

Angestellte Praxisärzte

Lösung für wenige oder Zukunftsmodell?

Wäre man böswillig, so würde man zum Thema „angestellte Praxisärzte“, meist kurz als „Dauerassistenten“ bezeichnet, vielleicht sagen: Bevor sich die Verantwortlichen über die Rettungsmaßnahmen geeinigt haben, sind die Patienten tot. Allerdings sind die Patienten in diesem Fall Ärzte – Ärzte, die sich in den neuen Bundesländern aus familiären oder Altersgründen nicht in eigener Praxis niederlassen wollen, die aber dennoch nicht der Umstrukturierung der Polikliniken zum Opfer fallen sollen.

Ist man gutwillig, so erkennt man an, daß die ausstehende Regelung für einen eher kleinen Kreis von Ärzten für den gesamten Berufsstand erhebliche Auswirkungen haben kann. Deshalb kann man zumindest nachvollziehen, weshalb sich die Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Spitzenverbände der Krankenkassen und andere Fachleute bei ihrem jüngsten Treffen noch nicht abschließend auf das Modell der KBV zum Thema einigen konnten.

Neue Formen der Kooperation

Seit geraumer Zeit wird nun schon innerhalb der KBV darüber diskutiert, das bestehende Kassenarztrecht in seiner praktischen Anwendung zu erweitern. In puncto „Dauerassistenten“ hieße das, daß Kolleginnen und Kollegen als angestellte Ärzte in die ehemalige Poliklinik integriert werden, die in eine freiberufliche Organisationsform umgewandelt worden ist. Die KBV geht in ihrem derzeitigen Modell von folgendem Ansatz aus:

► Für Polikliniken bietet sich die Bildung von Praxisgemeinschaften zugelassener Kassenärzte an. Wegen der Größe dieser Gemeinschaften könnte es zweckmäßig sein, zusätzlich noch eine Verwaltungs-GmbH für verschiedene Aufgaben der Organisation und Betriebsfüh-

rung zu gründen. Andere Formen, zum Beispiel ein eingetragener Verein, sind denkbar.

► Poliklinikärzte, die keine Kassenzulassung anstreben, können als angestellte Ärzte in die neugebildeten Praxen integriert werden. Ihre Anstellungsverträge würden sie mit der Verwaltungs-GmbH abschließen. So soll eine „als diskriminierend empfundene Abhängigkeit zum unter Umständen jüngeren, zugelassenen Kassenarzt“ vermieden werden.

► Die Gehälter der angestellten Ärzte werden aus den Einnahmen der Kassenärzte finanziert. Die Abrechnung aller ärztlichen Leistungen würde auf der Grundlage des EBM und des vereinbarten Punktwertes erfolgen.

► Die Genehmigungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Beschäftigung angestellter Praxisärzte werden unbefristet erteilt.

► Um die Bereitschaft zur Integration von angestellten Kollegen in die Praxisgemeinschaft zu fördern, soll ein Sicherstellungsfonds gebildet werden. Daraus könnten gewisse Zuschüsse an die Kassenärzte gezahlt werden, falls der angestellte Arzt sein Gehalt nicht erwirtschaftet.

Gleich am Anfang der Diskussion um die Modellvorstellungen wurde klar, daß inzwischen schon ganz unterschiedliche Einschätzungen darüber vorliegen, wie viele Ärzte in den fünf neuen Ländern keine Kassenzulassung anstreben. Dr. Jürgen Handel, Ärztlicher Direktor der Poliklinik Mickten (Dresden), verwies auf seine Erfahrungen. Danach wollten „nur verschwindend wenige“ Ärzte das Angestelltenverhältnis. Wibera-Wirtschaftsberater Detlev Walter stimmte zu, daß sich die Bereitwilligkeit auch älterer Ärzte zur Niederlassung erhöhe, wenn man zum Beispiel die Möglichkeiten einer Gemeinschaftspraxis durchkalkuliere. Demgegenüber verwies Dr. Gerhard Brenner vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung darauf, daß sehr wohl Bedarf an Entscheidungshilfen bestehe:

Viele Niederlassungen seien in Wirklichkeit Zulassungen für Poliklinikärzte, die an ihrer Klinik geblieben seien. Die Strukturen hätten sich also nicht völlig geändert.

Die Gretchenfrage stellte jedoch Heiner Schülke, Geschäftsführer der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg: Ob die hohe Zahl von Zulassungen dort auch erreicht worden wäre, wenn es das KBV-Modell des angestellten Praxisarztes schon gegeben hätte? Ob diese Reaktion auf die Modellvorstellungen der brandenburgischen Gesundheitsministerin, Regine Hildebrandt (SPD), nicht „zu pointiert“ ausgefallen sei? Schülke hielt es nicht für sinnvoll, einen derartigen „Systemschritt“ für nur wenige Ärzte zu tun.

Folgen für ärztliche Berufsausübung

Damit war das Stichwort gegeben, das die weitere Diskussion prägte: Was für eine offenbar nicht genau bekannte, beschränkte Anzahl von Ärzten und Ärztinnen in den neuen Ländern konzipiert wird, hätte weitreichende Folgen für die ärztliche Berufsausübung in der ganzen Republik.

So verwies Dr. Gerhard Brenner beispielsweise darauf, daß mit der Schaffung einer Verwaltungs-GmbH die Trennung in ärztliche Aufgaben einerseits und Verwaltungsaufgaben andererseits erfolge. Dies verändere die ärztliche Tätigkeit, unter Umständen in eine gewünschte Richtung: Der Arzt könne sich dann auf seine eigentliche Arbeit konzentrieren. Neben den positiven Aspekten drängten sich den Teilnehmern der Runde – je nach Standort – auch negative auf: Die mögliche Veränderung der freiberuflichen Rahmenbedingungen durch angestellte Praxisärzte, Fragen der Wirtschaftlichkeit in solchen Praxen und vieles mehr. Dr. Rainer Hess, Hauptgeschäftsführer der KBV, verwies dennoch darauf, daß die vorgelegten Entscheidungshilfen in den alten Ländern der Bundesrepublik nichts eigentlich Neues seien. Ein „Modell der Zukunft“ kann das KBV-Werk seiner Auffassung nach allerdings

unter anderem nur werden, wenn die Ärzte innerhalb der GmbH das Sagen behalten und diese nicht aus Gewinnmaximierungsüberlegungen gegründet wird. Spätestens hier war die Verbindung zu den umstrittenen Medical Centers gezogen – und erneut verdeutlicht, weshalb man bei diesem Thema so schnell vom speziellen Problem zur allgemeinen Pro-

blematik kommt. Dennoch: Nach erneuter Abstimmung mit den Krankenkassen soll eine endgültige Fassung der Entscheidungshilfen vorgelegt werden. Für die Umsetzung der Modellvorschläge will die Bundesregierung Mittel zur Verfügung stellen – falls sich KBV und Krankenkassen auf ein gemeinsames Konzept einigen können. th

Sucht – Arzt wird zur Randfigur

Sucht ist eine seit einem Vierteljahrhundert auch juristisch anerkannte Krankheit; damals entschied das Bundessozialgericht, daß Alkoholismus eine kassenpflichtige Behandlungsindikation darstellt. Renommierete Suchtkliniken, meist unter ärztlicher Leitung, haben inzwischen bewiesen, daß der Alkoholismus auch tatsächlich erfolgreich behandelbar ist. Was dagegen vielerorts immer noch fehlt, ist der niedergelassene Arzt, der in der Therapie Suchtkranker erfahren ist und die ambulante Breitenversorgung der Sucht in die Hand nehmen könnte – und dieses Fehlen des „Suchtarztes“ hat Auswirkungen. In die Lücke sind längst die „Beratungsstellen“ eingedrungen, die aus Psychologen, Sozialpädagogen, Sozialarbeitern und Sozialtherapeuten vor einem diffusen Ausbildungshintergrund „multidisziplinäre“ Therapiemannschaften gebildet haben, die mit mehr oder weniger Glück die ambulante Heilbehandlung durchführen. Das Glück wird offensichtlich von Kennern nicht allzu hoch eingeschätzt, sonst lägen jetzt nicht sehr konkrete und in allernächster Zeit zur Realisierung vorgesehene Pläne auf dem Tisch, wonach Suchtambulatorien entstehen sollen, die verschärfte Ausbildungsrichtlinien erfüllen und ihre Effektivität nachweisen. Eine entsprechende „Empfehlungsvereinbarung“ ist von den Kranken- und Rentenversicherungsträgern paraphiert*).

Diese Entwicklung ist weitgehend an der Ärzteschaft vorbeigegangen, vermutlich nicht zum Nutzen der Patienten. Während etwa die allgemeine psychotherapeutische Versorgung einen international

kaum irgendwo erreichten Standard hat und die Ärzte in Wirklichkeit längst nicht mehr dem Klischee des bornierten Techno-Spezialisten entsprechen, werden Suchtpatienten immer wieder zu Problemfällen, mit denen man nicht recht weiß, wohin. Es fehlt im Grund und von Grund auf, auch schon von der Universität her, für diesen wichtigen Bereich der Medizin ein Aus- und Weiterbildungsgang. Der ganzheitlich denkende Arzt, der aus der Disziplin der Naturwissenschaft auch für den Bereich des Umgangs mit dem Menschen, für die ärztliche „Kunst“, zu einer höheren Wissenschaftlichkeit geschult ist, wäre auch in diesem Bereich der befugte Sachwalter der Gesundheit. Aber gerade in diesem Bereich, der immer breiter wird, ist er viel zu selten. Die allgemeine ärztliche Psychotherapie reicht für die Suchtbehandlung jedenfalls nicht aus.

Arztvorbehalt ist bedroht

Das ist der tiefere Grund, warum jetzt – bisher fast unbeachtet und hinter schönen Formeln verschleiert, dazu noch auf einem „Nebenkriegsschauplatz“, wo der Berufsstand sich nicht so frontal berührt fühlen muß – eine deutliche Durchlöcherung des

*) Die Empfehlungsvereinbarung „Ambulante Rehabilitation Sucht“ soll in der Fassung vom 7. Januar am 1. April 1991 in Kraft treten. Der Paragraph 5,2 lautet: „In der Einrichtung müssen auf dem Gebiet der Suchtkrankenarbeit qualifizierte und erfahrene Ärzte, Diplompsychologen und Sozialarbeiter/Sozialpädagogen regelmäßig und verantwortlich mitarbeiten.“ Der Paragraph 5,3 lautet: „Mindestens drei therapeutische Mitarbeiter, in der Regel Diplompsychologen und Sozialarbeiter/Sozialpädagogen müssen hauptamtlich in der Einrichtung tätig sein.“

bisher doch immerhin noch gültigen Arztvorbehalts droht. Und das, obwohl die Ärzteschaft diesen Vorbehalt natürlich immer wieder festzuklopfen sucht. Erinnert sei in diesem Zusammenhang etwa an den vergleichbaren Fall der „Sozialpsychiatrischen Dienste“, wo die Expertenkommission 1988 ausdrücklich verlangte, daß diese der Leitung eines Facharztes unterstellt werden. Und wo auch die Bundesregierung in ihrer Stellungnahme im vergangenen Jahr bekräftigte, daß es in der Krankenbehandlung keine anonyme Team-Verantwortung geben darf: „Verantwortung kann . . . nur von einer Einzelperson übernommen werden, die kraft ihrer Qualifikation die notwendige fachliche Kompetenz besitzt . . .“ Kooperation reicht also nicht aus.

Doch mit den geplanten Suchtambulatorien (die nur diesen Namen noch nicht tragen) hat der Begriff Kooperation wieder Hochkonjunktur. In der Empfehlungsvereinbarung heißt es, Ärzte müßten an den Einrichtungen regelmäßig und verantwortlich „mitarbeiten“. Doch genauso „regelmäßig und verantwortlich“ arbeiten auch alle übrigen Team-Angehörigen mit; der Verantwortungsbereich ist perfekt. Und dann ist da noch ein kleiner feiner Unterschied: es gibt „hauptamtliche“ Mitarbeiter (mit hauptamtlicher Verantwortung?) und solche, die nicht hauptamtlich dabei sein „müssen“ – die letzteren sind, erraten, die Ärzte. Nun ist das ja nicht unappetitlich, da dampft ja als Linsengericht ein schönes Zusatzhonorar für den Niedergelassenen, der von der Einrichtung kooptiert wird: er braucht nur als Randfigur ein wenig mitzusegeln und seinen approbierten somatischen Segen zu spenden. Aber verloren geht das Erstgeburtsrecht, ganz wie in der Bibel dem Esau, die ungeschmälerte Behandlungskompetenz und Behandlungsverantwortung des Arztes für die Krankheit.

Dämme brechen zuerst dort, wo man auf Löcher nicht so genau achtet. Die Deichwächter sollten wohl ihre Lampen anstecken. Und zur Aufmerksamkeit gerufen ist der ganze Berufsstand, weil jeder Damm nur so gut ist wie seine schwächste Stelle. HK