

Thema:

**„Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren -  
Aufbruch und/oder Fehlentwicklung“**

Vortrag/Referat:

**Eugen Münch**

Vorstandsvorsitzender RHÖN-KLINIKUM AG  
Salzburger Leite 1, 97616 Bad Neustadt/Saale

Termin:

**29. Oktober 2004 in Würzburg**

Anlass:

**7. NAV-Forum / Würzburger Gespräche**

NAV-VIRCHOW-BUND, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands  
Landesverband Bayern, Ärztehaus Würzburg

## **„Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren - Aufbruch und/oder Fehlentwicklung“**

### **A. Ausgangsüberlegungen**

#### **- Wandel: „Sie (die Menschen) ändern sich – und sie ändern sich nicht“.**

Über Entwicklungen, Zukunft, Chancen und Risiken in der Medizin zu sprechen, ist äußerst diffizil, weil Medizin letztlich - und je besser sie ist, umso mehr - das mehrdimensionale Negativ des Menschen im konkreten Fall ist und der Menschen, wenn man das gesamte System nimmt. Was ich damit sagen will ist, dass, wenn wir uns die Medizin als das unvollkommene, aber sich stetig entwickelnde Wissen über die Menschen vorstellen, dann ergibt sich im Idealfall so etwas wie ein virtueller Mensch in einem imaginären Raum. Da aber dieses virtuelle Gebilde nicht selbständig, sondern abhängige Kopie des Originals ist, wird seine Veränderung nie schneller sein können als das Original, wenn sich denn die Kopie nicht vom Original entfernen soll. Der Satz: „Sie (die Menschen) ändern sich - und sie ändern sich nicht“, versucht, dies zu beschreiben. Alles erscheint im Wandel - und am Ende haben wir den Eindruck, es hat sich nichts geändert.

Was hat das mit integrierter Versorgung und MVZ zu tun? – Sie fragen zu Recht. – Ich wollte Sie vor unnötiger Aufregung und Aktionismus abhalten und mit Ihnen nach dem Kern des Themas suchen, der wohl in der Aussage zu finden ist: „Sie ändern sich - und sie ändern sich nicht“. Dann möchte ich mit Ihnen die Teile betrachten, die man der Häutung zurechnen kann. Wenn uns dies gelingt, dann wird sich mindestens perspektivisch manche Erregtheit erübrigen und wir werden sehen, dass es eigentlich nur einen Weg gibt, bei dem die Medizin sich durch Präzisierung und Weglassen von Umwegen seinem Original annähert.

#### **- Positionstausch: Das Zahnrad im Getriebe hat einen Zahn zuviel**

Um zu einer Bewertung der neuen Optionen zu kommen, müssen wir das heutige System betrachten und uns fragen, ob die in der Medizin steckenden Strukturen dem Original entsprechen oder Umwege Unnützes oder gar Schädliches abbilden. Wenn Sie diesen Versuch einer Verifizierung des aktuellen Zustandes machen wollen, müssen Sie allerdings stringent die Position des Patienten oder des Mitglieds einer Krankenkasse, also die des potentiellen Patienten, der keinerlei Krankheitsdisposition verspürt, einnehmen. Wenn Sie bei diesem Prozess den Fehler machen, auch nur einmal die Position des Patienten mit ihrer eigenen („ich möchte meine schöne Praxis erhalten und denke mir den passenden Patienten dazu“) zu tauschen, wird es sein wie in einem Getriebe, bei dem ein Zahnrad einen Zahn zuviel hat: Es zerstört sich selbst.

#### **- Kriegsfolgen: Übertragung der Rentenlast auf Nachfolgegeneration**

Wenn wir uns einig sind, dass wir mit den Augen des kundigen Patienten die Medizin betrachten, dann ist der Blick von dem, was wir Zeitgeist nennen, beeinflusst. Da ist zuerst die Prägung, die wir je nach Alter in der großen Masse erfahren haben. Die Kriegsgeneration hat nie wirklich die Konsequenz aus dem Krieg begriffen, dass nämlich dieses Volk ihn begonnen und dabei sein ganzes Vermögen, das es als Reserve für sein eigenes Alter besaß, vernichtet hatte. Diese nie eingestandene Schuld und die Konsequenz daraus, die für die Altersversorgung nötigen Werte wieder herzustellen und vorzuhalten, statt sie im Wirtschaftswunder sofort zu konsumieren und statt dessen die Rentenlasten der Nachfolge-Generation aufzubürden, war das Strickmuster, mit dem meine, die Nachkriegsgeneration, aufgewachsen ist. Sie hat das Prinzip Handlung und Konsequenz von den Eltern kaum gelernt und erfand als Krönung die antiautoritäre Erziehung für ihre Kinder, die ohne weiteres nicht nur als Freiraum für die Kinder, sondern auch als totale Verantwortungsverweigerung für den Nachwuchs verstanden werden kann.

#### **- Führungsschwäche: Bei Höhenmessung fehlt Erfahrung des Falls**

Diese Geisteshaltung musste ich mit einem Psychotherapeuten vor fast 30 Jahren diskutieren, der eine grauenhafte Personalführung hatte, weil er der Meinung war, seine Aufgabe wäre es, die Mitarbeiter auf einen Berg zu führen und ihnen die Rundumsicht zu zeigen und so die grenzenlose Welt für sie zu öffnen. Meinen Einwand, dass er selbst hier ein Entwicklungsdefizit habe, nämlich die Unfähigkeit, Höhe zu bemessen, weil die Erfahrung des Falls fehlte, hat er nicht verstanden und ich musste ihm den Fall beibringen. Er landete, weil der erste Aufschlag als Erfahrungshintergrund für seine Entwicklung nicht reichte, in der Gosse.

#### **- Exportweltmeisterschaft vs. Know-how-Verkauf**

Das eigentliche Problem, das ich herausarbeiten wollte, ist, dass wir es mit einer Gesellschaft zu tun haben - und das betrifft auch immer uns selbst, mal mehr mal weniger -, die ein echtes Problem mit dem System Handlung und Verantwortung, Verantwortung und Konsequenz - wenn Sie so wollen: von Höhe und Fall - hat. Wie ist es denn sonst möglich, dass eine intelligente Frau wie Sabine Christiansen auf die Aussage des Chefs von GM (General Motors) der - unter Bezug auf Opel - erklärte, dass in Deutschland keine Massenautos mehr gebaut werden können, immer wieder sagte: „aber die Menschen“ ... , bis der GM Chef dann im übertragenen Sinne und netten Ton sagte: „Lösen Sie Ihr Problem, dann können sie sich um die Menschen kümmern“. Ich vermute, dass die deutsche Journalistin immer noch fassungslos da stehen wird und „aber die Menschen“ sagen wird, wenn die Opelfahrzeuge, welche die Nachbarn der Opelarbeiter kaufen, längst aus Ungarn oder Tschechien kommen. Und der Gewerkschaftschef aus derselben Sendung wird noch lange davon reden, dass wir alles so lassen können, wie es ist, weil Deutschland doch Exportweltmeister ist, und diese Weltmeisterschaft vom Maschinenbau erzeugt wird. Wenn man allerdings weiß, dass der Maschinenbau genau das Know-how mit seinen Stanzen und Pressen verkauft, das mit billigen Arbeitern kombiniert ein Auto der Mittelklasse in Rumänien für 5000 € entstehen lässt, fragt man sich, welche Mechanismen unseren Blick verzerren.

## **B. Externe Einflussfaktoren auf die Medizin**

### **- Wachstumsmarkt Medizin: Einflussfaktor Alterspyramide**

Der GM Chef sah für Deutschland eine wichtige Zukunft in der Medizin. Im Ergebnis sehe ich das völlig identisch, weiß allerdings nicht, mit welcher Analyse er zu diesem Ergebnis kommt. Deshalb lassen Sie mich meine vortragen.

Die Bevölkerung hat seit dem Krieg einen unvergleichbaren Aufstieg im Wohlstand erlebt, der noch dadurch erhöht wurde, dass die Alterslasten einfach auf die nächsten Generationen gebucht wurden. Die bekannte Folge solcher Entwicklungen ist der Rückgang der Geburtenraten, weil - unabhängig von allen Hilfestellungen - Kinder wie Investitionen für die Zukunft heute durch Konsumverzicht getragen werden müssen. Die allseits bekannte Alterspyramide ging in die Baumstruktur über.

### **- Anspruchshaltung der Alten führt zu Konsumverzicht bei den Jungen**

In den Praxen und im Krankenhaus steigt das Durchschnittsalter, und weil Alterung mit Verschleiß umschrieben werden kann, nehmen die Fallzahlen ständig zu. Jedes Jahr im Krankenhaus um 1 – 2 %. Die qualitative Änderung ist allerdings noch augenfälliger, im Krankenhaus sind das die so genannten elektiven Fälle, und ich formuliere das mal überspitzt: Der ältere Mann leidet unter mangelnder Joggingfähigkeit als Teil seines jugendlich gebliebenen Selbstbewusstseins und braucht einen Bypass, oder er hält es mit 75 für selbstverständlich, dass er - obwohl er aus seiner Familiengeschichte weiß, dass man in diesem Alter zwar keine Herzerkrankung bekommt – seine Vorfahren sind alle steinalt geworden -, sondern eben die Hüften schmerzen, erwartet er trotzdem eine neue als Ersatz. Damit ich nicht missverstanden werde: Ich gönne das den Leuten und fördere es nach Kräften. Doch gleichzeitig begehren die Jungen auf, weil sie trotz Arbeit, weil netto zu wenig übrig bleibt, vieles nicht tun oder sich leisten können, wie die erfolgreichen Eltern es getan haben. Es fällt Konsum bei den Jungen weg, weil sie viel zur Lebensqualität der Alten beitragen. Und der fehlende Konsum macht Arbeitslose – Arbeitslose machen Angst, und das führt zu noch mehr fehlendem Konsum usw. usw. usw.....

Die Lösung keine Hüften, keine Bypässe, führt aber zu noch mehr Arbeitsplatzverlusten, und außerdem werden die Alten unzufrieden und wählen NPD oder PDS. – Das ist auch keine Lösung.

### **- Rationierung vs. Rationalisierung = Erhalt der Arbeitsplätze vs. Erhalt der Arbeit**

Letzter vermeintlicher Ausweg aus dem Dilemma des Sozialversicherungssystems: Budgetierung, das heißt Rationierung oder Rationalisierung oder beides. Dabei deutet vieles darauf hin, dass die Rationierung statt der Rationalisierung auf dem Vormarsch ist. Wie anders ist es denn sonst möglich, dass jede Veränderung, die ein Krankenhaus betrifft, mit dem Ruf nach dem ausschließlichen Erhalt der

Arbeitsplätze anstatt dem Erhalt der Arbeit und damit der Frage, was sollen wir leisten, damit wir gebraucht werden, beantwortet wird.

### **- Großeltern und Enkel: Arbeit geben statt Geschenke**

Es gibt eine andere Lösung, die aber von keinem Politiker gewagt wird, weil er von seinen Kollegen sofort des Sakrilegs des Unsozialen bezichtigt würde - dabei wäre er nicht unsozial, sondern weitsichtig. Dieser „mutige Politiker“ müsste den elektiven Patienten und den Mitgliedern der Kassen, die Patienten werden, auch wenn sie es noch nicht wissen, sagen: „Ihr bekommt alles, was Ihr wollt. – Ihr braucht nicht auf die Warteliste. – Ihr müsst nur eure Spargroschen, die Ihr als Bestechungsgeschenke für die Enkel zurückhaltet, um sie dann zu vererben und dabei dem Finanzminister dann doch das meiste zu geben, für Hüften, Diabetes-Insulinpumpen, Graue-Star-Operationen einsetzen. Dann gebt Ihr euren Enkeln Arbeit, statt Geschenke und macht sie im Wettbewerb um Eure Gunst für den Weltmarkt stark“.

### **- Leistung und Gegenleistung vs. „Alles zu Lasten der Solidargemeinschaft“**

Denn eines ist gewiss, die (anderen Länder) werden alle die selben Probleme bekommen - je reicher sie werden, desto eher. Wenn es uns dann noch gelänge, von jedem, der die Leistungen möchte, nur soviel zu verlangen, wie er sich leisten kann, und wenn wir so etwas wie ein neues volkswirtschaftliches Modell entwickeln könnten, das alle mitmachen lässt und niemanden, weil er nichts hat, ausschließt, das aber gleichzeitig von ihm soviel verlangt, damit er nachdenkt, ob er es wirklich will und wo er es am besten bekommt, dann wäre das vielleicht der Beginn eines neuen Wirtschaftswunders.

Wenn man bedenkt, dass die Ärzte früher ihr Honorar nach den Möglichkeiten des Patienten bemessen haben, fragt man sich, weshalb es heute alles umsonst geben soll oder zu Lasten der Solidargemeinschaft gehen muss. – Aber das war halt früher. Und dazwischen war der Krieg mit diesen verdrängten Ursache-/Wirkungszusammenhängen.

### **- Solidargemeinschaft als Garant der Notfallversorgung**

Vielleicht gehören sie zu denen, die denken, dass man doch nicht so eine Art Markt im Gesundheitswesen etablieren kann und sie denken dabei an das Unfallopfer und den Herzinfarkt. Stimmt, da gelten andere Regeln. Allerdings kann man auch da mit einigen Wettbewerbselementen Effizienz schaffen.

### **- Konflikt: Steigende Nachfrage vs. bestehende Leistungsstrukturen**

Vielleicht haben Sie bemerkt, dass die Nachfrage in der Medizin, die steigenden Ansprüche einerseits und das völlig ohne Wettbewerbsanreize bestehende Leistungssystem andererseits, zwei im totalen Konflikt miteinander befindliche Strukturen sind, die aber von biologischen und damit nicht beeinflussbaren Faktoren,

nämlich der Alterung der Gesellschaft angetrieben, eine immer größere Schere zwischen Wollen und Können öffnen.

### **C. Konsequenz: Ohne alternative Entwicklungen führt der Weg zu Wartelisten**

Die unabdingbare Konsequenz bedeutet, dass entweder

- die Leistungserbringer durch Ressourceneinsparung oder Gewinnverzicht die steigenden Behandlungs- und Reparaturwünsche befriedigen,
- der Steuerzahler für diese Lasten eintritt,
- oder der Patient - in welcher Weise auch immer - gehindert wird, die Leistungen in Anspruch zu nehmen. Dazu bieten sich Wartelisten an, welche nach der WHO ein geeignetes Steuerungsmittel sind. Wartelisten schaffen Luft, denn auf ihnen stirbt man gelegentlich, und es bilden sich Zuzahlungsmärkte, auf denen die ethisch Edlen, welche die alternativen Entwicklungen verhindern, mit der Inbrunst der sozialen Überzeugungstäter, gegen einen Zusatz-Obolus von der Warteliste herunterhelfen.

Der Patient gehört zur schwächsten und unorganisiertesten Gruppe, und deshalb spricht viel dafür, dass er die Variable im Spiel sein wird. Er wird sich - je nach Bereich - schneller oder langsamer auf einer Warteliste finden und entweder durch Schwarz- oder Grauzahlungen vorrücken können.

### **D. Konzernstrategie als Folge der Analyse**

#### **- RKA-Konzern für Handgeldgeschäfte untauglich**

Da wir ein Konzern sind, der ziemlich untauglich ist, Handgeldgeschäfte im Wartelistenbereich zu organisieren und als Gewinnmaximierung zu betreiben, haben wir geeignete Gegenstrategien entwickelt. Anstatt Ihnen - wie man aus dem Thema auch vermuten könnte - ein Sammelsurium von Krankheitsbild orientierten Modellen integrierter Versorgung und alle Ausformungen des MVZ vorzustellen, lassen Sie mich die Konzernstrategie, deren Hintergrund und die Umsetzungsmodelle, erläutern.

Um also zu verhindern, dass wir uns in einem Sog von Wartelistenmanipulation, Einkaufsmodellen und indikationsbezogenen integrierten Versorgung zu verstricken, die sich tendenziell dem Durcheinander der Telefentarife nähern, versuchen wir das Gesetz des Handelns auf unsere Seite zu ziehen. Dabei spreche ich zwar auch über morgen, aber, da auch hier nichts so heiß gegessen wie gekocht wird, geht es um die Generallinie für die nächsten 10 Jahre.

### **- *Generallinie für die nächsten zehn Jahre: Abkopplung der Systembremsen / Umstieg auf die Lokomotive***

Wir gehen in einem worst-case- Szenarium davon aus, dass die Einführung der DRG so stark abgebremst wird (bei Realisierung der Vorschläge des Bundesrates werden die letzten Krankenhäuser ihre Preise in 25 – 30 Jahren angeglichen haben), dass die mangelnden Ressourcen im Wesentlichen über Rationierung eingespart werden und damit wie bereits tendenziell im ambulanten Sektor sichtbar – Wartelisten aufgebaut werden. Unsererseits werden wir mit allen uns verfügbaren Mitteln die Rationalisierung durch Investitionen, sowie interne, wie auch Krankenhaus übergreifende Prozessentwicklung so zu stärken als würde die DRG-Einführung programmgemäß ablaufen. Damit soll im Falle der zügigen Entwicklung der DRG ein Platz an der Spitze der Entwicklung gesichert und bei durchhängender Entwicklung Handlungsfreiräume für die nachfolgend beschriebene Marktstrategie geschaffen werden.

### **- *Schulterschluss mit ambulant tätigen Ärzten = Synergieeffekte für partnerschaftliches Vollversorgungsangebot***

Wir würden entweder alleine - oder in Kooperation mit weitsichtigen Konkurrenten - ein Netz von z. B. 100 Kliniken mit MVZ oder im Ergebnis vergleichbaren Konstrukten, die jedenfalls die Schnittstelle ambulante Versorgung und Klinikübertritt von Leerleistung befreien, schaffen. Das bedeutet in jedem Fall Schulterschluss mit ambulant tätigen Ärzten. Dabei würden wir die entstehenden Synergieeffekte bündeln und ein Vollversorgungsangebot entwickeln, das mit einer, besser mehreren gesetzlichen Krankenkassen, vielleicht auch privaten Versicherungen, wenn sie flexibel genug sind, gemeinsam angeboten wird und das ungefähr wie folgt lautet:

### **- *Gemeinsames Angebot einer umfassenden integrierten Versorgung (mit Versicherung)***

Wir nehmen weiter an der allgemeinen Versorgung teil und bieten jedermann, der in der gesetzlichen oder Privatversicherung ist, an, sich in unserem System einer umfassenden integrierten Versorgung einzuschreiben. Dafür erhält er genau beschrieben, was rund um die Uhr wo vorgehalten wird, sowie die Garantie, dass er auch bei Notfällen innerhalb von 20 Minuten nach Eintreffen - gegebenenfalls in den von uns betriebenen Tele-Portal-Kliniken unter Einbezug überregionalen ärztlichen Know-hows - „erstversorgt“ diagnostiziert und bei Bedarf in Hochleistungsbereiche verbracht wird.

### ***E. Das alte System bedienen und im neuen wachsen***

***Elektronische Akte – Gesundheitskarte – Datentransfer – Qualitätskontrolle – Datenschutz – zwingende Qualitätsabsprachen – Vermeidung von Doppel- und Leerleistungen – Synergieeffekte und Kosteneinsparungen***

Der Patient erhält - und würde deren vertraulicher Nutzung zustimmen - eine elektronische Akte. Hierfür erhält der Patient eine codierte Karte - falls die neue Gesundheitskarte genutzt werden kann, setzen wir diese ein, sonst entwickeln wir eine eigene -, die eine klare Identifikation und Notfalldaten enthält. Damit können die jeweils behandelnden Ärzte die Daten der Patienten, die immer dort gespeichert (und gepflegt) werden, wo der Patient sich einmal zu Betreuung aufgehalten hat. Die Karte eröffnet den Zugang zu einem Intranet, zu dem alle Krankenhäuser, MVZ und angeschlossenen Ärzte Zugang haben. Mit einer Suchmaschinenfunktion kann der berechtigte Arzt dort alle Daten über den Patienten finden, die dieser im System hinterlassen hat. Das geht von der Exzerptaussage bis zum komplexen Spezialbefund oder der Rohdatensammlung aus den Laboren und Radiologien. Offensichtlich ist der auch für die medizinische Qualität der medizinischen Folgeentscheidung und die Wirtschaftlichkeit enorme Vorteil einer solchen Information, die als Exzerpt (Arztbrief) verdichtet, als Befund von Konsiliarebenen oder bei Bedarf sogar in Form von Rohdaten eingesehen werden kann. Diese Information wird das wesentliche medizinische Rückgrat und das eigentliche Bindeglied des Systems sein. Durch die Präsenz unter den teilnehmenden Fachleuten ist es gleichzeitig eine latente Qualitätskontrolle, weil der Zweite immer sieht, was der Erste gemacht hat. Wir glauben, dass allein durch diese innerhalb des Datenschutzes ablaufende Transparenz erhebliche Einspareffekte bei gleichzeitiger Qualitätserhöhung möglich sind.

Mit Hilfe der elektronischen Akte dieser Art können wir - verbunden mit einer zwingenden Qualitätsabsprache - sowohl niedergelassene Ärzte, wie auch die MVZ-Ärzte zu echten Vorleistern der Klinik machen und so definitiv Doppeluntersuchungen und Leerleistungen vermeiden. Wenn wir die freigesetzten Ressourcen dann für die Behandlung zusätzlicher Patienten einsetzen, erweitern wir unseren Marktanteil, ohne die Gewinnraten zu schmälern, indem man anonymisiertes Datenmaterial für Prozessanalysen einsetzt, um die Ursächlichkeiten zu erkennen und dann sachgerecht zu handeln. Wir vermuten, dass alleine mit einer solchen Konzeption die übergreifenden Gesamtprozesskosten in einer Größe zwischen 10 und 20 % gesenkt werden können.

#### ***- Vorteile für Kassenmitglieder: Vermeidung der Warteliste und Kostenersparnis***

Die Bereitschaft der Kassenmitglieder sich einzuschreiben gewinnt man, indem man sie – sie erinnern sich, dass es Wartelisten und selektierende Strukturen geben wird – aus der Warteliste holt.

Eine weitere Gegenleistung wird sein, dass wir einen Teil der Rationalisierungsgewinne, die wir ausschließlich durch Weglassung unnötiger Leistungen (Doppeluntersuchungen und Vorhaltungen) erzielen, weitergeben und somit bereits um einige % vom üblichen Satz dieser Kasse nach unten abweichen.

#### ***- Erweiterter Anreiz: Selbstbeteiligung mit Kaufkraft- und Sozialfaktor***

Den eigentlichen erweiterten Ansatz bieten wir, indem wir zu unserer eigenen Sicherheit gegen unbedachte Inanspruchnahme mit der Versicherung zusammen eine Selbstbeteiligung einführen, die z. B. 15 % für alle in Anspruch genommenen Leistungen beträgt. Damit diese Selbstbeteiligung bei geringer Verdienenden nicht zum K.O.-Kriterium wird, denn sie soll nur auf sparsamen Verbrauch ausgerichtet sein, aber nicht unsozial von der Leistung abhalten, wird der Selbstbehalt zusätzlich abgestuft über einen Kaufkraft- oder Sozial-Faktor. Konkret bedeutet dies, dass - wenn wir z. B. die Bürgerversicherung hätten - das System funktioniert jedoch bei allen Modellen -, dass die Beitragshöhe des Mitglieds umgekehrt proportional den Selbstbehalt senkt. Konkret würde das so aussehen, dass eine teilstationäre Leistung beispielsweise gegenüber der Kasse mit 500 € berechnet wird. Dem Mitglied würde aber, weil es nur bei 50 % des Maximalbeitrags eingestuft ist, von der Kasse auf den Selbstbehalt ein Nachlass von 50% gewährt.

**- Zahlenbeispiel: Rechnung über 500 € bei Einstufung des Selbstbehalts auf maximal 50 Prozent / Nachlass der Kasse**

**- Rechnungskontrolle durch Patienten / Zahlungspflicht des Patienten an Kassen / Kundenverhalten des Patienten steigert Service-Kultur**

Wir würden dann dem Mitglied die Rechnung über 500 € mit einem Aufdruck der denkbaren Selbstbehaltstufen aushändigen und so zur Transparenz beitragen. Das Mitglied, das seine Stufe kennt, kann somit - ohne bei uns seinen Status aufzudecken - sehen, mit wie viel (welchen Beträgen) es belastet wird. Das Mitglied würde möglicherweise vorher fragen, was es kostet. Die Ausgabe der Rechnung an den Patienten und seine Zahlungspflicht wird dazu führen, dass ein Teil die Rechnung kontrolliert, ein Vorgang der für die Innenhygiene des Systems wichtig ist. Die Selbstbehalte werden von der Kasse dann eingefordert. Damit werden nicht die Leistungserbringer zum Büttel der Kassen wie das mit der Praxisgebühr geschehen ist, und diese haben nicht für soziale Umverteilung gerade zu stehen. Die Patienten werden durch das Konzept allerdings in verstärktem Ausmaß ein Kundenverhalten an den Tag legen und eine steigende Service-Kultur erwarten. .

**- Jährliche Bonusabrechnung mit den Krankenkassen**

Die Krankenkassen würden von uns als Vertragspartner nachprüfbar verpflichtet, die Selbstbeteiligungen in Höhe eines Gesamtopfes für die versicherte Gruppe zu sammeln und jährlich in Höhe der anteiligen Prämien als Bonus zurück zu zahlen. Nach unserer Schätzung würde diese Versicherung trotz der eingegangenen Leistungs- und Servicepflichten 10 – 20 % preiswerter sein und müsste eigentlich zum „Renner“ werden.

Das Ganze könnten wir noch toppen, indem derjenige, der auf den Selbstbehalt-Bonus verzichtet, die Garantie erhält, dass er an bestimmten Zentren auch die medizinischen Verfahren erhält, die sich zwar bereits in der Genehmigungsphase vom Bundesausschuss befinden, aber noch nicht genehmigt sind. Damit wäre die

Frage, wer medizinischen Fortschritt finanziert, mit einer konstruktiven Lösung versehen.

### ***F. Tiefgreifende Veränderungen an Schnittstelle Niedergelassene Praxis / Krankenhaus***

In den in diesem System abgebildeten übergreifenden Prozessen zwischen ambulanter, tagesklinischer und stationärer Leistung sind natürlich tief greifende Veränderungen, die sich bei der Beschreibung der elektronischen Akte bereits angedeutet haben, enthalten.

#### ***- Ambulante Leistung in althergebrachter Krankenhausstruktur oder Diagnostik des Krankenhauses im ambulanten Bereich***

Bei der Untersuchung des betriebswirtschaftlichen Konzepts einer Hebung der Synergien, die an der Schnittstelle - Niedergelassene Praxis / Krankenhaus - liegen, haben sich theoretisch folgende Möglichkeiten geboten: Man macht die ambulante Leistung gleich im Krankenhaus und kann so die Auseinandersetzung mit einem eventuell widerspenstigen Vertragspartner sparen. Dann hätte der Chefarzt endlich den Zugriff auf die ambulanten Patienten und könnte sie ausrichten. Die gemeinsame Nutzung der Einrichtung (Medizintechnik) und damit ein günstiges Nutzen- / Investitionsverhältnis wäre gegeben.

#### ***- Ambulante Leistung in althergebrachter Krankenhausstruktur = Primat des Prozesses vor Servicequalität / Problemfall = ungünstige Kostenstrukturen / Forderung der Betriebsräte: Keine Änderung der Arbeitsbedingungen für Mitarbeiter in der Diagnostik***

Das Problem, die teure Krankenhausmedizin und das Primat des Prozesses vor der Servicequalität, sprich die Mentalität: „Der Patient kann warten, denn er ist eh da“, würde Platz greifen. Gleichzeitig hat jedes System die Neigung, wenn es auf ein anderes trifft, sich nach dem vermeintlich höheren auszurichten. Die Folgen wären: Dem Krankenhaus ginge es wie Deutschland bei der Wiedervereinigung (Löhne und Produktivitäts- Anpassung sind different) und wir hätten schnell ein großes Problem. Ein Vorgang, den viele Krankenhäuser bei der Forderung, unbedingt Ambulanz machen zu dürfen, nicht bedacht haben, aber noch bitter werden erfahren müssen. Wir würden die Preise des Krankenhauses in die Ambulanz tragen und dazu den Service der Ambulanz verlieren.

Dieser Konflikt wird bereits deutlich, wenn die Betriebsräte der Krankenhäuser fordern, dass - wenn MVZ die Diagnostik übernehmen -, die Mitarbeiter, die in der Krankenhausdiagnostik tätig sind, ohne Änderung der Arbeitsbedingungen eingesetzt werden. Alle niedergelassenen Ärzte waren einmal im Krankenhaus und haben den Arbeitsrythmus kennen gelernt und wissen, welche Umstellung der

Betrieb mit ambulanten Patienten zu den Gebührensätzen, die sich nicht ändern werden, zur Konsequenz haben werden.

### **- Die Alternative: MVZ am Krankenhaus für Ambulanz und stationäre Diagnostik**

Da Ambulanz im Krankenhausstil definitiv nur von jemandem gefordert werden kann, der nicht weiß, wovon er redet, benötigen wir die umgekehrte Variante als Alternative: Die ambulante Seite der neuen Verbindung sind die im MVZ tätigen Ärzte, und sie machen neben ihrer ambulanten Funktion auch die stationäre Diagnostik. Dazu muss sie ans Krankenhaus, und sie muss den stationären Notfällen Vorfahrt einräumen, und sie muss rund um die Uhr besetzt sein. Sie muss außerdem den Diagnose-Standards, die im Krankenhaus für OP etc. benötigt werden, entsprechen und dafür personell und sachlich qualifiziert sein. Die logische Konsequenz sind MVZ, die so, wie sie vom Gesetzgeber geschaffen, zwar nicht ideal, aber immerhin brauchbar sind. Auf die Frage, ob die MVZ mit dieser Doppelfunktion nur von angestellten Ärzten oder auch von freiberuflichen unabhängigen Ärzten gehalten werden könnten – lautet die Antwort: „Im Prinzip ja“; wir würden das gerne in Mellrichstadt, einem sehr kleinen Krankenhaus, das wir übernommen haben und das nur so überleben könnte, versuchen, aber es bedeutet eine Unterwerfung des MVZ unter die medizinisch extremeren Bedingungen eines Krankenhauses.

### **- Einbindung angestellter und/oder freiberuflicher Ärzte / Zuverlässigkeit des Vollservices = Sachzwang = Vorrang der Organisation vor persönlichen (Freizeit-)Neigungen**

Bei der Lösung der Frage, wie ein Krankenhausbetrieb funktioniert, der von einem MVZ abhängig ist, beginnt das Problem mit der Diskussion über Freiberuflichkeit, die oft pharisäerhaft geführt wird. Das Krankenhaus und auch die Patienten brauchen, wenn das Konzept von Erfolg gekrönt sein soll, absolut zeitlichen und inhaltlichen zuverlässigen Vollservice. Wenn dieser Service angeboten werden soll oder muss, dann hat die Organisation immer Vorrang vor den persönlichen (Freizeit-) Neigungen. Und wenn ich als Krankenhaus-Unternehmer das Problem des Nachtdienstes nicht mit eingestellten Mitarbeitern lösen kann, weil alle freiberuflich sich vereinbaren müssen, dann müssen sie das eben tun. Dann aber ist die vermeintliche Freizeit-Freiberuflichkeit eben einem Sachzwang gewichen. Das ist der Grund, weshalb wir MVZ mit angestellten Ärzten, denen wir aber medizinisch alle Freiheiten einräumen und die auch sehr stark am Ergebnis orientiert sind, führen wollen. Denn nur so glauben wir, die Betriebs- und Service-Sicherheit, die wir eben unter der Definition MVZ auch als Dienstleister für das Krankenhaus erbringen wollen, bieten zu können und damit die enormen Synergien zu heben.

## **G. Abgrenzungen und Positionen**

### **- Kombination MVZ + Krankenhaus = breite Basis für Ausbildung**

Wir wissen, dass beispielsweise die Frage der Arztausbildung ganz wesentlich an einem funktionierenden Modell dieser Art hängt, denn wir können mit der Kombination MVZ und Krankenhaus natürlich für eine breite Basis in der Ausbildung sorgen.

### **- Kooperationsmöglichkeiten zwischen MVZ am Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten**

Es stellt sich natürlich dem niedergelassenen Arzt, der nicht in ein MVZ will, die Frage, was mit ihm wird. Nun: Er könnte mit Kollegen ein eigenes MVZ gründen, oder er kann in einer Gemeinschaftspraxis Rationalisierungseffekte suchen. Für den Einzel-Arzt wird es sicher schwieriger, aber auch nicht so schnell, wie viele denken. Wir werden jedenfalls die nicht in die MVZ gehenden Ärzte nicht ausschließen, sondern wir werden ihnen, sobald in der Beziehung MVZ / Krankenhaus gelernt wurde, wie Qualität, die man wechselseitig braucht, definiert wird, Kooperationen anbieten, die bei gleicher Leistung auch den gleichen Preis sichern. – Aber täuschen Sie sich nicht, das ist oft mehr als das, was heute geboten wird. Ich bin davon überzeugt, dass beide - vom Krankenhaus zur Ambulanz und umgekehrt – noch viel lernen müssen, bis sie, wie beschrieben, in einem Wettbewerb gemeinsam auftreten können.

Am Rande kann ich noch ansprechen, dass es ein Modell für eine Universitätsklinik gibt, welches nach dem Muster MVZ – Tele- Portal-Grund- und Regelversorgung und Schwerpunktklinkbereich alle Versorgungsstufen, aber erheblich kostengünstiger als die heutige Form, enthält und damit die Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses eine den heutigen Forderungen der Praxisnähe adäquate Form bekommen würde.

### **- Thematik: Integrierte Versorgung und 1%-Klausel**

Nun haben Sie nichts über integrierte Versorgung nach dem 1%-Modell und dem Aufkauf von Praxen für MVZ gehört. Wenn gewünscht nehme ich das gerne in der Diskussion auf, allerdings halte ich die 1%-Finanzierung nicht für zielführend, weil sie vom Versorgungs- und Serviceziel ablenkt. Die Mitglieder der Kassen werden erst dann als Patienten angesprochen, wenn sie nicht mehr zu steuern sind. Würde man dann die Mittel ausloben, um die Patienten für Mitarbeit und Motivation belohnen, dann hätte das ja alles einen Sinn, so aber ist es im günstigsten Fall eine verstärkte qualitative Begleitung, die sich aus einer übergeordneten Kunden- und Servicefreundlichkeit sowieso ergeben würde, wenn der Wettbewerb funktioniert.

### **- MVZ am Krankenhaus vs. exterritoriale Praxisketten und MVZ**

Es gibt Leute, die versuchen, die MVZ als die Killer der Freiberuflichkeit darzustellen und drohend Praxisketten an die Wand malen. Ich sehe das nicht. Denn wer soll Geld für solche Praxisketten auf den Tisch legen, und welche Verzinsung hätte er – Rationalisierung in der Praxiskette ist vermutlich minimal, also müsste man Gewinn von den Ärzten nehmen oder das Personal schlechter bezahlen, um – WAS? - zu

gewinnen? Hinter solchen Argumenten steckt die Idee, „Wer die Praxis hat, hat auch den Patienten“. Die Niedergelassenen wissen, wie das ist: Drei oder vier „vergewaltigte“ Patienten bei der Einweisung schädigen die Praxis mehr als sie ihr nützen. Also bleibt für die Argumentation nur die Qualitätskette und der Schnittstellenvorteil. Diese holt man sich durch das MVZ, wie ich es beschrieben habe, und für die Außenpraxen durch eine qualifizierte Kooperation. Weil das so ist, habe ich mich mit Praxisketten und exterritorialen MVZ nur als Sonder- bzw. Speziallösung für bestimmte Konstellationen auseinandergesetzt.

### **H. Fazit**

Lassen Sie mich abschließend feststellen: Die Zukunft gehört Lösungen, mit denen die Rationalisierungsreserven unter Wahrung höchster Qualität zu Gunsten eines MEHR an Leistung, d.h. mehr Patienten zum kleineren Preis, angeboten werden können.

Wie heißt es: Arbeit haben wir genug, aber sie ist nicht bezahlbar - und derjenige der das ändert, wird jeden Erfolg haben, den er sich wünscht.

\*\*\*\*\*