

## Berliner Krankenhaus-Seminar

### Das Versorgungsgesetz: Was kommt wirklich auf uns zu, in Krankenhaus und Praxis?

**Dr. Bernd Köppl**

**Vorstandsvorsitzender**

Bundesverband Med. Versorgungszentren  
Gesundheitszentren - Integrierte Versorgung  
e.V.

**Kontakt**

BMVZ e.V.  
Karl-Marx-Allee 3  
10178 Berlin

Tel: 030 - 270 159 50  
Fax: 030 - 270 159 49  
Mail: [b.koeppel@bmvz.de](mailto:b.koeppel@bmvz.de)

## WER WIR SIND

**Der Bundesverband Medizinische Versorgungszentren -  
Gesundheitszentren - Integrierte Versorgung e.V.  
ist ein gemeinnütziger Verein,**

in dem sich medizinische Einrichtungen und interessierte Unternehmen mit dem Ziel, Kooperationen in der ambulanten Gesundheitsversorgung zu fördern, zusammengeschlossen haben.

der sich als Interessenvertreter derjenigen kooperativen Strukturen und Einrichtungen versteht, die sich der Verbesserung der medizinischen Versorgung verschrieben haben.

der fachübergreifende und sektorübergreifende Versorgungsmodelle unterstützt.

## Mitgliederstruktur

**Wir haben aktuell rund 150 Mitglieder, die (über Ketten- und Verbundstrukturen) ca. 20 % aller MVZ repräsentieren.**

### Vollmitglieder

Nur medizinische Einrichtungen können eine Vollmitgliedschaft im BMVZ erwerben.

Wir repräsentieren bundesweit die gesamte Bandbreite der MVZ-Träger.

### Fördermitglieder

Komplementäre Unternehmen des Gesundheitssektors haben die Möglichkeiten, sich als Fördermitglieder in die Verbandsarbeit einzubringen.

Als Fördermitglieder gelten auch natürliche Personen, die aufgrund ihrer beruflichen oder gesellschaftlichen Funktion geeignet und Willens sind, die Verbandsarbeit zu unterstützen.

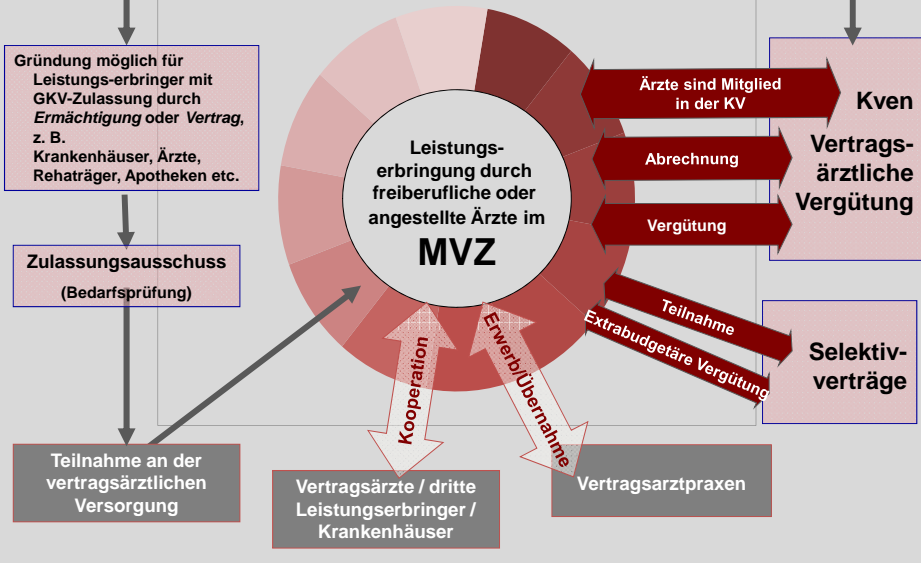
## THEMENÜBERSICHT

1. **MVZ-Entwicklung**
  - rechtliche Rahmenbedingungen
  - veränderte Erwartungen an den Arztberuf
2. **Versorgungsgesetz und MVZ**

**Deutsche Einheit**

- 1989** Beitritt der DDR, Überleitungsvertrag für „Staatliches Ges. Wesen DDR“ mit Abwicklungsgebot für Poliklinische Versorgung
- 1992** Bestandsschutz für Reste der DDR Polikliniken (§ 311 SGBV)
- 2002** Ges- Reform-Ges. (GRG)
  - Neu Integrationsversorgung (§ 140 SGBV)
- 2004** Ges-Modernisierungs-Gesetz (GMG)
  - NEU: Zulassung von ambulanten MVZ (§ 95 SGBV)
  - NEU: IV Finanzierung (1% Budget)
- 2007** VertragsArztRechtsÄnderungs-Gesetz (VÄndG)
  - Neu: Zulassung von Krankenhausärzten für ambulante Praxen (§ 20 Abs 2. Ärzte-ZV)
  - NEU: Berufsausübungsgemeinschaften (§ 33 Abs 2 Ärzte-ZV)
- 2011** Versorgungsgesetz

**Gesetzliche Grundlage SGB V**

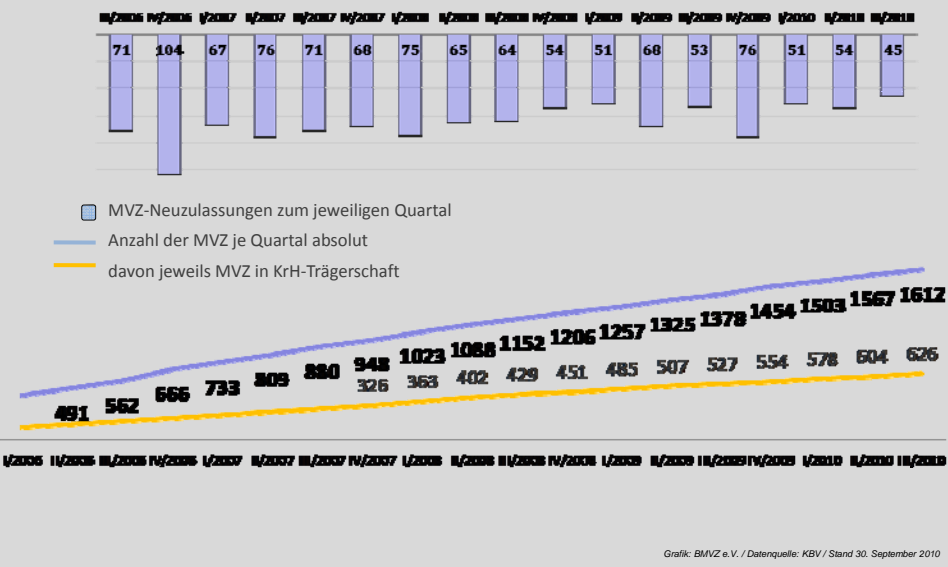


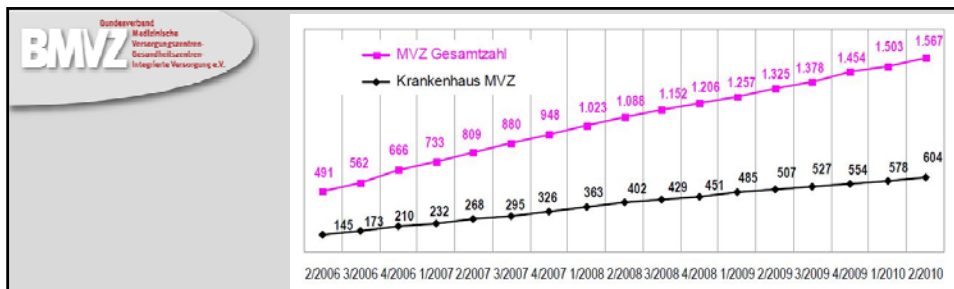
## Eckdaten der MVZ in Deutschland

Anzahl: 1612 (Stand 30. September 2010)

<b>Gesamtzahl der in MVZ tätigen Ärzte:</b>	8.264 (6,6 % von 124.000 Vertragsärzten)
<b>davon Ärzte im Anstellungsverhältnis:</b>	6.919 (84 % aller MVZ-Ärzte)
<b>häufigste beteiligte Facharztgruppen:</b>	Hausärzte, Internisten, Chirurgen, Gynäkologen
<b>MVZ-Größe:</b>	(Vorquartal: 5,0) Ø 5,1 Ärzte
<b>MVZ in Krankenhausträgerschaft:</b>	(Vorquartal: 38,5) ca. 36,4 %
<b>MVZ in Trägerschaft von Vertragsärzten:</b>	(Vorquartal: 47,3) ca. 43,5 %
<b>vorwiegende Rechtsformen:</b>	GmbH, GbR, Partnerschaft
<b>Top-Regionen (nach Bundesländern):</b>	Alle MVZ: Bayern, NRW, Niedersachsen, Berlin KrH-MVZ: Bayern, Niedersachsen, NRW, Baden-Württemberg

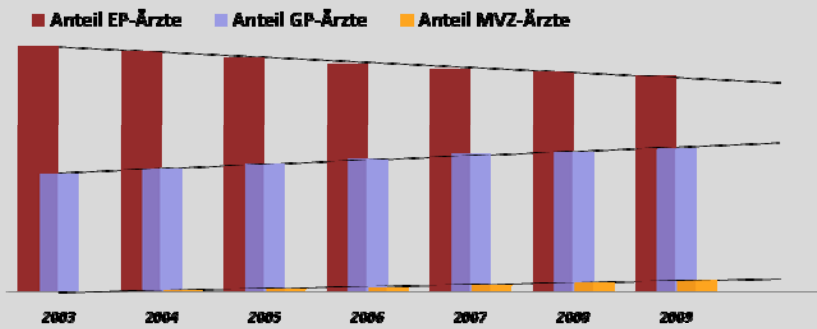
## Dynamik der MVZ-Entwicklung



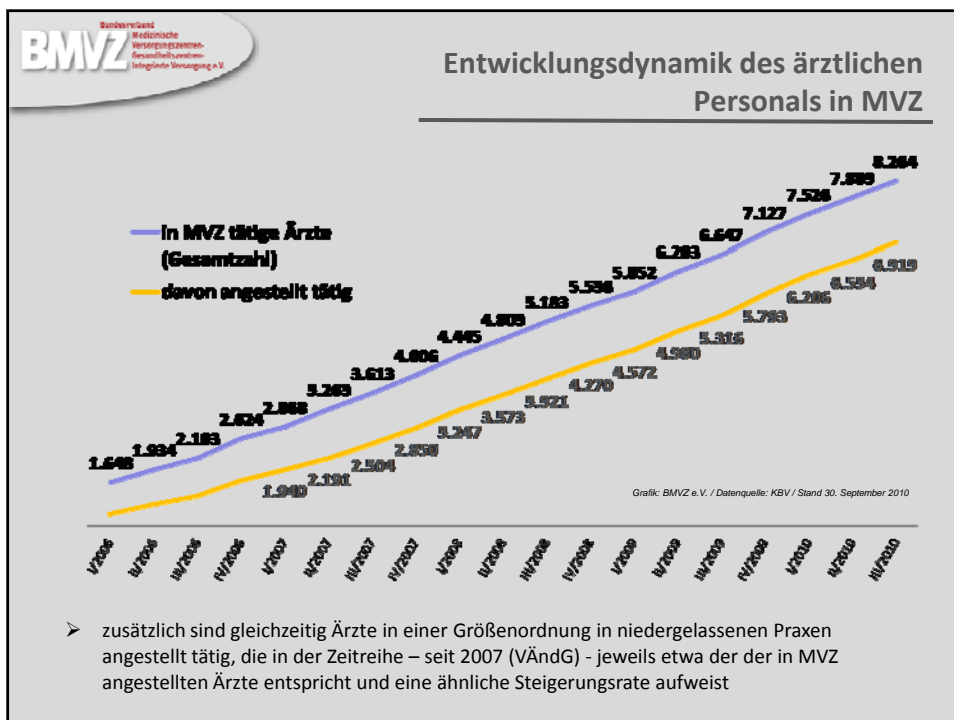


Quelle: KBV / Stand 30. Juni 2010

### Einordnung der aktuellen Versorgungsrelevanz der MVZ



Quelle: Bundesarztregister der KBV



Grafik: BMVZ e.V. / Datenquelle: KBV / Stand 30. September 2010

- zusätzlich sind gleichzeitig Ärzte in einer Größenordnung in niedergelassenen Praxen angestellt tätig, die in der Zeitreihe – seit 2007 (VÄndG) - jeweils etwa der der in MVZ angestellten Ärzte entspricht und eine ähnliche Steigerungsrate aufweist

## Kooperation ist Zukunft

### Berufsmonitoring Medizinstudenten

#### Niederlassung: Einzelpraxis oder Gemeinschaftspraxis?

		Frauen	Männer
■ Einzelpraxis	4%	3%	6%
■ Gemeinschaftspraxis	40%	45%	33%
■ Beide Optionen	56%	53%	61%



## Einstellung der Medizinstudenten zu MVZ

Quelle: Universität Trier/KBV  
*Berufsmonitoring Medizinstudenten – bundesweite Befragung 2010*

Filter: wenn MVZ bekannt				
20. Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zum MVZ zu?				
	Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
MVZ bieten den Patienten eine bessere Versorgung. [n = 8.572]	9,1	61,6	26,0	3,3
MVZ stellen eine Bedrohung für niedergelassene Ärzte dar. [n = 8.569]	14,7	38,2	42,5	4,5
MVZ in Krankenhausträgerschaft verbessern die Zusammenarbeit von ambulantem und stationärem Sektor. [n = 8.504]	12,7	60,6	22,8	4,0
MVZ erleichtern es Ärzten, auf Teilzeitbasis zu arbeiten. [n = 8.482]	21,6	61,3	15,5	1,7

## Wo wollen Sie später arbeiten?

### Berufsmonitoring Medizinstudenten

#### Spätere Tätigkeiten nach Geschlecht

	Frauen	Männer
Arzt in Krankenhaus	76%	81%
Facharzt in eig. Praxis	74%	74%
Arzt in MVZ	62%	46%
Arzt in Praxis	58%	33%
Hausarzt in eig. Praxis	36%	39%
Arzt in Forschung	20%	29%
Arzt im ÖGD	20%	16%
Arzt in Pharmaindustrie	9%	19%
Arzt bei Krankenkasse	5%	6%



## THEMENÜBERSICHT

1. **MVZ-Entwicklung**
2. **Versorgungsgesetz**  
 Reformbedarf  
 Überblick  
 Auswirkung auf MVZ

## Agenda der Gesetzesvorhaben 2011

- **Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VSG)**
- Reform der **Bedarfsplanung** (Sicherstellung in der Fläche / sektorenübergreifende Planung)
- **Honorarreform** (einfach / transparent / leistungsgerecht)
- Reform der **GOÄ** (Öffnungsklausel für selektives Kontrahieren ?)
- **Pflegereform** (Pflegebedürftigkeitsbegriff / Finanzierung)
- Nationale **Präventionsstrategie**
- **Patientenrechtgesetz** (einschl. Transparenz)

## Stand des GKV-VSG Gesetzgebungsverfahrens

- Eckpunkte vom April 2011
- Referentenentwurf vom Juni 2011
- Kabinettsentwurf vom August 2011
- Stellungnahme des Bundesrates vom September 2011
- Kommentierung der BR-Stellungnahme durch die Bundesregierung Anfang Oktober
- Eingang von rund 70 Detailstimmungen beim Gesundheitsausschuss des Bundestages
- Anhörung des Gesundheitsausschuss des Bundestages am 19. Oktober 2011
- Planung: Beschlussfassung im Dezember 2011



## Ziele des Gesetzes:

- Beseitigung der Unterversorgung im ländlichen Bereich
- Flexibilisierung und Regionalisierung der Vergütung
- Bessere Verzahnung der Leistungssektoren
- schnellerer Zugang zu Innovationen
- Stärkung des Wettbewerbs
- *Behinderung der MVZ Entwicklung*

## Stadt-Land-Verteilung der MVZ

Wissenschaftliches Institut der AOK

Ärztatlas 2011

Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten

Die Zahlen zur Entwicklung der Arztdichte in Deutschland zeigen, dass es heute deutlich mehr als ein Drittel mehr berufstätige Ärzte als Anfang der 90er Jahre gibt. Nach den Daten des Statistischen Bundesamtes und der Bundesärztekammer wurde im Jahr 2009 – neuere Zahlen liegen hierzu leider noch nicht vor – mit 397 berufstätigen Ärzten je 100.000 Einwohner ein neuer Höchststand bei der Arztdichte erreicht; es wurden deutschlandweit 30,8 % mehr Mediziner gezählt als noch im Jahr 1991 mit 304 Ärzten. Seit Mitte der 70er Jahre hat sich die Arztdichte in Deutschland sogar mehr als verdoppelt, und sie steigt jedes Jahr weiter an. Diese Zahlen sprechen eine deutliche Sprache.

Quelle: AOK, 2011

## Stadt-Land-Verteilung der MVZ

Prof. Ferdinand Gerlach

*Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen*

„München hat die höchste Arztdichte der Welt. In der bayerischen Landeshauptstadt gibt es mehr Herzkathetermeßplätze als in ganz Schweden und mehr Computertomographen als in ganz Italien [...]

Zudem gebe es in Deutschland die meisten Ärzte dort, wo sie am wenigsten gebraucht würden, das zeige unter anderem das Beispiel Hamburg, wo es in den ärmeren Stadtvierteln immer weniger Praxen gebe. [...]

... wenn die KVen die Sicherstellung nicht hinkriegen, verlieren sie ihr Existenzrecht“.

Quelle: ÄrzteZeitung 23. Juni 2010

### **Zukunft der Medizinischen Versorgungszentren** Bundestagsdrucksache 17/3131 vom 1.10.2010

#### Antwort der Bundesregierung

*auf eine Kleine Anfrage der SPD-Bundestagsfraktion*

„MVZ sind inzwischen als sinnvolle Ergänzung zu den Leistungsangeboten der in Einzel- und Gemeinschaftspraxen freiberuflich tätigen Ärztinnen und Ärzte etabliert.

Deshalb hält die Koalition an MVZ als möglicher Organisationsform für die vertragsärztliche Leistungserbringung ebenso fest wie an der Gründungsberechtigung von Krankenhäusern. Durch eine Neufassung der Zulassungsvoraussetzungen für MVZ soll sichergestellt werden, dass die ärztliche Tätigkeit im MVZ auch weiterhin allein medizinischen Gesichtspunkten folgt.“

**Kabinettsbeschluss 12.08. 2011: Versorgungsstrukturgesetz – (GKV-VStG)**

**- Steuerung des Niederlassungsverhaltens =  
Einschränkung der MVZ Entwicklung**

In Regionen mit **Übersorgung**

- Förderung des „freiwilligen Verzicht“ auf Zulassung in **übersorgten** Gebieten (durch KV zu finanzieren)  
**(MVZ können Zulassungen bei Nachbesetzung entzogen werden)**
- **Vorkaufsrecht der KV** bei Übernahme von Arztsitzen, (nicht bei Nachbesetzung durch Kind, Ehepartner... und Praxispartner)  
**(MVZ können Zulassungen bei Nachbesetzung verlieren ??)**
- **Vorkaufsrechte für MVZ Mitbewerber** bei Übernahme von Arztsitzen
- Einschränkung der Verlegung von Praxissitzen
- Befristete Zulassung in offenen Planungsbereichen

**Kabinettsbeschluss 12.08. 2011: Versorgungsstrukturgesetz – (GKV-VStG)**

**- MVZ: Trägereinschränkung**

- Um die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen von wirtschaftlichen Interessen zu gewährleisten, sollen MVZ künftig nur unter bestimmten engeren Voraussetzungen zugelassen werden:
- Beschränkung der MVZ-Gründungsberechtigung auf Vertragsärzte und Krankenhäuser mit Ausnahmeregelung aus Versorgungsgründen für gemeinnützige Trägerorganisationen (z.B. im Bereich der Dialyse)
- Beschränkung der zulässigen Rechtsformen auf Personengesellschaften und GmbHs, und Ausschluss der Rechtsform Aktiengesellschaft, um zu verhindern, dass auch aus reiner Kapitalbeteiligung Gewinne aus der vertragsärztlichen Versorgung gezogen werden.

**Kabinettsbeschluss 12.08. 2011: Versorgungsstrukturgesetz – (GKV-VStG)**  
**- MVZ: Trägereinschränkung**

- Uneingeschränkter Bestandschutz für bestehende MVZ-Einrichtungen,  
- wenn die Stellung des ÄL nach neuem Recht angepasst wird.  
- aber Nachrangigkeit bei Auswahlentscheidungen im ZA, wenn das MVZ nicht mehrheitlich von Ärzten geführt wird.
- Verlegung von Vertragsarztsitzen in ein MVZ nur dann, wenn keine Versorgungsgesichtspunkte entgegenstehen.  
**(MVZ können nach § 103 Abs 4a ohne ZA-Beschluss keine Sitze mehr erwerben)**
- Einmal vom Zulassungsausschuss genehmigte Angestelltenstellen können zu einem späteren Zeitpunkt in eine Zulassung umgewandelt werden, mit der Folge, dass in gesperrten Gebieten das MVZ den Vertragsarztsitz im Wege der Ausschreibung veräußern kann.

**Kabinettsbeschluss 12.08. 2011: Versorgungsstrukturgesetz – (GKV-VStG)**  
**- MVZ: Stellung Ärztlicher Leiter**

- Die Leitung in der medizinischen Versorgung des MVZ muss rechtlich und faktisch in ärztlicher Hand liegen, so dass die sich aus dem Berufsrecht ergebende Therapie- und Weisungsfreiheit gewährleistet ist. Der ärztliche Leiter muss deshalb selbst im MVZ tätig sein, um sicherzustellen, dass er tatsächlich Einwirkungsmöglichkeiten auf die Abläufe im MVZ hat.
- MVZ mit Bestandsschutz müssen die Stellung des ÄL innerhalb von 6 Monaten anpassen

### - Zusammenfassung GKV-VSG und MVZ

Im Versorgungsgesetz werden an vielen Stellen

- die Gründungen für MVZ erheblich erschwert,
- die zugelassenen Träger eingeschränkt,
- die Nachbesetzung von Arztstellen im MVZ unter bürokratische Vorbehalte gestellt,
- die Übernahme von Zulassungen erheblich erschwert, etc..

### - Zusammenfassung GKV-VSG und MVZ

In diesem Kontext ist es nicht verwunderlich, dass die Chancen der MVZ zur Stabilisierung der ambulanten Versorgung in den ländlichen Regionen nicht genutzt wird.

MVZ mit angestellten Ärzten können gerade in unterversorgten Regionen in Kooperation mit Krankenhäusern die ambulante Versorgung sehr viel wirkungsvoller stabilisieren, als dies durch die wirtschaftliche Förderung von Einzelpraxen möglich ist.

Diese Chancen sollten im Versorgungsgesetz durch gezielten gesetzliche Absicherung von **trägerbasierten ambulanten Versorgungsnetzen mit MVZ** oder Ärztenetzen gestärkt werden.

**Kabinettsbeschluss 12.08. 2011: Versorgungsstrukturgesetz – (GKV-VStG)**

**- Änderung des Zulassungsrechts**

- Flexibilisierung der Planungsbereiche mit Differenzierung nach haus- und fachärztlicher und spezialisierter Versorgung
- Berücksichtigung der Demographie bei Anpassung der Verhältniszahlen
- Einbeziehung von ambulant tätigen KrH-Ärzten in die Bedarfsplanung
- Erweiterte Möglichkeit der Sonderbedarfszulassung
- Beanstandungsrecht der Bedarfsplanung durch Länder
- Sektor übergreifendes Gremium (ambulant, stationär) auf Landesebene

**Kabinettsbeschluss 12.08. 2011: Versorgungsstrukturgesetz – (GKV-VStG)**

**- Änderung des Zulassungsrechts**

**In Regionen mit Unterversorgung:**

- Grundsätzliche Befreiung von der Abstaffelung
  - Preiszuschläge bei Qualität
  - Verzicht auf Honorar Zu- und Abschläge
  - Strukturfonds zur freien Verwendung der KV
  - Ermächtigung von Ärzten aus KH, Reha und Pflege
- Sektorübergreifende Organisation des Notdienstes

**Kabinettsbeschluss 12.08. 2011: Versorgungsstrukturgesetz – (GKV-VStG)**

**- Weitere Flexibilisierung der Vertragsarzttätigkeit**

- **Unterversorgte Regionen:**
  - Eigeneinrichtungen der KVen (Honorar aus Gesamtvergütung)
  - Eigeneinrichtungen kommunaler Träger
  - Förderung mobiler Versorgungskonzepte (Zweigstellen)
- Grundsätzliche Aufhebung der Residenzpflicht
- Lockerung der zeitlichen Grenzen für Nebentätigkeiten
- Abwägungsprozess bei der Genehmigung von Zweigstellen
- Veräußerungsmöglichkeiten von MVZ-Sitzen mittels Ausschreibungen
- Bildung länderübergreifender KVen

**Kabinettsbeschluss 12.08. 2011: Versorgungsstrukturgesetz – (GKV-VStG)**

**- Ambulante spezialärztliche Versorgung**

- Sektorenübergreifende Verzahnung der fachärztlichen Versorgung durch Schaffung eines eigenständigen Bereiches im System der GKV für Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltenen Erkrankungen, hochspezialisierten Leistungen mit gleichen Qualifikationsanforderungen für niedergelassene Vertragsärzte und KrH.
- Grundsätzlich „freier“ Zugang für Leistungserbringer.
- Nachweis der Erfüllung der Anforderungen gegenüber einer „Stelle“ auf Landesebene.
- Vorläufige Vergütung nach EBM (noch sehr umstritten)
- Entwicklung einer leistungs- und diagnosebezogenen Vergütungssystematik

**Kabinettsbeschluss 12.08. 2011: Versorgungsstrukturgesetz – (GKV-VStG)**  
**- Honorarreform**

- Regionalisierung und Flexibilisierung der Honorarverteilung.
- Verfahrensvorgaben des BA werden aufgehoben.
- KBV kann in Richtlinien Vorgaben zur Trennung der Gesamtvergütung und Mengensteuerung bestimmen.
- Mengensteuernde Maßnahmen der ärztlichen Leistungen unter Berücksichtigung des Versorgungsbedarfs.
- „Leicht handhabbare und einfacher umsetzbare AKR“

**Kabinettsbeschluss 12.08. 2011: Versorgungsstrukturgesetz – (GKV-VStG)**  
**- Wirtschaftlichkeitsprüfungen**

- Prüfungen für ein Kalenderjahr, spätestens 2 Jahre nach Abschluss des Prüfungszeitraums beenden
- Durchsetzung des Grundsatzes Beratung vor Regress
- Kein Regress, wenn keine Beratung im Vorjahr
- Genehmigte Langzeit-Heilmittelbehandlungen nicht mehr Gegenstand von Wirtschaftlichkeitsprüfungen
- Vorab anzuerkennende PB auf Bundesebene mit bindender Wirkung für regionale Vereinbarungen
- „Feststellungsanspruch“ über Anerkennung weiterer PB gegenüber Prüfungsstelle schon vor Einleitung eines Prüfverfahrens.



**BMVZ**

Bundesverband  
Medizinische  
Versorgungszentren-  
Gesundheitszentren-  
Integrierte Versorgung e.V.

**... die Plattform  
für zukunftssichere Kooperationen  
in der Gesundheitsversorgung**

### Forderungen des BMVZ

- Klares Bekenntnis zu MVZ als wichtige Träger der ambulanten Versorgung
- Beendigung der Trägersausgrenzung
- Planungssicherheit durch gleichberechtigte gesetzliche Rahmenbedingungen, (keine Nachrangigkeit im Gesetz)
- keine Honorar-Benachteiligung im Vergleich mit niedergelassenen Einzelpraxen - aber auch keine Bevorzugung
- Anpassung des SGB V und der Zulassungsverordnung an die Erfordernisse von Träger ambulant tätiger angestellter Ärzte

*Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit!*

#### Kontakt

**BMVZ e.V.**  
**Karl-Marx-Allee 3**  
**10178 Berlin**

**Telefon: 030 – 270 159 50**  
**Telefax: 030 – 270 159 49**  
**Mail: [bmvz@bmvz.de](mailto:bmvz@bmvz.de)**  
**[b.koepl@bmvz.de](mailto:b.koepl@bmvz.de)**

**[www.bmvz.de](http://www.bmvz.de)**