

BMVZ-Chef im Interview

"Von Patienten werden die MVZ außerordentlich gut angenommen"

Seit September steht Dr. Peter Velling an der Spitze des Bundesverbandes Medizinischer Versorgungszentren (BMVZ). Der Facharzt für Innere Medizin, Pneumologie und Schlafmedizin ist ärztlicher Leiter des MVZ der Evangelischen Lungenklinik Berlin in Kreuzberg. Der änd sprach mit ihm über die Entwicklung der MVZ in Deutschland – und seine Wünsche an die Politik.



Velling: "Wir müssen offen sein, für neue Strukturen und Verbesserungen im System."

© BMVZ

Herr Dr. Velling, als Vorsitzender des BMVZ haben Sie sicher einen guten Überblick: Wie entwickeln sich derzeit die Medizinischen Versorgungszentren neben den Vertragsarztpraxen? Gibt es da rasante Entwicklungen?

Zunächst möchte ich in diesem Zusammenhang betonen: Die MVZ existieren innerhalb des KV-Systems – und stehen nicht daneben. Es gibt kein Versorgungszentrum, das nicht auf Vertragsarztsitzen basiert. Und ja, die Zahl der MVZ nimmt stetig zu, zuletzt mit wieder rasantem Anstieg der Gründungszahlen. Häufiger Grund, aus dem MVZ aktuell gegründet werden, ist die Regelung von Nachfolgeproblemen. Mit den fachgleichen MVZ neu hinzugetreten ist das Motiv bereits bestehender Kooperationen, sich eine andere Gesellschaftsform zu geben.

Also: Die MVZ bestehen mitten im KV-System und müssen damit umgehen – was oft nicht leicht ist – dass die Strukturen eben für Vertragsärzte gemacht sind. Allzu häufig bekommt man nach wie vor – und da spreche ich aus eigener Erfahrung – zu spüren, dass die MVZ von den Kassenärztlichen Vereinigungen nur ungern als neue Form neben der Niederlassungspraxis akzeptiert werden.

Anderenfalls könnten die MVZ den größten Teil der Praxen ersetzen oder verdrängen?

Darum geht es nicht. Das ist auch weder gewollt, sinnvoll oder realistisch. Die MVZ sind ein vergleichsweise neuer Mitspieler innerhalb des Systems – der aber nie die Vertragsarztpraxis als Versorgungsform überflüssig machen wird. Ziel sollte es aber sein, dass alle Versorgungsformen innerhalb der KV-Welt gleichwertig behandelt werden. Da sehen wir Nachholbedarf.

Von den Patienten werden die MVZ außerordentlich gut angenommen. Die Erreichbarkeit und die Sprechzeiten sind oft ein echter Vorteil. Selbst im Vergleich zu den Klinikambulanzen muss man das sagen. Da haben gerade die Klinik-MVZ zusätzlich den Vorteil, dass die Patienten in aller Regel – statt auf stetig wechselnde Assistenzärzte – auf „ihren“ bekannten Facharzt treffen.

Demnach gehen Sie davon aus, dass sich die Zahl der MVZ weiter stetig erhöht?

Diese Entwicklung geht in der Tat langsam, aber kontinuierlich vonstatten. In den einzelnen Bundesländern gibt es da auch unterschiedlich schnelle Entwicklungen – abhängig von den Versorgungsstrukturen vor Ort und dem Nachfolgerbedarf in der Ärzteschaft. Die Bevorzugung der Vertragsärzte auf Vertragsarztsitzen ist aber prinzipiell überall zu erkennen. Das MVZ ist da oft noch zweite Wahl – aber offensichtlich wichtig geworden, um die Versorgung sicherstellen zu können.

Die Kritik an Medizinischen Versorgungszentren hat sich seit Jahren nicht groß geändert: Kliniken nutzten diese Strukturen als Einweiser-Schleusen für ihre großen Häuser, monieren manche Ärzte. Gut funktionierende Strukturen vor Ort würden dafür zerschlagen...

Bestehende Praxen können nicht gegen ihren Willen in ein MVZ integriert werden. Es kann also gar nichts zerschlagen werden. Es ist vielmehr so, dass ältere Vertragsärzte zunehmend bei ihrer Nachfolgersuche die Kliniken ansprechen und ihren Sitz dort einbringen. Und die Einweiser-Schleuse ist in der Tat ein alter Vorwurf. Aber bei näherer Betrachtung ist das ein schiefes Bild.

Strukturen, die aus Gründen der Abrechnung darauf ausgerichtet sind, dass die Patienten in einem Haus von Arzt zu Arzt gereicht werden, funktionieren nicht. Die Patienten stimmen in solchen Fällen einfach mit den Füßen ab. Bei einer geringen Entfernung des MVZ zur Klinik kann eine optimale Nachsorge dagegen im Fokus stehen. Das macht Sinn, weil eine optimale ambulante Nachsorge durch immer kürzere Liegezeiten derzeit kaum noch gewährleistet ist. Ich sehe das selbst im Bereich der chronischen Lungenerkrankungen. Da gibt es Verläufe, die sich über mehrere Jahre ziehen. Für die Patienten ist es dann wünschenswert, wenn alle Ärzte den gleichen Kenntnisstand haben. Übrigens: Die Klinik-MVZ meines Arbeitgebers sind alle mindestens 18 Kilometer von ihrer Klinik entfernt, weil der Gedanke die Versorgung in der Fläche ist.

Natürlich gibt es auch Vorgänge, die fragwürdig sind. Das ist in der Summe bei den MVZ nicht anders, als bei den Vertragsarztpraxen. Hinzukommen aber Probleme, die eher durch die Zulassungspraxis verursacht werden: Wenn MVZ Sitze integrieren – wieso müssen die dann – weil die Zweigstelleneintragung oft ausgesprochen rigide gehandhabt wird – aus der Fläche entnommen und am Standort des MVZ angesiedelt werden? Gerade bei zum Beispiel grundversorgenden Augen-, Kinder-, oder Frauenärzten ist das selten gut. Wir würden uns da mehr Freiheiten wünschen.

Wo wir bei der Versorgung in der Fläche sind: Von den Arztpraxen dort kommen häufig Berichte, dass sie sich finanziell kaum noch über Wasser halten können. Warum sollte ein MVZ dann dort wirtschaftlich erfolgreich laufen?

Prinzipiell hat es ein MVZ mit zwei Ärzten auch nicht leichter als zum Beispiel zwei Einzelpraxen nebeneinander. Bei größeren Einheiten ist es aber schon ein Vorteil, wenn sich die Ärzte Ressourcen fach- oder auch standortübergreifend teilen können – ganz abgesehen davon, dass man die Verwaltungsstrukturen leicht auslagern kann. In dieser Perspektive ist es ein Vorteil, dass zum Beispiel BAGs mit Angestellten, MVZ oder andere größere Träger über den Einsatz in verschiedenen Betriebsstätten anders kalkulieren könnten. Auch ist es sicher kein Nachteil, wenn die Wege zum Kollegen kurz sind – und man sich mal eben auf dem Flur kurzschließen kann. Ein MVZ hat auch meistens die Chance, Teilzeitstellen besser zu planen oder halt die ambulante Tätigkeit mit der stationären zu kombinieren.

Was bei jungen Ärzten viel Interesse weckt?

Der Trend ist schon da. Ich halte auch Seminare vor Studenten, bei denen es um die Berufswahl und im Speziellen Fall auch um die Perspektive in der Allergologie und Pneumologie geht. Da kommt dann immer die Aussage: „Eine eigene Praxis will ich eher nicht betreiben.“ Die Investitionsvoraussetzungen werden einfach als riesige Hürde gesehen. Komischerweise denken so besonders oft Ärztekinder. Die haben da offenbar noch traumatische Erinnerungen. Enormes Arbeitspensum – Eltern, die mehr in der Praxis als bei der Familie sind, Kredite, die abbezahlt werden mussten...

Wenn Ärzte ein MVZ gründen wollen – wie sollten sie vorgehen?

Natürlich muss man da zur gründlichen, langfristigen Vorbereitung raten. Auch sollten sich die Kollegen intensiv beraten lassen. Hier in Berlin sind solche Initiativen oft gemeinsam mit Rechtsanwälten geplant worden – was aber auch mit strittigen Zulassungsfragen in der Vergangenheit zusammenhing. Nun haben wir ja einen neuen KV-Vorstand, der da hoffentlich ein anderes Kapitel aufschlägt. Ansonsten sind natürlich auch oft Steuerberater mit an Bord. Prinzipiell: Es ist immer besser, wenn Ärzte aktiv Rat in allen Bereichen suchen und auch einige Jahre im Voraus planen. Übereilte Schritte bringen oft viele Probleme.

Sie kritisieren, dass die MVZ von den KVen benachteiligt werden. In Berlin haben Sie sicher Kontakt zu Politikern. Stoßen Sie mit dieser Klage dort auf Verständnis?

Verständnis bekommt man, ja. Am Ende des Tages ist aber die Umsetzung in Gesetzesvorlagen wichtig. Wichtiger Ansprechpartner für uns ist also auch das Ministerium und Mitarbeiter dort. Oft klaffen zwischen Gesetzesintention und Auslegung in den KVen große Lücken. Da muss der Gesetzgeber leider immer wieder als „Erziehungsberechtigter“ der KVen auftreten und ganz konkrete Regelungen im Gesetz ergänzen. Der beratende Ausschuss für angestellte Ärzte wäre zum Beispiel nie zustande gekommen, wenn er nicht konkret ins Gesetz geschrieben worden wäre. Schade, dass es immer nur durch Druck von außen geht. Die Ärzte in den MVZ sind in der Regel auch Mitglieder der KV und sollten daher auch nicht anders behandelt werden.

Welche gesetzlichen Schritte sollte die Regierung nun unternehmen?

Mit einem FDP-Minister wäre es unwahrscheinlich geworden, dass es Verbesserungen für kooperative Strukturen und für Teilzeitarbeit gegeben hätte – da dort immer noch der Gedanke der Vertragsarztbevorzugung prominent vertreten ist. Die anderen Parteien sind sich aber ziemlich einig, dass die MVZ zusätzlich und weiterhin im System gebraucht werden. Sie sind auch inzwischen in einem Prozentsatz vorhanden, dass man sagen kann: Die MVZ werden bleiben – auch wenn sich das langfristig unter 20 Prozent – aktuell elf Prozent – der Gesamtversorgung abspielen wird. Die MVZ werden nicht hauptsächlich die Versorgung sicherstellen. Aber sie sind ein wichtiger Aspekt, der Gleichberechtigung verdient hat.

Minister Gröhe hat schon die richtige Richtung vorgegeben: Wir müssen offen sein, für neue Strukturen und Verbesserungen im System. Strukturen, die von außen daneben gestellt werden, tun sich sehr schwer. Das sieht man an externen Strukturen wie der ASV oder bestimmten Modellen der Integrierten Versorgung; nicht nur wegen der zusätzlichen Bürokratie. Die wichtigen Teile der ambulanten Versorgung sollten über ein System und eine Abrechnung funktionieren können.

26.01.2018 07:04:28, Autor: js, © änd Ärztenachrichtendienst Verlags-AG
Quelle: <https://www.aend.de/article/184411>