

Schwerpunkt IV

Wettbewerb zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern – Konsequenzen für den niedergelassenen Arzt

Gisbert Voigt*

Ärzttekammer Niedersachsen, Hannover

Zusammenfassung

Das ursprünglich streng sektoral gegliederte Gesundheitswesen erlebt einen radikalen Wandel. Niedergelassene Fachärzte können nicht mehr darauf vertrauen, dass eine ambulante Behandlung der Patienten ausschließlich durch sie erfolgt. Der Gesetzgeber hat in den vergangenen Jahren die strenge sektorale Trennung zwischen Krankenhausbehandlung und ambulanter Versorgung aufgeweicht. Die Schaffung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und schließlich die Öffnung der Kran-

kenhäuser für hochspezialisierte Leistungen und zur Behandlung besonderer Krankheitsbilder nach dem § 116 b SGB V haben die Situation vieler hochspezialisierter niedergelassener Fachärzte dramatisch verändert. Die gesetzgeberischen Maßnahmen zielen auf eine Liquidierung der sogenannten „doppelten Facharztschiene“. Bisher gibt es keine befriedigende Lösung für diesen neuen Konflikt.

Schlüsselwörter: Wettbewerb, neue Versorgungsformen, § 116 b SGB V, sektorale Versorgung, doppelte Facharztschiene, MVZ

Competition among office-based physicians and hospitals: implications for the office-based physician

Summary

Our healthcare service system which used to have a strictly sectoral structure experiences a radical change. Office-based specialists cannot any longer rely on the fact that they have exclusive responsibility for the ambulatory treatment of patients. In the past years the legislator has melted the strict separation between hospital treatment and ambulatory care. Finally the establishment of medical service centres (MVZ) and the opening

of hospitals for highly specialized services and the treatment of special diseases relating to the Fifth Book of Social Code, Para. 116 b, (SGB V) have dramatically changed the position of office-based specialists. The legislative measures aim at eliminating the so-called “double specialist track2 (*doppelte Facharztschiene*)”. So far no satisfying solution to this new conflict has been found.

Key words: healthcare delivery, hospital distribution system, non-clinical distribution, legal aspects, economic competition, double specialist track

Vorbemerkung

Zunächst sei ein kurzer persönlicher Rückblick gestattet, der für das

Verständnis der aktuellen Befindlichkeiten und Reaktionen der niedergelassenen Ärzteschaft, hier speziell der niedergelassenen Fachärzte, elementare

Bedeutung besitzen dürfte und hilft, die große emotionale Komponente in der Auseinandersetzung nachzuvollziehen. Die eigene berufliche Laufbahn als

*Korrespondenzadresse: Dr. Gisbert Voigt, Ärztekammer Niedersachsen, Berliner Allee 20, 30175 Hannover.
E-Mails: gisbert.voigt@aekn.de, info@aekn.de

niedergelassener Facharzt verlief in den 80iger Jahren typisch: nach einer mehrjährigen Weiterbildung als Krankenhausarzt in Pädiatrie erfolgte 1984 die Niederlassung in eigener freier Praxis, im Folgejahr kam es bereits zum Zusammenschluss mit einem Kollegen in Form einer Gemeinschaftspraxis. Nach umfangreichen Anfangsinvestitionen wuchs die Gewissheit, im System der Kassenärztlichen Vereinigung, trotz aller damit verbundenen Regularien und auch Repressalien, einen Schutzraum vorzufinden, in dem man sich beruflich behaupten und die eigene Praxis medizinisch wie wirtschaftlich erfolgreich führen konnte.

Altersstruktur und Wettbewerb

Um die Betroffenheit der Ärzte besser illustrieren zu können, seien die Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Altersstruktur der niedergelassenen Ärzte referiert (Stand 31.12.2007): Danach sind zirca 15% der Fachärzte älter als 60 Jahre, der Altersdurchschnitt aller Fachärzte liegt bei 50,9 Jahren. Die Mehrzahl der derzeit praktizierenden Fachärzte muss also die aktuelle Wettbewerbssituation aushalten. Dabei ist wichtig darauf hinzuweisen, dass ein niedergelassener Arzt auch schon vor 2004 einem beständigen Wettbewerb mit anderen Gebietsärzten ausgesetzt war und es eine bewusste Falschinformation seitens der Politik ist, wenn behauptet wird, im Gesundheitswesen habe es keinen Wettbewerb gegeben.

Neue Gesetzeslage

Die oben dargestellte Ausgangssituation hat sich allerdings grundsätzlich verändert. Zur Illustrierung dessen sei die heutige Situation derjenigen von vor 2004 gegenübergestellt – mit den jeweiligen Möglichkeiten, als Arzt in einer Einzel-, Gemeinschafts- oder Praxisgemeinschaft ambulant tätig zu sein und der Möglichkeit, Assistenten als ärztliche Mitarbeiter im Rahmen von Assistentengenehmigungen beschäf-

tigen zu können, schließlich der Möglichkeit des „job sharings“, d.h. Anstellung eines gebietsgleichen Facharztes um den Preis der Leistungsbegrenzung im KV-System. Damit waren die Möglichkeiten einer ambulanten Tätigkeit erschöpft.

Im Jahr 2004 hat der Gesetzgeber mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) vom 14.11.2003 die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) ermöglicht. Vorbild für diese Gesetzgebung waren Polikliniken nach § 311 SGB V, die es in den neuen Bundesländern bereits gab. Das Ziel war die „Versorgung aus einer Hand“ und die Möglichkeit zur Anstellung von Ärzten im MVZ mit flexiblen, familienfreundlichen Arbeitszeiten und dem Wegfall des finanziellen Risikos der Praxisneugründung. Im Kern bedeutete die Schaffung der MVZ die Infragestellung der freiberuflichen und wirtschaftlichen Selbständigkeit des niedergelassenen Arztes.

Medizinische Versorgungszentren

Die Gründung eines MVZ hat bestimmte Voraussetzungen: so müssen Ärzte mit zwei unterschiedlichen Facharztbezeichnungen in Anknüpfung an die Weiterbildungsordnung tätig werden. Mittlerweile wurde diese Bestimmung durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) vom 01.01.2007 konkretisiert: es können nun auch Ärzte mit unterschiedlichen Schwerpunkten eines Gebietes und/oder haus- und fachärztlich tätige Vertragsärzte eines gleichen Gebietes ein MVZ gründen.

Im MVZ kann der Arzt als selbständiger Vertragsarzt tätig bleiben, er kann auf seine Zulassung verzichten und im MVZ als angestellter Arzt arbeiten. Im MVZ können weitere angestellte Fachärzte tätig werden, sofern der gemeinsame Zulassungsausschuss von KV und Krankenkassen dem zustimmt (die Beschäftigung eines Arztes im MVZ unterliegt auch der Bedarfsplanung).

Das MVZ als neue Möglichkeit der ambulanten ärztlichen Berufsausübung war und ist ein berufspolitisch hochbri-

santes Thema. Positiver Aspekt ist, dass die flexibleren Arbeitszeiten im MVZ gerade den Kolleginnen – und diese werden in der Medizin immer zahlreicher – neue Möglichkeiten eröffnen, ihren Beruf, auch den als Fachärztin, neben Familie und Kindererziehung ausüben zu können. Dies ist sicherlich von Vorteil, gerade angesichts des sich immer stärker abzeichnenden Ärztemangels. Vor diesem Hintergrund hat der Deutsche Ärztetag (DÄT) bereits 2003 in Bremen eine weitgehende Liberalisierung des ärztlichen Berufsrechtes (MBO 2003) nach intensiver Diskussion beschlossen.

Von Gegnern des MVZ wird neben der Gefahr des Aussterbens des wirtschaftlich selbständigen und freiberuflichen Arztes vor allem die Möglichkeit kritisiert, dass auch Nicht-Ärzte, also z.B. Krankenhäuser oder Klinikketten Betreiber ein MVZ einrichten können. In diesem Zusammenhang wird häufig von der „Amerikanisierung“ des Gesundheitswesens gesprochen.

Trotz oder vielleicht auch gerade wegen dieser Diskussion ist das MVZ zu einem Erfolgsmodell geworden. Im Juni 2008 gab es bundesweit 1.023 MVZ mit 4.455 Ärzten, davon 3.247 im Angestelltenverhältnis. Im Durchschnitt waren 4 Ärzte in einem MVZ tätig, 57,5% der MVZ befanden sich in der Trägerschaft von Vertragsärzten, 35,7% in Trägerschaft von Krankenhäusern.

Krankenhäuser, Fachärzte und MVZ

Die Motivation der Krankenhäuser, eigene MVZ zu errichten, ist vielschichtig: Neben der Möglichkeit Betriebsteile „outsourcen“ zu können (Beispiel Radiologie, Strahlentherapie) werden krankenhauseigene MVZ dazu benutzt, Fachgebiete ans Haus zu holen, die dort sonst nicht vertreten wären (zum Beispiel für den Konsiliardienst) und schließlich auch, um bisherige Ermächtigungen seitens der KV nicht mehr in Anspruch nehmen zu müssen (Stichwort „Bittgang zur KV alle zwei Jahre“). Es ist interessant, noch einmal zu verdeutlichen, in welchem großem Umfang

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/1094694>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/1094694>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)