



STIFTUNG MÜNCH

## Think Camp:

### **Aus Erfahrung lernen oder das Rad neu erfinden: Gesundheitssysteme anderer Länder als Vorbild?**

2. bis 4. März 2018, Berlin

#### **Gruppe Innovators of Tomorrow: „Medizinisches Versorgungszentrum +“ - eine Weiterentwicklung bestehender ambulanter Versorgungsangebote in Deutschland**

**Anna-Sofia Bilgeri, Robert Brandner, Peter-Jan Chabiera, Johanna Hilgen, Ariana Rothenbacher**

#### Einleitung

Mit unserem Konzept der „MVZ+“ (MVZ: Medizinische Versorgungszentren) greifen wir ein bereits in Deutschland bestehendes und stetig zunehmendes Konzept der ambulanten Versorgung auf.<sup>1</sup> Mit unserer Weiterentwicklung zeigen wir Möglichkeiten auf, die ambulante Versorgung in urbanen und ländlichen Gebieten zu verbessern. Gezielt haben wir Lösungen erarbeitet, zu den in Deutschland bestehen Herausforderungen im Bereich der effektiveren interprofessionellen Arbeitsmodelle und dem ländlichen Fachkräftemangel, der fehlenden praxisübergreifenden und sektorenübergreifenden Vernetzung und dem Wandel des medizinischen Fortschritts mit einer gleichberechtigten Fokussierung auf präventive und kurative Behandlungskonzepte. Entsprechend der Aufgabenstellung des Think Camps haben wir das Rad nicht neu erfunden, sondern verweisen jeweils auf bereits bestehende und evaluierte Lösungen aus anderen Ländern.

#### Aktueller Stand in Deutschland

Bereits in der DDR waren Polikliniken die Vorläufer der heutigen medizinischen Versorgungszentren als zentrale Anlaufstelle der ambulanten Versorgung etabliert. Nach der Wiedervereinigung wurden diese geschlossen und dafür öffneten niedergelassene Ärztinnen und Ärzte ihre Praxis. Seit 2004 (Reform § 95 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch) werden in Deutschland immer mehr MVZs eröffnet. 2016 gab es bereits 2490 Medizinische Versorgungszentren in Deutschland. Deren Trägerschaft ist begrenzt auf zugelassene Ärzte, Psychotherapeuten, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen oder gemeinnützige Träger, die an der medizinischen Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aufgrund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag teilnehmen.

#### Grundlage unseres Vorschlags

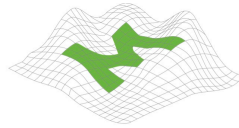
Zuerst überlegten wir, eine gesetzliche Krankenkasse oder deren Dachverband als Träger der Versorgungszentren einzurichten. Wir orientierten uns hierbei an den Strukturen in Israel, wo die vier Krankenkassen gleichzeitig Leistungserbringer sind.<sup>2</sup> Dies hat einige Vorteile. So können die Daten zentral

---

<sup>1</sup> <http://www.kbv.de/html/mvz.php>

Alle Links: Abrufdatum 22.03.18

<sup>2</sup> [https://en.wikipedia.org/wiki/Healthcare\\_in\\_Israel](https://en.wikipedia.org/wiki/Healthcare_in_Israel)



## STIFTUNG MÜNCH

gesammelt und evaluiert und ein leistungsstarkes Qualitätsmanagement implementiert werden. Darüber hinaus erreicht der medizinische Fortschritt schnell alle Bereiche des Gesundheitssystems und Skaleneffekte führen zu Kostensenkungen in der Beschaffung und Verwaltung ohne Verlust der Behandlungsqualität. Da sich das israelische System aber nicht auf das deutsche mit über hundert gesetzlichen Krankenversicherungen übertragen lässt und ein solch radikaler Systemwandel unrealistisch erscheint, haben wir uns für eine andere Lösung entschieden.

Als Dachverband mehrerer Versorgungszentren in einer Region möchten wir eine Genossenschaft gründen. Genossenschaften im Gesundheitswesen gibt es bereits mehrfach in Deutschland und der Schweiz. Auch die große Schweizer Genossenschaft Migros weitet ihr Leistungsangebot in diesem Bereich aus.<sup>3</sup> Wir sehen darin mehrere Vorteile. Einerseits schützt die Investorenvelfalt vor Monopolen, deren einziges Ziel darin bestehen kann, schnell erzeugte Gewinne aus dem Unternehmen zu erwirtschaften. Gerade eine regionale Trägerschaft, an denen auch das medizinische Personal und die Patientinnen und Patienten beteiligt sein sollten, gewährleistet eine Reinvestition in die regionale Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung.

Die Genossenschaft muss von ihrer Größe in der Lage sein, Selektivverträge mit den Krankenkassen zu vereinbaren und ebenfalls Skaleneffekte im Einkauf erzielen. Daher bietet es sich an, mehrere Versorgungszentren regional zu bündeln. Möglicherweise kann durch eine Ausweitung auch überregional zusammengearbeitet werden, wobei aber ein Bezug zur Region möglicherweise kritisch bedacht werden sollte, um die Bindung der Genossenschaftsmitglieder an die Gesundheitsversorgung nicht zu fiktiv und fern zu gestalten.

Die Genossenschaft wird auch die Verwaltung der Versorgungszentren übernehmen und die Projekte und Aufgabenbereiche koordinieren. Die Genossenschaft verhandelt auch die Budgets mit den Krankenkassen oder deren Verbänden. Dabei sollen die unterschiedlichen finanziellen Interessenslagen sinnvoll kombiniert werden. Die Krankenkassen und andere Geldgeber sind daran interessiert, die Ausgaben zu reduzieren.

Die Genossenschaft profitiert auch von einer gesunden Bevölkerung, deren Gesundheitsausgaben sinken. Hierfür werden neue Vergütungsmodelle erarbeitet, welche outcome-orientiert den Leistungserbringer entschädigen. Wir haben hier über zwei mögliche Ansätze gesprochen. Entweder erhält die Genossenschaft pauschale Budgets der Krankenkassen<sup>4</sup> oder es werden bundled payment orientierte Finanzierungsmodelle (Vgl. Entwicklung von bundled-payments für „Versorgungsgemeinschaften“ in den Niederlanden)<sup>5,6</sup> für die einzelnen Patient\*innen entwickelt, wobei auch präventive bundled payments die Gesundheitsvorsorge ermöglichen und eine Investition in die Risikominimierung darstellen.

In einer pauschalen Finanzierung der Genossenschaft sehen wir die Gefahr, dass eine Sparkultur trotz gemeinsamer Entscheidungsfindung entsteht, um den Gewinn der Genossenschaft auf einfachem Wege zu erhöhen. Wir können uns deshalb bundled payments vorstellen, welche Primär- Sekundär- und Tertiärprävention berücksichtigen. Dadurch könnten die Risiken eines Globalbudgets reduziert werden

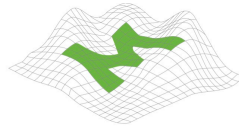
---

<sup>3</sup> <https://www.tagesanzeiger.ch/wirtschaft/unternehmen-und-konjunktur/Migros-will-mit-Gesundheit-fit-bleiben/story/16895272>

<sup>4</sup> Vergleiche Finanzierung im Gesunden Kinzigital: <https://www.ekiv.org/integrierte-versorgung-gesundes-kinzigital/>

<sup>5</sup> <https://catalyst.nejm.org/how-bundled-health-care-payments-are-working-in-the-netherlands/>

<sup>6</sup> <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.623496&version=1443161189>



STIFTUNG MÜNCH

und Anreize für eine individuelle präventive, an der Gesundheitserhaltung orientierte Versorgung geschaffen werden.

### Professionen und deren Interaktion

Das Medizinische Versorgungszentrum bietet Arbeitsplätze für eine Vielzahl an Professionen, die miteinander zusammenarbeiten werden. Daher möchten wir diese auch in der Führung repräsentieren. Es gibt keinen einzelnen Chef\*in, sondern ein Leitungsgremium, in dem alle Berufsgruppen vertreten sind. Auch in der Versorgung der Patient\*innen spiegelt sich das wieder. Wir möchten, dass ein MVZ viele Möglichkeiten der ambulanten Versorgung und präventiven Möglichkeiten bietet. Hierbei werden auch Therapieentscheidungen mit allen Beteiligten Professionen und der Patient\*in gemeinsam getroffen.

Die Arbeitsprozesse werden ähnlich dem Buurtzorgprinzip<sup>7</sup> aus den Niederlanden organisiert, wobei die begleitenden und behandelnden Teams sehr viel eigenen Spielraum erhalten. Wir sind offen für die Weiterentwicklung neuer Berufsbilder<sup>8</sup>, die eigenverantwortlich diagnostische und therapeutische Entscheidungen treffen und die Arbeit der bestehenden Heilberufe entlasten, wodurch diese mehr Zeit für die ausführliche und langfristige Strategieplanung der Patientenvorsorge und Therapie erhalten. Auch können sich dadurch Ärztinnen und Ärzte um die generelle Entwicklung und Umsetzung organisationsinterner Behandlungsleitlinien mit den anderen Professionen kümmern.

### Vernetzung

Wir möchten die Möglichkeiten digitaler Services nutzen, um die Qualität und Sicherheit der ambulanten Versorgung weiterzuentwickeln. Grundlage sind eine gemeinsame EDV und Datennutzungsplattform, die sowohl den Austausch der Daten nach Freigabe der Patient\*innen und Patienten ermöglicht und auch für anonymisierte Auswertungen im Rahmen der Versorgungsforschung zur Verfügung steht.

Wir möchten dabei aus den israelischen Strukturen lernen, welche die zur Verfügung stehenden Daten zur kontinuierlichen Weiterentwicklung ihrer Versorgungsqualität nutzen.<sup>9</sup> Hierbei streben wir Kooperationen mit universitären Forschungseinrichtungen an. Um die Sektorenübergreifende Versorgung zu verbessern, möchten wir Kooperationsverträge mit den umliegenden Kliniken eingehen, um deren Informationen automatisch zu implementieren und gemeinsam ein Einweise- und Entlassmanagement zu organisieren. Auch hier zeigen die Daten aus Israel, dass dies zu einer verbesserten Versorgung und Kostenreduktion führte.<sup>10</sup> Um die präventiven Aspekte zu stärken, möchten wir Kooperationen mit Firmen und Schulen eingehen, um sowohl betriebliches Gesundheitsmanagement zu stärken und die health literacy der Bevölkerung frühzeitig zu fördern.<sup>11</sup>

---

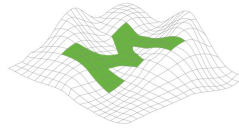
<sup>7</sup> <https://www.buurtzorg.com/about-us/buurtzorgmodel/>

<sup>8</sup> Vgl. Physician assistants in den USA: Physician assistants in the United States – Mittman et al, BMJ. 2002 Aug 31; 325(7362): 485–487. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1124003/>

<sup>9</sup> <http://clalitresearch.org/about-us/our-data/>

<sup>10</sup> <http://clalitresearch.org/research-areas/areas/hospital-readmissions/>

<sup>11</sup> Engaging patients, carers and communities for the provision of coordinated/integrated health services: strategies and tools – Ferrer L. WHO Regional Office for Europe  
[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/290443/Engaging-patients-carers-communities-provision-coordinated-integrated-health-services.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/290443/Engaging-patients-carers-communities-provision-coordinated-integrated-health-services.pdf)



STIFTUNG MÜNCH

Da in ländlicher Umgebung nicht jedes Dorf und jede Siedlung ein MVZ beherbergen kann und muss, soll der Anschluss an die dort wohnende Bevölkerung durch mobile und telemedizinische Angebote, die in vielen Ländern, zum Beispiel der Schweiz, bereits erprobt und evaluiert wurden, sichergestellt werden. Dabei fahren mobile Physician Assistants und Pflegekräfte (oder vergleichbare Berufsgruppen) mit mobilen primary care units in die Dörfer. Bei benötigter Expertise kann einen Spezialisten telemedizinisch hinzuschalten. Gerade in Entwicklungsländern wird dieses Modell immer weiter implementiert.

### Visualisierung im Vortrag

