

41

ambulanz



Radioonkologie
Hochpräzisionsbestrahlungszentrum



Medizinisches Versorgungszentrum MVZ
Radioonkologie / Medizinische Genetik



Medizinische Physik
Psychoonkologischer Dienst

Medizinische Versorgungszentren: Chancen und Risiken

Die klassische Hausarztpraxis hat Konkurrenz bekommen: Seit 2004 sind Medizinische Versorgungszentren für die ambulante Versorgung zugelassen. Bis heute wächst ihre Zahl stetig. Doch wer profitiert von ihnen – und was sagen die Kritiker? Wir skizzieren den Status quo und fragen den Vorsitzenden des Bundesverbandes, Dr. Bernd Köppl: Was ist dran an Lob und Kritik?

Kooperationen unter ambulant tätigen Ärzten sind nicht neu: Neben Einzelpraxen gibt es schon seit Längerem

- ▶ Praxismgemeinschaften mit getrennter Patientendatei und Abrechnung und
- ▶ Gemeinschaftspraxen mit gemeinsamer Patientendatei und Abrechnung.

Das Besondere und Neue an Medizinischen Versorgungszentren (MVZs) ist allerdings:

1. Die dort tätigen Ärzte haben unterschiedliche Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen.
2. Sie können entweder als Vertragsärzte tätig sein (d. h. freiberuflich und eigenverantwortlich), oder vom Träger des MVZ angestellt sein.
3. Das MVZ tritt nach außen als Einheit auf; es hat einen ärztlichen Leiter und ein übergreifendes Management.

Zulassung Ein MVZ gründen und betreiben kann jeder, der als Leistungserbringer zur Versorgung gesetzlich Versicherter zugelassen ist. Also z. B. Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeuten, zugelassene Krankenhäuser, Apotheken, Sanitätshäuser oder Pflegedienste [1, 2]. Auch das MVZ muss wiederum von der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) zugelassen sein. Um sich zu etablieren, muss ein MVZ reguläre Vertragsarzt-sitze kaufen, oder zugelassene Vertragsärzte verlegen ihren Sitz ins MVZ.

Träger Bisher dominieren als Gründer und Träger von MVZs

- ▶ einerseits Vertragsärzte (47%),
 - ▶ andererseits Krankenhäuser (39%) [3].
- Vor allem für die Krankenhäuser ergeben sich hier neue Möglichkeiten: Mit klinikeigenen MVZs können sie jetzt deutlich

stärker in die ambulante Versorgung einsteigen – die bisher strikte Trennung zwischen stationärem und ambulantem Sektor wird durchlässig. Für die niedergelassenen Ärzte vor Ort bedeutet dies evtl. neue Konkurrenz (s. unten).

Anders als die im MVZ tätigen Ärzte müssen die Gründer oder Träger nicht unterschiedlichen Fachrichtungen angehören, und sie müssen auch nicht selbst in ihrem Zentrum tätig sein [4].

Rechtsform Die häufigsten Rechtsformen der bisherigen MVZs sind

- ▶ die GmbH und
- ▶ die GbR [5].

Die betriebliche Geschäftsführung – außerhalb der ärztlichen Verantwortlichkeit – müssen nicht zwingend Ärzte übernehmen [2, 4]. Auch Investoren können sich über die Leistungserbringer finanziell am MVZ beteiligen [4].

Verbreitung Im Jahr 2004 wurden MVZs zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen [6]. Seitdem wächst ihre Zahl stetig (▶ Abb. 1 a). Mitte 2010 gab es bundesweit bereits 1567 MVZs mit insgesamt 7889 Ärzten [5]. Das sind > 2% aller berufstätigen und immerhin > 5% aller ambulant tätigen Ärzte [7].

Bezogen auf die Gesamtzahl der berufstätigen Ärzte sind MVZs

- ▶ am häufigsten in den Landesärztekammern Thüringen, Berlin und Sachsen.
- ▶ Schlusslichter sind Westfalen-Lippe, Baden-Württemberg und Bremen [7, 8, Stand: Dez. 2009].

Typen Das äußere Erscheinungsbild der MVZs kann sehr unterschiedlich sein: Es gibt die hausärztlich geprägte gemeinsame Praxis von 2–3 niedergelassenen Ärz-

ten, andererseits das Ärztehaus mit mehr als 10 vertretenen Fachrichtungen. Noch einen anderen Charakter haben oft die klinikeigenen MVZs: Viele bieten spezielle ambulante Leistungen wie Strahlentherapie an oder haben einen interdisziplinären Versorgungsschwerpunkt wie Adipositas, Rheuma oder Darmkrebs. Manche MVZs nennen sich „Poliklinik“ in Anlehnung an die Polikliniken in der DDR. Sie unterscheiden sich ansonsten aber nicht von anderen MVZs.

Arbeiten im MVZ Ärzte im MVZ können als Vertragsärzte oder als angestellte Ärzte arbeiten – der Trend geht zum Angestelltenverhältnis (▶ Abb. 1 b). Vor allem Krankenhaus-MVZs arbeiten oft ausschließlich mit angestellten Ärzten. Die am häufigsten vertretenen Fachrichtungen in MVZs sind Hausärzte und Internisten. Es folgen Chirurgen, Gynäkologen, Laborärzte, Radiologen, Neurologen und Orthopäden [3]. Im Schnitt arbeiten in einem MVZ etwa 5 Ärzte [3].

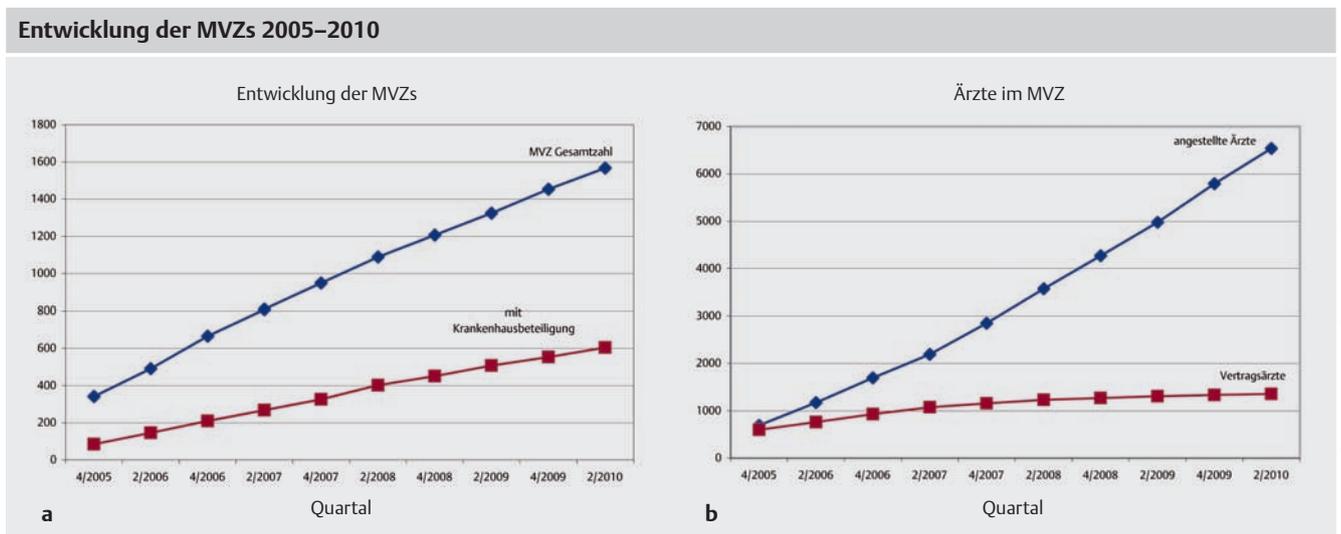
Vorteile für Ärzte Ärzte schätzen an der Arbeit im MVZ vor allem

- ▶ die interdisziplinäre Kooperation,
- ▶ den fachlichen Austausch,
- ▶ das geringere wirtschaftliche Risiko,
- ▶ den Wegfall von Verwaltungsarbeit,
- ▶ die geregelten Arbeitszeiten und
- ▶ mögliche Teilzeitbeschäftigung [9, 10].

Vorteile für Patienten Je nach Organisation und Größe des MVZ sind potenzielle Vorteile für Patienten

- ▶ die unkomplizierte Überweisung an Fachärzte,
- ▶ die enge Zusammenarbeit der Ärzte,
- ▶ dadurch weniger Doppeluntersuchungen und -behandlungen,

Abb. 1



- ▶ die Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung sowie
- ▶ längere Öffnungszeiten z.B. abends oder samstags [9, 11, 12].

Kritik Kritiker der MVZ-Entwicklung äußern u. a. folgende Befürchtungen:

- ▶ Angestellte Ärzte stehen im MVZ möglicherweise unter ökonomischem Druck durch den MVZ-Betreiber – zumal, wenn dieser kein Arzt, sondern z. B. ein Investor ist [9, 10, 13, 14]. Damit seien die Angestellten nicht mehr frei in ihrer ärztlichen Tätigkeit, befürchten z. B. die Bundesärztekammer, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der NAV-Virchow-Bund oder die Freie Ärzteschaft [15–18]. Eine mögliche Lösung: MVZs nur in ärztlicher Trägerschaft. Dies war im Koalitionsvertrag der amtierenden Bundesregierung bereits angedacht und könnte im für 2012 geplanten Versorgungsgesetz aufgegriffen werden.

- ▶ Niedergelassene Ärzte fürchten die neue Konkurrenz durch Krankenhaus-MVZs, die in die ambulante Versorgung drängen. Es liegt nahe, dass Klinik-MVZs Patienten bevorzugt in „ihre“ Klinik verweisen, und umgekehrt die eigenen MVZs auch die Versorgung im Anschluss an einen stationären Aufenthalt übernehmen. So könnten sich Krankenhäuser ihre eigenen Einweisungsstrukturen schaffen, zulasten der Niedergelassenen [4, 10, 19]. Anderer Meinung sind hier etwa der Verband der Krankenhausesdirektoren Deutschlands oder auch das Bundesgesundheitsministerium: Für sie sind MVZs eine sinnvolle Ergänzung der ambulanten Patientenversorgung [20, 21].
- ▶ Krankenhäuser haben bei der MVZ-Gründung einen unbestreitbaren Vorteil gegenüber Niedergelassenen: Aufgrund der sog. dualen Finanzierung zahlt das jeweilige Bundesland Investitionen z. B. in Neubauten. Niedergelassene Ärzte müssen diese Kosten dage-

gen aus ihren Praxiseinnahmen zahlen [9, 22].

- ▶ Vor allem große MVZs konzentrieren die regional vorhandenen Arztsitze auch räumlich. Dadurch verschärfen sie ggf. den Ärztemangel, besonders auf dem Land [9].

Im folgenden Interview befragen wir hierzu den Vorstandsvorsitzenden des Bundesverbandes der MVZ, Dr. Bernd Köppl.

Julia Rojahn

Literatur online

Das vollständige Literaturverzeichnis zu diesem Beitrag finden Sie im Internet:

Abonnenten und **Nichtabonnenten** können unter „www.thieme-connect.de/ejournals“ die Seite der *Lege artis* aufrufen und beim jeweiligen Artikel auf „Ergänzendes Material“ klicken – hier ist die Literatur für alle frei zugänglich. Abonnenten können alternativ über ihren persönlichen Zugang an das Literaturverzeichnis gelangen. Wie das funktioniert, lesen Sie unter: <http://www.thieme-connect.de/ejournals/help#SoRegistrieren>

Interview



Dr. Bernd Köppl ist seit 2009 Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes Medizinische Versorgungszentren, Gesundheitszentren, Integrierte Versorgung (BMVZ). Der Arzt und Politikwissenschaftler war von 1988–1999 gesundheitspolitischer Sprecher der Berliner Grünen. Von 1998–2010 war er Ärztlicher Leiter und Geschäftsführer der Berliner Polikliniken: zunächst unter Trägerschaft des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes, dann unter dem Dach der Sana Kliniken AG. Für dieses Interview befragte ihn Julia Rojahn.

? Herr Dr. Köppl, der Trend zum MVZ scheint ungebrochen. Was macht dieses Modell mit dem abschreckenden Namen so verlockend?

Vor allem eins: Sie sind attraktive Arbeitgeber für viele junge Kollegen. Zum zweiten: Die Patienten nehmen sie sehr gut an. Sie suchen das „Angebot unter einem Dach“.

? Fangen wir mit den Ärzten an: Warum entscheiden sie sich für die Arbeit im MVZ?

Viele haben in der Weiterbildung das kollegiale Umfeld im Krankenhaus schätzen gelernt: Man hört unterschiedliche Meinungen, ist in eine größere Struktur eingebunden und arbeitet zusammen. Darauf möchten viele nicht verzichten, wenn sie in die ambulante Versorgung gehen.

Ein weiterer Anreiz: Der Arzt vermeidet das Risiko einer eigenen Praxisgründung. Extreme Arbeitsbelastung, hohe Verschuldung, die Festlegung auf einen Wohnort – und das alles oft in der Phase der Familiengründung: Das passt einfach nicht zusammen. Im MVZ übernimmt der Träger einen Großteil der wirtschaftlichen Verantwortung. Die jungen Ärzte gewinnen Freiheit.

? Aber diese Vorteile hat der angestellte Krankenhaus-Arzt ja auch.

Im Prinzip schon – nur gibt es in der Klinik viel stärkere Hierarchien. Ärzte, die in ein MVZ gehen, wünschen sich mehr Eigenständigkeit, als im Krankenhaus möglich ist. Und vielleicht noch wichtiger: In der ambulanten Tätigkeit bekommen sie eine engere Bindung an ihre Patienten!

? Aber im MVZ ist doch gerade das Ziel, dass Ärzte sich gegenseitig vertreten. Der eigene Patientenstamm ist da nebensächlich.

Früher gab es tatsächlich MVZs, die die Patienten unterschiedlichen Ärzten zuwiesen. Das hat sich aber nicht durchgesetzt: Heute haben die Patienten meist auch im MVZ ihren festen Ansprechpartner.

? Wem dies so wichtig ist, kann aber auch als angestellter Arzt in einer Einzelpraxis arbeiten.

Ja, viele Kollegen sehen da tatsächlich kaum einen Unterschied zum MVZ. Allerdings sind die Stellen noch dünn gesät und die Praxen oft sehr spezialisiert. Außerdem hat man dort wieder eine stärkere Kontrolle durch den Arzt, der einen anstellt. Im MVZ dagegen greift der Träger meist weniger auf den einzelnen Arzt zu.

? Dem Träger könnten aber seine Einnahmen wichtiger sein als eine optimale Patientenversorgung.

Solche Befürchtungen sind unbegründet: Auf die Kerntätigkeit des angestellten Arztes haben Betreiber und ärztlicher Leiter des MVZ keinen Einfluss. Die Arzt-Patient-Beziehung und die ärztliche Behandlung sollten sich nicht von der eines niedergelassenen Arztes unterscheiden.

? Allerdings bestimmt der MVZ-Betreiber immerhin Arbeitszeiten und Bezahlung der angestellten Ärzte.

Das schon – aber nicht, ob der Arzt den Patienten 5 min oder 1 h behandelt, oder

welche Medikamente er verschreibt. Das sind alles gesetzlich geschützte ärztliche Vorbehalts-Aufgaben. Bisher sind uns hier kaum Konflikte bekannt. Auch der ärztliche Leiter hat nicht die Rolle des Chefarztes, sondern vertritt die MVZ-Ärzte vor allem nach außen, z. B. gegenüber dem Betreiber oder auch der Kassenärztlichen Vereinigung (KV).

? Rechnen muss sich das MVZ ja trotzdem. Fehlt da dem angestellten Arzt nicht der Anreiz, so viele Patienten „durchzuschleusen“ wie ein Niedergelassener?

In der Regel löst man dies mit einer leistungsbezogenen Vergütung: Der Arzt bekommt ein solides Grundgehalt, und wenn das MVZ gut läuft, erhält er zusätzlich einen leistungsbezogenen Anteil. Letztendlich unterliegt der MVZ-Arzt ja den gleichen Abrechnungsbedingungen wie der Niedergelassene.

? Die ökonomischen Zwänge spürt man also doch im MVZ?

Ja, aber nicht stärker als in der eigenen Praxis oder im Krankenhaus.

? Wie kann man verhindern, dass sich aus den MVZs „konzerngesteuerte Medizinketten“ entwickeln?

Natürlich möchte der MVZ-Betreiber vom Erlös leben können. Dass da aber große Ketten einsteigen, sehen wir bislang nicht. Sollte sich das ändern, muss man zunächst beobachten, ob das sinnvoll ist.

? Das Nachsehen haben jetzt schon die niedergelassenen Fachärzte im Umkreis: Sie bekommen keine Patienten mehr ab. Jeder Patient, der im MVZ landet, wird dann nur noch „intern“ überwiesen.

Nein, die freie Arztwahl bleibt natürlich bestehen – sowohl für den Patienten als auch für den überweisenden Arzt. Häufig bildet sich im MVZ aber ein Team heraus, das gut zusammenarbeitet und Fälle gemeinsam bespricht – das bringt auch den Patienten mehr als ein Ärzte-Hopping quer durch die Stadt.

? Damit sind wir bei Vor- und Nachteilen für die Patienten. Ist es denen nicht unangenehm, von fremden MVZ-Ärzten als „Fall“ besprochen zu werden?

Nein, viele sind sehr dankbar über die Kooperation. Und vor allem älteren, chronisch kranken und multimorbiden Patienten erleichtern MVZs das Leben ganz

praktisch: Möchten Sie z. B. mit Diabetes, Rheuma und grauem Star gern zig verschiedene Facharztpraxen aufsuchen? Jedes Mal einen neuen Termin machen, jede Überweisung selbst organisieren? Da gehe ich lieber ins MVZ.

? Und wenn ich jung bin und nur einen Arm gebrochen habe?

Damit sind Sie möglicherweise auch im niedergelassenen System gut versorgt. Beim MVZ kämen Ihnen aber vielleicht die längeren Öffnungszeiten entgegen.

? Außer, mir ist die Schweigepflicht des Arztes wichtig: Im MVZ ist die kaum einzuhalten.

Unabhängig von der Praxisstruktur unterliegen Arzt-Patienten-Kontakte grundsätzlich und überall der Schweigepflicht. Eine Ausnahme hiervon besteht allerdings schon, seit es Gemeinschaftspraxen gibt: Dort und jetzt auch im MVZ gilt eine Art Widerspruchsregelung. Das heißt: Solange der Patient nicht aktiv Einspruch erhebt – was ihm jederzeit zusteht – ist das Führen einer gemeinsamen Patientenakte zulässig.

? Wenn alle Beteiligten so zufrieden sind: Woher kommt dann die öffentliche Kritik an MVZs?

Ich halte das für ein Übergangsproblem. Das Misstrauen der niedergelassenen Kollegen vor Ort hat sich in den letzten Jahren schon weitgehend gelegt, auf der persönlichen Ebene geht man kollegial miteinander um.

? Trotzdem haben viele KVen ein gespanntes Verhältnis zu MVZs.

Das geht z. T. auf die Anfangszeit der MVZs zurück: Da gab es die Idee, der ambulante Bereich werde jetzt ganz neu organisiert und die KVen seien überflüssig. Dieses arrogante Auftreten einiger MVZs hat zu Abwehrreflexen bei den KVen geführt. Inzwischen versucht man aber, gut zusammenzuarbeiten.

? Und die Skepsis vonseiten der Ärzteverbände?

Vor allem die konservativen Ärzteverbände betonen das Primat des freien Arztes als Unternehmer, der nicht abhängig beschäftigt sein darf. Einige befürchten den Untergang des Abendlandes, wenn es auch in der ambulanten Versorgung angestellte Ärzte gibt. Ich denke aber, diese Auseinandersetzungen werden sich in einigen Jahren legen und die Arbeit wird als gleichwertig anerkannt werden.

? Ein weiterer Vorwurf lautet, MVZs verschärfen den Ärztemangel auf dem Land.

Da gibt es tatsächlich ein Problem: MVZs gründen sich überwiegend in Städten und Ballungsregionen, damit folgen sie dem allgemeinen Trend der Entleerung des ländlichen Raumes. Ein alternatives Versorgungsmodell bildet sich aber z. B. in Brandenburg heraus: Krankenhaus-MVZs bieten auf dem Land fachärztliche Versorgung an – an einzelnen Tagen, in unterschiedlichen Praxen. Die Patiententermine müssen dafür zwar gepoolt werden, aber das ist immer noch besser als gar keine Facharzt-Versorgung.

? Noch ein paar Worte zur eigenen Karriereplanung: Kann man die Weiterbildung im MVZ absolvieren?

Ja, das geht sowohl im Krankenhaus- als auch im Vertragsarzt-MVZ und wird auch zielstrebig gesucht. Voraussetzung ist allerdings, der betreuende Kollege hat die entsprechende Weiterbildungsmächtigung für den ambulanten Bereich. Und man muss wissen: In der ambulanten Struktur sind andere persönliche Eigenschaften und Fähigkeiten gefragt. Es ist sehr viel persönlicher, intimer und fürsorglicher.

? Wenn man auch als Facharzt angestellt arbeiten will: Muss man sich zwischen Krankenhaus und MVZ entscheiden?

Nicht unbedingt, man kann auch halbtags in der Klinik und halbtags im klinikeigenen MVZ arbeiten. Viele Kollegen schätzen diese Kombination von stationär und ambulant.

? Mit welchem Gehalt kann man im MVZ in etwa rechnen?

Im Krankenhaus-MVZ richtet sich die Vergütung in der Regel nach dem Tarifvertrag des Hauses. In den übrigen MVZs ist die Bezahlung prinzipiell Verhandlungssache. Meist liegt sie aber auch für Fachärzte nicht wesentlich unter der eines Niedergelassenen – zumindest auf die Arbeitsstunde bezogen. Dafür ist die Konkurrenz zu den Niedergelassenen zu stark.

? Also alles nur rosarot? Oder will auch jemand nicht ins MVZ?

Wer absoluter Individualist ist und sich nicht gern von anderen etwas sagen oder reinreden lassen will, der ist im MVZ fehl am Platz. Für den ist die Einzelpraxis das Richtige.