

Dr. rer. nat. Susanne Pedersen

Medizinische Versorgungszentren

„Medizin wie in China?“

Die Regelungen des § 95 im Sozialgesetzbuch (SGB) V durch das Gesetzliche Krankenversicherungs-Modernisierungsgesetz (GMG) haben den Weg freigemacht für neue medizinische und wirtschaftliche Kooperationen bei Gesundheitsversorgungseinrichtungen. Der Trend zu so genannten Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) setzt sich immer stärker durch. Ist dieser wirklich so neu?

Eigenschaften eines MVZ

Fachübergreifende ärztliche Einrichtung

MVZ sind ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Der Vorteil dieser Versorgungszentren liegt in der Kooperation unterschiedlicher Facharztbereiche untereinander und mit nichtärztlichen Leistungserbringern wie beispielsweise Apotheken, ambulanten Pflegediensten oder Physiotherapeuten. MVZ haben die Wahl unter allen zulässigen Organisationsformen, sie können also auch als GmbH oder Aktiengesellschaft auftreten. Gegründet werden dürfen die Versorgungszentren allerdings nur von Leistungserbringern im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung. Andere Leistungserbringer, wie beispielsweise Heilpraktiker, dürfen sich nicht an diesen Zentren beteiligen, weder in Form von Leistungserbringung noch in Form von einer Kapitalbeteiligung.

Aufhebung der sektoralen Trennung

Diese neue Kooperationsmöglichkeit von Versorgungseinrichtungen weicht die bisherige sektorale Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung auf. Krankenhäuser können nun auch („wieder“) ambulant versorgen und bilden damit eine Konkurrenz zu den niedergelassenen Ärzten. Andererseits können niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser ihr Leistungsspektrum erweitern. Die Politik erhofft sich natürlich durch die gemeinsame Nutzung des Verwaltungsapparats, der Medizintechnik und technischer Einrichtungen sowie durch die Koordinierung und Konzentration der Behandlungen wirtschaftliche Einsparungspotenziale.

Vorteile von Versorgungszentren

Die Vorteile der MVZ und die Motivation dazu liegen meines Erachtens in erster Linie bei den Leistungserbringern. Diese können z. B.

teure Geräte durch mehrere Ärzte nutzen lassen. Der wachsende Verwaltungsanteil der medizinischen Versorgung wird stark konzentriert und der einzelne Behandler entlastet. Einen vergleichbaren Ansatz haben auch die ostdeutschen Polikliniken verfolgt. Wie bei Gemeinschaftspraxen werden Fixkosten möglichst breit verteilt und Ausfallzeiten durch Urlaub, Fortbildung oder Krankheit eines Arztes verhindert bzw. reduziert.

(Erhoffte) Vorteile für den Patienten

Durch eine enge und zeitnahe Zusammenarbeit aller an der Behandlung Beteiligten soll eine besondere medizinische Versorgungsqualität aus einer Hand geboten werden. Es soll eine gemeinsame Verständigung aller Beteiligten über Krankheitsverlauf, Behandlungsziele und weitere Therapien geben. Die einzelnen Teilschritte der Versorgungskette sollen besser ineinander verzahnt werden. Ziele sind außerdem ein kürzerer Weg und kürzere Wartezeiten für den Patienten.

Integrierte Versorgung

Anreizsysteme für engere Zusammenarbeit

Mit den Änderungen im Sozialgesetzbuch, vor allem in den §§ 140 a-d des fünften Buches, wurden gesetzliche Rahmenbedingungen für die Umsetzung einer so genannten „integrierten Versorgung“ (IGV) geschaffen. Damit sollen die Prozesse zwischen ambulanter, stationärer, rehabilitativer Versorgung sowie der ambulanten Pflege besser koordiniert werden und effizienter kooperieren. Wesentlicher Kern des Gesetzes ist die Schaffung der Rahmenbedingungen für

Anreizsysteme bzw. spezielle Vergütungsvereinbarungen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern zur Erreichung einer verbesserten Kooperation. Unterstützt werden vertikale Vernetzungen zwischen den Sektoren (z. B. ambulant / stationär) oder innersektorale.

Dokumentationspflicht

Neu ist auch die Forderung nach Führung einer ausreichenden Dokumentation, die jedem an der integrierten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer zur Verfügung stehen muss – also nach einer „einrichtungsübergreifenden Behandlungsdokumentation“.

Gesundheitstelematik

Das ist nun der berühmte Haken an der Geschichte:

Die „schöne“ integrierte Versorgung ist ohne informationstechnologische Unterstützung nur bedingt umsetzbar. Denken wir nur einmal an die Probleme, die die Einführung der Gesundheitskarte (eGK) mit sich bringt und bringen wird. Oder an die immensen Kosten ... So berichtet beispielsweise die Frankfurter Allgemeine Zeitung Ende September, dass laut einer Kosten-Nutzen-Analyse für die federführende Gesellschaft gematik von Kos-



Dr. rer. nat.
Susanne Pedersen

Studium der Wirtschaftsmathematik in Ulm, seit 1999 in eigener Praxis als Heilpraktikerin mit den Schwerpunkten Elektroakupunktur nach Dr. Voll, Orthomolekulare Medizin und Dorntherapie tätig. Adipositas-Therapie mit dem forever young-Konzept. Durch enge Zusammenarbeit mit der Zahnarztpraxis Ihres Mannes Dr. med. dent. Jürgen Pedersen Einbeziehung von Zähnen und zahnärztlichen Werkstoffen in Diagnostik und Therapie. 2005 Promotion in Medizininformatik zum Dr. rer. nat. mit dem Schwerpunkt „Interoperabilität im Gesundheitswesen“. Sie betreut in CO'MED die ständige Rubrik „Gesundheitspolitik“.

Kontakt:

Quellental 2, D-26340 Neuenburg
Tel: 04452/1299,
praxis@drpedersen.de, www.drpedersen.de

ten in Höhe von 3,9 bis 7 Milliarden Euro ausgegangen wird. Das Bundesgesundheitsministerium ging ursprünglich von 1,4 Milliarden Euro aus. Übrigens sind die geschätzten 585 Millionen Euro Anschaffungskosten für die Karten darin noch nicht enthalten!

Fazit

Versorgungszentren können natürlich von Vorteil sein, das steht außer Frage, nämlich dann, wenn die Zusammenarbeit zwischen den zentrierten Leistungserbringern auch wirklich bildbuchmäßig funktioniert. Es dürfte allerdings keine zu starke Zentrierung stattfinden, da sonst die Landbevölkerung zu weite Entfernungen zu den MVZ zurückzulegen hätte. Der Regionalverkehr wurde zunehmend zentriert, so dass manche Landschaften buchstäblich abgekoppelt wären. Die Gesundheitsversorgung könnte darunter langfristig leiden.

Leiden wird auch die vielfältige Praxenlandschaft der niedergelassenen Ärzte, mit den vielen unterschiedlichen Persönlichkeiten, die sich in ganz unterschiedlichen Praxisorganisationen widerspiegelt. Es wird eine Vereinheitlichung der Prozesse stattfinden und damit eine Sortierung der Patienten in „Schubladen“. Schade nur für den, der dort nicht hineinpasst!

Mich erinnert unsere „Neuerwerbung“ MVZ an China, ein Land, das wir eher für wirtschaftlich (und vor allem politisch stark) unterentwickelt halten. Dort gibt es medizinische Versorgung nur im Krankenhaus. Es gibt eine zentrale Anlaufstelle und Information, dann für die einzelnen Abteilungen kleinere Verwaltungseinheiten. Die zentrale Apotheke arbeitet mit neuester Lagerhaltungssoftware und bedient über mehrere Schalter (wie an einem großen Bahnhof) die zahlreichen Patienten. Wer stationär aufgenommen werden muss, wird im angeschlossenen Bettenhaus untergebracht. Die chinesische Landbevölkerung hat weder Geld noch die Möglichkeit, in die nächst größere Stadt zu kommen und leidet unter zum Teil verheerenden Lebensumständen. In China gibt es die medizinischen Versorgungszentren also schon lange. Ob Sie ein Fortschritt sind oder nur wirtschaftliche Notwendigkeit, werden wir sehen.



Quellen

P. Haas: Gesundheitstelematik – Grundlagen, Anwendungen, Potenziale. Springer-Verlag, 2006

Nordwest-Zeitung 18.09.2006 mit dpa-Meldung: Gesundheitskarte wird viel teurer als geplant.