

Interview mit dem Chef des Bundesverbands MVZ

„Große Versorgungsstrukturen wie MVZs sind die Zukunft“

Während sich die Vertragsärzteschaft über das Versorgungsstärkungsgesetz (VSG) empört, sind von anderer Seite überwiegend zufriedene Töne zu hören: Die Medizinischen Versorgungszentren sehen in den geplanten Regeln eine Stärkung ihrer Stellung. Der änd sprach mit dem Vorsitzenden des Bundesverbands MVZ, Dr. Bernd Köppl.



Köppl: Das Versorgungsstärkungsgesetz wird die Diskriminierung von MVZs an vielen Stellen beseitigen. © BMVZ

Herr Köppl, bei den niedergelassenen Ärzten hat der Entwurf zum Versorgungsstärkungsgesetz hauptsächlich Unmut ausgelöst. Das Urteil Ihres Verbandes müsste aber doch eigentlich besser ausfallen, schließlich enthält der Entwurf ein paar Regelungen, die die Möglichkeiten von Medizinischen Versorgungszentren ausweiten. Wie zufrieden sind Sie?

Das Gesetz geht in die richtige Richtung, zumindest was die Möglichkeiten zur Weiterentwicklung von MVZs angeht. Der Gesetzgeber hat erkannt, dass es für die Versorgungsform MVZ an vielen Stellen gesetzliche Gleichstellungen zu den Gemeinschaftspraxen geben muss. In den vergangenen zehn Jahren, in denen sich MVZs entwickelt haben, waren immer wieder neue rechtliche und wirtschaftliche Probleme und Hürden aufgetaucht. Einige davon werden durch die Regelungen im Versorgungsstärkungsgesetz nun abgebaut. Das wird die Situation von den

rund 11.000 ärztlichen Kollegen, die in einem MVZ arbeiten, verbessern.

Schauen wir uns die Regelungen, die MVZs betreffen, genauer an. Laut Gesetzentwurf darf es künftig auch arztgruppengleiche MVZs geben. Was halten Sie davon?

Das ist sinnvoll, denn wir sehen die Notwendigkeit, fachärztliche Zentren als MVZ-Struktur organisieren zu können. Bisher ist es oft so, dass Fachärzte, die sich in Form eines MVZs organisieren wollen, nur aus formellen Gründen einen fachfremden Kollegen, häufig Hausärzte oder Psychologen, dazuholen, damit die bisher im Gesetz geforderte fachübergreifende Struktur entsteht. Das wird mit der neuen Regelung nicht mehr notwendig sein. Ob es jetzt eine Welle von MVZ-Gründungen geben wird, muss man abwarten. Wir halten es aber eher für eine positive Entwicklung, dass sich fachärztliche Versorgungsstrukturen künftig in größeren Zusammenhängen neu organisieren können, obwohl der BMVZ am Ideal der fachübergreifenden Kooperationen nach wie vor festhält und die Grundidee der poliklinisch orientierten Versorgung für perspektivreich hält.

Sie haben gerade hauptsächlich von facharztgruppengleichen MVZs gesprochen, aber auch rein hausärztliche MVZs darf es bald geben. Halten Sie solche für genau so sinnvoll?

Es ist schwer zu sagen, ob diese Möglichkeit von den hausärztlichen Kollegen angenommen wird. Im Prinzip ist es eine sinnvolle Option, größere Organisationsstrukturen auch hausärztlich aufzubauen und darüber die zeitliche Erreichbarkeit der Ärzte zu verbessern und eine Trägerverantwortung zu etablieren, also wegzugehen vom Einzelarztsitz hin zu kooperativen Versorgungsformen. Ich denke aber, der erste Schwung der fachgruppengleichen MVZs wird von den Fachärzten ausgehen.

Und wie finden Sie die Möglichkeit, dass künftig auch Kommunen MVZs gründen dürfen?

Wir propagieren seit Langem, dass sich die Gesundheitspolitik und vor allem die kommunale Gesundheitspolitik auch um die Belange der ambulanten Medizin kümmern muss. Es gibt die gemeinsame Selbstverwaltung, die die ambulante Versorgung organisiert, aber die Politik spielt in der ambulanten Medizin vor Ort seit nahezu 60 Jahren überhaupt keine Rolle. Es wird künftig notwendig sein, dass sich die lokale und regionale Politik mehr um die medizinische Versorgungssicherheit für die Bürger kümmert. Denn die Frage: Wo ist mein Arzt?, oder: Welche Versorgung bekomme ich noch?, wird in Zukunft nicht an die KV gerichtet, sondern primär an die Politik gehen. Und wenn die Politik dann nicht aussagefähig ist, werden das die Bürger nicht akzeptieren. Daher begrüßen wir die neuen Möglichkeiten und damit auch die neue Verantwortung für die kommunale Politik.

Denken Sie denn, dass die Kommunen dieser Aufgabe gewachsen sind?

Das ist genau das Problem, denn die Kommunen sind mehrheitlich nicht auf die Organisation von ambulanter Versorgung vorbereitet, sie haben zu wenig Kenntnisse und wissen in aller Regel nicht über die wirtschaftlichen Risiken Bescheid. In den unterversorgten Regionen werden sie natürlich ebenso vor dem Problem stehen, Ärzte zu finden, die sie in einem kommunalen MVZ anstellen können. Insgesamt halte ich es aber für einen richtigen Weg, die Einbindung der Kommunalpolitik in die ambulante Versorgung zu stärken und ihr auch Möglichkeiten zu geben, selbstständige Strukturen für die Bevölkerung aufzubauen. Aber es wird ein mühseliger Weg und die Kommunen werden da sicher auch Rückschläge einstecken müssen, bis ein gewisses Niveau vorhanden ist. Die regionalen KVen, sollten in den Kommunen einen neuen Partner sehen und diese Entwicklung nicht bekämpfen.

Auch die Bewerbung auf eine Zulassung soll für MVZs unkomplizierter werden – das hat Ihr Verband schon länger gefordert. Sind Sie mit der Regelung, wie sie nun im Gesetzentwurf steht, zufrieden?

Einerseits ja, andererseits nein. Wenn ein ärztlicher Kollege sich frei niederlassen möchte und sich gleichzeitig mit einem MVZ um eine freie Zulassung bewirbt, dann hat der niedergelassene Kollege immer Vorrang. Das wird durch das neue Gesetz nicht geändert. Wir sehen darin eine unnötige Diskriminierung von MVZs. Was neu hinzugekommen ist und was wir sehr begrüßen: Das inhaltliche Versorgungskonzept eines MVZs soll künftig bei der Bewerbung um eine Zulassung vom Zulassungsausschuss berücksichtigt werden. Wenn sich zum Beispiel ein MVZ mit diabetologischen Schwerpunkt fachlich komplettieren will und sich daher zum Beispiel um einen kardiologischen Internisten oder eine augenärztliche Zulassung bemüht, wie es gemäß der DMP-Programme gefordert wird, dann ist es doch kaum verständlich, dass ein solches fundiertes inhaltliches Konzept bei der Nachbesetzungsentscheidung bisher überhaupt keine Berücksichtigung fand. Das soll jetzt geändert werden – leider jedoch nur als Kann-Option, die im Ermessen des Zulassungsausschusses liegt. Da ist der Gesetzgeber auf halber Strecke stehen geblieben. Allerdings hat der Gesetzgeber noch an anderer Stelle Diskriminierungen von MVZs beziehungsweise der dort angestellten Ärzte aufgehoben.

Und wo?

Eine wichtige Änderung für MVZs und deren angestellte Ärzte ist die neue erweiterte Vertretungsregelung. Die bisherige Vertretungsregelung ist lediglich ausreichend für selbstständig tätige Ärzte. Nun sollen aber künftig auch Vertretungsgründe geregelt werden, die primär für angestellte Ärzte gelten. So soll eine Vertretung für eine Übergangszeit demnächst zum Beispiel auch bei Beendigung des angestellten Arbeitsverhältnisses oder über die gesamte gesetzliche Elternzeit möglich sein. Bislang hatten MVZs hier keinen rechtlichen Anspruch, eine Vertretung für die ausgefallene Kollegin anstellen zu können. Der Gesetzgeber regelt nun auch – weil das bisher von einigen KVen bestritten wird –, dass der Tod eines angestellten Arztes mit dem Tod eines niedergelassenen Arztes gleichgestellt wird und hier entsprechend übergangsweise Vertretungen zulässig sind. Außerdem wird mit dem Versorgungsstärkungsgesetz die nicht hinnehmbare Diskriminierung der angestellten ärztlichen Kollegen in Sachen Plausibilitätsprüfung beseitigt.

Können Sie das genauer erläutern?

Bisher ist es so, dass ein niedergelassener Arzt im Rahmen der Zeitplausi-Prüfung erst auffällig wird, wenn er mit seinen abgerechneten Leistungen hinsichtlich der Prüfzeiten auf mehr als 60 Stunden in der Woche kommt. Bei den angestellten Kollegen legen einige KVen für die Plausi-Prüfung ein erheblich kleineres Zeitlimit zugrunde – obwohl die angestellten Ärzte ja die gleiche Arbeit leisten wie ihre niedergelassenen Kollegen. Das führt dazu, dass viel mehr angestellte Ärzte umfangreiche Plausi-Prüfungen über sich ergehen lassen müssen und deshalb auch viel häufiger mit Regressen überzogen werden. Das ist eine starke Diskriminierung und wir sind sehr froh, dass der Gesetzgeber das jetzt erkannt hat und entsprechend handelt.

Sie sprechen von Diskriminierung angestellter MVZ-Ärzte. Viele niedergelassene Kollegen sind da sicher anderer Meinung. Sie befürchten, dass MVZs durch das Versorgungsstärkungsgesetz zu viel Einfluss bekommen und dass sie am Ende diejenigen sind, die benachteiligt werden. Können Sie diese Befürchtung nachvollziehen?

Ja, nachvollziehen kann ich das schon. Wenn sich neue Strukturen herausbilden, dann ist es oft so, dass die Kollegen in den traditionellen Strukturen ängstlich sind, weil sie sich bedroht fühlen. Aber faktisch sind MVZs eigenständige Einrichtungen der ambulanten Medizin, die mit den niedergelassenen Kollegen im selben Boot sitzen. Wir kämpfen auch um eine gerechte Vergütung, Seite an Seite mit den Vertragsärzten. Der Unterschied ist, dass MVZs größere Strukturen herausbilden und die Kooperation in der Medizin besser nutzen können als Einzelärzte. Wir glauben, dass das die Zukunft ist. Die Perspektive der ambulanten Versorgung wird sich verändern, weg von der Einzelpraxis hin zu trägerbasierten Strukturen, in denen die Verantwortung arbeitsteilig auf vielen Schultern verteilt ist. In denen muss nicht mehr der Einzelarzt investieren, sondern entweder eine Gruppe von Ärzten, ein Krankenhaus oder andere Träger übernehmen die wirtschaftliche Verantwortung für die ambulante Medizin. MVZs werden die Einzelarztpraxis nie ersetzen können und wir, als Verband, streben das auch gar nicht an. Die MVZs sind nicht mehr und nicht weniger als eine weitere Möglichkeit, ambulant ärztlich zu arbeiten. Wir sehen, dass die nachwachsende Ärztegeneration nicht mehr wie selbstverständlich in die Einzelpraxis geht, sondern andere Angebote sucht. In einem MVZ als angestellter Arzt zu arbeiten, ist für einen großen Teil der jungen Kollegen adäquat und erfüllt ganz viele Bedürfnisse dieser neuen Ärzte Generation.

18.01.2015 08:42:28, Autor: Interview: Sarah Knoop, © änd Ärztenachrichtendienst Verlags-AG
Quelle: <https://www.aend.de/article/153889>