

Kleine Anfrage

der Abgeordneten Mechthild Rawert, Dr. Marlies Volkmer, Bärbel Bas, Petra Ernstberger, Elke Ferner, Dr. Edgar Franke, Iris Gleicke, Angelika Graf (Rosenheim), Ute Kumpf, Dr. Karl Lauterbach, Steffen-Claudio Lemme, Hilde Mattheis, Thomas Oppermann, Dr. Carola Reimann, Ewald Schurer, Dr. Frank-Walter Steinmeier und der Fraktion der SPD

Zukunft der Medizinischen Versorgungszentren

Das deutsche Gesundheitswesen ist immer noch gekennzeichnet von einer strikten Trennung zwischen der ambulanten haus- und fachärztlichen Versorgung und der Versorgung im Krankenhaus. Dies geht oft einher mit Koordinations-, Kommunikations- und Kooperationsdefiziten, die zu Verlusten bei der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung führen. Ein zukunftsfähiges Gesundheitswesen wird sich angesichts der demografischen Entwicklung und der Möglichkeiten des medizinisch-technischen Fortschritts daran messen lassen müssen, wie eine bessere fach- und sektorenübergreifende Versorgung gewährleistet werden kann. Eine zentrale Versorgungsform an der Schnittstelle der Sektoren ist das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ). In einem MVZ arbeiten Ärztinnen und Ärzte verschiedenster Fachgebiete eng mit nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen zusammen. So soll eine koordinierte Behandlung aus einer Hand, eine ambulante, interdisziplinäre Zusammenarbeit sowohl zwischen den ärztlichen Professionen als auch den nicht-ärztlichen Heilberufen gewährleistet werden.

Die Möglichkeit zur Einrichtung von MVZ wurde mit dem GKV-Modernisierungsgesetz 2004 geschaffen. Seitdem hat die Zahl der MVZ und der dort tätigen Ärztinnen und Ärzte rasant zugenommen. Die Erfahrungen zeigen bisher, dass diese Versorgungsform sowohl von Patientinnen und Patienten als auch von Ärztinnen und Ärzten sehr gut angenommen wird.

Die Vorzüge liegen u. a. in einer engen Zusammenarbeit aller an der Behandlung Beteiligten und einer gemeinsamen Verständigung über Krankheitsverlauf, Behandlungsziele und Therapie. Die Bündelung medizinischer Kompetenz führt zu einer effizienten und qualitativ besseren Therapie und Medikation, gerade auch bei komplexeren Krankheitsbildern.

Darüber hinaus werden teure und für die Patientinnen und Patienten belastende Doppeluntersuchungen vermieden. Verschriebene Arzneimittel werden besser aufeinander abgestimmt. Das verbessert die Qualität der medizinischen Versorgung insgesamt und senkt gleichzeitig die Kosten im Gesundheitswesen. Für die Patientinnen und Patienten hat die Versorgung „aus einer Hand“ zudem den Vorteil kurzer Wege und Wartezeiten. Die gemeinsame Nutzung der Verwaltung, der Medizintechnik und technischer Einrichtungen, sowie die Koordinierung und Konzentration der Behandlungen erschließen Wirtschaftlichkeitspotenziale. Ärztinnen und Ärzte werden von bürokratischen Aufgaben entlastet.

Es bleibt mehr Zeit für die medizinische Arbeit sowie eine kontinuierliche Weiterbildung. Durch die MVZ können junge Ärztinnen und Ärzte als Niedergelassene tätig sein, ohne die ökonomischen Risiken einer Niederlassung auf sich nehmen zu müssen. Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie ist leichter als bisher möglich.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen fordert in seinem Gutachten 2009, dass das vorhandene Effizienz- und Effektivitätspotenzial in diesem Bereich besser auszuschöpfen ist. Er hebt insbesondere eine notwendige bessere Anbindung an den stationären Sektor hervor, z. B. mittels Verbänden aus Krankenhäusern und MVZ, sowie Zusammenschlüssen aus Krankenhäusern und ambulanten Praxisgemeinschaften.

Dagegen will die Bundesregierung die Möglichkeiten für MVZ und damit für eine sektorübergreifende Versorgung stark begrenzen. Im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP wird formuliert, dass MVZ nur noch unter bestimmten Voraussetzungen zugelassen werden sollen. Geschäftsanteile sollen nur von zugelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Krankenhäusern für den Fall gehalten werden, dass die Mehrheit der Geschäftsanteile und Stimmrechte Ärztinnen und Ärzten zusteht und das MVZ von Ärztinnen und Ärzten verantwortlich geführt wird. Nur in unterversorgten Gebieten soll eine Öffnungsklausel für Krankenhäuser vorgesehen werden, wenn keine Interessentinnen und Interessenten aus dem Bereich der Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung stehen.

In einer gemeinsamen Presseerklärung mit der Bundesärztekammer vom 27. August 2010 hat der Bundesminister für Gesundheit, Dr. Philipp Rösler, angekündigt, „dass die im Koalitionsvertrag angekündigte gesetzliche Neuregelung für Medizinische Versorgungszentren (MVZ), wonach die Mehrheit der Geschäftsanteile und Stimmrechte Ärztinnen und Ärzten zustehen und das MVZ von Ärztinnen und Ärzten verantwortlich geführt werden soll, schnell umgesetzt werden soll.“

Die von der Bundesregierung geplante Einschränkung bei der Gründung von MVZ nimmt insbesondere jungen Ärztinnen und Ärzten die Wahlmöglichkeit zwischen einer freiberuflichen Tätigkeit in der eigenen Praxis und der Tätigkeit im MVZ.

Des Weiteren hätte das „dienende“ Agieren der in den nicht-ärztlichen Gesundheits- und Pflegefachberufen Tätigen in der interdisziplinären Zusammenarbeit ausgedient.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Wie viele MVZ wurden in den Jahren 2004 bis 2010 in der Trägerschaft von Krankenhäusern betrieben, wie viele in der Trägerschaft von Ärztinnen und Ärzten, wie viele in der Trägerschaft sonstiger Akteure?

Wie bewertet die Bundesregierung die zu beobachtende Entwicklung?

2. Was sind nach Auffassung der Bundesregierung tragende Gründe für die Gründung von MVZ bei Vertragsärztinnen und Vertragsärzten, Klinikbetreibern und anderen Akteuren?

Bewertet die Bundesregierung rein betriebswirtschaftliche Erwägungen wie die Gewinnung von Synergieeffekten oder die Minderung des Verwaltungsaufwandes kritisch, und wie begründet sie ihre Einschätzung?

3. Wie viele Vertragsärztinnen und wie viele Vertragsärzte, jeweils nochmals unterteilt nach Fachgruppen, arbeiteten in den Jahren 2004 bis 2010 durchschnittlich jeweils in einem MVZ in der Trägerschaft von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten, Kliniken oder anderen Akteuren?

Wie viele Ärztinnen, wie viele Ärzte arbeiteten in MVZ jeweils im Angestelltenverhältnis?

Wie bewertet die Bundesregierung die Entwicklung?

Wie ist die regionale Verteilung gestaffelt nach Bundesländern?

4. Welche Fachgruppen kooperieren am häufigsten in MVZ?

Wie beurteilt die Bundesregierung die Beteiligung von Hausärztinnen und Hausärzten an MVZ?

5. Wie viele Angehörige der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe sind derzeit bundesweit in MVZ angestellt?

Wie ist die regionale Verteilung gestaffelt nach Bundesländern?

6. Inwieweit können MVZ nach Ansicht der Bundesregierung als ein Modell für die Ausbildung neuer Kooperationsformen zwischen Medizinerinnen und Medizinern und nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen gesehen werden?

7. Welcher Anteil der MVZ unter welcher Trägerschaft befindet sich in städtischen, welcher in ländlichen Regionen?

Gibt es Unterschiede zwischen den Bundesländern?

Welche Schlüsse zieht die Bundesregierung aus der Verteilung?

8. Wie bewertet die Bundesregierung Äußerungen des Geschäftsführers der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., wonach Medizinische Versorgungszentren in der Trägerschaft von Krankenhäusern in vielen Regionen dringend notwendig seien, um die ambulante Versorgung auch in Zukunft zu sichern?

9. Wie will die Bundesregierung die schon heute bestehenden und künftig größer werdenden Versorgungslücken im niedergelassenen Bereich schließen, wenn gleichzeitig die Gründung von MVZ erschwert wird?

10. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung, wie sich die Arbeitsweise und der Behandlungserfolg von freiberuflich tätigen Ärztinnen und Ärzten im Vergleich zu fest an MVZ angestellten Ärztinnen und Ärzten unterscheiden?

11. Liegen der Bundesregierung Erkenntnisse vor, dass die Qualität der Versorgung in einem MVZ, das mehrheitlich in der Eigentümerschaft von Ärztinnen und Ärzten betrieben wird, besser ist als in einem MVZ eines Krankenhausträgers, und falls ja, welche?

12. Welche konkreten Erkenntnisse hat die Bundesregierung darüber, wie bei angestellten Ärztinnen und Ärzten in Krankenhäusern oder MVZ die Therapiefreiheit eingeschränkt wird?

Wenn ja, durch wen?

13. Welche Gefahren sieht die Bundesregierung, dass Krankenhäuser mittels Medizinischer Versorgungszentren freiberufliche Ärztinnen und Ärzte verdrängen könnten?

14. Welche Hinweise gibt es in der Bundesregierung auf die mögliche Einflussnahme von Kapitalgebern auf die Geschäftsführung und die Versorgung von Patienten und Patientinnen in MVZ?

15. Wie begründet die Bundesregierung auch unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten, dass nach der geplanten Neuregelung hohe Investitionen in MVZ von Personen zulässig sind, die über die Eigenschaft verfügen, Arzt

oder Ärztin zu sein, auch wenn diese sich an der Leitung und/oder der Tätigkeit im MVZ nicht beteiligen, während die gleiche Investition von Personen, die nicht Arzt oder Ärztin sind, nicht mehr zulässig sein soll?

16. Welche Folgen hätte nach Meinung der Bundesregierung eine derartige Regelung für die hochspezialisierte fachärztliche Versorgung, deren Kapitalbedarf durch den medizinisch-technischen Fortschritt ständig steigt?
17. Was unterscheidet die nach den Planungen der Bundesregierung künftig nicht mehr zulässigen Eigentumsformen von MVZ vom Konzept der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung betriebenen sog. Ärztlichen Versorgungszentren („PATIOMED AG“), bei denen das erforderliche Kapital ebenfalls extern (im Wesentlichen von der „Ärzte- und Apothekerbank“) zur Verfügung gestellt wird?
18. Welche Schlüsse zieht die Bundesregierung aus der Forderung des Sachverständigenrates nach einer sektorübergreifenden Vereinheitlichung hinsichtlich der Leistungsdefinitionen, Qualitätsstandards, Vergütung einschließlich Investitionsfinanzierung und Vorhaltekosten, Genehmigung neuer Behandlungsmethoden, Preise von veranlassten Leistungen und eventuellen Regulierungen, wie z. B. Mindestmengen oder Mengenbegrenzungen?
19. Wie lassen sich die geplanten Einschränkungen der Eigentums- und Organisationsformen von MVZ mit der ebenfalls im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP getroffenen Aussage vereinbaren, dass Wettbewerb um Leistungen, Preise und Qualität eine an den Bedürfnissen der Versicherten ausgerichtete Krankenversicherung sowie eine gute medizinische Versorgung sichert?
20. Gibt es auch noch andere Bereiche im Gesundheitswesen, wo aus Sicht der Bundesregierung Wettbewerb schädlich für die freiberuflich tätigen Ärzte und Ärztinnen ist und unterbunden werden sollte?

Berlin, den 14. September 2010

Dr. Frank-Walter Steinmeier und Fraktion