

Wankender Riese

Jeder fünfte Arzt ist bereits angestellt tätig – Tendenz aufwärts. Dennoch beschwört die KBV nach wie vor das Ideal des niedergelassenen Vertragsarztes. Sie gräbt damit stetig an der Kluft zwischen selbstständigen und angestellten Medizinern und verschläft die aktuellen Entwicklungen. Ein Eigentümer, sagen unsere Autoren.

Von Susanne Müller, Dr. Peter Velling

„Wenn sich das KV-System nicht ändert, wird es aufgrund mangelnder Legitimation langsam verschwinden.“ Diese Aussage von Dr. Bernd Köppl, Vorstand des Bundesverbandes Medizinische Versorgungszentren, Gesundheitszentren, Integrierte Versorgung e.V. (BMVZ), auf dem zehnten Praktikerkongress des Verbandes im September 2016 ließ viele Zuhörer überrascht zurück.

Je nach Lesart entpuppt sich dieses Statement entweder als einfache Feststellung oder, aus Sicht der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), als düstere Prophezeiung. Hintergrund sind die aktuellen Zahlen zum Verhältnis zwischen Einzelpraxen und kooperativen Strukturen. Deutlich ist zudem auch der beständige Trend, dass immer mehr angestellte Ärzte die ambulante Patientenversorgung übernehmen. Aktuell ist bereits jeder fünfte „KV-Arzt“ angestellt tätig. Dem gegenüber steht das Bild des Vertragsarztes in selbstständiger Niederlassung, das über Jahrzehnte die ambulante Versorgung weitgehend konkurrenzlos dominierte.

Doch die Zeiten ändern sich. Jedoch ursächlich nicht deshalb, weil

der Gesetzgeber mit den Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) in 2004 mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) und der regelhaften Ermöglichung der ärztlichen Berufsausübung in Anstellung mit dem Vertragsarztänderungsgesetz in 2007 (VÄndG) diesen Wandel erzwungen hätte, sondern weil sich damals schon die soziokulturellen Veränderungen in der Ärzteschaft selbst sichtbar abzeichneten und Veränderungen im gesetzlichen Normenrahmen schlichtweg eine notwendige Folge waren.

Hang zur Selbstausbeutung

Es ist dabei nur zum Teil die junge Medizinerinnengeneration, die den Boom bei den Angestelltenzahlen ausmacht. Nicht selten sind die angestellten Kollegen von heute „gelernte“ Vertragsärzte, die sich frühzeitig zur Weitergabe ihrer Zulassung entschieden haben. Oder ältere Kollegen, die nach der Sitzeinbringung in ein MVZ feststellen, dass Patientenbehandlung neuen Spaß macht, wenn sich jemand anderer um die



Dr. Peter Velling ist Vorstand des Bundesverbandes MVZ e.V. und Ärztlicher Leiter sowie Leiter ambulanter Sektor MVZ der Evangelischen Lungenklinik Berlin



Susanne Müller ist Geschäftsführerin des Bundesverbandes MVZ e.V.



*Selbstverwaltungen, die ihre Zielgruppe nicht mehr erreichen, erodieren.
Könnte die KBV straucheln wie Gulliver in Lilliput?*

Verwaltung und die Auseinandersetzung mit der KV-Bürokratie kümmert. Es ist also mithin die Einstellung der Ärzteschaft als Ganzes, die sich seit einiger Zeit stark verändert. Dies wird von vielen Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der 17 regionalen KVen gern ignoriert. Von dieser Seite wird immer noch häufig – in einer Art Beschwörung – das Ideal des niedergelassenen Vertragsarztes mit Hang zur Selbstausbeutung und zur Vernachlässigung von Familie und Freizeit, ohne den die romantisch idealisierte zeitliche Omnipräsenz des Arztes nicht zu leisten wäre, hochgehalten.

Und es stimmt: 60 Stunden Arbeitszeit (Minimum) und 2.000 Scheine im Quartal waren und sind vielerorts Realität. Aber ist dies wirklich ein schützenswerter Zustand? Die Ikone der Freiberuflichkeit kontra eine gesunde Work-Life-Balance? Holt hier der Berufsstand der Ärzte nicht vielmehr nur eine Entwicklung nach, die die Gesundheitsberufe in den gesellschaftlichen Kontext stellt?

Natürlich arbeiten angestellte Ärzte regelhaft kürzer als ihre niedergelassenen Kollegen und haben dadurch pro Kopf weniger Patientenkontakte beziehungsweise Arztfälle. Das ist aber nicht die Ursache der Versorgungsprobleme von heute, sondern nur die Folge eines allzu berechtigten Anspruches dieser Ärzte an ihr Arbeitsumfeld. Mit diesem muss umgegangen werden, denn eines ist sicher: Die Zeiten lassen sich in dieser Frage nicht zurückdrehen.

Plakative Mechanismen der Abwehr

Die KVen sind als Körperschaften des öffentlichen Rechts verantwortlich für die Organisation und Sicherstellung der ambulanten Versorgung. Sie sind damit Zwangsvereinigungen, denen im Wesentlichen jeder ambulant tätige Arzt angehört und die er durch entsprechende Pflichtbeiträge finanziert. Die aktuell circa 20 Prozent angestellten Ärzte sind mithin ebenso Mitglieder ihrer KV wie die selbstständig niedergelassenen Mediziner. Es fällt aber schnell auf,

dass die Interessen und besonderen Fragen angestellter Ärzte bis dato kaum ein Thema in der Selbstverwaltung sind. Und wenn, dann häufig ablehnend konnotiert. Auf die Spitze trieb es ein Vertreter des bayrischen Facharztverbandes und Mitglied des bayrischen KV-Ärzteparlamentes, indem er den angestellten Ärzten die Berechtigung absprach, in der KV überhaupt Mitgliedsrechte ausüben zu dürfen. Ähnlich trat auch der Spitzenverband der Fachärzte auf.

Subtiler, aber nicht weniger bedeutsam, gräbt die KBV an der Kluft zwischen angestellten und niedergelassenen Ärzten. Mit einem Millionenetat, der – nicht zu vergessen – auch von den Mitgliedsbeiträgen der angestellten Ärzte finanziert wird, führt sie eine Werbekampagne für den Arztberuf durch, als deren Absender „allein die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten“ angegeben werden. Und dies nicht nur im Kleingedruckten auf Plakaten. Nein, gerade auch auf der zugehörigen Kampagnenhomepage wird explizit diese Darstellung gewählt. Ein Schelm, wer Böses dabei denkt. Signifikant ist in diesem Zusammenhang auch die in vielen KVen noch nicht erfolgte Besetzung der vom Gesetzgeber mit dem GKV-VSG bereits vor 14 Monaten initiierten Fachausschüsse der angestellten Ärzte.

Berufsständische Selbstverwaltungen leben davon, dass ihre Mitglieder sich aktiv einbringen. Nur so kann die angestrebte Selbstständigkeit und Selbstverantwortung von berufsfremden Einflüssen weitgehend frei gehalten werden. Im Falle der KVen ist einer dieser Einflüsse die Politik, die zunehmend bereit ist, regulierend einzugreifen, wenn Veränderungen intern verweigert werden. Beispiele politischer Einflussnahme sind der bereits erwähnte verpflichtend einzurichtende Fachausschuss für angestellte Ärzte sowie der derzeit heiß diskutierte Referentenentwurf für das sogenannte Selbstverwaltungsstärkungsgesetz. Hinzu kommt: Selbstverwaltungen, die ihre Zielgruppe immer weniger erreichen, indem sie an den Belangen wesentlicher Mitgliedsgruppen vorbeigehen, erodieren. Zuerst durch das Wegbrechen der notwen-

digen Basis aktiver Ehrenamtlicher, später durch stetige Abnahme auch der passiven Akzeptanz. Ein Vorteil, den die KVen besitzen, ist, dass die Mitgliedschaft der Ärzte nicht auf Freiwilligkeit beruht und ihr Weiterbestehen durch den automatischen Einzug der Mitgliedsbeiträge gesichert ist. Doch was wäre, wenn dem nicht so wäre?

Eine funktionierende Selbstverwaltung ist freilich keine Einbahnstraße. Auch die angestellten Ärzte ihrerseits sind gefragt, sich über ihre Dienstverpflichtungen und den Mitgliedsbeitrag hinaus in die Arbeit der KVen einzubringen. In diesem Punkt gibt es einen tatsächlichen Unterschied: Anders als bei den Vertragsärzten, die zumeist über die Abrechnung quasi automatisch in das System hineinwachsen, müssen sich angestellte Ärzte ihrer Rolle als wesentlicher Teil der KVen gezielt bewusst werden und wissen, dass die MVZ-Geschäftsführung sie in diesem Feld nicht vertreten kann, da diese gerade keine Mitgliedsrechte haben.

Angestellte bleiben außen vor

In Anbetracht der wachsenden Zahl angestellter Ärzte und des nicht mehr umkehrbaren gesellschaftlichen Wandels könnte eben jene Aufklärungsarbeit ein spannendes Arbeitsfeld für die Öffentlichkeitsarbeit von KV und KBV sein. Erster Schritt ist jedoch das offene Zugehen der immer schon KV-Aktiven auf ihre angestellten Kollegen, um gegenseitiges Verständnis und zielgerichtete Zusammenarbeit zu erreichen. Nur so ist der Weg des Systems in die Zukunft gesichert.

Es muss folglich im höchstgelegenen Interesse der KVen liegen, die Gruppe der angestellten Ärzte zu integrieren, statt mit Nichtachtung zu strafen. Der äußere Anpassungsdruck wird hier weiter zunehmen. Aus diesem Grund ist die geforderte Akzeptanz der neuen Realität kooperativer Versorger mit angestellten Ärzten durch die KVen nicht Verrat am ärztlichen Berufsstand, sondern die notwendige Basis für den Weg in eine moderne Selbstverwaltung. ■