch nicht im Detail ausformuliert und eine mögliche Umsetzung in die Realität erscheint mehr als unrealistisch. Deshalb ist davon auszugehen, dass die Existenz des Facharztmodells lediglich den Zweck eines politischen Tauziehens erfüllt, zumindest in der Variante welche die ganze Berufsgruppe der Allgemeinmediziner und -medizinerinnen überflüssig machen würde.

Theoretisch könnte ein Facharztmodell in etwa die folgenden Vorteile bringen:

- Schnittstellen im extramuralen Bereich können verringert und effizienter werden
- Die Wege für die Patienten und Patientinnen werden verringert, da sich die unterschiedlichsten Spezialisten und Spezialistinnen an einem Ort befinden
- Das Wissen von Spezialisten und Spezialistinnen unterschiedlichster Fachrichtungen wird an einem Ort gebündelt und vernetzt
- Doppeluntersuchungen können verhindert werden
- Die Verrechnung könnte vereinfacht werden
- Einsparungen sind möglich

Ein Facharztmodell würde aber auch Nachteile mit sich bringen:

- Spezialisten und Spezialistinnen neigen dazu, sich voll und ganz auf ihr Fachgebiet zu konzentrieren und verlieren dadurch die Sicht auf das Ganze
- Spezialisten und Spezialistinnen neigen dazu, vorhandene Probleme in ihr eigenes Fachgebiet hineinzudeuteln
- Die vielfältigen Funktionen eines Hausarztes bzw. der Hausärztin lassen sich durch die Fachärzteschaft nicht ersetzen
- Die Umsetzung würde gegen starken Widerstand, hauptsächlich seitens der Allgemeinmediziner und -medizinerinnen, stoßen

## **7. HAUSARZTZENTRIERTES VERSORGUNGSMODELL**

### **7.1 Definition**

Bemühungen in Richtung Hausarztmodell der Krankenkassen gab es in Deutschland bereits in den 70er Jahren. Seit der Einführung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz) im Jahr 2004 sind die gesetzlichen Krankenkassen dazu verpflichtet, den Versicherten Hausarztmodelle anzubieten (§ 73b SGB V). Dies bedeutet, dass die Versicherten primär den Hausarzt bzw. die Hausärztin aufsuchen, der bzw. die dann über die Behandlung oder die Überweisung an einen Facharzt bzw. eine Fachärztin entscheidet. Die Bindung der Versicherten an das Hausarztmodell beträgt mindestens ein Jahr. Im Gegenzug dazu kann die Krankenkasse Boni, wie beispielsweise die Erlassung der Praxisgebühr, anbieten (§ 65a SGB V). (vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2006, o.S.)

Die Krankenkassen schließen Hausarztmodell-Verträge nur mit besonders qualifizierten Ärzten und Ärztinnen und medizinischen Versorgungszentren ab. Weiterhin keine Überweisung benötigt man für Augenärzte und -ärztinnen und Gynäkologen und Gynäkologinnen. (vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2006, o.S.)

### **7.2 Allgemeines**

Das hausarztzentrierte Versorgungsmodell, oder Hausarztmodell, macht den Hausarzt bzw. die Hausärztin zum Lotsen bzw. zur Lotsin für Patienten und Patientinnen zu Fachärzten und Fachärztinnen und Krankenhäusern. Die Patienten und Patientinnen kontaktieren den Hausarzt bzw. die Hausärztin und werden von diesem bzw. dieser nach Beurteilung der weiteren Untersuchungs- und Behandlungsnotwendigkeit zum entsprechenden Facharzt bzw. Fachärztin überwiesen. Durch die klare Spezialisierung und Abgrenzung des Tätigkeitsfeldes sind Gynäkologen bzw. Gynäkologinnen, Augenärzte bzw. Augenärztinnen und Kinderärzte bzw. Kinderärztinnen (für Kinder bis 16 Jahre) vom Hausarztmodell ausgeschlossen. Diese können ohne Überweisung vom Patienten bzw. von der Patientin selbst aufgesucht werden. Hier gibt es jedoch keine Erstattung der Praxisgebühr durch die Krankenkasse. (vgl. FOCUS, 2005; gesundheit.de, 2004)

Um die die Qualität des Modells, der Untersuchungen und der Behandlungen zu gewährleisten, ist der Hausarzt bzw. die Hausärztin dafür verantwortlich, eine Dokumentation aller Befunde und Therapien der Patienten bzw. der Patientin anzulegen (auch Befunde und Therapieabläufe der Fachärzte und Fachärztinnen). Die teilnehmenden Hausärzte und Hausärztinnen tragen auch die wirtschaftliche Verantwortung für Behandlungen und Therapien. Die Erfüllung von Zielvereinbarungen mit den Krankenkassen dient als Grundlage für Bonuszahlungen an die Ärzte und Ärztinnen. Diese Zielvereinbarungen setzen eine finanzielle Eigenverantwortung der Ärzte und Ärztinnen voraus. Der Arzt bzw. die Ärztin entscheidet, ob er bzw. sie eine kostenintensive ambulante Behandlung oder eine noch aufwändigere stationäre Behandlung vorschlägt. (vgl. FOCUS, 2005; gesundheit.de, 2004)

Durch diese Eigenverantwortung sowohl in finanzieller und wirtschaftlicher Hinsicht, als auch in hinsichtlich Qualität der Diagnose und Behandlung, sind Hausärzte und Hausärztinnen "Gesundheitskoordinatoren bzw. -koordinatorinnen". (vgl. FOCUS, 2005; gesundheit.de, 2004)

Diese Koordination erfordert auch eine Kooperation mit den Hausapotheken, welche eine wichtige Rolle im hausarztzentrierten Versorgungsmodell einnehmen. Hausapotheken übernehmen die Rolle des "Schutzengels" für Patienten und Patientinnen, weil sie die kompetenten Vertrauenspersonen und Partner bzw. Partnerinnen in Sachen Arzneimitteln sind. Der Hausapotheker und -apothekerin führt eine Liste aller an den Patienten bzw. die Patientin abgegebenen Arzneimittel inklusive Selbstmedikation. Bei Auffälligkeiten oder Komplikationen wird der Patient bzw. die Patientin beraten oder der kooperierende Hausarzt bzw. die Hausärztin informiert. (vgl. FOCUS, 2005; gesundheit.de, 2004)

### **7.3 Vorteile**

Es werden vor allem von den Krankenkassen zahlreiche Vorteile genannt, die die Einführung des hausarztzentrierten Versorgungsmodells mit sich bringt. Von dem Hausarztmodell verspricht man sich mehr Sicherheit und Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung durch die enge Zusammenarbeit von Hausarzt bzw. Hausärztin und Hausapotheker bzw. -apothekerin. Qualitätssicherung und Gewährleistung eines hohen Niveaus der ärztlichen Versorgung in Deutschland wird gesichert durch verpflichtende Weiterbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen für Hausärzte und Hausärztinnen und ständige Überprüfungen und



Evaluierung von Behandlungen und Behandlungsabläufen. Die enge Kooperation von Hausarzt bzw. Hausärztin, Hausapotheker bzw. Hausapothekerin und Facharzt bzw. Fachärztin ermöglicht gezielteres Vorgehen im medizinischen Ernstfall, sowie die Vermeidung von entbehrlichen Doppeluntersuchungen. Ständiger Informationsaustausch zwischen den Ärzten und Ärztinnen bei Netzkonferenzen und Qualitätszirkeln steigert ebenfalls die Qualität der Behandlungen, da Ärzte und Ärztinnen Erfahrungen austauschen und so evidenzbasiert handeln können. Ein weiterer Vorteil des Hausarztmodells ist der zügige und unbürokratische Ablauf von Behandlungen durch Zusatzverträge der Ärzte und Ärztinnen mit Rehabilitationseinrichtungen, Krankenhäusern etc. Durch das hausarztzentrierte Versorgungsmodell wird auch der Einsatz von Generika gefördert und somit auf teure Arzneimittel verzichtet. Neben all diesen genannten Vorteilen darf nicht außer Acht gelassen werden, dass das Versorgungsmodell für Versicherte freiwillig ist und durch ein Bonus-System der Kassen (Erstattung der Praxisgebühr) Attraktivität des Erstbesuches geschaffen wird. (vgl. Berliner Zeitung, 1999; FOCUS, 2005; gesundheit.de, 2004; IGOST, 2005)

#### **7.4 Nachteile**

Vor allem die Fachärzte und Fachärztinnen äußern Zweifel und Nachteile, die das Hausarztmodell mit sich bringen könnte. Sie sehen ihre Existenz bedroht, weil sie von den Überweisungen der Hausärzte und Hausärztinnen abhängig sind. Betroffene Fachärzte und Fachärztinnen befürchten durch diese Einbußen an Patienten und Patientinnen finanzielle Verluste. Weitere Kritik gegenüber dem Hausarztmodell besteht in Bezug auf die Sicherheit für Patienten und Patientinnen aufgrund zu später Überweisung des Patienten bzw. der Patientin zum Facharzt bzw. zur Fachärztin oder ins Krankenhaus. Folgeerkranken und Therapien aufgrund von Fehl- oder zu späten Überweisungen führen zu höheren Kosten für die Krankenkassen. Als Nachteil wird auch genannt, dass das Hausarztmodell das Ende der freien Arztwahl in Deutschland bedeutet und außerdem eine flächendeckende fachärztliche Versorgung nicht umsetzbar ist. (vgl. Ärzteblatt, 1999; FOCUS, 2005; gesundheit.de, 2004)

## **8. BESONDERE AMBULANTE ÄRZTLICHE VERSORGUNG**

Die Krankenkassen haben weitere Möglichkeiten, für ihre Versicherten die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung zu übernehmen.

Im Zuge der Reform im Jahr 2007 kam es zu Veränderungen in diesem Bereich. Den Krankenkassen wird es dadurch erleichtert, für ihre Patienten und Patientinnen auf der Basis selektiver Direktverträge mit Anbietern und Anbieterinnen bzw. Anbietergemeinschaften Leistungen ambulanter Versorgung zu erwerben. (vgl. Bundeszentrale für politische Bildung, o.J., # Ambulante Behandlung)

Diese Einzelverträge dürfen konkret geschlossen werden mit:

- vertragsärztlichen Leistungserbringern und -erbringerinnen
- Gemeinschaften dieser Leistungserbringer bzw. Leistungserbringerinnen
- Träger von Einrichtungen, die eine besondere ambulante Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer anbieten,
- Kassenärztlichen Vereinigungen.

Die Verträge können sich auf die gesamte ärztliche Versorgung oder auf Teilbereiche beziehen. Gegenstand der Versorgungsaufträge dürfen nur jene Leistungen sein,

“... über deren Eignung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat.” (vgl. Juraforum, 2009, # SGB V)

Auf diesem Weg können Versicherungsmodelle angeboten werden, in denen die Mitglieder nur ambulante Versorgungsleistungen in Anspruch nehmen dürfen, für die die Kasse einen Selektivvertrag abgeschlossen hat. (vgl. OECD, 2008, S.173)

Die Versicherten erklären ihre freiwillige Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung durch nach Absatz 3 verpflichtete Leistungserbringer, indem sie sich schriftlich gegenüber ihrer Krankenkasse verpflichten, für die Erfüllung der in den Verträgen umschriebenen Versorgungsaufträge nur die

vertraglich gebundenen Leistungserbringer und -erbringerinnen und andere ärztliche Leistungserbringer und -erbringerinnen nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen. Der Versicherte bzw. die Versicherte ist an diese Verpflichtung mindestens ein Jahr gebunden. (vgl. Juraforum, 2009, # SGB V)

Für die personellen und sachlichen Qualitätsanforderungen zur Durchführung der vereinbarten Versorgungsaufträge gelten die vom Gemeinsamen Bundesausschuss für die Leistungserbringung in der vertragsärztlichen Versorgung beschlossenen Anforderungen als Mindestvoraussetzungen entsprechend. (vgl. Juraforum, 2009, # SGB V)

Der Anteil der Einzelverträge über besondere Versorgungsformen ist am gesamten Versorgungsgeschehen eher gering, wobei ein deutlicher Trend zu einer Ausweitung dieser Verträge erkennbar ist. (vgl. Bundeszentrale für politische Bildung, o.J., # Ambulante Behandlung)

Die gesetzliche Grundlage dafür ist der §73c SGBU SGBV – Besondere ambulante ärztliche Versorgung.

## **9. WEITERE FORMEN DER AMBULANTEN FACHÄRZTLICHEN VERSORGUNG**

Als Basis der Gesundheitsversorgung in Deutschland findet vorrangig die erste professionelle fachärztliche Versorgung zumeist in den ärztlichen Praxen statt. Hierbei stellt die regionale sowie fachliche Verteilung, der von Ärzten und Ärztinnen geleiteten ambulanten Gesundheitseinrichtungen, einen wichtigen Indikator für die Gesundheitsversorgung in Deutschland dar. (vgl. Breken, 2007m S. 1)

Die ambulanten Gesundheitseinrichtungen können in Einzelpraxen, medizinische Versorgungszentren, Schwerpunktpraxen, Arztnetze, Gemeinschaftspraxen, Praxisgemeinschaften, Facharztzentren, Praxisnetze und Notfallpraxen differenziert werden. (vgl. Breken, 2007m S. 1)

In folgenden Kapiteln wird auf verschiedene Formen der ambulanten fachärztlichen Versorgung, wie die Krankenhaus-assoziierten Schwerpunktpraxen, die Krankenhaus-assoziierten Facharztzentren sowie auf Einzelpraxen, Gemeinschaftspraxis und Praxisgemeinschaft näher eingegangen.

### **9.1 Krankenhaus-assoziierte Schwerpunktpraxis**

Bei Schwerpunktpraxen handelt es sich, ähnlich wie bei den Gemeinschaftspraxen, oft um vertragsärztliche Versorgungseinrichtungen, die aus einem Zusammenschluss von zwei oder mehreren Ärzten und Ärztinnen in gemeinschaftlich genutzten Praxisräumen bestehen. Sie werden im Abrechnungsverhältnis zur kassenärztlichen Vereinigung als eine wirtschaftliche Einheit behandelt. (vgl. Breken, 2007, S. 1f)

Jedoch versorgen Schwerpunktpraxen nur jene Patienten- und Patientinnengruppen, die einem bestimmten Krankheitsbild zuzuschreiben sind. Hier sind vor allem die diabetologischen Schwerpunktpraxen, onkologischen Schwerpunktpraxen, kardiologischen Schwerpunktpraxen oder HIV/AIDS Schwerpunktpraxen wichtige Vertreter und Vertreterinnen im Rahmen der ambulanten fachärztlichen Versorgung. (vgl. Breken, 2007, S. 1f)

Im Sinne von integrierten Versorgungsformen können diese Schwerpunktpraxen eine Versorgung auf einer hohen ambulanten Versorgungsstufe bieten. (vgl. Breken, 2007, S. 1f)

Vor allem bei der Versorgung von schweren und chronisch erkrankten Patienten und Patientinnen treten Krankenhäuser mit Schwerpunktpraxen in Kooperation. Hierbei handelt es sich um Facharztpraxen aus den Gebieten der Kardiologie, Strahlentherapie und Onkologie, in denen es eine weitreichende Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Fachärzten gibt. (vgl. Späth, 2007, o.S.)

Diese Kooperationen zwischen Krankenhaus und Schwerpunktpraxis bestehen entweder mit niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen aus der näheren örtlichen Umgebung zum Krankenhaus oder die Schwerpunktpraxis ist im Krankenhaus angesiedelt, um durch enge Zusammenarbeit eine spezielle ambulante Betreuung zu gewährleisten. (vgl. St. Martinus-Krankenhaus Düsseldorf, 2009, o.S.)

### **Beispiel: diabetologische Schwerpunktpraxis**

Im Rahmen der diabetologischen Behandlung forderte die WHO bereits im Jahre 1989 in der St. Vincent Deklaration, Therapie und Betreuung von Diabetikern und Diabetikerinnen zu verbessern. Darauf aufbauend gaben mehrere Krankenkassenversicherungen in Deutschland die Vorgabe, flächendeckende ambulante Diabetes-Schwerpunktpraxen einzurichten. (vgl. Diabetiker-Hannover, 1998, o.S.)

Aus diesem Grund wurden in verschiedenen Regionen Deutschlands Diabetes-Strukturverträge zwischen den kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen vereinbart. In diesen Verträgen wurde die Vergütung der ambulant erbrachten Leistungen festgelegt, jedoch sind die vereinbarten Vergütungen für die diabetologischen Schwerpunktpraxen von Region zu Region unterschiedlich. (vgl. Lederle, 2006, o.S.)

Diese Schwerpunktpraxen sollen einerseits eine Ergänzung zur hausärztlichen Behandlung darstellen und andererseits mit der klinischen Versorgung in Krankenhäusern kooperieren und diese ergänzen. (vgl. Diabetiker-Hannover, 1998, o.S.)

## 9.2 Krankenhaus-assoziierte Facharztzentren

Da eine gute betriebswirtschaftliche Führung in den Einzelpraxen immer schwieriger wird, sucht man nach Organisationsstrukturen, die den künftigen wirtschaftlichen Herausforderungen gerecht werden und die fachlich und ökonomisch sinnvoll erscheinen. Eines der derzeit beliebtesten Modelle ist das Krankenhaus-assoziierte Facharztzentrum. Dieses kann je nach Zielsetzung als Facharztzentrum, Gesundheitszentrum oder medizinisches Leistungszentrum verwaltet sein. Diese Zentren können über diagnostische Einrichtungen wie Radiologie, Laborgemeinschaften, kurzstationäre Versorgungsangebote, Physiotherapie und viele mehr verfügen. Aus diesen zusätzlichen Angeboten können dann wieder zahlreiche Kooperationsformen und Synergien entstehen. Krankenhaus-assoziierte Facharztzentren sind vor allem dann sinnvoll wenn Kooperationsverträge mit dem Krankenhausträger geschlossen werden. Es bieten sich unterschiedliche Rechtsformen an, als Betreiber dieses Modells wird derzeit das Krankenhaus bevorzugt.

Durch dieses Modell ergeben sich enorme Einsparungspotentiale durch so genannte Nutzungsvereinbarungen, dadurch wiederum kann eine Erlössteigerung erzielt werden. Die Krankenhaus-assoziierte Facharztpraxis hat eine enorme Schnittstellenkompetenz und erweist sich so als ein optimales integriertes Versorgungskonzept. Für ein solches Konzept müssen folgende Voraussetzungen gegeben sein: ein kompetentes medizinisches und betriebswirtschaftliches Management, kurze Entscheidungswege, strukturierte Kommunikation zwischen allen Leistungspartnern sowie eine abgestimmte Leistungsdokumentation. Dadurch können professionell geführte Facharztzentren entstehen, die eine patientenfokussierte, qualitätsgesicherte und wirtschaftlich erfolgreiche Versorgung sicherstellen. Außerdem gewinnt dadurch der Facharzt bzw. die Fachärztin an Bedeutung und wird ein wichtiger Partner bzw. eine wichtige Partnerin in der integrierten Versorgung (vgl. Heil, 2008).

### 9.3 Einzelpraxis

Im Gegensatz zu einem angestellten Arzt bzw. einer angestellten Ärztin im Krankenhaus sind Ärzte und Ärztinnen mit einer eigenen Praxis völlig selbstständig, sie sind nur ihrem Gewissen und ihren Patienten und Patientinnen gegenüber verpflichtet. Diese Freiheit bedeutet jedoch auch größere Verantwortung. Ein Arzt bzw. eine Ärztin der bzw. die sich niedergelassen hat, ist sozusagen sesshaft. Daher sollte im Vorfeld die Entscheidung, welcher Ort für die Praxisniederlassung in Frage kommt genau überdacht werden. Nicht nur die Frage ob Groß- oder Kleinstadt steht hier im Raum, sondern auch die Mentalität der Menschen, zu denen ein sozialer Kontakt aufgebaut werden soll (vgl. Ahrens, 2009, #SUB Praxisniederlassung, Abs.1).

Der Praxisinhaber bzw. die Praxisinhaberin ist im Gegensatz zu den anderen Praxisformen in der Einzelpraxis unabhängig. Der Arzt bzw. die Ärztin arbeitet auf eigene Rechnung, die Finanzierung erfolgt vom Praxisinhaber bzw. der -inhaberin selbst. Dieser bzw. diese muss die Praxisräume die Geräte und das Personal finanzieren. Außerdem hat er bzw. sie die alleinige Haftung. (vgl. Roeder, 2008; S.186)

Die ärztliche Einzelpraxis bestimmt weiterhin größtenteils die ambulante ärztliche Versorgung. Andere ambulante Sozial- oder Gesundheitsberufe (Physiotherapeuten und -therapeutinnen, Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen, Pflegekräfte) waren funktional bisher schwer zu integrieren. Ein möglicher Grund besteht darin, dass die ärztliche Veranlassung von Einseitigkeit beeinflusst ist, was zum Teil zu Konflikten mit anderen Gesundheitsberufen führt (vgl. Schwartz, 2003 S.279).

Es müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt werden um als Arzt bzw. als Ärztin eine Praxis zu gründen.

Der Arzt bzw. die Ärztin muss im Arztregister eingetragen sein, weiters ist eine Bewerbung zur Zulassung als Vertragsarzt bzw. als Vertragsärztin erforderlich, um Kassenpatienten und -patientinnen ambulant behandeln zu können. Der schriftliche Antrag auf Zulassung ist an den Zulassungsausschuss zu stellen. Dieses Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung prüft den Antrag auf der

Grundlage der Regelung des Sozialgesetzbuches V und der Zulassungsverordnung-Ärzte. Es werden folgende Kriterien berücksichtigt:

- Approbation
- Arztregistereintrag
- Schriftlicher Antrag an den Zulassungsausschuss

Wird dieser Antrag bewilligt wird der Arzt bzw. die Ärztin durch die Zulassung ein Vertragsarzt bzw. eine Vertragsärztin (vgl. Ahrens, 2009, #Sub Zulassungsvoraussetzungen, Abs.2).

## **9.4 Gemeinschaftspraxis**

Die Gemeinschaftspraxis ist ein wirtschaftlicher und organisatorischer Zusammenschluss von mindestens zwei Ärzten bzw. Ärztinnen. Vertragsärztliche Gemeinschaftspraxen werden im Abrechnungsverhältnis zur Kassenärztlichen Vereinigung als eine wirtschaftliche Einheit behandelt. (vgl. Ahrens, 2009, #Sub Praxisgemeinschaft, Abs. 2)

Gemeinschaftspraxen sind der Vorläufer von medizinischen Versorgungszentren (MVZ). (vgl. Zwingler & Preißler, 2007, S. 7)

2005 waren rund 36 Prozent der niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen in Gemeinschaftspraxen tätig. (vgl. Zwingler & Preißler, 2007, S. 5)

Eine Variante der Gemeinschaftspraxis sind sogenannte überörtliche Gemeinschaftspraxen. Das ist der Zusammenschluss zweier oder mehrerer Praxen mit zwei oder mehr Standorten. Dies kann sowohl innerhalb einer KV als auch KV übergreifend geschehen. (vgl. Der Kassenarzt, 2009, #Sub Unternehmer Arzt / Der Kassenarztberater / Vertragsrechtsänderungsgesetz / Teil 6, Abs. 1)

### **Voraussetzungen und rechtliche Aspekte**

Um eine Gemeinschaftspraxis gründen zu können, muss eine Genehmigung vom Zulassungsausschuss vorliegen. Auch die fachübergreifende Kooperation ist genehmigungspflichtig, wobei sich die Fachärzte und Fachärztinnen auch innerhalb einer Gemeinschaftspraxis fachlich auf ihr eigenes Gebiet beschränken müssen. Gegenüber den Patienten und Patientinnen treten Gemeinschaftspraxen bei der Abrechnung als wirtschaftliche Einheit (meist Gesellschaft bürgerlichen



Rechts) auf, während im Bereich der Haftung (z.B. für Behandlungsfehler) die Mitglieder der Gemeinschaftspraxis zunächst persönlich haften. (vgl. Ahrens, 2009, #Sub Praxisgemeinschaft, Abs. 2)

### **Vorteile für Ärzte bzw. Ärztinnen**

- Bessere Auslastung von Räumen und Geräten: Die zeitlichen und räumlichen Ressourcen können wesentlich besser ausgelastet werden. Investitionen in medizinische Geräte fallen leichter und ihre Auslastung ist höher, was einem effizienterem Ressourceneinsatz entspricht
- Effizienterer Personaleinsatz: Angestelltes Personal ist besser ausgelastet als in einer Einzelpraxis und daher ressourceneffizienter. Durch die – in der Regel - höhere Anzahl an Angestellten sind auch personelle Engpässe durch Krankheit oder Schwangerschaft besser überbrückbar.
- Freiräume für Fortbildungen: Bei externer Fortbildung eines Gemeinschaftspraxismitgliedes muss die Praxis nicht schließen. Dadurch ist der Verdienstentgang geringer und Weiterbildung kann in höherem Maße absolviert werden.
- Rücksprache mit Kollegen und Kolleginnen ist möglich, falsche Diagnosen oder Behandlungen werden dadurch minimiert.
- Austausch zwischen Jung und Alt: Oft kommen auch Praxiskooperationen zwischen jungen und älteren Ärzten bzw. Ärztinnen zustande. Vorteile dabei sind: Der ältere Kollege bzw. die ältere Kollegin profitiert vom aktuellen fachlichen Wissen, der jüngere Kollege bzw. die jüngere Kollegin lernt von dem großen Erfahrungsschatz des Partners bzw. der Partnerin.
- Reduktion von Verwaltungsaufgaben durch Aufteilung untereinander. (vgl. Ahrens, 2009, #Sub Praxisgemeinschaft, Abs. 5 bis 10)

### **Nachteile für Ärzte bzw. Ärztinnen**

Die möglichen Nachteile einer Gemeinschaftspraxis aus Sicht der Ärzte und Ärztinnen sind: mögliche Konflikte zwischen den Kollegen und Kolleginnen (vgl. Ahrens, 2009, #Sub Praxisgemeinschaft, Abs. 11); alle mitwirkenden Ärzte und Ärztinnen müssen Gesellschafterstatus haben, das kann die Führung des "Unternehmens" erschweren. (vgl. Zwingler & Preißler, 2007, S. 150) Beim Ausscheiden eines Partners bzw. einer Partnerin kann es schwierig sein einen

(finanzkräftigen) neuen Partner bzw. eine neue Partnerin zu finden. (vgl. Zwingler & Preißler, 2007, S. 150)

### **Vorteile für Patienten bzw. Patientinnen**

Die Vorteile der Gemeinschaftspraxis für Patienten und Patientinnen besteht vor allem im größeren fachlichen Angebot (z.B. Allgemeinmedizin und Facharzt bzw. Fachärztin für Innere Medizin oder Chirurgie und Anästhesie) unter einem Dach. Damit wird in vielen Fällen eine besser abgestimmte Behandlung erreicht, sowie die Minimierung von Warte- und Wegzeiten für die Patienten und Patientinnen. (vgl. Frankenberger Zeitung, 2009, #Sub Newsroom/Regional/Dezentral/Frankenberg, Abs. 2). Abgestimmte Behandlung und die Kommunikation zwischen den kooperierenden Ärzten und Ärztinnen können wiederum Doppelgleisigkeiten wie z.B. mehrfache Untersuchungen reduzieren. (vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2009, #Sub Aertzliche-Kooperationen, Abs. 4)

### **Vorteile für die Krankenkassen**

Für die Krankenkassen ergibt sich ein Vorteil durch die - zumindest geringfügige - Reduktion des Verwaltungsaufwandes bei den Abrechnungen (mehrere Ärzte und Ärztinnen werden gleichzeitig abgerechnet).

## **9.5 Praxisgemeinschaft**

Im Gegensatz zur Gemeinschaftspraxis ist die Praxisgemeinschaft nicht auf die gemeinsame Ausübung des Arztberufes gerichtet. Jeder beteiligte Arzt und jede beteiligte Ärztin behandelt vielmehr seine bzw. ihre eigenen Patienten (vgl. Nguyen, 2006 S.43).

Der Zweck für einen Zusammenschluss besteht darin, Kosten durch gemeinsame Praxisräume, gemeinsame Nutzung von Praxiseinrichtung und Praxispersonal zu sparen. Die Absicht für einen Zusammenschluss kann allein auf Kostenminimierung beschränkt sein (vgl. Roeder 2008 S.186).

Gesellschaftsrechtlich handelt es sich um eine Gesellschaft des bürgerlichen Rechts – wenn nicht eine andere Gesellschaftsform vorliegt, z.B. GmbH.

Die Praxisgemeinschaft ist berufs- und kassenarztrechtlich zulässig, es sind nur die Ärztekammer und die Krankenversicherung zu informieren.

Es können sich nicht nur Ärzte und Ärztinnen zu einer Praxisgemeinschaft zusammenschließen, sondern auch ein Zusammenschluss eines Arztes bzw. einer Ärztin mit einem nicht ärztlichen Tätigen, wie z.B. ein Physiotherapeut bzw. Physiotherapeutin ist möglich. Jedoch ist hier der Begriff Praxisgemeinschaft nicht ganz zutreffend, da diese Organisationsform unter Ärzten und Ärztinnen gebräuchlich ist. In diesem Fall sollte besser von Betreibergesellschaft gesprochen werden.

Probleme gibt es, wenn die Praxisgemeinschaft als solche keine ist, sondern eine Gemeinschaftspraxis aufgrund von vereinbarten Regelungen oder tatsächlich praktizierten Verhaltensweisen. In Verdacht stehen insbesondere Regeln oder Verhaltensweisen, die zur Umgehung tatsächlicher oder vermeintlicher Benachteiligungen durch den einheitlichen Bewertungsmaßstab oder den Honorarverteilungsmaßstab führen, etwa das gegenseitige Hin- und Herwechseln lassen von Patienten und Patientinnen. Jüngst gerichtlich missbilligt wurden Regelungen, nach denen der Gewinn der nach außen hin selbstständigen Ärzte und Ärztinnen im Innenverhältnis "gepoolt" wurde. Hier fehlt noch eine einheitliche oder höchstrichterliche Rechtssprechung. Deshalb sollten solche Vereinbarungen nur mit Kenntnis von Ärztekammer und der Krankenversicherung umgesetzt werden (vgl. Nguyen, 2006 S.43).

Auch in der Praxisgemeinschaft liegt die Haftung und die Abrechnung weiterhin beim Arzt selbst (vgl. Roeder 2008 S.186).

## 10. LITERATURVERZEICHNIS

Ahrens A. *Gemeinschaftspraxis*. Zugriff am 13. Mai 2009 unter <http://www.arztpraxisniederlassung.de/praxisgemeinschaft/>

Ahrens, A. *Praxisgründung*. Zugriff am 21. Mai 2009 unter <http://www.arztpraxisgruendung.de>

Ahrens, A. *Praxisniederlassung*. Zugriff am 21. Mai 2009 unter <http://www.arztpraxisniederlassung.de>

Armbruster, S., Lubs, S., Röhrig, N., Wagner, K. (2006). *MVZ-Survey 2005 Eine Analyse der strategischen Positionierung Medizinischer Versorgungszentren. KBV Kassenärztliche Bundesvereinigung, Dezernat 4 Referat 4.2 – Flexible Vertragsformen*. Zugriff am 26. April 2009 unter <http://daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?-Library-nme=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=-93c717-ca5e71108b1df39db96854d1ee&DocId=003752128&Page=1>

Ärzteblatt (1999). *Strukturreform: Fachärzte wenden sich gegen Hausarztmodelle*. Zugriff am 25. April 2009 unter <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=15503>

Ärzteblatt Saar (2008, 08. März). *Die fachärztliche Versorgung – eine Herausforderung für die Zukunft*. Zugriff am 21.05.2009 unter [http://www.aerzteblatt-saar.de/pdf/saar0804\\_037a.pdf](http://www.aerzteblatt-saar.de/pdf/saar0804_037a.pdf)

Ärztliche Praxis (2008). *Verbraucherzentrale hätschelt die MVZ*. Zugriff am 22. Mai 2009 unter [http://www.aerztlichepraxis.de/artikel\\_politik\\_aktuell\\_verbraucherzentrale\\_120654131927.htm](http://www.aerztlichepraxis.de/artikel_politik_aktuell_verbraucherzentrale_120654131927.htm)

Berlin-Chemie AG (o.J.). *Praxisnetze*. Zugriff am 22.05.2009 unter [http://www.berlin-chemie.de/unternehmen/gesundheitsmanagement/info\\_portal/glossar/praxisnetze](http://www.berlin-chemie.de/unternehmen/gesundheitsmanagement/info_portal/glossar/praxisnetze)

Berliner Zeitung (1999). *Versicherte für Hausarzt-Modell*. Zugriff am 24. Mai 2009 unter <http://www.berlinonline.de/berliner-zeitung/archiv/.bin/dump.fcgi/1999/0304/none/0084/index.html>

BGBl. 5702. § 95 Abs.1 GKV Modernisierungsgesetz vom 14. November 2003 Nr. 55. Bonn. Zugriff am 1. Mai 2009 unter: [http://www.bmg.bund.de/cIn\\_042/nn\\_1168300/SharedDocs/Downloads/DE/GV/GKV-Modernisierungsgesetz-pdf-380,templateId=raw,property=publication](http://www.bmg.bund.de/cIn_042/nn_1168300/SharedDocs/Downloads/DE/GV/GKV-Modernisierungsgesetz-pdf-380,templateId=raw,property=publication)

Brenken K. *Ärztlich geleitete ambulante Gesundheitseinrichtungen*. Zugriff am 22. Mai 2009 unter [www.loegd.nrw.de/gesundheitsberichte/gesundheitsindikatoren/0data/06/word/0600100052006.doc](http://www.loegd.nrw.de/gesundheitsberichte/gesundheitsindikatoren/0data/06/word/0600100052006.doc)

Bundeszentrale für politische Bildung, o.J., *Gesundheitsreformen in Deutschland 1975 – 2007*, Zugriff am 18. Mai 2009 unter [http://www.bpb.de/themen/WZDR71,0,Gesundheitspolitik\\_Lernobjekt.html?lt=AAAC147&guid=AAAC251](http://www.bpb.de/themen/WZDR71,0,Gesundheitspolitik_Lernobjekt.html?lt=AAAC147&guid=AAAC251)

Cornelius, F. (o.J.). *Erfolgsfaktoren für den Aufbau Medizinischer Versorgungszentren*. Zugriff am 10. Mai 2009 unter [http://www.mwv-berlin.de/fileadmin/bilder/Downloads/Probeseiten/Handbuch\\_Leseprobe.pdf](http://www.mwv-berlin.de/fileadmin/bilder/Downloads/Probeseiten/Handbuch_Leseprobe.pdf)

Der Kassenarzt. *Die überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft*. Zugriff am 14. Mai 2009 unter <http://www.kassenarzt.de/index.php?pVId=877512314&nodeId=13955&page=6>

Deutsche Krankenhausgesellschaft, (2008). *Vertragsarztrechtsänderungsgesetz - Schwierigkeiten bei der Gründung von MVZ durch kommunale Krankenhausträger wegen selbstschuldnerischer Bürgschaftserklärung*. Zugriff am 12. Mai 2009 unter: [http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/74/aid/4926/start/30/title-Vertragsarztrechtsaenderungsgesetz\\_-\\_Schwierigkeiten\\_bei\\_der\\_-\\_Gruendung\\_von\\_-\\_VZ\\_durch\\_kommunale\\_Krankenhaustraeger\\_-\\_wegen\\_selbstschuldnerischer\\_Buergschaftserklaerung](http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/74/aid/4926/start/30/title-Vertragsarztrechtsaenderungsgesetz_-_Schwierigkeiten_bei_der_-_Gruendung_von_-_VZ_durch_kommunale_Krankenhaustraeger_-_wegen_selbstschuldnerischer_Buergschaftserklaerung)

DFV – Deutscher Facharztverband e.V. (2005, 05. August). *Freiberufliche Fachärzte braucht das Land*. Zugriff am 19.05.2009 unter [https://www.deutscher-facharztverband.de/index.php?option=com\\_content&view=article&id=128:freiberufliche-fachaerzte-braucht-das-land-&catid=34:pressemittelungen](https://www.deutscher-facharztverband.de/index.php?option=com_content&view=article&id=128:freiberufliche-fachaerzte-braucht-das-land-&catid=34:pressemittelungen)

Diabetiker-Hannover. *Diabetologische Schwerpunktpraxen, Aufgaben und Ziele*. Zugriff am 20. Mai 2009 unter: [http://www.diabetiker-hannover.de/diab\\_hannover/schwerpprx\\_auf.htm](http://www.diabetiker-hannover.de/diab_hannover/schwerpprx_auf.htm)

Dietrich, B. (o.J.). *Chancen und Risiken eines MVZ*. Zugriff am 19. Mai 2009 unter [http://forum.ktq.de/media/pdf/WS17\\_Chancen\\_und\\_Risiken\\_eines\\_MVZ1.pdf](http://forum.ktq.de/media/pdf/WS17_Chancen_und_Risiken_eines_MVZ1.pdf)

File.pdf/GKV-Modernisierungsgesetz-pdf-4380.pdf

FOCUS (2005). *Strukturreform: Fachärzte wenden sich gegen Hausarztmodelle*. Zugriff am 25. April 2009 unter [http://www.focus.de/finanzen/versicherungen/krankenversicherung/hausarztmodell/hausarztmodell\\_aid\\_12655.html](http://www.focus.de/finanzen/versicherungen/krankenversicherung/hausarztmodell/hausarztmodell_aid_12655.html)

Fozouni, B., Vieten, W. (2005). *Medizinische Versorgungszentren: Die Teilnahme muss sich rechnen*. Zugriff am 11. Mai 2009 unter <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=46904>

Frankenberger Zeitung. *Kooperation gegen drohenden Ärztemangel*. Zugriff am 14. Mai 2009 unter <http://www.wlz-fz.de/newsroom/regional/dezentral/frankenberg/art7776,559534>

gesundheit.de (2004). *Der Hausarzt als Lotse - viele Pläne, noch kein Durchblick*. Zugriff am 25. April 2009 unter <http://www.gesundheit.de/medizin/gesundheitsystem/der-hausarzt-als-lotse-viele-plaene-noch-kein-durchblick/index.html>

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2006). *Hausarztzentrierte Versorgung Kapitel 4.1.1.1 [Gesundheit in Deutschland, 2006]*. Zugriff am 25. April 2009 unter [http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc\\_abr\\_test\\_logon?p\\_uid=gastg&p\\_aid=&p\\_knoten=FID&p\\_sprache=D&p\\_suchstring=10802::Integrative%20/%20Integrierte%20Versorgung](http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gastg&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=10802::Integrative%20/%20Integrierte%20Versorgung)

Gesundheitspolitik (o.J.). *Lernobjekt*. Zugriff am 13.04.2009 unter [http://www.bpb.de/themen/WZDR71,0,Gesundheitspolitik\\_Lernobjekt.html?It=AAC147&guid=AAC251](http://www.bpb.de/themen/WZDR71,0,Gesundheitspolitik_Lernobjekt.html?It=AAC147&guid=AAC251)

Gynäkologische Nachrichten (2009). *Arzt als Angestellter: Medizinische Zentren verändern Praxissystem*. 07. April 2009, o.S.

Heil, T. (2008). *Integrierte Versorgung. Chancen für niedergelassene Fachärzte durch Vernetzung und Vertragspartnerschaften mit Krankenhäusern*, Facharztbrief 02/2008 von der Gemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände, Zugriff am 11. Mai 2009 unter [www.laob.de/e7984/e8052/e8074/e8217/FA-Brief22f2008.pdf](http://www.laob.de/e7984/e8052/e8074/e8217/FA-Brief22f2008.pdf)

- Hemmers, C. (2008). *Medizinische Versorgungszentren – eine Möglichkeit der ambulanten Versorgung*. Marktplatz Gesundheit. Helios Kliniken Schwerin GmbH.
- IGOST (2005). *Integrierte Versorgung Rückenschmerz Baden- Württemberg der AOK*. Zugriff am 24. Mai 2009 unter [http://www.igost.de/index.php?set\\_language=de&cccpage=aktuelles\\_detail&set\\_z\\_aktuelles=44](http://www.igost.de/index.php?set_language=de&cccpage=aktuelles_detail&set_z_aktuelles=44)
- IGSF Stiftung (2004, 19. April). *Das Gesundheitswesen in Deutschland im internationalen Vergleich – eine Antwort auf die Kritik*. Zugriff am 19.05.2009 unter <http://www.igsf.de/pminternationallang.pdf>
- Juraforum, 2008, Gesetzesammlung - SGB V, *Sozialgesetzbuch (SGB)* , Zugriff am 18. Mai 2009 unter [http://www.juraforum.de/gesetze/SGB%20V/73c\\_SGBV\\_SGB%20V\\_besondere\\_ambulante\\_%E4rztliche\\_versorgung.html](http://www.juraforum.de/gesetze/SGB%20V/73c_SGBV_SGB%20V_besondere_ambulante_%E4rztliche_versorgung.html)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2008a). *Medizinische Versorgungszentren aktuell. 3. Quartal 2008. Kassenärztliche Bundesvereinigung Dezernat 4 – Verträge und Verordnungsmanagement. Abteilung 4.2 – Flexible Vertragsformen*. Zugriff am 10. Mai 2009 unter <http://daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=8e16f7745e89c7df4de9ef302040c3f5&DocId=003758325&Page=1>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2008b). *Von der Idee zur bundesweiten Umsetzung. Entwicklung der Medizinischen Versorgungszentren. Kassenärztliche Bundesvereinigung Dezernat 4 – Verträge und Verordnungsmanagement. Abteilung 4.2 – Flexible Vertragsformen*. Zugriff am 10. Mai 2009 unter <http://daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=8e16f7745e89c7df4de9ef302040c3f5&DocId=-003758324&Page=1>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2009, 12. Mai). *Medizinische Versorgungszentren. Aktueller Entwicklungsstand*. Zugriff am 22. Mai 2009 unter <http://www.kbv.de/koop/9173.html>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung, (2006). *Medizinische Versorgungszentren. Sieben Bausteine für die erfolgreiche Gründung und Betrieb eines MVZ*. Zugriff am 3. Mai 2009 unter: <http://daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=6c572793967259a134352888413bed64&DocId=003752132&Page=1>

- Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2009, *Medizinische Versorgungszentren (MVZ). Zulassung*. Zugriff am 8. Mai 2009 unter: <http://www.kbv.de/koop/8878.html>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. *Ärztliche Kooperationen*. Zugriff am 14. Mai 2009 unter <http://www.kbv.de/koop/aerztliche-kooperationen.html>
- KBV (2009). *Kassenärztliche Bundesvereinigung*. Zugriff am 10. Mai 2009 unter <http://www.kbv.de/koop/-8875.html>
- KV-Hessen (2008). Kassenärztliche Vereinigung Hessen. *Sonderpublikation zur Gründung Medizinischer-Versorgungszentren (MVZ) gemäß § 95 Abs. 1 SGB-V*. Zugriff am 07. Mai 2009 unter <http://www.kvhessen.de/Mitglieder/Neue%20Versorgungsformen-/MVZ/-Gründung%20Medizinischer%20Versorgungszentren-p-28766.html>
- Lederle M. Diabetologische Schwerpunktpraxis: *gestern – heute – morgen*. Zugriff am 20. Mai 2009 unter: [http://www.diabetespartner.de/therapie/dmanagement/strukturierte-therapie/schwerpunktpraxen\\_geschichte.htm](http://www.diabetespartner.de/therapie/dmanagement/strukturierte-therapie/schwerpunktpraxen_geschichte.htm)
- Merck Pharma GmbH (2007). *Angestellte Ärzte im MVZ – Chancen und Risiken. Mit Experten im Gespräch*, Ausgabe 03, Seiten 1-2. Zugriff am 11. Mai 2009 unter <http://www.medizinpartner.de/-anhang.htm?docid=122951&aname=anhang4&MTITEL=Mit+Experten+im+Gespr%E4ch+-+Angestellte+%C4rzte+im+MVZ+%96+Chancen+und+Risiken.pdf>
- Merck Serono (2008). *Mit Experten im Gespräch. Angestellte Ärzte im MVZ – Rechte und Pflichten*. Ausgabe 05. Merck Serono GmbH
- Mittendorf, T., Schmidt, F. (2006). *Integrierte Versorgung in Deutschland – ein empirisches Schlaglicht. Diskussionspapier Nr. 338*. Hannover: Universität Hannover, Forschungsstelle für Gesundheitsökonomie
- Mühlbacher, A., Lubs, S., Röhrig, N., Schultz, A., Zimmermann, I., Nübling, M. (2006) *Status Quo der Integrierten Versorgung in Deutschland – eine empirische Analyse*. Berlin: Zentrum für innovative Gesundheitstechnologie (ZiG)
- Müller, S. Köppl, B. (2008). *Medizinische Versorgungszentren: Nicht alle Erwartungen bestätigt*. Zugriff am 23. Mai 2009 unter <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=heft&id=62417>



- MVZ Westerwald GmbH (o.J.). *Vorteile eines MVZ*. Zugriff am 11. Mai 2009 unter [http://www.mvz-westerwald.de/index.php?sess\\_v=0d71c7189bb13cb6bd702aa23aedf812](http://www.mvz-westerwald.de/index.php?sess_v=0d71c7189bb13cb6bd702aa23aedf812)
- Nguyen, T. Oldenburg, J. *Von der Einzelpraxis zum Versorgungszentrum. Aufbau und Management ärztlicher Kooperationen*. Deutscher Ärzteverlag. Zugriff am 6. Mai 2009 unter <http://books.google.de/books?id=B3um1I1OLIsC&printsec=frontcover&dq=Von+der+Einzelpraxis+zum+Versorgungszentrum>
- Nüllen, H., Noppeney, T. (2006). *Lehrbuch Qualitätsmanagement in der Praxis. Entwicklung und Einführung eines QMS* (3. Auflage). Deutscher Ärzte-Verlag
- OECD (2008). *OECD-Wirtschaftsberichte: Deutschland*. Zugriff am 20. Mai 2009 unter <http://books.google.de/books?id=ABRzDNuSk9sC&pg=PA172&dq=Versorgungsmodelle+in+Deutschland#PPA4,M1>
- Pelleter, J., Sohn, S., Schöffski, O. (2005). *Medizinische Versorgungszentren - Grundlagen, Chancen, Risiken einer neuen Versorgungsform*, Schriften zur Gesundheitsökonomie, Band 7. Burgdorf. entnommen aus: Schmutz, U., Dieck, J., Crespin, St, Riedel, R. (2009). Abrechnung medizinischer Leistungen in Medizinischen Versorgungszentren und anderer Formen kooperativer Berufsausübung unter Berücksichtigung der EBM-Reformen.
- Roeder, N., Hensen, P. (2008). *Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem und öffentliche Gesundheitspflege. Ein praxisorientiertes Gesundheitslehrbuch*. Deutscher Ärzteverlag. Zugriff am 6. Mai 2009 unter <http://books.google.de/books?id=YVTVIyhvfEYC&printsec=frontcover&dq=Gesundheits%C3%B6konomie,+Gesundheitssystem>
- Scharmman (2004). Fachärzte werden zentrale Patientenversorgung anbieten. Zugriff am 24. Mai 2009 unter <http://www.busch-telefon.de/artikel/1084376280t85.pdf>
- Schnack, D. (2008). *MVZ reißt in Hamburg Versorgungslücken auf*. In: Ärzte Zeitung vom 26.05.2008. Zugriff am 19. Mai 2009 unter: [http://www.aerztezeitung.de/praxis\\_wirtschaft/vertragsarztrecht/?sid=496530](http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/vertragsarztrecht/?sid=496530)
- Scholz J. (2007, 24. Jänner). *Die Mär von der "doppelten Facharztschiene": Wer braucht schon den Facharzt um die Ecke?*. Zugriff am 22. 05.2009 unter <http://www.durchblick-gesundheit.de/content/red.otx/1177,54643,0.html>

- Schraeder, J. (2008). *MVZ als erfolgreiches regionales Versorgungsmodell*. Zugriff am 22. Mai 2009 unter [http://www.auva.at/mediaDB/MMDB126305\\_medizinisches\\_versorgungszentrum.pdf](http://www.auva.at/mediaDB/MMDB126305_medizinisches_versorgungszentrum.pdf)
- Schwarz, F.W., Badura, B., Busse, R., Leidl, R., Raspe, H., Siegrist, J. & Walter, U. *Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen*. Urban & Fischer. Zugriff am 6. Mai 2009 unter <http://books.google.de/books?id=Dcivb3Qh3TgC&printsec=frontcover&dq=Public+Health,+Gesundheit+und+Gesundheitswesen>
- Schwiedernoch, A., Özyurt, E.L. (o.J.). *Integrierte Versorgung. Ein Managed Care Ansatz in Deutschland*. Projektarbeit. Köln: Mibeg-Institut Medizin. Zugriff am 27. Mai 2009 unter [http://www.henrikbecker.de/iv/Integrierte\\_Versorgung\\_Schwiedernoch\\_Oezyurt.pdf](http://www.henrikbecker.de/iv/Integrierte_Versorgung_Schwiedernoch_Oezyurt.pdf)
- Späth M. *Situation der ambulanten Versorgung schwer und chronisch kranker Patienten*. Zugriff am 21. Mai 2009 unter <http://www.kvhh.net/public/media/Dokumente/hauptnavigation/presse/pressemappe.pdf>
- St. Martinus-Krankenhaus Düsseldorf. *Spezielle Diabetologie*. Zugriff am 20. Mai 2009 unter [http://www.martinus-duesseldorf.de/index.php?ID\\_KAT=811&sess\\_v=0e15feb91c6cbbd944ed1fd3206ef65](http://www.martinus-duesseldorf.de/index.php?ID_KAT=811&sess_v=0e15feb91c6cbbd944ed1fd3206ef65)
- Steinbrück, R. (2008). *Große Chance mit kleinen Hindernissen: Medizinische Versorgungszentren*. Zugriff am 22. Mai 2009 unter [http://at.hartmann.info/active/PDF/DE/opnews/OP-News\\_02\\_05\\_pr.pdf](http://at.hartmann.info/active/PDF/DE/opnews/OP-News_02_05_pr.pdf)
- Tabery, U. (2005). *Integrierte Versorgung und integrierte Versorgungsstrukturen - Eine Darstellung möglicher Ansatzpunkte, Rahmenbedingungen und Voraussetzungen für die Umsetzung von integrierten Gesundheitszentren in Österreich*. Diplomarbeit. Krems: IMC Fachhochschule Krems
- Tophoven, C. (2005). *Integrierte Versorgung – Chance für eine zukunftsfähige Gestaltung des deutschen Gesundheitswesens*. Zugriff am 19. Mai 2009 unter [http://www.dgvt.de/1455.html?&no\\_cache=1&tx\\_ttnews\[swords\]=tophoven&tx\\_ttnews\[cat\]=0&tx\\_ttnews\[year\]=2007&tx\\_ttnews\[month\]=01&tx\\_ttnews\[day\]=30&tx\\_ttnews\[tt\\_news\]=595&tx\\_ttnews\[backPid\]=1455&cHash=e9ef854e15](http://www.dgvt.de/1455.html?&no_cache=1&tx_ttnews[swords]=tophoven&tx_ttnews[cat]=0&tx_ttnews[year]=2007&tx_ttnews[month]=01&tx_ttnews[day]=30&tx_ttnews[tt_news]=595&tx_ttnews[backPid]=1455&cHash=e9ef854e15)
- Zwingel, B. & Preißler, R. (2007). *Ärzte-Kooperationen und medizinische Versorgungszentren* (2. Auflage). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.