

Event

Praktikerkongress

Bundesverband Medizinische Versorgungszentren (BMVZ):

„Kooperation unaufhaltbar!? Pflicht und Kür ärztlicher Kooperationen“

Berlin

20.9.2017

Referenten Block I und II:

- Dr. Regine Breitsprecher, Ärztliche Geschäftsführerin MVZ an der Universitätsmedizin Greifswald
- Hermann Gröhe, Bundesgesundheitsminister
- Dr. Bernd Köppl, Vorstandsmitglied BMVZ
- Stefan Tilgner, Vorstand Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen
- Dr. Guido Tuschen, Geschäftsführer SKH Stadtteilklinik Hamburg
- Dr. Peter Velling, Vorstand BMVZ

Begrüßung und Moderation Block I und II:

Dr. Jan-Peter Jansen, Ärztlicher Leiter und Geschäftsführer Schmerzzentrum Berlin

Essentials

Bernd Köppl:

Man sei praktisch am Vortag vor der Bundestagswahl. Diese sei aber für die MVZ nicht spielentscheidend. Man gehe davon aus, dass die Politik größere Formen der Versorgung weiter beibehalten werde, egal in welcher Form die neue Bundesregierung gebildet werde. Egal wer das Bundesgesundheitsministerium übernehme, die Verzahnung der Sektoren werde im Mittelpunkt der Gesundheitspolitik der nächsten Jahre stehen. Dafür sei man gewappnet. Das Thema Digitalisierung werde ebenfalls eine große Rolle spielen.

Die Politik stehe der Entwicklung, wie der BMVZ sie repräsentiere, also positiv gegenüber. Es gebe aber auch Gegenspieler, so in den KVen. Man bleibe dort so etwas wie die illegitimen Kinder, man werde nicht als vollberechtigter Partner der ambulanten Versorgung akzeptiert. Es sei friedlicher geworden, es gebe aber noch Nickeligkeiten. Die Entwicklung werde aber weitergehen. Die klassische Einzelpraxis nehme ab. Die nachfolgende Generation wolle größere Strukturen. Die Statistiken zeigten, dass die Zahl der Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) in etwa gleichgeblieben sei, ein Teil sei aber auch in MVZ umgewandelt worden. MVZ repräsentierten mittlerweile über 11 % der Ärzte in Praxisstrukturen. Die MVZ-Entwicklung habe durch die Gründung fachgleicher MVZ noch an Dynamik gewonnen. Die Zahnärzte seien eingestiegen, aber nicht beim BMVZ organisiert. Krankenhaus-MVZ nähmen ab, die neue Gründungswelle sei sehr stark von den

Niedergelassenen ausgegangen. Man sei früher angegriffen worden, weil die Krankenhäuser gründungsaktiver gewesen seien. Dies sei mittlerweile sehr anders geworden.

Sie seien der Meinung, dass MVZ mit einer strukturellen Nähe zum Krankenhaus eine Tendenz abbildeten, auf die man setzen solle. Diese Organisationsform sei dafür wie geschaffen. Aber alle MVZ seien rein rechtlich ambulante Anbieter. Die Sektorenmauer sei deshalb – auch bei gleichem Träger – noch vorhanden. Wenn man schaue, was man machen könnte, dann seien die mit Krankenhäusern verbundenen MVZ die, mit denen man Kooperationen am besten umsetzen könne. Fast 50 Prozent der Krankenhäuser hätten mittlerweile eigene MVZ.

Man brauche Lockerungen, man brauche Änderung. Die nachrangige Gründung sei schlecht. Man brauche auch eine Verfahrensvereinfachung in der Weiterbildung. Es sei nicht hinnehmbar, dass Institutionen, die bereit wären auszubilden, auf zwei Rechtssysteme verwiesen würden. Wenn man die nachwachsende Generation ausbilden wolle, müsse man mit gleichrangigen Strukturen ambulant und stationär arbeiten können.

Peter Velling:

Der Fokus werde in Zukunft sein, wie könne man seine Mitglieder besser vertreten. Die Kommunikation mit den KVen sei verbesserungswürdig. Es sei so, dass die Zahl der Ärzte abnehme. Dafür nehme die Zahl der angestellten Ärzte zu. Davon sei ein Großteil in MVZ angestellt. Man habe nur Kassenarztsitze in ambulanten Strukturen. Immer heiße es aber nur: Die Bösen nähmen einem etwas weg. Nein, man übernehme nur Verantwortung für die Patientenversorgung. 2004 seien MVZ die ersten gewesen, die Ärzte anstellen durften. Auch Einzelpraxen könnten nun bis zu drei weitere Ärzte anstellen. Im Moment hätten die Vertragsärzte das Bedürfnis, ihre Anstellungsverhältnisse in einem MVZ besser darstellen zu können. Gerade Großpraxen hätten in MVZ die bessere Vertragsform, deshalb diese Zunahme.

Stichwort KV-Wahlen: Angestellte Ärzte hätten nie die Rolle gehabt, die sie von der Mitgliederzahl hätten spielen können. Man müsse sich hier an die eigene Nase fassen. Es sei nicht gelungen, durch die Träger von MVZ zu den wahlberechtigten Ärzten durchzudringen und die KV-Wahl als Ziel der Änderungswünsche darzustellen. In KVen sei man unterrepräsentiert. Es gebe 622 Mandate in der ganzen Bundesrepublik, 49 % der Ärzte stammten aus Einzelpraxen, nur 5,6 % aus MVZ, aus BAG 43,6 %. Wichtig seien die Fachausschüsse, dort passiere die richtungsweisende Arbeit.

Stichwort Honorargerechtigkeit: Da müsse das Prinzip gelten, dass alle Ärzte mit gleicher Qualifikation auch das gleiche Geld bekämen - stationär-ambulant wie unter ambulanten Ärzten. Honorarverteilungsmaßstäbe seien eine lokale KV-Angelegenheit. Dafür seien auch die beratenden Fachausschüsse wichtig. Dies sei auch eine Angelegenheit, wo Angestellte mitreden könnten. Es müssten einem aber

noch die Politiker helfen. Ein anderer Punkt sei der Überweisungsfall innerhalb von MVZ. Hier müsse es eine andere Form von Gleichstellung mit Praxen geben.

Diskussion:

Wie sei die Verteilung von Arztsitzen in MVZ? Seien Krankenhaus-MVZ viel größer?

Bernd Köppl:

Man bekomme dazu keine Zulassungszahlen. Man wisse aber, dass die Zulassungen unterteilt würden. Bei Krankenhaus-MVZ sei das noch stärker – bis zu Viertel-Stellen. Das blähe die Arztzahlen etwas auf. Der Prototyp des angestellten Arztes sei auch an Teilzeitarbeit orientiert. Das nehme im niedergelassenen Bereich auch zu. Auch die Honorarabrechnung von MVZ bleibe eine Blackbox. Es gebe Urteile, wonach ein junger Arzt von seiner Praxis leben können müsse und ein Aufwuchs bis zum Fachgruppendurchschnitt möglich sein müsse. Diese Regelung werde von KVen nicht angewendet für angestellte Ärzte, es werde MVZ bei einem Arztwechsel nicht zugestanden. Zur Not müsse man sich deshalb wieder an die Politik wenden, so wie bei dem Thema Plausibilitätsprüfung. Es dürfe keine Tricksereien beim Wechsel von Ärzten in einem MVZ geben, aber faire Regelungen.

Peter Velling:

Mit gesundem Menschenverstand habe vieles nichts zu tun. Man mache mittlerweile Urlaubspläne nach Quartalen. Gehe jemand in Urlaub und jemand vertrete ihn, würden die Fallzahlen gnadenlos abgestraft. Große MVZ überlegten, sich wieder zu teilen, damit sie wieder vernünftig kooperieren könnten.

Bernd Köppl:

Manche Probleme seien Nachfolgeprobleme der Plausibilitätsregelung. Nachdem die KVen hier verloren hätten, gebe es für MVZ nun Benachteiligungen dieser Art. Man habe rechtlich viele Erfolge gehabt, aber nicht auf der Vergütungsebene. Die Bundesebene wolle da auch nicht heran, man schiebe es auf die Selbstverwaltung. Aber man brauche die Rückendeckung der Politik, dass das aufhöre.

Es gebe immer größere Zusammenschlüsse im ambulanten Bereich, Labore, Radiologenzusammenschlüsse. Da entstünden Monopole. Müsse man dagegen kartellrechtlich etwas machen?

Bernd Köppl:

Dies sei ein ernstes Problem. In dem Moment, wo Organisationsstrukturen in mittelständische Formen übergängen, habe man auch das Problem einer Monopolbildung. Der BMVZ sei sehr stark mittelständisch ausgerichtet, aber man wolle keine Monopole oder Strukturen, in denen sich monopolartige Versorgungsstrukturen herausbildeten. Die freie Arztwahl müsse auch in MVZ-Strukturen eine Rolle spielen. Über solche Themen müsse man nachdenken. In der augenärztlichen Versorgung zum Beispiel könne es schon eine Rolle spielen, wenn sich Strukturen herausbildeten, in denen Patienten zwar zu einem anderen Arzt gehen könnten, aber nicht zu einem anderen Träger. Aber solche Tendenzen gingen

nicht vom Krankenhaus aus, die seien sehr regional gebunden. Sie gingen eher von niedergelassenen Ärzten aus. Sonst seien solche Verbände ja auch sinnvoll, weil die Versorgung in der Fläche und die Qualität besser abgesichert werden könne. Aber auf Monopole müsse man ein kritisches Auge werfen.

Hermann Gröhe:

Seien Kooperationen unaufhaltbar? Wahrscheinlich gelte immer, dass man diese Frage klug mit einem Ja beantworten solle. Denn weder in der Politik noch bei der Gestaltung des Gesundheitswesens werde es der eine oder die eine allein können. In dieser Legislaturperiode habe er gesagt: Der Anspruch müsse es sein, aus den vielen sehr guten Leistungen Einzelner eine bestimmte Mannschaftsleistung zu machen. Da sei noch Luft nach oben in Deutschland.

Wenn er sich ansehe, was in dieser Legislaturperiode an Gesetzen gemacht worden sei, dann wolle er dafür in Anspruch nehmen, dass die größeren Vorhaben immer auch Vernetzungsgesetze gewesen seien. Immer wieder habe man das Tätigkeitsfeld des BMVZ berührt. Er wolle dem Verband für 25 Jahre danken, für die Arbeit, die er einbringe, für den Erfahrungsschatz in Kooperationen. Man habe bewusst entschieden, die Rolle der MVZ weiterzuentwickeln und zu stärken. So habe man arztgruppengleiche MVZ ermöglicht. Es bleibe auch die Möglichkeit, dass selbst Kommunen als Betreiber von MVZ Mitverantwortung in der Versorgungslandschaft übernehmen könnten.

Ein entscheidender Schlüssel für Vernetzung sei der Innovationsfonds. Es gehe auch darum, wie man es schaffen könne, da, wo zu lange Mauern gebaut worden seien, Brücken zu bauen. Schon in der Antragstellung zeige sich, dass man eine neue Kultur der Partnerschaft habe begründen können. Es gebe immer das Element der sektorübergreifenden Zusammenarbeit, fast immer auch eine Aufwertung nicht-ärztlicher Berufsgruppen. Es gebe auch Projekte, wo MVZ Konsortialpartner seien, zum Beispiel bei der besseren Behandlung der Volkskrankheit Rückenleiden. Der Innovationsfonds habe einen starken Start gehabt, aber entscheidend sei: Was stelle man fest nach drei Jahren, wo man die Regelversorgung ändern könne? Man brauche nicht noch mehr Feuerwerke wie bei manchen Selektivverträgen, und dann versande es.

Stefan Tilgner:

Zurzeit laufe bei der GOÄ-Novellierung die Versehung der Gebührenpositionen mit Preisen. Man sei dabei, dies mit weiteren Berechnungen zu koppeln. Es gehe ja um die 5,8 Prozent plus pro Kopf an Schadenssumme. Es könne in einzelnen Bereichen Verschiebungen geben. Sie wollten hier Datenanalysen vornehmen, das hätten sie angeboten. Es gebe ja bisher keine zentrale Datenerfassung, die abbilde, was im Bereich der Privatliquidation vor sich gehe.

Ziel solle eine GOÄ als Entwurf für das Ministerium Ende des Jahres sein. Nach der Bundestagswahl wolle man in der Lage sein, dem Ministerium einen konsentierten Entwurf vorzulegen. Wenn es keine großen Störfeuer gebe, könne die neue GOÄ zum 1.1.2019 in Kraft treten. Dann begänne eine dreijährige Monitoringphase. Es sei auch intendiert, dass man vorgebe, wie eine Rechnung auszusehen habe, schon wegen der Maschinenlesbarkeit.

Guido Tuschen:

(Hintergrund: „In der Stadtteilklinik Hamburg arbeiten Fachärztinnen und Fachärzte aus den medizinischen Fachrichtungen Chirurgie/Orthopädie, Gynäkologie, Innere Medizin und Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde als Belegärzte kollegial zusammen. Als Stadtteilklinik mit 15 Betten haben wir uns auf die wohnortnahe Betreuung der im hiesigen Quartier lebenden Patientinnen und Patienten spezialisiert. Da wir zugleich ein Belegkrankenhaus sind, übernehmen die Praxisärztinnen und -ärzte aus unserem Hause die ärztliche Betreuung der Klinikpatienten. Dabei leisten wir viel mehr als eine rein medizinische Patientenversorgung. Gerade unseren älteren Patientinnen und Patienten, die nicht immer auf die Unterstützung durch ihre Familien und Freunde zurückgreifen können, bieten wir eine besondere medizinische und pflegerische Betreuung. Wenn nötig helfen wir unseren Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörigen dabei, z. B. eine geeignete Pflegeunterbringung nach der Krankenhausbehandlung zu finden. Unser Ärzte- und Pflegeteam spricht Polnisch, Russisch, Armenisch, Farsi-Afghanisch, Farsi-Iranisch, Türkisch, Italienisch und Englisch.“ (Quelle: Klinik-Homepage)

Er glaube, dass MVZ absolut sinnvoll seien. Man brauche noch viel mehr Lobbying, um noch viel mehr machen zu können. Ein Bein MVZ-Klinik, ein Bein Klink: Da stehe man doch immer schon mit einem Bein im Knast, Stichwort: Zuweisung gegen Entgelt. MVZ seien eine Erfolgsgeschichte, das solle man der Politik klarmachen – auch für die Praxen. Deren durchschnittliche Größe pendele sich ein bei sechs, sieben Ärzten. Darunter sei es unrentabel, größer werde es schwer. Man habe aber auch in MVZ zunehmend Personalprobleme. Wo solle eine Medizinische Fachangestellte mit einem Gehalt von 2.200 Euro in Hamburg wohnen?

Man habe nach gründlicher Überlegung die Praxisklinik in Mümmelmannsberg übernommen. Dies sei kein Problemstadtteil, aber ein besonderer. Man habe wenig Privatversicherte, dafür eine Sprechstunde für Muslime. Die KV habe das Vorhaben begleitet, die Stadt Hamburg in die Gebäude investiert. Hätte man die Praxisklinik wegrationalisiert, wären auch vier, fünf Arztstrukturen gegangen. Es lasse sich dann auch keiner mehr nieder. Durch die kurzstationäre Versorgung habe man eine Lücke geschlossen. Man habe es auch geschafft, junge Ärzte, die im Stadtteil geboren worden seien, zurückzukommen.

Summary

Wer, wie der BMVZ, 25 Jahre besteht, darf sich feiern. Das tat der Vorstand in Gestalt von Bernd Köppl und Peter Velling auch: Egal wer die nächste Bundestagswahl gewinnt – Verzahnung und damit MVZ werden ganz oben auf der Agenda stehen, ist man sich sicher. MVZ repräsentierten mittlerweile über 11 % der Ärzte in Praxisstrukturen, hieß es weiter. Und: Die MVZ-Entwicklung habe durch die Gründung fachgleicher MVZ noch an Dynamik gewonnen. Krankenhaus-MVZ nähmen ab, die neue Gründungswelle sei sehr stark von den Niedergelassenen ausgegangen. Man sei früher angegriffen worden, weil die Krankenhäuser gründungsaktiver gewesen seien. Dies sei mittlerweile sehr anders geworden.

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe lobte denn auch den Kooperationswillen und das Engagement des BMVZ. Sogar Projekte des Innovationsfonds mit MVZ als Konsortialpartner gebe es.

Dennoch beklagt der BVMZ weiter strukturelle Benachteiligungen von angestellten Ärzten in MVZ gegenüber Selbstständigen, ob beim Honorar, bei der Weiterbildungsbefugnis oder bei Nachfolgeregelungen. In den KVen fühlten sich die Angestellten demnach, trotz neuerdings eigener Ausschüsse, eher noch wie illegitime Kinder. Allerdings sehen viele junge MVZ-Ärzte offenbar auch nicht unbedingt ein, warum sie sich berufspolitisch in der KV engagieren sollen.

Interessant war erneut zu beobachten, dass der BMVZ zwar immer betont, dass MVZ Teil der ambulanten Versorgung seien. Doch im Verband sind viele Klinik-MVZ engagiert, und das merkt man den O-Tönen auch an. Man sei der Meinung, dass MVZ mit einer strukturellen Nähe zum Krankenhaus eine Tendenz abbildeten, auf die man setzen solle, betonte Vorstand Köppl. Diese Organisationsform sei dafür wie geschaffen. Wenn man schaue, was man machen könne, dann seien die mit Krankenhäusern verbundenen MVZ die, mit denen man Kooperationen am besten umsetzen könne.

Tipps

Im Was-Feld finden Sie die Präsentation von Bernd Köppl und Peter Velling.