



1 • 2019

**FREIBERUFLICHKEIT – ECKPFEILER  
EINER PATIENTENORIENTIERTEN  
VERSORGUNG**



Jenseits von Paragraphen und Verträgen lebt unser Gesundheitssystem vom Gespräch und vom Austausch der Akteure. Vor allem Weiterentwicklungen unseres Gesundheitssystems finden nicht am Reißbrett statt, sondern im Diskurs der Akteure miteinander. Mit iX-Media wird diesem Austausch eine Plattform gegeben. Wir laden „auf allen Kanälen“ zum Dialog ein: Print, Audio und Video stehen Ihnen zur Verfügung, um Ihre Positionen, Ihre Ideen, Ihre Erkenntnisse der gesundheitspolitischen Community mitzuteilen.

Mit Dr. Albrecht Kloepfer, Dr. Jutta Visarius, Dr. Martina Kloepfer und dem übrigen iX-Media-Team stehen langjährige Systemexperten hinter dem Projekt, die wissen wie gesundheitspolitisch der Hase läuft (und zukünftig laufen wird), die der Komplexität des Themas auch mit einfachen Worten gerecht werden können und denen auch die technischen Aspekte medialer Umsetzungen vertraut sind. Wenden Sie sich an uns – wir sind für Sie da!



## **GESUNDHEITSPOLITISCHER WOCHENRÜCKBLICK**

Die iX-Highlights informieren immer montags über aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen und liefern relevante Hintergrundinformationen. In seinem gesundheitspolitischen Editorial bewertet Dr. Albrecht Kloepfer ein herausragendes Wochenthema. In der Rubrik „Mondphasen“ kommen einmal im Monat Vertreter aus Politik oder Selbstverwaltung zu Wort. Aktuelle Dateien der Woche (Bundestagsdrucksachen, Studien etc.) können als Service zusätzlich kostenlos abgerufen werden.



## **GESUNDHEITSPOLITIK IN DER DISKUSSION**

Die Zeitschriften-Reihe iX-Forum greift die großen gesundheitspolitischen Themen des Gesundheitswesens auf und bietet Ihnen die Möglichkeit, mit ausreichend Platz und in ansprechendem Rahmen Ihre Positionen, Ihre Ideen, Ihre Erkenntnisse der gesundheitspolitischen Szene mitzuteilen. Der Clou an der Sache: Die Hefte werden bundesweit an mehr als 2.500 gesundheitspolitische Entscheider und Meinungsführer versandt. – Wir sorgen dafür, dass Ihre Gedanken Beachtung finden!



## **GESUNDHEITSPOLITIK ZUM HÖREN**

In monatlicher Folge widmet sich iX-Radio einem aktuellen gesundheitspolitischen Thema und lässt dazu die wichtigsten Entscheider zu Wort kommen. Erläuternde Moderationen beleuchten die Hintergründe und stellen das jeweilige Thema in den Kontext der unterschiedlichen Interessen. Ziel dabei ist, dass nicht nur die Szene sich selbst bespiegelt, sondern dass unser komplexes Gesundheitssystem auch Außenstehenden nahe gebracht wird.



## **VISUELLE PRÄSENZ IM GESUNDHEITSWESEN**

iX-Spotlight ist die Video-Plattform für Ihre bildstarke Kommentierung des aktuellen Zeitgeschehens im Gesundheitssystem. Denn um überzeugende Statements sichtbar in Szene zu setzen, sind nicht nur eindrucksvolle Bilder ausschlaggebend, sondern vor allem auch fundierte Kenntnisse des Systems. Mit Dr. Martina Kloepfer haben wir eine bühnen- und filmerfahrene Expertin im Team, die auch Sie medienwirksam „in Szene setzen“ kann.

## Freiberuflichkeit – Eckpfeiler einer patientenorientierten Versorgung



- 4** **Editorial**  
**Dr. Jutta Visarius, Dr. Albrecht Kloepfer**  
Herausgeber



- 6** **Evolution statt Revolution: Die Freiberuflichkeit steckt voller Möglichkeiten**  
**Dr. Monika Schliffke**  
Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig Holstein (KVSH)



- 10** **Respekt und Anerkennung statt Zuckerbrot und Peitsche**  
**Dr. Wolfgang Kromholz**  
Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB)



- 14** **Diskussion um Kapitalinvestoren – Gute Patientenversorgung muss im Mittelpunkt stehen**  
**Ulrike Elsner**  
Vorstandsvorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen e. V. Berlin



- 18** **„Aufwendige Investitionen sind in der Regelversorgung nicht mehr zu finanzieren“**  
**Dr. Werner Baumgärtner**  
Vorstandsvorsitzender des MEDI GENO Deutschland e. V.



- 22** **Patientenorientierte Versorgung im Modell einer institutionellen Trägerschaft – von der Gemeinschaftspraxis zur modernen Unternehmensgruppe**  
**Sybille Stauch-Eckmann**  
Vorsitzende der Geschäftsführung Ober Scharrer Gruppe GmbH



- 26** **Schizophrenie der Ökonomie: Konzern kontra Kiez**  
**Fritz Becker**  
Vorsitzender des Deutschen Apothekerverbandes (DAV)



- 30** **Wir müssen die Freiberuflichkeit neu mit Leben füllen**  
**Daniel Zehnick**  
Deutsche Apotheker- und Ärztebank

**Impressum**

## Liebe Leserinnen, liebe Leser,

haben Sie sich schon mal gefragt, warum Ärzte und Apotheker ein „Honorar“ erhalten, kein Gehalt und keinen Lohn? Warum werden sie in ihrer Entlohnung mit Künstlern gleichgesetzt?

Eine Antwort gibt die Musterberufsordnung der Ärzte in ihrem ersten Artikel:

**„Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe.**

**Er ist seiner Natur nach ein freier Beruf.“**

Auch für die Apotheker ist die Freiberuflichkeit konstitutiv. Dort heißt es in den Berufsordnungen der Landesapothekerkammern:

**„Der Apotheker handelt in allen pharmazeutischen Fragen entsprechend seiner Zugehörigkeit zu den freien Berufen als akademischer Heilberuf eigenständig und eigenverantwortlich.“**

Das Wesen der freien Berufe ist nun einmal das Honorar, oder wörtlich: die „Ehrengabe“. Deutlich soll damit werden, dass die Tätigkeit auf der einen und die Entlohnung auf der anderen Seite in keiner unmittelbaren Beziehung zueinander stehen. Kein Stundenlohn, keine Mengenvergütung und keine Weisungsgebundenheit – das sind im Kern die Grundlagen des medizinischen Heilberufs. So war es jedenfalls über eine lange Zeit.

Aber gilt das auch heute noch?

Hat diese Entkoppelung von Tätigkeit und Vergütung in Zeiten der Wert- oder besser Preisorientierung von Leistungen, in einer Zeit der IGeL, Schönheitsbehandlungen und Vertrieb von Kosmetika etc. noch ihre Berechtigung? Tatsächlich steht diese alte Form des freien Berufs und der Freiberuflichkeit aktuell von mehreren Seiten unter Beschuss: Die Versorgung mit Gesundheitsleistungen ist in vielen Fällen zum Geschäft geworden (manche nennen es verkommen), das mehr und mehr auch von Konzernen und Investoren in den Fokus genommen wird.

Dem steht das Wesen des freien Berufs grundsätzlich entgegen. Vorgegebene Sprechstundenzeiten, „Pay for Performance“ und Bonus-Wettbewerb scheinen die neuen Parameter zu sein, an denen ärztliche Vergütung und pharmazeutische Beratung sich zu orientieren haben.

Bekanntermaßen lässt sich die Zeit nicht zurückdrehen. Vor allem Ärzte und Apotheker selbst sind deswegen aufgefordert, mit neuen Konzepten um Potentiale und um ihren Nachwuchs zu werben.

Die berühmte „Generation Y“ spielt in den Überlegungen zur Zukunft der Freiberuflichkeit eine zentrale Rolle. Sie scheut – so jedenfalls die landläufige Meinung – die finanziellen Risiken, die Ortsgebundenheit und die Belastungen durch Bürokratie und Regress. Aber stimmt das wirklich? Wie kann es dann sein, dass ganze Heerscharen von Berufsanfängern sich in anderen freien Berufen ausleben und Blogger, „Influencer“, Programmierer oder Coaches für alle möglichen Lebensfragen werden?

Der freie Beruf als solches ist folglich alles andere als tot – er muss aber im Gesundheitswesen revitalisiert, in bestimmten Sparten mit neuen Aspekten gefüllt und von Entlastungsleistungen flankiert werden.

Es ist vor diesem Hintergrund nicht nur nachvollziehbar, sondern geradezu existenzsichernd, dass sich die Vertreter der freien Berufe Gedanken machen, wie das nach wie vor attraktive Modell einer freiberuflichen Tätigkeit (die Herausgeber des iX-Forums sind beide leidenschaftliche Freiberufler!) auch im Gesundheitswesen erhalten bleibt und in die nächste Generation überführt werden kann.

Die freien Berufe selbst müssen Wege für die Ausübung einer freiberuflichen Tätigkeit im Gesundheitswesen finden, ohne dass Bürokratie oder Wirtschaftlichkeitsverantwortung unmittelbar und gefährlich auf die nachwachsende Ärzte- und Pharmazeutengenerationen durchschlagen und ihnen die Freiberuflichkeit madig macht.

Verbünde und Netzwerke sind dazu ein guter Weg. Wie solche Verbünde beispielhaft – innerhalb und außerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen – aussehen könnten, wird in diesem Heft exemplarisch ausgebreitet.

Ein wichtiger Aspekt ist auch der wachsende Investitionsaufwand, den eine immer komplexer werdende Therapie und Diagnostik erfordert, der von wirtschaftlich einzeln agierenden Freiberuflern zukünftig kaum noch zu erbringen sein wird.

Auch hier werden die unterschiedlichen Berufsgruppen unterschiedliche Konzepte der gegenseitigen Hilfe und Absicherung erarbeiten müssen, wenn sie langfristig als freie Berufe überleben wollen. Und auch hierfür finden sich Beispiele und Überlegungen im vorliegenden Heft.

Entscheidend am Ende ist jedoch, ob – in welcher Form auch immer – mit dem heilberuflichen Tun dem Wohl der Patienten gedient wird. Auch auf diese *conditio sine qua non* wird im Rahmen des vorliegenden Heftes von verschiedenen Seiten explizit hingewiesen.

Wenn aber die Freiberuflichkeit nicht nur modernisiert, sondern modifiziert oder gar völlig zu Disposition gestellt werden soll – wie manche versuchen – dann sind wir in Zugzwang, unser Gesundheitssystem so abzusichern, dass nicht die pure Menge als letztlich entscheidender Vergütungsparameter missbraucht werden kann.

Für solche Fehlentwicklungen gibt es leider bereits etliche Beispiele.

Nichts wäre demnach fataler, als die Freiberuflichkeit als „alten Zopf“ leichtfertig über Bord zu werfen, um sich dann einem System zu überantworten, in dem Kommerz und Rendite die höchsten Ziele sind, und das den Patienten nicht als Patienten, sondern als Mittel zum Zweck der Gewinnmaximierung sieht.

Wie eine sinnvolle Weiterentwicklung unseres Gesundheitssystems aussehen könnte, eine Weiterentwicklung, die Antworten auf die oben skizzierten Fragen gibt und Freiberuflichkeit als entscheidende Konstante akzeptiert, um diese dann sinnvoll weiterzuentwickeln, bildet den inhaltlichen Kern der vorliegenden Ausgabe des iX-Forums.

Wir freuen uns, wenn wir für diesen Prozess Anregungen geben können – für die wir nicht zuletzt, sondern vor allem unseren Autoren von Herzen dankbar sind.

*Wir wünschen Ihnen bei der Lektüre  
ein kreativ-kritisches Vergnügen!*



Dr. Jutta Visarius



Dr. Albrecht Kloepper

# Evolution statt Revolution – Die Freiberuflichkeit steckt voller Möglichkeiten

## Dr. Monika Schliffke

Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH)



*Erleben wir einen Paradigmenwechsel? Wird die Freiberuflichkeit mit dem TSVG und seiner Regulierungslust endgültig zum Auslaufmodell? Nein, sagt das Bundesgesundheitsministerium, und beeilt sich, auf seiner Homepage der Kritik der Ärzteschaft zu entgegenen: „Die Selbstständigkeit eines Arztes als Freiberufler wird nicht in Frage gestellt.“*

Und doch: Das Fundament der ambulanten Versorgung mit seiner Prägung durch freiberuflich-selbständige Ärzte und Psychotherapeuten wird immer öfter in Frage gestellt. Ein Vergleich der Koalitionsvereinbarungen der Großen Koalition aus den Jahren 2013 und 2018, unterschrieben von den jeweils selben Parteien, zeigt dies. 2013 verständigten sich CDU, CSU und SPD noch auf ein deutliches Bekenntnis zur Freiberuflichkeit: „Die Freiberuflichkeit der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist unverzichtbares Element für die flächendeckende ambulante Versorgung. Sie ist ein Garant für die Diagnose- und Therapiefreiheit und für die freie Arztwahl.“ Die klare Botschaft damals: Die Freiberuflichkeit ist konstitutiv für eine gute ambulante Versorgung. Viereinhalb Jahre später, im Frühjahr 2018, ist von diesem klaren Bekenntnis nicht mehr viel übrig: „Stärken unseres Gesundheitswesens“, heißt es in der aktuellen Vereinbarung, „sind die Freiberuflichkeit der Heilberufe, freie Arzt- und Krankenhauswahl, die Therapiefreiheit und gut qualifizierte Gesundheitsberufe.“ Keine Rede mehr davon, dass die Freiberuflichkeit unverzichtbar und Garant für die Diagnose- und Therapiefreiheit sei. Sie ist, so sehen es die Regierungspartner, eine der Stärken, mehr nicht.

### Zahlen und falsche Argumente

Richtig ist, dass es die Jüngeren in die Anstellung zieht, dass die Arbeit im Team der Einzelpraxis vorgezogen wird. Ein genereller Trend, der sich auch in Schleswig-Holstein mit Zahlen untermauern lässt. Waren vor zehn Jahren nur 3,8 Prozent der hausärztlichen Stellen mit angestellten Ärzten besetzt, waren es 2013, fünf Jahre später, schon 8,4 Prozent. Seither hat sich die Quote erneut auf jetzt 16,1 Prozent fast verdoppelt. Diese grundsätzliche Dynamik ist in allen Fachgruppen ähnlich. Hinzu kommt ein hoher Anteil von Teilzeittätigen unter den angestellten Ärzten.

Zahlen, die gern verwendet werden, um die freiberuflich-selbständig geführte Praxis zur aussterbenden Art zu erklären. Ein Zitat des ehemaligen Bundesgesundheitsministers Hermann Gröhe aus dem Jahr 2014 bringt diese Sichtweise auf den Punkt: „Viele junge Ärzte wollen keine 60-Stunden-Woche in freiberuflicher Praxis, sondern lieber als angestellter Arzt in einem Medizinischen Versorgungszentrum ihr Geld verdienen“, so Gröhe im Mai 2014 in Frankfurter Allgemeinen Zeitung.

Ein Argument, das in immer neuen Variationen zu hören ist, und im Kern stets lautet: Die Jüngeren schrecken vor der Selbständigkeit zurück, deshalb brauchen wir mehr MVZ, in denen die Ärzte als Angestellte arbeiten können. Doch der Blick auf die Versorgung offenbart: Die freiberuflich-selbständige Berufsausübung bildet unverändert das Rückgrat der Versorgung. Und das auch mehr als einhalb Jahrzehnte nachdem die damalige Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt das Ende der Freiberuflichkeit ausrief. Es müsse Schluss sein mit der „Ideologie der Freiberuflichkeit“, so die Ministerin im Juli 2003 bei der Vorstellung ihrer Überlegungen zum späteren GKV-Modernisierungsgesetz (GMG), mit dem die rechtliche Grundlage für Medizinischen Versorgungszentren geschaffen wurde, die die Initiatoren des Gesetzes durchaus als Gegenmodell zur freiberuflichen Arztpraxis verstanden wissen wollten.

Die große Umwälzung blieb aus: Trotz des gestiegenen Anteils angestellter Ärzte und rund 80 MVZ in Schleswig-Holstein, davon die Hälfte in ausschließlich ärztlicher Hand, bleiben die Praxen selbständiger Freiberufler die wesentliche Stütze der Versorgung. Werden zugelassene Ärzte und Psychotherapeuten und die bei ihnen beschäftigten Kollegen zusammengerechnet, sind rund 95 Prozent der ambulant behandelnden Ärzte und Psychotherapeuten in freiberuflich geführten Praxen oder MVZ ohne Krankenhaus-, Kommunal- oder sonstige Beteiligung tätig.

Welche Rückschlüsse können daraus gezogen werden? Anstellung funktioniert offensichtlich in Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften ebenso gut wie in MVZ, und die grundsätzlich freiberuflich-selbständige Struktur ist offenbar anpassungsfähiger als es ihre Kritiker wahrhaben wollen. Denn die hohe Zahl von Angestellten in den Praxen bedeutet, dass immer mehr Ärzte andere Ärzte beschäftigen, sei es in der Praxis oder einem eigenen MVZ, und sich so einer neuen Verantwortung stellen. Die Nachfrage nach Anstellungen in der ambulanten Versorgung wird weder nur, noch vorrangig durch MVZ befriedigt.

Diese Feststellung bedeutet weder ein grundsätzliches in Frage stellen von MVZ oder ihres Beitrags für die Versorgung. Ein Rat an die Politik wäre aber, wahrzunehmen, wie differenziert sich die Versorgung entwickelt, bevor politische Wunschvorstellungen hinsichtlich der Organisationsform der ambulanten Versorgung formuliert werden.

### Die Alternativen überzeugen nicht

Weshalb reden wir über die Bedeutung der Freiberuflichkeit in der ärztlichen Versorgung? Ist es nicht unwichtig, wer ein MVZ betreibt? BKK-Vorstand Franz Knieps, in der Amtszeit von Ulla Schmidt einer ihrer engen Vertrauten, bemerkte jüngst in einem Interview, dass die Differenzierung, woher das Geld komme, „absurd“ sei. Auch die „einzelne Arztpraxis – sei sie noch so klein – strebt natürlich nach Gewinn. Und manchmal ist dieses Gewinnstreben hemmungsloser als bei einer größeren Firma, die öffentlich Rechenschaft ablegt, eine Bilanz aufstellt und sich in die Karten schauen lässt“, so Knieps.

Dieses Argument übersieht, worum es in der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung geht. Es geht um erkrankte Menschen, die Sorgen haben, die unsicher sind, und die in dieser Lage darauf vertrauen wollen, dass ihr Arzt nur ihnen und ihrem Wohlergehen verpflichtet ist und nicht unbekanntem Erwartungen Dritter. Darauf haben die Patienten einen Anspruch, das ist die Antriebsfeder ärztlichen Handelns. Auch das Berufsrecht stellt klar,

dass Gesundheit und Wohlergehen der Patienten oberstes Anliegen des Arztes zu sein haben, und betont die Bedeutung des Vertrauens zwischen Arzt und Patient und der Qualität der ärztlichen Tätigkeit.

Vor diesem Hintergrund lohnt der Blick auf die Alternativen zur freiberuflichen Arztpraxis. Die denkbaren Pole wären mehr Markt oder mehr Staat. Gerade die Zahnärzte verfolgen mit Sorge, wie ihr Versorgungsbereich für Investoren interessant wird, wie Praxisketten finanziert durch branchenfremdes Kapital entstehen. Auch in der ärztlichen Versorgung gibt es erste Anzeichen für solche Entwicklungen. Diese Modelle lösen die enge Verbindung von Praxisinhaber und Behandlungsgeschehen auf. Die Strukturen werden anonym, ökonomisch geprägter, weniger verbindlich, unstetiger. Zu befürchten wäre, dass das ärztliche Selbstverständnis einen zunehmend schweren Stand hätte, wenn Controller Wirtschaftlichkeitserwartungen möglicherweise für einzelne Standorte bundesweiter Praxisketten formulieren. Auch ist die Langfristigkeit des finanziellen Engagements bei fremdfinanzierten MVZ fraglich, die Versorgung drohte insgesamt volatiler und weniger verlässlich zu werden.

Auch die Alternative mehr Staat ist wenig verlockend. Wollen wir wirklich eine in Behördenstrukturen gegossene ambulante Versorgung, noch stärker abhängig von der Kassenlage des Bundes und politischen Opportunitätserwägungen als bisher schon? Die Erfahrungen unserer europäischen Nachbarn mit staatlichem Gesundheitssystem sind jedenfalls keine Empfehlung für einen solchen Weg. Der freie Beruf und die ärztliche Selbstverwaltung sichern eine hohe fachliche Qualität von Entscheidungen, die unabhängig sind von politischen Erwägungen oder externen ökonomischen Erwartungshaltungen. Das ist eine Errungenschaft, die nicht leichtfertig in Frage gestellt werden sollte.

Zu bedenken ist zudem, dass sich freiberuflich-selbständige Ärzte durch eine hohe Leistungsbereitschaft auszeichnen. Ihre durchschnittliche Arbeitszeit liegt bei über

50 Wochenstunden, während dieser Wert bei angestellten Ärzten deutlich niedriger ausfällt. Antrieb für diese Leistungsbereitschaft ist auch das Ziel einer wirtschaftlichen Stabilität der Praxis und des Erzielens eines leistungsgerechten Einkommens, soweit dies unter den Bedingungen der Budgetierung realisierbar ist. Dieses Streben nach materieller Sicherheit ist in jeder Hinsicht legitim und kein, wie es BKK-Vorstand Knieps formulierte, hemmungsloses Gewinnstreben.

Der wesentliche Unterschied zu möglichen MVZ-Strukturen in branchenfremder Hand ist, dass keine freiberufliche Praxis, unabhängig von ihrer Größe, Erwartungshaltungen branchenfremder Teilhaber erfüllen und kein Arzt sich bei Kapitalgebern für die Nichterfüllung von Renditevorgaben rechtfertigen muss. Dies gibt ihm die Unabhängigkeit, die unser Versorgungssystem auszeichnet. Deshalb ist es nicht unerheblich, ob ein freiberuflicher Arzt eine Praxis betreibt oder aber Anbieter in Erscheinung treten, die weder den Bedingungen der Freiberuflichkeit und ihrer gesetzlichen Definition noch dem ärztlichen Berufsrecht unterliegen. Auch für angestellte Ärzte ist diese Unterscheidung von Relevanz: Der ärztliche Arbeitgeber unterliegt denselben berufsrechtlichen und -ethischen Regeln wie der Angestellte und hat keine Erwartungen zu erfüllen, die außerhalb dieses Regelkreises formuliert wurden.

### Freiberuflichkeit ist flexibel

Dieses Plädoyer für die Freiberuflichkeit bedeutet nicht, dass alles bleiben kann, wie es ist. Ausgelöst durch neue Präferenzen einer nachfolgenden Generation, aber auch durch eine Abnahme ärztlicher Behandlungskapazitäten und die demografische Entwicklung ändert sich die Struktur der Versorgung bereits zusehends. Der Anteil an Angestellten wächst, der Wechsel zwischen Anstellung und Zulassung wird häufiger, in beide Richtungen, wobei Anstellungen oft als „Testphase“ für eine spätere eigene Praxis genutzt werden. Hinzu kommen Zweigpraxen, immer

vielfältigere Varianten der Kooperationen von Praxen, die Delegation von Leistungen an qualifiziertes Praxispersonal, immer öfter auch telemedizinische Optionen und neue Möglichkeiten durch die Digitalisierung.

Diese Entwicklung beweist, dass Freiberufler und ihre Selbstverwaltungen sich diesem Wandel stellen und ihn mitgestalten. Und dies im Einklang mit den Grundwerten der Freiberuflichkeit, die uns aus unserem ärztlichen Selbstverständnis heraus wichtig sind. Viele Neuerungen lassen sich weit besser in einer durch selbständige Freiberufler geprägten Versorgungsstruktur verwirklichen, als es gelegentlich suggeriert wird, auch wenn diese Neuerungen „von unten“ manchmal etwas langsamer sind als die „von oben“. Der freie Beruf erweist sich als flexibel genug, um auf Veränderungen zu reagieren und neue Optionen der Tätigkeit in der ambulanten Versorgung zu eröffnen.

Wir brauchen keine abstrakten oder ideologischen Systemdebatten, sondern eine kluge Anpassung des Rahmens dort, wo Änderungen notwendig sind. Zum Beispiel dort, wo der Rechtsrahmen noch nicht ausreichend auf neue Modelle mit einem Mix aus zugelassenen und angestellten Ärzten, eingebunden in Kooperationen, ausgerichtet ist. In dieser sich weiterentwickelnden Versorgungslandschaft haben auch auf regionale Versorgungserfordernisse ausgerichtete MVZ einen Platz.

Nur die Weiterentwicklung unserer durch die Freiberuflichkeit und die Werte, für die diese steht, geprägten Versorgungslandschaft kann die Antwort auf die Herausforderungen durch Ärztemangel, Demografie und medizinischen Fortschritt sein. Ein Ende der Freiberuflichkeit brächte uns keinen Schritt weiter. Denn weder Staatsmedizin noch eine Öffnung der Versorgung für Fremdkapital können bieten, was die Freiberuflichkeit ermöglicht: Eine auf Vertrauen und Qualität basierende Versorgung, bei der die Medizin im Dienste des Patienten im Mittelpunkt steht.

## Respekt und Anerkennung statt Zuckerbrot und Peitsche

**Dr. Wolfgang Krombholz,**  
Vorstandsvorsitzender der  
Kassenärztlichen Vereinigung  
Bayerns (KVB)



*Als Landarzt in Oberbayern habe ich viele Jahre lang intensiv miterlebt, wie wichtig die kollegiale Zusammenarbeit für eine flächendeckende Versorgung ist. Dabei ist die Freiberuflichkeit der entscheidende Faktor für eine gute medizinische Behandlung der Patienten auf dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse.*

Alles, was man zu diesem Thema wissen muss, ist in wenigen Zeilen kurz und prägnant in der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns in Paragraph 1 Absatz 2 zusammengefasst: „Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung. Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe. Er ist seiner Natur nach ein freier Beruf.“ Wer nun wissen möchte, was ein freier Beruf eigentlich ist, muss nur einen Blick in das Partnerschaftsgesellschaftsgesetz (PartGG) werfen, wo man in Paragraph 1 Absatz 2 folgende Definition findet: „Die Freien Berufe haben im allgemeinen auf der Grundlage besonderer beruflicher Qualifikation oder schöpferischer Begabung die persönliche, eigenverantwortliche und fachliche Erbringung von Dienstleistungen höherer Art im Interesse der Auftraggeber und der Allgemeinheit zum Inhalt.“

So weit, so klar. Doch wie passt das zusammen mit staatlichen Vorgaben in Bezug auf die Sprechstundengestaltung und die Vereinbarung von Terminen mit Patienten? Die Antwort ist einfach: gar nicht. Das, was wir derzeit von Seiten der Politik aus erleben, ähnelt einem Kreuzzug gegen die Freiberuflichkeit und die damit verbundene Selbstständigkeit der niedergelassenen Haus- und Fachärzte sowie ihrer Standesvertretungen. Vor über 15 Jahren hatte die damalige Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt gefordert, es müsse endlich Schluss sein mit der Ideologie der Freiberuflichkeit. Ihre Nachfolger im Gesundheitsministerium arbeiteten und arbeiten nach wie vor eifrig daran, diese Forderung in die Tat umzusetzen. Drohungen mit Honorarabzug bei einer nicht fristgerechten Anbindung an die Telematikinfrastruktur oder auch die populistische Forderung, die Sprechstundenzeit von den 20 im Bundesmantelvertrag geregelten Wochenstunden auf 25 zu erhöhen, sind Ausdruck eines tiefen Misstrauens gegenüber der Ärzteschaft und ihren Repräsentanten.

Doch wie konnte es soweit kommen? Nach wie vor ist die Tätigkeit von uns Ärztinnen und Ärzten in der Gesellschaft hoch angesehen. Unser Gesundheitssystem ist eines der

weltweit besten und leistungsfähigsten, was vor allem auf der bewährten Trennung einer flächendeckenden ambulanten und einer spezialisierten stationären Versorgung beruht. In meiner Jahrzehnte währenden Tätigkeit als Hausarzt in Oberbayern habe ich es nicht ein einziges Mal erlebt, dass einem Patienten nicht geholfen werden konnte. Ganz ohne staatliche Vorgaben ist es uns sozusagen „auf dem kurzen Dienstweg“ stets gelungen, für jeden Patienten die passende Behandlung zu finden. Ein Telefonanruf beim fachärztlich tätigen Kollegen oder in der Klinik reichte aus.

Der Anspruch von uns Ärzten ist es, das umzusetzen, was wir im Studium und in der Ausbildung gelernt haben und dieses Wissen im Sinne einer guten Patientenversorgung stetig zu erweitern. Hinzu kommt etwas, das ich mit Intuition beschreiben möchte: Die Erfahrung, was für den einzelnen Menschen in der Situation, in der er sich gerade befindet, das Beste ist. Wir sind keine Halbgötter in Weiß, sondern gerade als Hausärzte Lebensbegleiter und Unterstützer unserer Patienten. Letztendlich ist jeder Mensch für sein Schicksal selbst verantwortlich. Aber als guter Arzt will man seinen Teil dazu beitragen, dass dieses Schicksal positiv verläuft, dass gesundheitliche Risiken früh erkannt und dass Schmerzen gelindert werden. Möglicherweise mag es pathetisch klingen, aber unser Ziel ist es, Solidarität mit den Kranken und Schwachen zu zeigen und Stabilisatoren in einer Gesellschaft zu sein, die immer weiter auseinanderdriftet.

Umso mehr ärgert es mich, wenn politische Lautsprecher wie der SPD-Gesundheitsexperte Professor Karl Lauterbach davon schwadronieren, Ärzte wären mittwochs eher am Golfplatz als in der Praxis anzutreffen. Das ist einfach nicht die Realität, die eher von nächtlichen Diensten, vollen Praxen und teilweise durchaus anspruchsvollen und dank Google medizinisch vorgebildeten Patienten geprägt ist. Wie eingangs bemerkt, unterscheidet sich die Freiberuflichkeit zu Recht vom Gewerbebetrieb.

In Bayern sind nach wie vor das Gros der Praxen Einzelpraxen: Von den insgesamt 17.700 im Freistaat angesiedelten Praxen sind knapp 13.000 Einzelpraxen. Und das ist gut so, denn gerade in einem Flächenland wie Bayern ist eine umfassende ambulante Versorgung nur möglich, wenn auch ausreichend Praxen in allen Regionen zur Verfügung stehen.

Bereits heute ist der von uns bereits vor zwei Jahrzehnten prognostizierte Ärztemangel in zahlreichen Regionen eingetreten. Von Seiten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns aus arbeiten wir intensiv daran, die freiberufliche ärztliche Tätigkeit wieder attraktiver zu gestalten. So haben wir dank einer neuartigen Wirkstoffvereinbarung mit den Krankenkassen endlich Transparenz in Bezug auf die Verordnung von Arzneimitteln geschaffen und zugleich unkalkulierbare, auf Richtgrößen basierende Regresse verhindert. Auf Grund einer neuen Systematik im Bereitschaftsdienst mit zentral gelegenen Bereitschaftspraxen sowie einem separaten Fahrdienst konnte die Dienstbelastung der einzelnen Ärzte deutlich reduziert werden. In den Regionen, in denen eine Unterversorgung festgestellt wird, legen wir Förderprogramme auf, um insbesondere die Übernahme oder Errichtung von Praxen durch junge Ärztinnen und Ärzte zu unterstützen.

Doch unsere gesamten Anstrengungen werden am Ende nicht fruchten, wenn nicht ein grundsätzliches Umdenken in der Gesundheitspolitik stattfindet. Dazu sind aus meiner Sicht folgende Schritte notwendig:

### 1. Wirtschaftliche Attraktivität der Niederlassung erhöhen

Lediglich ein Sechstel der Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung werden für die ambulante ärztliche und psychotherapeutische Behandlung der Patienten in Deutschland aufgewendet. Und das, obwohl der Löwenanteil der Behandlungsfälle im ambulanten Bereich zu ver-

zeichnen ist und für die Politik das Postulat „ambulant vor stationär“ weiterhin Gültigkeit hat. Davon ist allerdings nichts zu merken, wenn man an die nach wie vor geltende Budgetierung mit einer Gesamtvergütung, die von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung an die Kassenärztlichen Vereinigungen gezahlt wird, denkt. Oder an die duale Finanzierung, die den Kliniken neben den GKV-Geldern auch noch zusätzlich Steuermittel sichert. Warum sollte eine junge Kollegin oder ein junger Kollege das Wagnis einer Einzelpraxis auf sich nehmen, wenn er als Oberarzt im Krankenhaus besser verdient, zugleich für Notfälle abgesichert ist und einen verbrieften Urlaubsanspruch hat? Mein Credo war es schon immer, dass ein Vertragsarzt von den Einnahmen aus der GKV seinen Praxisbetrieb finanzieren und einen Gewinn erwirtschaften können muss. Dazu bedarf es jedoch Kalkulationssicherheit und vor allem einer gerechten Vergütung.

### 2. Passende Rahmenbedingungen für die Berufsausübung schaffen

Grundsätzliche gesellschaftliche Entwicklungen gehen natürlich auch an der Ärzteschaft nicht spurlos vorbei. Der Trend der Urbanisierung mit einer immer weiteren Ausbreitung der Städte und einem allmählichen Aussterben der ländlichen Strukturen erscheint unumkehrbar. Man kann nicht erwarten, dass ein junger Arzt sich mit einer Praxis in einer Gemeinde niederlässt, in der bis auf die Dorfgaststätte praktisch keine Infrastruktur vorhanden ist. Dazu gehören Betreuungsmöglichkeiten für Kinder ebenso wie mögliche berufliche Perspektiven für den Lebenspartner beziehungsweise die Lebenspartnerin, aber auch ein interessantes Freizeitangebot und eine gut funktionierende Netzanbindung. Ich sehe durchaus, dass viele Kommunen sich inzwischen intensiv mit der Thematik befassen und Interessenten für einen Vertragsarztsitz beispielsweise günstig entsprechende Praxisräume anbieten.

### 3. Der Selbstverwaltung den nötigen Handlungsspielraum einräumen

Die Kehrseite des Engagements der Kommunen wird sichtbar, wenn es um die Einflussnahme auf Entscheidungen der Selbstverwaltung geht. So versuchten wiederholt Bürgermeister und Landräte durch öffentlichen Druck die Einrichtung einer Bereitschaftspraxis in ihrer Gemeinde zu erzwingen, obwohl wir von Seiten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns nachgewiesen hatten, dass mit den bayernweit 110 Bereitschaftspraxen ein flächendeckendes, für die Patienten gut zugängliches Netz geknüpft ist. Auch kann ich durchaus nachvollziehen, dass jeder Bürgermeister gerne mindestens einen Hausarzt und möglichst Fachärzte aller Fachrichtungen bei sich versammeln würde. Nur ist dies unter den Gegebenheiten der Bedarfsplanung nicht möglich. Die Zulassungsausschüsse, die besetzt sind mit Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen, bemühen sich bereits darum, im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben eine möglichst flächendeckende, lokal ausgeglichene Besetzung der Vertragsarztsitze zu gewährleisten. Dennoch sollen jetzt die Landesbehörden Zugriff auf die Ausschüsse der Selbstverwaltung erhalten und möglichst durchregieren können. Das gilt nicht nur im regionalen Bereich, sondern auch auf Bundesebene, wie das Beispiel der Gematik zeigt, bei der das Bundesgesundheitsministerium jetzt eine Stimmenmehrheit für sich reklamiert. Aus meiner langjährigen Erfahrung in der Selbstverwaltung kann ich nur konstatieren, dass diese weitaus besser ist als ihr Ruf. Natürlich ist es oft ein langwieriger, mühsamer Prozess mit Vertragspartnern, die grundsätzlich andere Interessen verfolgen, zu einem Kompromiss zu kommen. Aber es ist allemal besser, die handelnden Akteure mit einzubeziehen als eine reine Staatsmedizin zu Lasten der Patienten zu etablieren.

### 4. Das Image der Ärzteschaft positiv beeinflussen

Wenn Bundesgesundheitsminister Jens Spahn davon spricht, ein Gesetzesvorschlag aus seinem Hause beizubehalten „Zuckerbrot und Peitsche“ für die Ärzte, dann ist dies ein klares Zeichen, wie die Politik über die Ärzteschaft heute denkt. Wir Ärzte wollen weder Zuckerbrot noch Peitsche, sondern Anerkennung und Respekt für unsere, für die Gesellschaft hochgradig relevante Tätigkeit. Sicher gibt es unter uns auch jene, die sich auf Kosten der anderen bereichern. Aber daraus ein Massenphänomen zu machen, wie es einige Krankenkassen mit ihren regelmäßigen Enthüllungsbereichten über Abrechnungsbetrug gerne tun, ist grundsätzlich falsch und verwerflich. Vielmehr sollte man die positiven Beispiele hervorheben, also beispielsweise über die Kolleginnen und Kollegen berichten, die sich ehrenamtlich in der Flüchtlingshilfe engagieren oder auch im Rahmen der Methadon-Substitution schwerkranken Menschen helfen, von ihrer Sucht loszukommen. Sie sind es, die das Bild der Ärzteschaft in der Öffentlichkeit prägen sollten. Dann werden auch wieder mehr junge Kolleginnen und Kollegen bereit sein, sich auf das Wagnis der Freiberuflichkeit einzulassen.

## Diskussion um Kapitalinvestoren – Gute Patientenversorgung muss im Mittelpunkt stehen



### Ulrike Elsner

Vorstandsvorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen e.V. Berlin

*In den letzten Monaten hat die Diskussion über den Einfluss von Kapitalinvestoren in der ambulanten Versorgung wieder an Fahrt aufgenommen. Vertreter von Ärzten und Zahnärzten sehen die flächendeckende, wohnortnahe Versorgung gefährdet. Sie fordern in diesem Zusammenhang eine stärkere Regulierung für Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), da sie die freiberufliche Tätigkeit von Ärzten und Zahnärzten schwächen würden. Doch aus Sicht der Ersatzkassen braucht es eine differenzierte Betrachtung der derzeitigen Situation und möglicher Konsequenzen.*

### MVZ sind Bestandteil einer modernen Versorgungsstruktur

Bei der Einführung der Medizinischen Versorgungszentren im Jahr 2004 stand neben der Flexibilisierung der vertragsärztlichen Tätigkeit auch ein stärker interdisziplinäres ambulantes Angebot „unter einem Dach“ im Vordergrund. Heute kann ein MVZ von zugelassenen Ärzten und Psychotherapeuten, von zugelassenen Krankenhäusern und Anbietern nicht-ärztlicher Dialyseleistungen gegründet werden. Bis zum 31. Dezember 2011 hatten hingegen alle nach dem SGB V zugelassenen Leistungserbringer diese Gründereigenschaft, z.B. auch Pflegedienste oder Sanitätshäuser. Der Blick ins GKV-Versorgungstrukturgesetz zeigt dabei, dass die Diskussion über den Einfluss von Finanzinvestoren keineswegs neu ist: Die Einschränkung wurde vom Gesetzgeber seinerzeit damit begründet, dass MVZ immer häufiger von Investoren gegründet würden, die keinen fachlichen Bezug zur medizinischen Versorgung hätten, sondern allein Kapitalinteressen verfolgten.

Ungeachtet dieser Änderungen hat sich die Zahl der Versorgungszentren seit 2004 rasant entwickelt. Ende 2017 gab es mehr als 2.800 MVZ, davon entstanden allein mehr als 600 in den Jahren 2016 und 2017. Auch das Ziel, jüngeren Ärztinnen und Ärzten über eine Anstellung den Weg in die vertragsärztliche Versorgung zu bahnen, konnte erreicht werden: Von den etwa 18.000 in MVZ tätigen Ärzten sind mehr als 90% angestellt. Mit durchschnittlich mehr als sechs Ärzten bieten die Versorgungszentren außerdem eine gute Grundlage für eine Versorgung aus einer Hand, wie sie die Ersatzkassen seit vielen Jahren fordern. Dies kommt dem Versicherten direkt zu Gute, sei es über weniger Schnittstellen durch gemeinsame Fallakten oder unkomplizierte Vertretungsregelungen, wenn der behandelnde Arzt gerade im Urlaub ist. Der Erfolg der MVZ zeigt, dass der hohe Grad an Flexibilität und fachlichem Austausch gerade bei jungen Medizinern gut ankommt.

### Hohe Ertragschancen ziehen Kapitalinvestoren an

Gleichzeitig gewinnt die vertragsärztliche Versorgung als Geschäftsmodell weiter an Attraktivität. Zwischen 2013 und 2017 sind die Ausgaben für die ärztliche Versorgung in der GKV von knapp 32 Milliarden auf mehr als 38 Milliarden Euro gestiegen. Eine durchschnittliche Arztpraxis hat laut Daten des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2015 einen Reinertrag von 258.000 Euro erzielen können. Auf der anderen Seite ist der Konzentrationsgrad in den meisten Facharztgruppen sehr gering; es dominieren weiterhin Einzelpraxen oder vertragsärztlich geführte Gemeinschaftspraxen.

Es ist daher nicht überraschend, dass auch branchenfremde Kapitalinvestoren versuchen, Zugang in die vertragsärztliche Versorgung zu bekommen. Dies gelingt seit der Einschränkung der Gründereigenschaft 2012 nur noch über Umwege: Eine Möglichkeit ist der Kauf eines finanziell angeschlagenen, kleinen Krankenhauses. Alternativ gründet oder erwirbt der Investor einen Anbieter nichtärztlicher Dialyseleistungen. Diese haben durch eine gesetzliche Vorgabe das Recht, bereits bestehenden Verträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern über nichtärztliche Dialyseleistungen beizutreten. Auf diese Weise haben sie dann die Möglichkeit, Medizinische Versorgungszentren zu gründen. Dass hierbei der Weg über die Dialyse nur Mittel zum Zweck ist, wird zum Teil ganz offen kommuniziert. Hier will der Gesetzgeber nun eingreifen und über das TSVG festlegen, dass Anbieter nichtärztlicher Dialyseleistungen nur noch MVZ mit nephrologischem Schwerpunkt gründen können. Diese Klarstellung ist richtig, verhindert sie doch in Zukunft eine mögliche Umgehungsstrategie.

### Auswirkungen differenziert betrachten

Doch was ist eigentlich problematisch daran, wenn Kapitalinvestoren stärker in den ambulanten Gesundheitsmarkt eintreten? Kann dadurch die Effizienz der Leistungserbringung gesteigert und können auf diese Weise vielleicht sogar Mittel der Beitragszahler besser und zielgerichteter verwendet werden?

Bei der Antwort auf diese Fragen muss unterschieden werden, in welcher Form ärztliche Leistungen erbracht werden. Ein Beispiel ist der Laborbereich, dem Markt mit dem größten Konsolidierungsgrad in der ambulanten Versorgung in Deutschland. Der Anteil privater Anbieter liegt bei mehr als 50%. Durch stark rationalisierte Prozesse und Investitionen in modernste technische Ausstattung können Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen werden, die in vielen kleinen Laboren so nicht möglich wären. Besonders aufwendige, aber eher seltene Untersuchungen werden an einzelnen Standorten konzentriert, dadurch steigt die Qualität bei geringeren Kosten. An diesen Effizienzgewinnen könnte auch die GKV durch sinkende Preise stärker partizipieren, damit genügend Finanzmittel für neue Innovationen zur Verfügung stehen. Da Laboruntersuchungen in der GKV in der Regel als Auftragsleistungen in Anspruch genommen werden, kann ein intelligent ausgestalteter Wirtschaftlichkeitsbonus außerdem medizinisch unbegründete Mengenausweitungen verhindern helfen. Somit spricht hier wenig gegen internationale Unternehmen als MVZ-Betreiber.

Eine andere Situation ergibt sich jedoch bei Arztgruppen mit direkter Patientenversorgung. Hier ist es wichtig, dass für die Versicherten die ganze Bandbreite des medizinischen Angebots verfügbar ist. Gelingt es finanzkräftigen

Investoren, über ein MVZ Arztsitze zu sehr hohen Preisen zu übernehmen, werden sie den Fokus auf die Erbringung besonders renditestarker Leistungen legen. Dies kann dazu führen, dass die Versorgung in Bereichen wie der konservativen Augenheilkunde nicht mehr in ausreichendem Maße sichergestellt ist. Im schlimmsten Fall ist sogar Patientensicherheit durch unnötige oder verfrühte Eingriffe gefährdet, wenn auf andere Weise Renditevorgaben der Eigentümer nicht erfüllt werden können. Auch die Gründung onkologischer MVZ durch Zystostatika-Hersteller kann dazu führen, dass ärztliche Entscheidungen immer stärker von Geschäftsinteressen beeinflusst werden. Und wenn sich im zahnärztlichen Bereich, für den keine Bedarfsplanung gilt, MVZ-Ketten in erster Linie in Ballungsräumen und einkommensstarken Regionen ansiedeln, fehlt das zahnärztliche Personal auf dem Land. Derartige Entwicklungen müssen auf jeden Fall verhindert werden.

### Handlungsbedarf, aber mit Augenmaß

Was bedeutet das für die Gestaltung der Versorgung? Sie muss sich aus Sicht des vdek an diesen Eckpunkten orientieren:

- Medizinische Versorgungszentren sind ein wichtiger Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung geworden. Sie ermöglichen eine gute Work-Life-Balance und schaffen für viele Ärztinnen und Ärzte die Grundlage einer vertragsärztlichen Tätigkeit. Daher sind sie für die Zukunft unverzichtbar.
- Gerade in ländlichen Regionen müssen die Sektorengrenzen stärker überwunden werden. Hierzu sind MVZ, die an Krankenhäusern angesiedelt sind, ein wichtiges Instrument.

- Die Möglichkeiten zur Gründung von MVZ müssen dort ausgebaut werden, wo es der Versorgung zu Gute kommt. Aus diesem Grund unterstützt der vdek die Regelung im TSVG, nach der auch anerkannte Praxisnetze die Gründungseigenschaft erhalten.
- Gleichzeitig muss verhindert werden, dass sich Kapitalinvestoren in MVZ-Strukturen auf besonders renditestarke Leistungen mit direktem Patientenbezug konzentrieren und innerhalb eines Leistungsverbundes medizinisch nicht begründbare Abrechnungsoptimierung betreiben.
- Neben der vorgesehenen Regelung im Dialysebereich sollten daher Krankenhäuser nur in räumlicher Nähe zu ihrem Sitz ein MVZ gründen können (z.B. im Umkreis von 50km) und nur Leistungen von Fachgruppen anbieten, die auch ihrem stationären Angebot entsprechen. So können Umgehungsstrategien sowohl im ärztlichen als auch im zahnärztlichen Bereich verhindert werden. Ausnahmen müssen aber möglich sein, wenn eine drohende oder bestehende Unterversorgung auf anderem Weg nicht abgewendet werden kann.

Zusammengefasst: Ideologische Diskussionen über die grundsätzlich „richtige“ Niederlassungsform sollten der Vergangenheit angehören. Für die Ersatzkassen ist die Versichertensicht relevant. Gut ist also, was einer flächendeckenden, hochqualitativen Versorgung dient. Wird diese gefährdet oder die Beitragszahler unnötig belastet, muss gegengesteuert werden.

## „Aufwendige Investitionen sind in der Regelversorgung nicht mehr zu finanzieren“

**Dr. Werner Baumgärtner**  
Vorstandsvorsitzender des  
MEDI GENO Deutschland e. V.



*Dr. Werner Baumgärtner, Vorstandsvorsitzender des MEDI GENO Deutschland e.V., im Gespräch mit dem iX-Forum-Herausgeber Dr. Albrecht Kloepfer über die Zukunft des Arztes als Freiberufler und über neue Wege des ärztlichen Unternehmertums.*

**Kloepfer:** Herr Baumgärtner, Freiberuflichkeit ist oft ein eher diffuser Begriff: fachliche und wirtschaftliche Freiberuflichkeit werden miteinander vermengt. Muss aber nicht beides gewährleistet sein, um Freiberuflichkeit wirklich zu garantieren?

**Baumgärtner:** Ich bin immer etwas überrascht über die Trennung dieser beiden Aspekte. Entweder man ist wirtschaftlich und fachlich frei, oder es gibt keine Freiberuflichkeit. Nehmen wir ein Beispiel: Ich verordne einen Blutverdünner, vielleicht einen der neuen NOAK, liege aber am Ende über der Richtgröße – die ich für überholt halte – und laufe in einen Regress. Dann ist das ein massiver Eingriff in die Freiberuflichkeit und gefährdet diese in ihrem Kern, denn so wird man sowohl fachlich als auch wirtschaftlich ausgebremst. Also, diese Trennung macht meines Erachtens keinen Sinn.

**Kloepfer:** Sind Krankenhausärzte, die ja – dem Wesen nach – nicht weisungsgebunden sind, dann in Ihrem Sinne überhaupt Freiberufler?

**Baumgärtner:** Freiberuflichkeit heißt, dass sie frei in ihren medizinischen Entscheidungen sind und dass das wirtschaftliche und fachliche Risiko den medizinischen Entscheidungen untergeordnet ist. Sie müssen also bestimmte Freiheitsgrade haben, sonst ist das keine Freiberuflichkeit mehr. Und unabhängig davon, ob sie nun unter Klinikverwaltung oder unter dem SGB V stehen, ist ihre Freiberuflichkeit immer zu einem gewissen Grad eingeschränkt. Egal ob Klinik, KV und selbst innerhalb der PKV: es gibt immer ein Wirtschaftlichkeitsgebot, das die Freiberuflichkeit mehr oder weniger einschränkt. Das sollte aber ärztlich akzeptiert sein.

**Kloepfer:** Das führt mich aber gleich zu der Frage, ob sich nicht auch die MEDI-Ärzte in ihren selektivvertraglichen Vereinbarungen gewissen Regularien unterwerfen müssen.

Wie gehen Sie in diesem Zusammenhang mit der Freiberuflichkeit und den – notwendigen – Freiheitsbeschränkung um?

**Baumgärtner:** Der Unterschied ist hier, dass wir die wirtschaftlichen und fachlichen Einschränkungen in Kommissionen festlegen, an denen die Ärzte gleichberechtigt und mit Veto-Recht teilnehmen. Die Rahmenbedingungen sind also von Freiberuflern für Freiberufler gemacht. Das ist aus meiner Sicht akzeptabel, denn irgendwelche Regel muss es natürlich auch für Freiberufler geben – das ist ja auch in anderen Freien Berufen so.

**Kloepfer:** Also Freiberufler vertreten Freiberufler und gewährleisten damit den Schutz der Profession.

**Baumgärtner:** Richtig. Und da wir in unseren Selektivverträgen auch keine Honorarbudgetierung und keine Fallzahlbegrenzungen haben und somit jeder Fall gezahlt wird, liegt das wirtschaftliche Risiko innerhalb der Selektivverträge auch nicht mehr beim Arzt, sondern wieder bei der Krankenkasse – wo es ja eigentlich auch hingehört.

**Kloepfer:** Wenn wir schon vom Geld reden: Ich glaube, dass wir in der ambulanten Versorgung den größten Investitionsbedarf haben, auch in Konkurrenz mit dem „Mitbewerber“ Krankenhaus, der ja ganz andere Investitionspotentiale hat. Glauben sie, dass die freiberufliche Ärzteschaft in der Lage ist, diesen Investitionsbedarf aus eigenen Kräften zu decken?

**Baumgärtner:** In den Versorgungspraxen, also den Praxen, die sich mehrheitlich aus den Einnahmen des Kollektivvertrags finanzieren, eher nicht. Die Fallwerte sind dort mit einem bundesweiten Durchschnitt im hausärztlichen Bereich von etwa 50 Euro deutlich zu niedrig. Damit können sie natürlich im größeren Umfang nicht investieren.

Sie bekommen auf dieser Grundlage ja die Personalkosten kaum gedeckt. Das heißt, sie bekommen mit diesen durchschnittlichen Fallkosten weder die Medizinische Fachangestellte sauber finanziert, noch können Sie sich – was ja die Voraussetzung für Wachstum wäre – eine Stelle für einen angestellten Kollegen leisten. Das ist auf der gegenwärtigen Basis schlicht nicht finanzierbar.

**Kloepfer:** *Und was kann man dagegen tun?*

**Baumgärtner:** In Baden-Württemberg und anderen Bundesländern mit Hausarztverträgen ist die Vergütung weit aus zukunftsfähiger gestaltet. Bei uns hier in Baden-Württemberg reden wir von einem Fallwert von etwa 100 Euro. Damit kann man eine Hausarztpraxis, auch mit Angestelltenstruktur, wirtschaftlich betreiben. Das wirkt auch der Problematik entgegen, die oft beim Ersatz eines älteren niedergelassenen Arztes durch ein MVZ entsteht. Sie brauchen nämlich mindestens anderthalb, manchmal bis zu zwei Ärzte, um einen älteren Kollegen zu ersetzen. Das schlägt sich natürlich auch bei den Gesamtkosten nieder. Junge Ärzte sind heute einfach nicht mehr zu 12-Stunden-Schichten bereit, weil sie verständlicherweise mehr Zeit für Familie und Freizeit haben wollen. Das betrifft übrigens auch die älteren Kollegen, die unter diesen Umständen ihre Arbeitszeit auch ganz gerne reduzieren würden. Oder denken Sie an die vielen Ärztinnen, die in Teilzeit arbeiten wollen, was die Kosten nicht senkt. Dazu aber reichen die gegenwärtigen Fallwerte im Kollektivvertrag definitiv nicht aus. Das ist eben in der Hausarztzentrierten Versorgung und den Facharztverträgen in Baden-Württemberg anders. Übrigens ein wichtiger Schritt, um die Praxen für den ärztlichen Nachwuchs wieder attraktiv machen.

**Kloepfer:** *Das betrifft ja erst einmal vor allem die Arbeitsstruktur und die Arbeitssituation. Ich denke aber auch an die Anschaffung von Großgeräten, die vielleicht auch in der ambulanten Versorgung nötig wären, etwa in der Radiologie.*

*Oder wenn man an größere Immobilienstrukturen denkt: Ein größeres MVZ benötigt ja auch andere Investitionen als eine Arztpraxis, die sich im Zweifelsfall in einer entsprechend umgerüsteten Wohnung realisieren lässt. Ginge auch das, wenn der Fallwert gesteigert würde?*

**Baumgärtner:** In meinem Finanzierungsbeispiel ausdrücklich ja, natürlich. Aber in der Regelversorgung ist es tatsächlich wie Sie sagen: Eine Finanzierung aufwendiger Investitionsvorhaben ist hier tatsächlich nicht mehr möglich. Da sind die Krankenhäuser mit der dualen Finanzierung im Vorteil. Bestes Beispiel hierfür, ist die Finanzierung von MVZs an Krankenhäusern: Die sind nämlich alle quersubventioniert, obwohl das eigentlich nicht erlaubt ist. Sie kommen in der Regel mit den GKV-Einnahmen aus der ambulanten Vergütung nicht aus, und werden dann von den Krankenhäusern mitgetragen, die aus Steuergeldern quersubventioniert werden. Eine Rentabilität ergibt sich allenfalls durch gesteigerte Zuweisungen. Im Kern aber sind alle ambulanten Krankenseinrichtungen defizitär. Die hochspezialisierten Facharztpraxen, wie z.B. radiologische Praxen, werden aber nicht quersubventioniert und halten sich meistens nur noch durch die PKV-Einnahmen.

**Kloepfer:** *Oder auch durch Investoren? Wie könnte dieser Konkurrenzkampf anders zu gewinnen sein?*

**Baumgärtner:** Auch der Investor schaut ja vorrangig, ob eine Praxis Gewinn macht. Und woher dieser Gewinn kommt. Wenn der alleine aus der PKV kommt, wird er die Finger davon lassen, denn deren Zukunft ist offen. Deswegen sind ja aktuell die Krankenhäuser so erfolgreich beim Aufkaufen von Facharztpraxen. Diese müssen für die Krankenhäuser nachher keine Gewinne mehr abwerfen. Sie sind vor allem deshalb strukturell wertvoll, weil über sie stationäre Einweisungen in die Kliniken ablaufen. Damit finanzieren sich dann diese Einrichtungen – und wenn 's eng wird holen sich die Häuser Geld aus der Kommune oder vom Träger oder vom Land.

**Kloepfer:** *Ich habe aktuell oft den Eindruck, dass sich die stationäre Versorgung anschickt, die ambulante Versorgung zu übernehmen. Einfach, weil sie mehr Kapital zur Verfügung hat. Teilen Sie diesen Eindruck?*

**Baumgärtner:** Sie ist nicht nur mit mehr Kapital ausgestattet, es werden vor allem auch bei den kommunalen Häusern alle Defizite staatlich ausgeglichen. Als selbstständige ambulante Einrichtung können sie im Gegensatz dazu nur überleben und sich halten, wenn sie den entsprechenden Standort oder die entsprechende Klientel, also viele PKV-Versicherte, haben. Oder sie spezialisieren sich auf einen lukrativen Bereich im Kollektivvertrag. Das heißt: Auch die ambulante Versorgung wird mehr und mehr zur Rosinenpickerei statt zur Versorgung chronisch Kranker gezwungen. Die Politik befeuert diese Entwicklung: man schiebt halt alles zu den Krankenhäusern. Auf deren Defiziten bleiben im Zweifel Länder und Kommunen sitzen.

**Kloepfer:** *Können individuelle Vereinbarungen mit Krankenkassen, die damit quasi zu Investoren werden, eine Lösung für den ambulanten Sektor sein?*

**Baumgärtner:** Erst einmal: Die Finanzierung der Krankenhäuser ist politisch eine heilige Kuh, an der sich mittelfristig meiner Meinung nach nichts ändern wird. Institutionell und digital vernetzte Versorgungseinheiten zwischen Haus- und Fachärzten, zwischen Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen können eine Lösung von Versorgungsproblemen und des Finanzierungsproblems darstellen. Dadurch gäbe es strukturelle Einsparungen, die es erlauben würden, ärztliche und technische Leistungen besser zu bezahlen. Das würde die freiberufliche ambulante Versorgung stärken, das Geld würde nicht mehr im Gießkannenprinzip ausgeschüttet und es gäbe wieder Spielräume für sinnvolle Investitionen.

**Kloepfer:** *Das heißt die Lösung sind aus Ihrer Sicht regionale Versorgungsverbände?*

**Baumgärtner:** Richtig.

**Kloepfer:** *Wie müsste sich dafür die ambulante Ärzteschaft neu sortieren?*

**Baumgärtner:** Dafür muss sich die Ärzteschaft auch neben den KVen gut organisieren. Ein Blick nach Baden-Württemberg wäre angebracht. Dort macht man sich durchaus Gedanken über sektorübergreifende Versorgung, also Einbeziehung von Krankenhäusern, Pflegeheimen, Notfallpraxen in die alternative Regelversorgung mit Hausarzt- und Facharztverträgen. Hier existiert neben dem Kollektivvertrag ein freiwilliges und wettbewerblicher organisiertes System von vernetzten Praxen und medizinischen und pflegerischen Einrichtungen, alles in Zusammenarbeit mit den Kassen, wobei die AOK BW federführend ist. Das wird beileibe nicht überall umzusetzen sein, aber anders wird Versorgung nicht funktionieren, wir brauchen die Selektivverträge und mehr Freiheiten. Kassen und Ärzte sind diesbezüglich in Baden-Württemberg hoch motiviert.

**Kloepfer:** *Wie kann das konkret ausgestaltet werden? Muss sich die Ärzteschaft dann in anderen Formen – Genossenschaften, (g)GmbHs, Aktiengesellschaften – neu organisieren?*

**Baumgärtner:** Man muss in diesem Fall das Rad nicht neu erfinden. Die Ärzteschaft muss sich so aufstellen wie in Baden-Württemberg, dass sie flächendeckend versorgen kann. Das ist auch für die Krankenkassen wichtig. Neue Versorgungsverträge können sie nicht mit der kleinsten BKK zum Laufen bringen. Mindestens 50 Prozent des „Versorgungsmarktes“, also Ärzte und Kassen, müssen beteiligt sein. Für mich positiv ist vor allem, dass endlich Kassen und Ärzte zusammen Versorgung gestalten können, mit Verträgen, die für Ärzte, Kassen und Versicherte freiwillig und deshalb auch erfolgreich sind.

**Kloepfer:** *Herr Dr. Baumgärtner, herzlichen Dank für das Gespräch*

## Patientenorientierte Versorgung im Modell einer institutionellen Trägerschaft – von der Gemeinschaftspraxis zur modernen Unternehmensgruppe



### Sybille Stauch-Eckmann

Vorsitzende der Geschäftsführung  
Ober Scharrer Gruppe GmbH

„Im Mittelpunkt des Handelns steht für die OSG der Patient und der für ihn erreichbare medizinische Nutzen. Unseren Patienten und Mitarbeitern begegnen wir mit dem Respekt vor der Würde des Einzelnen.“ So lauteten die Worte von Dr. Armin Scharrer und Dr. Manuel Ober anlässlich des 30-jährigen Bestehens der OSG, der Ober Scharrer Gruppe im Jahre 2012. Aus der anfänglichen Gemeinschaftspraxis war inzwischen eine Gruppe von Praxen geworden, die vornehmlich in Nordbayern, dem Allgäu und am Bodensee vertreten war.

Etwa zur gleichen Zeit entschieden sich die beiden Gründerärzte, angeregt vom vermehrten Zuspruch gerade älterer Kollegen, die sich der Gruppe anschließen wollten und eine passende Nachfolge suchten, einen finanzstarken Partner in Form von Beteiligungskapital als Gesellschafter aufzunehmen. Der Grundstein für weiteres Wachstum war somit gelegt und in den Folgejahren entwickelte sich ein Unternehmen, das heute zu den führenden Anbietern im Bereich der Augenheilkunde zählt.

So umfasst die Ober Scharrer Gruppe heute über 80 Standorte mit 1.500 Mitarbeitern im gesamten Bundesgebiet und trägt zur qualitätsorientierten augenärztlichen Grund- und Spezialversorgung entscheidend bei. Jährlich werden fast 900.000 Patienten behandelt, ein Siebtel davon operativ versorgt. In ganztägigen Sprechstunden an 6 Wochentagen werden aber auch über 750.000 Patienten konservativ behandelt.

Rund 300 Ärzte arbeiten als Angestellte und üben ihren Beruf in Medizinischen Versorgungszentren oder deren Zweigpraxen als rein konservative oder auf operative Leistungen spezialisierte Mediziner aus. Zwei Drittel sind Frauen, die zur großen Mehrheit in Teilzeit arbeiten.

### Dank permanenter Weiterbildung am Puls der Zeit

Trotz der erreichten Größe sind zum Beispiel im MVZ Fürth einige Dinge noch ganz „beim Alten“ – im positiven Sinne: So sind die beiden Gründer, Dr. Ober und Dr. Scharrer, noch im Operationssaal anzutreffen. Viele der Ärzte und medizinischen Fachangestellten sind langjährige Mitarbeiter. Trotz der insgesamt knapp 100 Kolleginnen und Kollegen kann man in der Moststraße nach wie vor eine „familiäre Atmosphäre“ spüren.

Der Ärztliche Leiter, Dr. Thomas Will und die Augenärztin Frau Dr. Karola Wuzer, stehen den Patienten schon seit über 25 Jahren in Fürth zur Verfügung.

Beide haben die bahnbrechenden Entwicklungen in der Augenheilkunde miterlebt und sind dank permanenter Weiterbildung „am Puls der Zeit“. Dr. Will: „Bei aller Digitalisierung und Technisierung in der modernen Medizin steht bei uns in der Ober Scharrer Gruppe die Menschlichkeit immer noch an erster Stelle. Das medizinische Wissen wird zunehmend transparenter – der Patient möchte einbezogen werden. Das respektieren wir hier voll und ganz.“

Im wöchentlichen Rhythmus werden Besprechungen, spezielle Fachvorträge oder die Diskussion besonderer Fälle organisiert und abgehalten. Einmal im Monat tauscht man sich außerdem strukturiert im überregionalen Gremium der Ärztlichen Leiter der OSG aus.

### Orientierung am medizinischen Patientennutzen

Unternehmenskultur und die gemeinsame Orientierung an Werten ist für die Führung einer großen, in viele Standorte aufgegliederten Gruppe insofern sehr wichtig, als diese letztlich auch für Patienten und Mitarbeiter transparent im Alltag erlebbar sein soll.

Diese Orientierung am medizinischen Patientennutzen und der respektvolle Umgang miteinander spiegeln sich entsprechend auch in der Personalpolitik der OSG wider: In der Ausbildung von Assistenzärzten sowie in der strukturierten Fort- und Weiterbildung, z.B. mit speziellen Programmen zur Vermittlung verschiedener operativer Eingriffe, ist die OSG sehr aktiv.

Dies ist besonders wichtig, da gerade die junge Ärztegeneration der Berufseinsteiger nicht nur den Begriff „Work-Life-Balance“ in der Wahl ihrer Arbeitsplätze und Arbeitgeber genau hinterfragt, sondern vor allem auch einen abwechslungsreichen und erfüllenden Job sucht. Da aber nicht jeder Augenarzt oder jede Augenärztin beispielsweise die gleiche Begabung für die Beherrschung der ope-



Geografische Präsenz der OSG in Deutschland

rativen Fertigkeiten besitzt, hat man in der Ober Scharrer Gruppe spezielle Methoden und Prozesse entwickelt, um gemeinsam die Eignung festzustellen und schließlich auch die Ausbildung zum Operateur zu gestalten.

All diese Anstrengungen werden von der zentralen Personalabteilung der OSG begleitet. Hier hat man sich auf den Weg von der klassischen Abrechnungs- und Verwaltungsabteilung hin zu einem Servicecenter gemacht, das sowohl für den Einstieg als auch für die weitere Personalentwicklung verantwortlich ist. Denn in der Zukunft müssen wir für eine flächendeckende Versorgung von Pati-

enten gerade in ländlichen Gebieten interessante Arbeitsplätze für Mediziner schaffen. Dies versuchen wir mit hochwertiger Ausbildung, Rotationsmodellen und natürlich auch telemedizinischer Unterstützung.

Die Förderung der beruflichen Entwicklung und Karriere stellt somit eine zentrale Säule der Ober Scharrer Gruppe dar. Mit internen und externen Fortbildungsmaßnahmen wird die Wissensweitergabe gesichert und die Weiterentwicklung jedes einzelnen vorangetrieben. Der Anspruch lautet, dass jeder Mitarbeiter sowohl in der Grund- als auch in der Spezialversorgung bestmöglich ausgebildet ist.

## Von der Ausbildung im Zentrum in die Selbständigkeit

In der täglichen Arbeit am Patienten kommt es aber vor allem auf ein gutes kollegiales Miteinander zwischen allen Arztgruppen einer Region an, ob eigenständig und selbst niedergelassen oder angestellt.

So gibt es in der Ober Scharrer Gruppe auch Beispiele von Augenärzten, die in einem der Medizinischen Zentren ausgebildet wurden, sich aber danach für die Selbstständigkeit entschieden haben. Hier pflegt man einen partnerschaftlichen und offenen Umgang miteinander, zumal ein niedergelassener Augenarzt in einer 1- oder 2- Mann-Praxis in der heutigen Zeit nicht mehr alle diagnostischen oder operativen Leistungen alleine anbieten kann und somit gerne den fachlichen Austausch mit einem größeren Zentrum pflegt. Die Überweisung von Patienten an Spezialisten ist dabei ganz selbstverständlich, und wenn man deren Qualität und Leistung aus eigener Erfahrung kennt, ist das umso besser. Jeder Arzt – ob als zuweisender Kollege oder in der Anstellung tätig – ist dabei frei in seiner medizinischen Entscheidung gemäß des Berufseides, den er als Mediziner abgelegt hat.

Die besten Empfehlungen für Patienten können aber letztlich nur auf der Grundlage einer hervorragenden Qualität in der Versorgung getroffen werden. Dies muss im Bereich der Augenheilkunde für Patienten noch transparenter gemacht werden und in Zusammenarbeit aller medizinisch Aktiven, ob im stationären oder ambulanten Sektor erfolgen. Auch hieran will sich die Ober Scharrer Gruppe zukünftig intensiv beteiligen und initiiert zusammen mit niedergelassenen Ärzten ein entsprechendes Projekt zur Messung von Qualitätsparametern in der Kataraktchirurgie.

Denn in einem Punkt besteht Einigkeit – ob Freiberufler in unternehmerischer Verantwortung oder freiberuflich als Angestellter: Mediziner sollten immer die Behandlung des Patienten und den medizinischen Nutzen im Vordergrund ihres Handelns sehen. Die Ober Scharrer Gruppe will hierfür optimale Bedingungen schaffen. Das ist unser Ziel!

# Schizophrenie der Ökonomie: Konzern kontra Kiez



## Fritz Becker

Vorsitzender des Deutschen Apothekerverbandes (DAV)

Die Strukturen der Weltwirtschaft sind nicht immer leicht zu durchschauen – auch dann nicht, wenn man den Wirtschaftsteil von FAZ, Handelsblatt oder Börsen-Zeitung täglich mit großem Interesse liest. Allerdings dürfte jedem mittlerweile klar sein, dass international operierende Konzerne einen immer größeren Einfluss auf unseren Alltag nehmen. Früher ging es vielleicht um die Marktführerschaft bei einzelnen Produkten wie Familienautos, heute werden Umsatzschlachten über IT und Handelsplattformen geschlagen.

Ein Unternehmen, das im digitalen und mobilen Wettbewerb global bestehen will, muss sich seinen (Börsen) Erfolg – im wahrsten Sinne des Wortes „ohne Rücksicht auf Verluste“ – durch Marktanteile erkämpfen und verteidigen. Zugleich machen wir die Erfahrung, dass die großen Player viele Probleme im Schlepptau haben: Sie reichen von schlechten Arbeitsbedingungen und Niedriglöhnen für Mitarbeiter, über den fragwürdigen Umgang mit Kundendaten und radikale Steuervermeidung im internationalen Standortbingo bis hin zu den ökologischen Implikationen des rotierenden Warenkarussells, dessen gelbe Boten überall in deutschen Innenstädten in zweiter Reihe parken. Aber: Trotzdem erliegen wir dem Charme der Convenience und nutzen die Produkte und Dienstleistungen dieser Unternehmen. Wer möchte schon auf das neueste Smartphone-Modell verzichten oder sich nicht das gewünschte Paar Schuhe in drei verschiedenen Größen zum abendlichen Anprobieren nach Hause liefern lassen? Wir leben mit der Schizophrenie, einerseits kritische Bürger sein zu wollen, andererseits verführbare Verbraucher zu sein.

### Unsichere Wetten auf die Zukunft

Eine weitere beunruhigende Beobachtung ist, dass große Unternehmen und Banken in einem deregulierten Finanzumfeld einen erheblichen Anteil an den unsicheren Wetten auf die Zukunft hatten, die uns die Krisen der letzten zwanzig Jahre eingetragen haben: In der Dotcom-Blase ab dem Jahr 2000 rasten die Aktienkurse der Player in den Keller, deren Ideen und Dienstleistungen zuvor mit hohem Umsatz- und Gewinnpotential bewertet worden waren. Ab 2007 setzte die Finanz- und Wirtschaftskrise ein, die fast nahtlos in die Eurokrise ab 2010 überging. Das Platzen der Immobilienblase, die Pleite großer Banken oder Griechenlands Schuldenmisere sind nur Beispiele dafür, wie das Handeln weniger den Wohlstand vieler gefährden kann. Deswegen von einer „Krise des Kapitalismus“ zu sprechen, ginge wohl zu weit.

Schließlich wachsen Volkswirtschaften weltweit weiterhin, und in vielen Teilen der Welt geht es den Menschen trotz aller Armutsberichte insgesamt besser. Vielleicht aber erleben wir durchaus eine „Krise der Strukturen des Kapitalismus“, die sich über die Jahre in unterschiedlicher Gestalt gezeigt hat.

Interessant ist, dass Deutschland die beiden schwierigen Dekaden erstaunlich unbeschadet überstanden hat und derzeit auf etliche Jahre ordentlichen Wachstums mit guter Beschäftigungslage zurückschauen kann. Die Gründe dafür sind sicher vielgestaltig, ein wichtiger Faktor aber ist, dass wir eine diversifizierte Wirtschaftsstruktur haben, die nicht nur von Konzernen, sondern auch stark von mittelständischen Betrieben und freiberuflicher Organisation mit lokaler Verankerung geprägt ist. Sie schaffen dauerhafte Arbeitsplätze und geben der Volkswirtschaft zusätzliche Resilienz gegen Krisenphänomene, die uns grenzüberschreitend erreichen.

Aber hat die Wirtschaftspolitik die Erkenntnisse über adverse Effekte von großen Playern in einer globalisierten Ökonomie verarbeitet und Konsequenzen gezogen? In Teilen macht es den Anschein. Immerhin hat die Bundesregierung während und nach der Eurokrise auf eine Stabilisierung der Eurozone durch stärkere Regulierung von Finanzmärkten gedrungen. Schließlich gibt es Kritik am Geschäftsgebaren und Datenhunger der Internetgiganten. Durchaus herrscht Entrüstung, wenn in unserer schönen Besteller- und Versenderwelt die Jobs in Logistikzentren oder bei Paketdienstleistern bestenfalls auf Mindestlohniveau bezahlt und Tarifverträge nicht anerkannt werden. Auch die Flucht in Niedrigsteuerländer stößt manchem Abgeordneten sauer auf, wenn Millionen Kunden hierzulande zwar brav Mehrwertsteuer entrichten, von den Unternehmensgewinnen jedoch kein Cent in das Gemeinwesen zurückfließt.

## Verdrängung der lokalen Infrastruktur der Präsenzapotheken

Doch an entscheidenden Punkten fehlt der Politik die Konsequenz, bleibt auch sie so schizophren wie der Verbraucher. Denn was im Großen gegeißelt wird, wird im Kleinen toleriert. Zum Beispiel der Versandhandel mit Arzneimitteln: Einige wenige international operierende Anbieter versuchen lokale Wettbewerber zu verdrängen und eine marktbeherrschende Stellung zu erreichen, indem sie Verbrauchern auf verschreibungspflichtige Medikamente Rabatte anbieten, die im deutschen Rechtsgefüge aus verschiedenen guten Gründen verboten sind. Die mittelfristigen Risiken dieser Entwicklung, die unter anderem in der Verdrängung der lokalen Infrastruktur der Präsenzapotheken liegen, werden von der Politik durchaus gesehen. Allein die unbequeme Konsequenz, dem Verbraucher den Rabatt von heute zu versagen, damit seine Versorgung auch morgen noch sicher und im Notfall funktioniert, mag kein Politiker so recht verantworten müssen.

Hinzu kommt, dass die Befassung mit kleineren Wirtschaftseinheiten so richtig „sexy“ nicht ist. Zuletzt betonte auch Bundeswirtschaftsminister Peter Altmaier (CDU) in seiner „Nationalen Industriestrategie 2030“ die Bedeutung von nationalen oder gar europäischen Champions, würdigte die Bedeutung des deutschen Mittelstands hingegen eher mit Lippenbekenntnissen. Eine echte Strategie für klein- und mittelständische Unternehmen (KMU) ist kaum sichtbar im Hauptstadtdiskurs. Da mögen doch die vielen „Hidden Champions“ und „Local Businesses“ gerne dezentral erfolgreich sein, um dann die gesamtdeutsche Wirtschaftsbilanz glänzen zu lassen.

## Der prominente Buy-local-Gedanke wird ausgeblendet

Aber woran liegt es, dass auch gestandene Abgeordnete die globale Ordnungs- und lokale Strukturpolitik nicht einmal im Bundestag oder eigenen Wahlkreis versöhnen kön-

nen? Am Beispiel des Versandhandels mit verordneten Arzneimitteln kann man das deklinieren: In der sozialdemokratischen Denktradition wirkt einerseits der anti-großkapitalistische Reflex nach, will man aber andererseits „dem kleinen Mann“ seinen kurzfristigen Konsumvorteil in Form eines Rabattes nicht wegnehmen müssen. Im neu erstarkten liberalen Lager siegt die Furcht davor, als Handlanger der Freiberufler-Klientel zu gelten, über die Einsicht, dass ein Wettbewerb zwischen internationalen Kapitalgesellschaften und lokalen freien Berufen ohne Leitplanken nicht gut verlaufen kann. Manche Konservative und viele Grüne haben Angst als unmodern zu gelten. Sie wollen nicht als Digitalisierungsgegner wahrgenommen werden und hinterfragen nicht, dass Versandhandel an sich eine prä-digitale Entwicklung des 19. Jahrhunderts ist. Bei etlichen Grünen-Politikern ist diese Furcht so groß, dass der ansonsten prominente Buy-local-Gedanke ausgeblendet wird. Der ökologische Widersinn, der darin steckt, Arzneimittel aus Deutschland in die Niederlande zu verfrachten, um sie anschließend einzeln per Päckchen wieder nach Deutschland zu verschicken, wird ausgeblendet. Schade eigentlich.

## Akutversorgung kann nicht im Internet bestellt werden

Alle politischen Richtungen teilen die Hoffnung, dass die soziale Marktwirtschaft langfristig ein Gleichgewicht zwischen politischem Ordnungsrahmen und unternehmerischer Freiheit herstellt, auch wenn es kurzfristige Verwerfungen geben sollte. Wenn jedoch genau dieser Ordnungsrahmen von international agierenden Großkonzernen immer wieder ausgetestet, ausgenutzt und ausgeweitet wird, werden lokale Strukturen immer anfälliger und schwächer. Wenn die Bank, die Post, der Bäcker und die Apotheke verschwunden sind, brechen Wirtschaftskluster in den Gemeinden zusammen. Dabei sind gerade im Gesundheitswesen lokale Strukturen enorm wichtig – auch und gerade in Zeiten von E-Health und Telemedizin. Der persönliche und vertrauensvolle Kontakt zu einem

medizinischen oder pharmazeutischen Fachmann in der Nähe ist und bleibt auch in Zukunft notwendig, zumal die Gesellschaft immer weiter altert und dabei mehr Versorgung benötigt. Akutversorgung und menschliche Interaktion kann man kaum im Internet bestellen und per Expresskurier nach Hause liefern. Doch wie organisiert man diese lokalen Strukturen im Gesundheitswesen am besten? Die Antwort ist so klar wie banal: indem man Ärzte, Zahnärzte und Apotheker wie bisher als Freie Berufe schützt und fördert. Apotheker sind für ihr Tun persönlich verantwortlich und übernehmen Gemeinwohlpflichten wie den Nacht- und Notdienst. Sie profitieren einerseits von einer vollkommenen Niederlassungsfreiheit im gesamten Bundesgebiet, unterliegen aber zugleich dem Fremd- und Mehrbesitzverbot an Apotheken. Als Freiberufler wollen Apotheker jedoch nicht nur Gutes bewahren, sondern auch die Zukunft gestalten: Mit ihrem Perspektivpapier „Apotheke 2030“ haben sie sich aufgemacht, das heilberufliche Netzwerk mit den Ärzten zu stärken und ein systematisches individuelles Medikationsmanagement für Patienten möglich zu machen. Mit einem einstimmigen Beschluss im Januar in Berlin hat die Apothekerschaft Eckpunkte verabschiedet, über deren Umsetzung eine flächendeckende Arzneimittelversorgung auch in Zukunft gewährleistet werden kann. Wie weit sich die Politik von ihrer „gelebten Schizophrenie“ emanzipiert und diese Eckpunkte aufnimmt, bleibt abzuwarten. Im Gegensatz zur volatilen Weltwirtschaft kann das deutsche Gesundheitswesen mit seinen lokalen Strukturen auf Basis von Freien Berufen durchaus verlässlich und robust bleiben. Aber es braucht dafür politischen Flankenschutz.

# Wir müssen die Freiberuflichkeit neu mit Leben füllen



## Daniel Zehnich

Deutsche Apotheker- und Ärztebank

*Die Freiberuflichkeit ist ein grundlegendes Merkmal unseres Gesundheitswesens und zeichnet sich vor allem durch zwei unterschiedliche Dimensionen aus: zum einen durch die Diagnose- und Therapiefreiheit, zum anderen durch die wirtschaftliche Selbständigkeit in eigener Praxis oder Apotheke. Sie schützt Patienten, sie garantiert die Qualität und die Unabhängigkeit der Behandlung, sie stellt die Verantwortung der Heilberufler in den Mittelpunkt – und doch scheint sie auf dem Rückzug zu sein.*

Dabei stehen ähnlich wie Ingenieure oder Anwälte auch Apotheker, Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte als freiberuflich Tätige in einer langen Tradition des Unternehmertums und ihres Einsatzes für die Gesellschaft. Ihre Freiberuflichkeit ist gesetzlich verankert und bewusst gegen das Gewerbe abgegrenzt. Denn Medizin und die Versorgung kranker Menschen ist nicht mit Tätigkeiten vergleichbar, wie sie eben ein Kaufmann oder ein Handwerker ausübt.

Gerade in der augenblicklichen Situation ist es an der Zeit, die Freiberuflichkeit der Heilberufler im Sinne der Versorgung und der geschützten, seriösen Behandlungsmöglichkeiten durch hochqualifizierte Spezialisten erneut in den Vordergrund zu stellen. Mehr noch. Auch in der Arena der Berufs- und Gesundheitspolitik gilt es, diese immer wieder zur Sprache zu bringen, um das Arzt-Patienten-Verhältnis und die medizinischen Entscheidungen vor dem Zugriff von außen zu schützen.

### Die Ökonomisierung darf nicht die Oberhand gewinnen

Vor allem die gegenwärtigen ökonomischen Herausforderungen stellen die Freiberuflichkeit auf die Probe. Sie muss sich neu behaupten und die Abgrenzung zum Gewerbe klar und deutlich bleiben. Denn sie schafft letztendlich den Rahmen, um Entscheidungen unbeeinflusst treffen zu können. So verlässt sich die Bevölkerung zum Beispiel auf die Unabhängigkeit von Richtern, die sich aus dem Gesetz ergibt und ihnen erst ermöglicht, frei und ohne wirtschaftliche Interessen ihre Urteile zu finden. Ebenso verhält es sich mit den Ärzten, Zahnärzten und Apothekern. Die Patienten vertrauen darauf, dass ihr Arzt oder Zahnarzt sie ohne wirtschaftliche Interessen und ausschließlich im Sinne des Patientenwohls behandelt. Ebenso erwarten sie, dass der Apotheker sie bei der Medikation entsprechend berät. Auf diesem Vertrauensverhältnis ist die Freiberuflichkeit das Siegel.

Derzeit muss aber die Freiberuflichkeit der Heilberufler nach mehreren Seiten hin deutlicher betont werden. Sie muss sich im Krankenhaus und auch in Praxen oder Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) unter dem steigenden Druck der Ökonomisierung neu bewähren. So zum Beispiel in der Klinik, wenn die Visiten immer kürzer werden, weil Personal und Zeit fehlen. Oder wenn Ärzte darauf achten müssen, dass ihre Praxis wirtschaftlich zukunftsfähig bleibt. Immer dann müssen sie auf die Balance achten und sowohl dem Vertrauen der Patienten als auch den Anforderungen der wirtschaftlichen Existenz gerecht werden.

So müssen Heilberufler sich ihrer Freiberuflichkeit stets bewusst sein und dafür sorgen, dass die Diagnose- und Therapiefreiheit nicht unter die Räder kommt. Denn was wäre gewonnen, wenn die Patienten erkennen müssten, dass ihr Arzt sich in seinen Entscheidungen mehr an ökonomischen Interessen orientieren muss als fachlich unabhängig an seinem medizinischen Know-how? Das Vertrauen der Patienten wäre gewiss verloren und zwar zu Recht. Auch hier geht es um den steten Ausgleich zwischen Therapiefreiheit und Budget. Diesen Balanceakt zu gestalten gehört zu der größten Herausforderung der Freiberuflichkeit. Und zwar nicht nur dann, wenn Ärztinnen und Ärzte als Praxischefs in der Verantwortung stehen oder in einer größeren Praxisform angestellt sind, sondern auch dann, wenn sie in einem Krankenhaus oder in einer Reha-Einrichtung arbeiten. Sie sind und bleiben Freiberufler mit einer besonderen Verantwortung.

### Die Freiberuflichkeit ist kein Selbstläufer

Die Frage ist, wie sich junge Mediziner, Zahnärzte oder Apotheker mehr dafür begeistern lassen, die Freiberuflichkeit wieder neu mit Leben zu füllen. Unsere Studien zeigen, dass junge Heilberufler klare Vorstellungen für ihr Berufsleben haben.

Für sie steht der Patient im Mittelpunkt und viele junge Mediziner hegen den großen Wunsch, eigenverantwortlich zu arbeiten. Die apoBank-Umfrage „Inside Heilberufe – Werte, Ziele, Wünsche“ veranschaulicht, dass rund 80 Prozent der Haus- und Fachärzte „Menschen helfen und heilen“ für sich zu den wichtigsten Werten im Leben zählen, und zwar wichtiger als zum Beispiel Eigentum, Freizeit oder Karriere.

Allerdings gerät mitunter aus dem Blick, dass die Umsetzung dieser Motivation in einen Beruf erst durch die Freiberuflichkeit ermöglicht wird. Aus Gesprächen mit jungen Heilberuflern wissen wir, dass sie das Thema aber kaum beschäftigt oder wenn, dann unbewusst. Der Grund dafür liegt vermutlich darin, dass es als ein selbstverständlicher Bestandteil des Berufsbildes gesehen wird. In unserer Studie „Zukunftsbild Heilberufler 2030“ landete das Thema als Motivation für die Berufswahl nur auf der vorletzten Stelle.

Gerade deshalb sollten wir die Diskussion um die Freiberuflichkeit intensivieren und sie wieder stärker in den Fokus der jungen Heilberufler rücken – als eine notwendige Voraussetzung, um frei von Zwängen und ohne Anweisung von Dritten im Dienst der Allgemeinheit tätig sein zu können. Diese Identifikation zu befördern, ist eine wichtige Aufgabe für die Zukunft. Dazu benötigen wir keine neue Definition der Freiberuflichkeit. Vielmehr müssen wir sie mit Leben füllen und sie schützen.

### Berufspolitik als Hüter der Freiberuflichkeit stärken

Es lohnt sich, auch im Hinblick auf berufspolitische und gesundheitspolitische Belange die Freiberuflichkeit immer wieder neu als Argument gegen die Fremdbestimmung einzubringen. Denn offenbar gibt es Bedarf nach Anlaufstellen für Mediziner, die sich in ihren freiberuflich-ärztlichen Entscheidungen beeinflusst fühlen. So haben bereits erste Ärztekammern entsprechende Meldestellen eingerichtet. Auch in der großen Politik braucht es stets Erinnerung an die Freiberuflichkeit der Heilberufler. Diese Notwendig-

keit zeigen gerade die Debatten rund um das neue Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG), das zum Teil einschneidende strukturelle Veränderungen vorsieht. So stand sogar kurz in der Diskussion, das Bundesgesundheitsministerium zu ermächtigen, Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ins GKV-System zu heben oder die Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringung und Vorgaben für die Vergütung regeln zu können. Darüber hinaus ist geplant, dass der Bund die Mehrheit an der Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte (Gematik) übernehmen soll, zu der sich Player der Selbstverwaltung wie GKV-Spitzenverband, die Kammern der Ärzte und Zahnärzte oder der Apothekerverband zusammengefunden haben.

Es ist mehr als fraglich, ob die geplanten Veränderungen die Freiberuflichkeit und deren Hüter, nämlich die Selbstverwaltung, nicht zu sehr einschränken. Das gilt es zu prüfen und zu diskutieren. Engagement in der Gesundheits- und Berufspolitik sind schließlich kein Selbstzweck, sondern eine Reflexion des Vertrauens, das die Patienten in ihren freiberuflichen Arzt oder Apotheker haben.

### Niederlassung trotz größter Freiräume auf dem Rückzug

Besondere Bedeutung und Verantwortung für die Freiberuflichkeit dürfte schließlich auch den niedergelassenen Heilberuflern zukommen. Sie stehen buchstäblich mit ihrer ganzen Existenz für den Spagat von Ethik und Unternehmertum, medizinischen Entscheidungen und Budget- und müssen ihn jeden Tag neu bewältigen. Freiberuflichkeit wird beispielsweise in einer eigenen Praxis ganz offenkundig: Wie und wie lange behandle ich? Welche Medikamente verordne ich? Wie organisiere ich mich? Doch auf der anderen Seite – gleich, ob in einer Einzelpraxis oder einer Berufsausübungsgemeinschaft – steht immer die Frage: Wie wirtschaftete ich in meiner unternehmerischen Verantwortung?

Eine komplexe Aufgabe also, doch laut der apoBank-Studie „Chance Niederlassung – Das Erfolgsmodell Existenz-

gründung“ haben 90 Prozent der befragten selbständigen Heilberufler ihre Entscheidung nicht bereut und würden sich jederzeit wieder niederlassen. Das ist auch eigentlich weiter nicht verwunderlich, denn Niederlassung schafft schließlich die größten Gestaltungsräume für die freie Berufsausübung. Trotzdem zeigt sich hier die junge Generation der Heilberufler skeptisch. Für sie gehört die Selbständigkeit nicht mehr zu den favorisierten Berufsausübungsformen. Nun gilt es, nach Lösungen zu suchen, die die Unabhängigkeit der heilberuflichen Entscheidungen sichern und gleichzeitig attraktive berufliche Rahmenbedingungen für den Nachwuchs bieten.

**Herausgeber:**

Dr. Albrecht Kloepfer  
Wartburgstraße 11 | 10823 Berlin

post@ix-institut.de | www.ix-media.de

**Redaktion:**

Dr. Albrecht Kloepfer, Dr. Jutta Visarius, Sören Griebel

In Zusammenarbeit mit  **USE**  
IM UNIONHILFSWERK

**Druck:**

PrintingHouse,  
Union Sozialer Einrichtungen gGmbH,  
Genter Str. 8 in 13353 Berlin

**Satz und Layout:**

Mediengestaltung der  
Union Sozialer Einrichtungen gGmbH,  
Koloniestr. 133–136 in 13359 Berlin

**www.u-s-e.org**

Erscheinungsweise: Mindestens 6 Ausgaben im Jahr. Bezugspreis 78,- Euro einschließlich Versandkosten (Inland) und MwSt. Ein Abonnement verlängert sich um ein Jahr, wenn es nicht sechs Wochen vor Ende des Kalenderjahres gekündigt wird. Sämtliche Nutzungsrechte am iX-Forum liegen bei der iX-Media. Jegliche Nutzung, insbesondere die Vervielfältigung, Verbreitung, öffentliche Wiedergabe oder öffentliche Zugänglichmachung ist ohne die vorherige schriftliche Einwilligung der iX-Media unzulässig.

Die Fotorechte liegen bei der jeweiligen Institution.

ISSN 2569-6289, 25. Jahrgang 2019, Ausgabe 1 · 2019, Erscheinungsdatum: 19. März 2019

Folgende Themen bewegen das iX-Media Team und sollen in der iX-Forum Reihe näher betrachtet werden:

- **eHealth-Gesetz 2 – Durchbruch bei der Digitalisierung?**
- **Apothekenleistungen, Arzneimittel-distribution und Versandhandel?**
- **Qualitätswettbewerb in der GKV**
- **Potentiale von Gesundheitsregionen**
- **Finanzierung von Innovationen**

Die Aufzählung unterliegt keiner zeitlichen Reihenfolge. Selbstverständlich reagieren wir auch auf aktuelle politische Entwicklungen

Die iX-Forum Reihe wird bundesweit mit über 2.500 Exemplaren personalisiert an Parlamente, Ministerien, Verbände, wissenschaftliche Fachgesellschaften und andere wichtige Akteure im Gesundheitswesen versandt.

Sie haben Interesse, einmal einen Diskussionsbeitrag in der iX-Forum Reihe zu veröffentlichen? Kommen Sie mit uns ins Gespräch.

**Besuchen Sie  
unsere Website:**

**www.ix-media.de**

