



Zur Person

Dr. Bernd Köppl, geboren 1948 in Hessen, ist seit 2009 Vorsitzender des Bundesverbandes Medizinische Versorgungszentren/ Gesundheitszentren/Integrierte Versorgung (BMVZ). Bernd Köppl lernte zunächst Elektriker und studierte anschließend Medizin, Politik- und Geschichtswissenschaft. Nach dem Studium arbeitete er als Anästhesist am Urban-Krankenhaus in Berlin-Kreuzberg. Von 1981 bis 1983 und von 1988 bis 1999 war er gesundheitspolitischer Sprecher der Berliner Grünen. Ab 1998 war er für einige Jahre als Ärztlicher Leiter und Geschäftsführer eines großen MVZ in Berlin tätig. Seine Freizeit verbringt Bernd Köppl so oft es geht mit seiner sechsjährigen Enkelin, der er mithilfe bunter Comics Politik und Weltgeschehen erklärt.

„Der Herr Seehofer hat sich gewaltig geirrt“

Für **Bernd Köppl** sind Medizinische Versorgungszentren (MVZ) ein Zukunftsmodell. Doch im G+G-Interview warnt der Chef des MVZ-Verbandes zugleich vor einem Missbrauch als Einweiserportale für Kliniken, mahnt mehr Gleichberechtigung mit niedergelassenen Ärzten an und erlaubt sich kleine historische Seitenhiebe.

Herr Dr. Köppl, beginnen wir mit einem Zitat, das ich in einer Broschüre Ihres Verbandes zur Geschichte der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gefunden habe. Das Zitat ist von Horst Seehofer und stammt von 1991. Damals war der noch Parlamentarischer Staatssekretär im Bundesarbeitsministerium.
Köppl: Na, dann schießen Sie mal los.

Seehofer gelangte damals zu der Auffassung, Polikliniken – also quasi die Vorläufer der MVZ – seien Auslaufmodelle. In ein paar Jahren seien die Zentren verschwunden. Leitbild der ambulanten Medizin sei der frei praktizierende, niedergelassene Arzt.

Köppl: Nun ja, wenn ich mir die heutige Versorgungslandschaft anschau, stelle ich fest: Der Herr Seehofer hat sich gewaltig geirrt. Das gilt übrigens für viele andere auch, die kooperativen Praxisstrukturen in den Jahren nach der Wiedervereinigung das Aus prophzeit haben. Mit der Einschätzung lagen sie falsch.

Was ließ das Totenglückchen damals so laut erklingen?

Köppl: Wir hatten eine konservative Bundesregierung. Und die hatte sich mit den Landesvertretern der Ärzte im Westen fest in die Hand versprochen, dass die ambulante poliklinische Versorgung der DDR definitiv keinen Bestand haben darf. Das hatte sicher auch damit zu tun, dass die Kolleginnen und Kollegen im Westen ein anderes Verständnis vom Status eines ambulant tätigen Arztes besaßen. Der hatte Freiberufler mit eigener Niederlassung zu sein. Das war das Dogma. Heute zeigt

sich: Die Kampagnen von damals sind überholt. Die Gesellschaft hat sich geändert und mit ihr die Ärzte. Und die MVZ sind heute lebendiger denn je.

Worauf führen Sie das zurück?

Köppl: Es gibt viele Gründe. Die Politik hat inzwischen wieder erkannt, dass MVZ die ambulante Versorgung stärken und kooperative Praxisstrukturen den Wünschen junger Ärztinnen und Ärzte sehr entgegenkommen. Eine Anstellung schreckt viele von ihnen nicht mehr ab. Im Gegenteil: Sie sehen darin persönliche Vorteile wie etwa geregelte Arbeitszeiten oder eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Und es erleichtert ihnen den Einstieg in die Welt der ambulanten Versorgung. Denn das finanzielle Risiko, das mit der Gründung einer Praxis häufig einhergeht, entfällt.

Der niedergelassene Arzt mit eigener Praxis und 55-Stunden-Woche verschwindet demnach von der Bildfläche?

Köppl: Solche Entweder-oder-Prognosen halte ich für Quatsch. Es wird weiterhin niedergelassene tätige Ärzte geben. Aber wir müssen akzeptieren, dass sich nicht mehr jeder Mediziner, so er ambulant arbeiten will, eine Praxis ans Bein bindet.

Weil der Start ins Arbeitsleben mit hoher Schuldenlast beginnt?

Köppl: Exakt. Wenn ein Arzt heute eine Einzelpraxis übernehmen will, muss er die zumeist kaufen. Eventuell ist die Praxis noch zu



„Versuche der Kliniken, die MVZ als Einweiserportale zu etablieren, haben deutlich abgenommen.“

modernisieren. Da kommen schnell Kosten von 250.000 Euro und mehr zusammen. Wenn ein Arzt bereit ist, das zu investieren, ist die Entscheidung für die eigene Praxis eine, die womöglich ein ganzes Leben lang Bestand haben muss. Angestellte Ärzte können flexibler agieren. Bietet sich ihnen eine Aufgabe in einer anderen Stadt oder lebt der Partner woanders, und sie wollen hinterherziehen, fällt ihnen das im Angestelltenstatus leichter.

Hätten Sie als angestellter Arzt am MVZ nicht die Sorge, Ihre Unabhängigkeit als Mediziner zu verlieren?

Stichwort

Nach Angaben des Bundesverbandes Medizinischer Versorgungszentren (BMVZ) waren Ende 2014 bei den 17 Kassenärztlichen Vereinigungen 2.073 Medizinische Versorgungszentren (MVZ) zugelassen. In diesen sind rund 13.500 Ärztinnen und Ärzte – viele auch in Teilzeit – angestellt. Damit üben laut BMVZ mehr als neun Prozent aller ambulant tätigen Mediziner und Psychotherapeuten in Deutschland ihre Arbeit in einem MVZ aus. Nachdem in den 1990er Jahren die meisten ostdeutschen Polikliniken und ambulanten Gesundheitszentren abgewickelt wurden, erfuhren die MVZ mit dem GKV-Modernisierungsgesetz 2004 ihren größten Schub. Allein im Jahr 2006 wurden 325 MVZ neu gegründet. 2014 lag die Zahl der Neugründungen bei 67. Infos: www.bmvz.de

Köppl: Natürlich ändert sich der Status. Der niedergelassene Arzt ist Träger der Zulassung und arbeitet als Arzt. Im MVZ fallen diese Dinge auseinander. Die Trägereigenschaft geht an den Betreiber des MVZ. Er ist Arbeitgeber. Aber wir haben als Verband immer dafür gekämpft, dass der Kernbereich ärztlicher Tätigkeit – Patientengespräch, Therapieentscheidung oder Überweisung – beim Arzt verbleibt und der Arzt weisungsfrei praktiziert. Insofern sehe ich das Problem nicht.

Und die Patienten?

Köppl: Für die meisten Patienten ist es im Grunde unerheblich, ob ein angestellter oder ein selbstständiger Arzt sie behandelt. Sie suchen kompetente und hilfsbereite Mediziner. Und die Strukturen in einem MVZ bieten hier durchaus Vorteile.

Welche sind das?

Köppl: Die meisten MVZ arbeiten fachübergreifend. Dies ermöglicht medizinische Versorgung aus einer Hand. Umständliche Überweisungsvorgänge lassen sich so umgehen. Patienten und Ärzte haben kürzere Wege. Informationen fließen schneller. Davon können insbesondere ältere Patienten mit unterschiedlichen und teilweise chronifizierten Leiden profitieren.

Inwiefern?

Köppl: Ältere Patienten haben oft das Problem, viele Facharztbesuche und dann noch an unterschiedlichen Orten selber organisieren zu müssen. Das MVZ bietet ihnen fachärztliche Betreuung an einem einzigen Ort – durch den Internisten und beispielsweise einen Hausarzt. Und das MVZ kann älteren Patienten die Aufgabe abnehmen, all diese Termine allein koordinieren zu müssen. Das ist ein Vorteil.

Sie nannten als weiteren Pluspunkt die bessere Abstimmung, da Ärzte in einem MVZ unter einem Dach praktizieren. Abstimmung hat aber nicht unbedingt etwas mit Architektur zu tun.

Köppl: Letztlich hängt es natürlich davon ab, wie gut die Ärzte zusammenspielen, und ob sie Strukturen vorfinden, die dieses Zusammenspiel unterstützen. Dazu gehören zum Beispiel die gemeinsame, elektronisch geführte Fallakte oder regelmäßige Fallbesprechungen. Mein Eindruck ist, dass viele MVZ-Träger diese kollegiale Form der Zusammenarbeit wollen und aktiv fördern. Sie haben erkannt, dass Patienten in ein MVZ gehen, weil sie genau diese Art der Zusammenarbeit wünschen.

In den meisten Zentren arbeiten Fachärzte zusammen. Hausärzte sind dort seltener anzutreffen. Woran liegt das?



Köppl: Sicherlich ist die MVZ-Entwicklung facharztgetrieben. Der Wunsch nach Kooperation ist bei Fachärzten auch wegen der höheren Investitionskosten, die die Kollegen zu stemmen haben, wohl ausgeprägter. Wenn ein MVZ aber eine gewisse Größe erreicht, braucht es ein hausärztliches Angebot. Das gehört zum Gesamtsetting. Das gilt im Übrigen auch für MVZ, die sich zu einem Krankheitsbild – Diabetes oder Rheuma etwa – aufstellen und eine entsprechende Leistungsstruktur aufbauen.

Die Zahl der Kliniken, die MVZ gründen oder kaufen, ist gestiegen. Eines der ersten Zentren – das Berliner Polikum, gegründet von dem Arzt Wolfram Otto – gehört jetzt einer privaten Klinikette. Ist den Ärzten eine Idee entrissen worden?

Köppl: So dramatisch würde ich es nicht formulieren. In den Regionen, wo Ärzte aktiv waren, gab es wenig MVZ-Gründungen von Krankenhäusern und umgekehrt. In Bayern etwa, wo viele Funktionäre lange der Auffassung waren, MVZ seien ein DDR-Relikt, hat es eine Welle an Gründungen gegeben – überwiegend initiiert von Ärzten. Entscheidend ist, dass die Zahl der MVZ steigt, denn es zeigt eines: Es gibt den Bedarf. Und entweder machen es die Ärzte oder die Krankenhäuser. In jedem Fall ist das MVZ von einem Mediziner zu leiten.

Was ist am Vorwurf dran, die Kliniken kauften sich in Gestalt der MVZ Einweiserportale zusammen, um erst ihre Betten und anschließend ihre Umsatzbücher zu füllen?

Köppl: Unsere Position ist klar: MVZ modernisieren und verstärken die ambulante ärztliche Versorgung. Versuche, die MVZ als Einweiserportale zu etablieren, haben aber deutlich abgenommen. Denn auch die Politik hat da ja ziemlich empfindlich reagiert. Zu Recht. So gab es die Debatte, ob Kliniken die Berechtigung verlieren sollten, ein MVZ zu führen. Das haben wir den Häusern auch klipp und klar gesagt: Die Fehlentwicklung Klinikportale müsst ihr selbst wieder zurückdrehen. Sonst seid ihr da raus.

Hat der Appell gefruchtet?

Köppl: Es geht doch längst nicht mehr um Dinge wie Einweiserportale. Schon bald werden Krankenhäuser – insbesondere in den ländlichen Regionen – in Kombination mit ihren ambulan-

ten Einrichtungen, MVZ oder in Kooperation mit Ärzteverbänden ein strukturierendes Element der ambulanten ärztlichen Versorgung bilden müssen. Es geht gar nicht mehr anders.

Warum?

Köppl: Wir kommen aus einer Zeit, wo die ambulante Medizin gut finanziert war und genügend Personal hatte. Wir laufen aber in eine Entwicklung hinein, wo ein wachsender Teil der jungen Medizinergeneration nach der Ausbildung nicht mehr aufs Land geht – jedenfalls nicht in die Einzelpraxis. Sie suchen Organisationsstrukturen, wo sie Verantwortung teilen können. Daher gehe ich davon aus, dass es in ein paar Jahren selbstverständlich ist, dass in der Fläche Kliniken mit MVZ, in denen angestellte Ärzte arbeiten, die ambulante Versorgung weitgehend tragen. Das sollten auch die Kassenärztlichen Vereinigungen erkennen. Viele KVen haben ihre Frontstellung gegenüber den MVZ offenbar noch immer nicht aufgegeben.

Woran machen Sie das fest?

Köppl: Ganz aktuell an den bevorstehenden Wahlen zu den Vertreterversammlungen der KVen. Das Problem ist: Nur Mitglieder der jeweiligen KV dürfen wählen und sich zur Wahl stellen. Die Mitgliedschaft angestellter Ärzte ist in vielen KVen jedoch daran gebunden, dass die Ärzte „mindestens halbtags beschäftigt“ sind. Was „halbtags“ heißt, ist Sache der Auslegung. Diese Unschärfe im Gesetz führt dazu, dass angestellte Ärzte, die in Teilzeit arbeiten, bei den KV-Wahlen außen vor bleiben, obwohl sie sich dort engagieren möchten. Das ist fatal.

Was genau befürchten Sie?

Köppl: Wenn die wachsende Gruppe der angestellten Ärzte keine Stimme in der Selbstverwaltung hat, droht eben diese Selbstverwaltung ein Stück Legitimation zu verlieren. Deshalb lautet unsere Forderung: Wenn jemand seine Zulassung als Arzt hat, dann darf er auch wählen. Nur dann wäre eine Gleichbehandlung mit den niedergelassenen Ärzten in den KVen sichergestellt. Alles andere ist diskriminierend. ■

Die Fragen stellte Thomas Hommel.