

MVZ-Genossenschaft

„Ein wirtschaftlicher MVZ-Betrieb mit angestellten Ärzten ist unmöglich“

„MVZ – Der Arzt“ war vor rund fünf Jahren als erste Genossenschaft für Medizinische Versorgungszentren angetreten, den Hausärzteberuf in Deutschland zu retten. Daraus wird wohl nichts. Aufsichtsratschef Kosel erklärt im änd-Interview, warum sich MVZ nicht rechnen, was er jetzt von KVen und Kassen verlangt und wie er Vertragsärzte zum Widerstand bewegen will.



Herr Kosel, Sie sind vor fünf Jahren mit der Genossenschaft „MVZ – Der Arzt“ gestartet, wollten in diesem Jahr das 1000. MVZ in ihrem Portfolio begrüßen. Nun sind es nur eine Handvoll geworden. Was läuft schief?

Wir betreiben fünf MVZ und haben erkannt, dass ein wirtschaftlicher MVZ-Betrieb mit angestellten Ärzten unter den aktuellen wirtschaftlichen Bedingungen nicht möglich ist. Weitere Gründungen sind daher wirtschaftlich sinnlos, eine Expansion aktuell ausgeschlossen. Das Modell MVZ als Lösung für die Nachfolge von Arztpraxen ist am Ende.

Kosel propagiert die Dreitageweche: „Die im Versorgungsauftrag zugesagte Leistung von 25 Öffnungszeiten lässt sich in einer Kassenarztpraxis auch gut in drei Tagen erbringen.“

©MVZ Der Arzt

Wie kommen Sie darauf?

Der angestellte Arzt ist über den EBM in seiner jetzigen Form schlicht nicht finanzierbar. Ohne eine System- und Finanzierungslösung für den angestellten Arzt und das MVZ wird die ambulante Versorgung zusammenbrechen. Deshalb setzen wir uns mit dem Arbeitskreis Polikliniken, MVZ, niedergelassene Ärzte, dessen Sprecher ich bin, für eine

Erhöhung der ärztlichen Honorare ein.

In einem Schreiben an Ihre Mitglieder unter dem Titel „Hilfe zur Selbsthilfe“ kündigen Sie Schritte zu bundesweiten Budgetverhandlungen an. Was genau haben Sie vor?

Wir werden die Vorstände und Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen – notfalls durch eine Abstimmung innerhalb der Vertragsärzteschaft – auffordern, sofort über die signifikante Anpassung der ärztlichen Vergütungen in 2023 und 2024 zu beraten und abzustimmen – das war im Übrigen zu Corona-Zeiten innerhalb von wenigen Wochen möglich. Insofern stehen die Vertreter der Ärzteschaft jetzt unter Zugzwang zu handeln. Die Entscheidung treffen am Ende die Vertreterversammlungen der KVen in Deutschland.

Und was soll passieren, wenn die Reaktion aus den KVen ausbleibt?

Inhabern von KV-Sitzen steht es frei, aus dem System auszusteigen, ihren Sitz zurückzugeben und GKV-Leistungen sofort einzustellen. Eine wachsende Zahl von Ärzten in Deutschland macht davon bereits gerade regen Gebrauch.

Der niedergelassene konservativ tätige Augenarzt ist nicht mehr in der Lage, seine Praxiskosten ohne erhebliche Zuzahlungen durch die Patienten zu erbringen, gleiches trifft auf Dermatologen und Orthopäden zu, was angesichts einer Kassenvergütung von 30 bis 40 Euro je Patient und Quartal auch ohne Taschenrechner jedem klar wird, der sich ernsthaft mit dieser Frage auseinandersetzt.

Die Antwort wird folglich lauten: Leistungsverweigerung bei erfolgtem Systemausstieg. Die Zahnärzte haben es vorgemacht: Leistungen der GKV spielen nur noch eine untergeordnete Rolle bei der Finanzierung einer Zahnarztpraxis.

Wer hat Ihnen eigentlich das Mandat für „bundesweite Budgetverhandlungen“ erteilt?

Alle Mitglieder der KV haben ein Recht auf Transparenz und Mitbestimmung, insofern kann jedes KV-Mitglied Verhandlungen einfordern. Unsere Mitglieder werden von der Genossenschaft vertreten. Grundlage ist das Rechtsdienstleistungsgesetz (RDG). Das sieht vor, dass Genossenschaften Rechtsberatungen und Rechtsvertretungen für Ihre Mitglieder erbringen können. Unser „Arbeitskreis Polikliniken, MVZ, niedergelassene Ärzte“ führt bereits Budgetverhandlungen mit Krankenkassen.

Sie fordern für 2023 unter anderem eine Einmalzahlung in Höhe von 75.000 Euro je KV-Sitz durch die Kostenträger sowie eine Erhöhung des Punktwerts auf 15 Cent und eine Anpassung des RLV um 100 Prozent. Wie kommen Sie auf diese Forderungen?

Ärzte in Europa gehen derzeit mit vergleichbaren Forderungen auf die Straße. Jüngstes Beispiel sind Honorarforderungen der britischen Ärzte, die sich auf ähnlichem Niveau – nämlich plus 36 Prozent – bewegen.

Wir fordern die Anhebung des EBM um 35 Prozent. Die aktuelle Vergütung basiert auf einem völlig überholten ärztlichen Honorar von 75 Euro pro Stunde. Um irgendwie über die Runden zu kommen, rechnen Ärzte bis zu 780 Stunden im Quartal beziehungsweise 65 Stunden in der Woche Leistungen ab. Dass kein niedergelassener Arzt 65 Stunden Kassenleistungen pro Woche erbringt, dürfte jedem klar sein. Der Regress ist also programmiert...

Die Arbeitszeiten angestellter Ärzte dagegen sind transparent: Hier stehen lediglich 40 Stunden in der Woche zur Verfügung – multipliziert mit 75 Euro pro Stunde. Ein wirtschaftlicher Praxisbetrieb mit einem angestellten Arzt ist unter dem aktuellen EBM also unmöglich. Damit können auch MVZ-Betreiber nicht wirtschaftlich arbeiten. Der angestellte Arzt und der EBM passen nicht zusammen.

Um das „KBV/ GKV-System unter Druck zu setzen“, kündigen Sie als nächsten Schritt die Reduzierung der Praxisöffnungszeiten auf drei Tage an. Was erhoffen Sie sich genau?

Nachdem der Virchow-Bund die Vier-Tage Woche angekündigt hat und einzelne KVen diese Forderung unterstützen, haben wir nachgerechnet und festgestellt, dass sich die im Versorgungsauftrag zugesagte Leistung von 25 Öffnungsstunden einer Kassenarztpraxis auch gut in drei Tagen erbringen lässt. Die Verteilung der 25 Stunden obliegt ausschließlich dem Praxisinhaber – es gibt kein Mitspracherecht seitens der KV, wie diese 25 Stunden vom Arzt in der Woche zur Verfügung gestellt werden müssen.

Sie werben in Ihrem Schreiben mit Mehreinnahmen pro Quartal von 31.200 Euro. Wie kommen Sie auf diesen Betrag?

Wenn die Steigerungen der Betriebskosten nicht über den EBM beziehungsweise durch den Punktwert kompensiert wird, ist die Einführung einer Selbstbeteiligung unumgänglich. Eine jährliche Selbstbeteiligung von 2000 Euro für jeden Kassenpatienten, wie sie jüngst vom Wirtschaftswissenschaftler Prof. Bernd Raffelhüschen in die Diskussion eingebracht wurde, sind also keine Utopie, sondern werden kommen, wenn andere Finanzierungen ausbleiben.

Das würde zu Mehreinnahmen in der errechneten Größe führen, die dringend notwendig sind. Sollte das GKV-System und/oder die KVen Selbstbeteiligungen untersagen wollen, wird es rechtliche Auseinandersetzungen geben. Zudem werden dann immer mehr Ärzte darüber nachdenken, ihren Kassensitz zurückzugeben und die Versorgung für GKV-Patienten einzustellen.

Eine Finanzierung der Mehrkosten durch Vertragsärzte oder MVZ ist in jedem Fall ausgeschlossen – die Nummer ist vollständig ausgereizt.

Wie fällt die Resonanz der Vertragsärzte auf Ihre Aktion aus?

Wir stehen aktuell mit 45.000 Ärzten im Austausch. 30 Prozent plädieren aktuell für ein „Weiter so“ – 70 Prozent aber haben die Nase gestrichen voll und wollen eine Veränderung unterstützen – wie immer diese am Ende aussehen wird.

KV Sachsen warnt vor „fragwürdigen Versprechungen“

Der änd hat bei der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, der Kosels Forderungen vorliegen, nachgefragt, wie sie zu der Initiative steht. Grundsätzlich begrüße man zwar Initiativen zur Gewinnung von Ärztinnen und Ärzten „im Sinne einer hohen medizinischen Versorgungssicherheit“. Dabei böten MVZ vor allem Berufseinsteigern gute Möglichkeiten, erste Erfahrungen in der ambulanten Medizin zu sammeln und sich zu orientieren.

Eines allerdings müsse klar sein: „Gesundheit ist kein wirtschaftliches Spekulationsobjekt, das einer renditeorientierten Investitionspolitik folgt. Das Vorgehen des MVZ DerArzt eG beobachten wir bereits seit mehreren Jahren mit Sorge, da hier mit fragwürdigen Versprechungen und einem zweifelhaften Geschäftsmodell geworben wird“, kritisiert die KV Sachsen. Daher empfehle man dringend, „derartige Angebote mit allergrößter Sorgfalt und Wachsamkeit zu prüfen“.