

Der Deutsche Gesundheitsmarkt

Der deutsche Gesundheitsmarkt befindet sich in der Veränderung. Die medizinische Infrastruktur wird bedroht. Durch die Abhängigkeit infolge merkantiler Gewinnschöpfung durch einige, wenige Ärzte und Veränderungen des Arztberufs als freier, unabhängiger Gewährsträger im Gesundheitswesen sowie durch Vorgaben nichtärztlicher profitorientierter Einflussnahme Dritter haben sich die Strukturen ärztlichen Handelns zum Teil negativ verändert.

Allgemeine Ursachen

Seit 1990 sind in der BRD etwa 900 Studienplätze für Medizin entfallen. Ein Studienplatz für Medizin ist seit vielen Jahren nur mit höchster Abiturnote zu erreichen. Da Schülerinnen im Gesamtvergleich bessere Abiturnoten als Schüler erreichen, steigt die Zahl der Ärztinnen vermehrt. Diese Entwicklung führt dazu, dass viele Arztsitze besonders in ländlichen Regionen nach dem Ausscheiden des Praxisinhabers nicht wiederbesetzt werden können.

Die Lebensplanung der Ärztinnen und Ärzte hat sich verschoben. Man will mehr freie Zeit für die Familie, die eigenen Hobbys und ist nicht mehr bereit, im schnellen Wechsel mit Kollegen/innen z.B. Nachtdienst oder Sonntagsdienst zu übernehmen.

Diese Tendenz führte 2002 zur Einführung der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), die eigentlich die Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen fördern sollten. Etwa ab 2009 wurde diese gesetzliche Vorgabe so „erweitert und interpretiert“, dass ein niedergelassener Arzt mit KV-Zulassung mehrere Ärzte/innen anstellen durfte und auch Filialen seiner Praxis in anderen Orten eröffnen durfte. Das Angestelltenverhältnis muss nur z.B. auf dem Praxisschild Briefkopf oder Rezept angegeben werden. Alles Weitere läuft im Innenverhältnis des MVZ.

Aufkauf von Praxen

Der Aufkauf von Arztpraxen oder Krankenhäusern ist ein generelles Problem, das nicht nur die Ophthalmologie betrifft. Alle Teilbereiche der Medizin einschließlich z.B. der Radiologen sind betroffen. Es gibt „Clan-Strukturen“, die mehrere hundert Praxen besitzen und diese von medizinischen Ökonomen verwalten lassen. Die Frage ist, was geschieht mit diesem Konvolut dann, wenn der Eigentümer es verkauft?

Zu erinnern ist an einen Artikel in den Ophthalmologischen Nachrichten, in dem vor etwa acht Jahren berichtet wurde, dass ein Teil der zur Gruppe Dr. Ober-Dr. Scharrer gehörenden Praxen und Krankenhausabteilungen an einen gewerbemäßigen Fonds in Großbritannien für eine hohe Millionensumme veräußert worden sei. Einige Jahre später ging das Gerücht um, dass dieser Fonds an einen chinesischen Investor verkauft sein sollte. Das würde bedeuten, dass China direkten Einfluss auf unser Gesundheitswesen genommen hat. Spätestens jetzt müssten in der Bundesärztekammer und in der Bundesregierung die Alarmglocken schrillen.

Das Positive an diesen aufgekauften Augenarztpraxen: einige Beispiele

Es werden auch Praxen in ländlichen Gebieten erhalten, die ansonsten nicht wieder besetzt werden könnten.

Durch den Einkauf des laufenden Praxisbedarfs, medizinischer Ersatzteil wie z.B. die Intraocularlinsen etc. ergeben sich nicht unerhebliche Einsparpotentiale sofern man diese korrekt abrechnet und nicht über eine Scheinfirma in der Schweiz laufen lässt, wie geschehen. Den Prozess konnte man in den Medien Woche für Woche verfolgen.

Weiterhin hat man eine gewisse Diagnosesicherheit dadurch, dass man bei unklarer Diagnostik die Kollegen in der Zentralpraxis fragen kann: „Frag' den Oberarzt!“. Die digitalen Möglichkeiten erlauben das. Bereits Prof. Manfred Mertz, TU München, hatte ein Glasfasernetz aufgebaut, durch das die niedergelassenen Ärzte, die das wollten, mit der Klinik verbunden waren. Das Ganze nennt man Risikominimierung.

Für den angestellten Arzt entfallen alle Aufgaben und Risiken, die z. B. mit der Anmietung der Praxisräume, der Einstellung des Personals, sowie der teilweisen Abnahme des lästigen Praxisschriftkrams. Er kann sich vermehrt seinen Patienten widmen.

Der angestellte Arzt hat geregelte Arbeitszeiten und kann sich seiner Lebensplanung hingeben.

Mancher Kollege, der seine Praxis auf dem normalen „Markt“ nicht verkaufen kann, erhält auf diese Weise noch einen Kaufpreis.

Das Negative an einigen Beispielen

Es werden in den operierenden Zentren nur Operationen angeboten, die Geld in time bringen, wie z.B. Kataraktoperationen, IVOM sofern sie nicht schwierig erscheinen.

Es entfallen alle Operationen, die längere Zeit gebrauchen und ein besonderes Operationsequipment notwendig haben wie z.B. Tränenwegsoperationen, Schieloperationen, hintere Abschnittsoperationen. Die Rechnung ist einfach: eine Kataraktoperation dauert etwa 15 bis 20 Min und bringt ca. € 800,00. Eine Tränenwegsoperation dauert ca. 45 Min und bringt nur das halbe Honorar.

Der Praxisbedarf inkl. IOL wird infolge Sammeleinkauf vorgegeben. Der angestellte Arzt kann nicht frei disponieren.

In der Regel besteht eine Umsatzvorgabe, da sich sonst die Kosten für die Filialpraxis nicht rechnen. Das kann zu nicht notwendigen Therapien verleiten.

Alle Patienten, die zur Operation anstehen, sind dem Zentrum nach Möglichkeit zu zuweisen und nicht der Klinik, die z.B. der Patient möchte.
Den weiterbildenden Kliniken entgehen auf diese Weise die sog. normalen Operationsfälle – besonders bei Kataraktoperationen.

Augenärzten/innen, die in der freien Praxis arbeiten, soll oftmals eine Vergütung für die Zuweisung zu operierender Patienten angeboten werden. Diese Provision ist ebenso wie ein Hol- und Rückbringservice der zu operierenden Patienten rechtlich zumindest umstritten.

Was an Geräten, Instrumenten etc. in der Praxis vorhanden ist, bestimmt das Zentrum.

Das Medizinische Fachpersonal wird vom Zentrum ausgesucht. Die Anzahl wird vorgegeben, ebenso werden die Gehälter von dort gestaltet.

Standort und Mieten werden vom Zentrum vorgegeben.

Es gibt Kollegen/innen, die als sog. Geschäftsführer für größere oder mehrere Praxen in unregelmäßigen Abständen über den Verlauf und Umsatz in den Filialen berichten müssen und ihre Anweisungen vom Zentrum bekommen.

Empfehlungen

Eine Lösung bietet sich an: die ausbildenden Kliniken und Abteilungen müssen z.B. einen „Obmann“ bestimmen, der die Assistenten/-innen auf die Niederlassung praxisnah klinisch vorbereitet und ihnen vermittelt, was ein freier Arztberuf und was eine Anstellung bedeutet.
Die Ethik spielt dabei eine große Rolle.

Clevere Ärzte, die das schnelle Geld machen wollen, werden nicht zu verhindern sein.

Auch ist zu empfehlen in diesen Grenzbereich zwischen Wissenschaft und Praxis z.B. den BVA einzubinden und mit ihm gemeinsam die Vorgehensweise zu entwickeln.

Das Problem ist ein grundsätzliches und geht in erster Linie die Politik etwas an. Hier geht es um Grundsatzentscheidungen im zukünftigen Gesundheitssystem unserer Bundesrepublik Deutschland.
Etwa ein Drittel aller Praxen und Disziplinen arbeitet bereits in Abhängigkeit dieser „Medizinischen Großzentren“.

Bitte beachten Sie auch den Grundsatzbeschluss des 125. Deutschen Ärztetags „Gesundheitsversorgung 2.0“ sowie den Beitrag im „Westfälischen Ärzteblatt 12 / 2021; Seite 14 Titelthema“

Im Februar 2022