

BÄK GROUND

HINTERGRUNDINFORMATIONEN FÜR JOURNALISTEN



113. Deutscher Ärztetag in Dresden

Medizinische Versorgungszentren (§ 95 SGB V) und Ambulante Behandlung im Krankenhaus (§ 116b SGB V)

Ambulante Behandlung am Krankenhaus gemäß § 116b SGB

Die fachärztliche Versorgung in Deutschland teilt sich in eine ambulante wohnortnahe fachärztliche Grundversorgung, in eine ambulante zentrumsnahe spezialisierte Versorgung und eine stationäre Versorgung. Die Kombination aus ambulant und stationär tätigen Fachärzten trägt maßgeblich zur Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens in Deutschland bei, die Versorgungsbereiche ergänzen sich. Die Verbesserung der sektorübergreifenden Kooperation im Gesundheitswesen ist eines der zentralen Anliegen der deutschen Ärzteschaft. Dazu kann in bestimmten Fällen eine ambulante Versorgung am Krankenhaus beitragen.

Die Rahmenbedingungen müssen jedoch so umgestaltet werden, dass anstelle eines kontraproduktiven Wettbewerbs zwischen niedergelassenen Fachärzten und Krankenhausfachärzten eine konstruktive Zusammenarbeit und Synergieeffekte im Interesse der Patientenversorgung ermöglicht werden.

Ziel der von der Deutschen Ärzteschaft angestrebten Änderung ist es, die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V den aktuellen Erfordernissen anzupassen. Dies erfordert:

- eine ausreichende Berücksichtigung vorhandener Versorgungsstrukturen zu gewährleisten,
- ein ausreichendes Beteiligungsrecht der Kassenärztlichen Vereinigungen zu sichern,
- den Vorrang der persönlichen Ermächtigung nach § 116 SGB V festzustellen,
- dauerhaft ausreichend qualifiziertes Personal vorzuhalten und insbesondere die Facharztkompetenz zu garantieren,
- die Umkehrung des Regel-Ausnahme-Verhältnisses im Hinblick auf das Überweisungsgebot in § 116b Abs. 4 Satz 3 SGB V sowie

Impressum

BÄK GROUND
Hintergrundinformationen für
Journalisten

**Pressestelle
der deutschen Ärzteschaft**
Alexander Dückers (v.i.S.d.P.),
Samir Rabbata

Herbert-Lewin-Platz 1 · 10623 Berlin
Tel. (030) 40 04 56-700 · Fax -707
presse@baek.de · www.baek.de

- die permanente Überprüfung der Katalog-Leistungen nach § 116b Abs. 3 SGB V zu gewährleisten.

Medizinische Versorgungszentren (§ 95 SGB V)

Seit dem Inkrafttreten des GMG wurden nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bundesweit über 1000 Medizinische Versorgungszentren gegründet, in denen fast 7000 Ärzte tätig sind. Die Zahl der gegründeten MVZ wächst stetig, alleine in den Jahren zwischen 2005 und 2009 stieg sie von 269 auf 1378. Kontinuierlich steigt auch die Zahl der Krankenhäuser als beteiligte Träger. Die Zentren bilden sich sowohl in der Stadt als auch auf dem Land, wobei die Mehrzahl in Gebieten mit hoher Einwohnerzahl gegründet worden sind. Die Gründer sind meist Vertragsärzte und Krankenhäuser, wobei 50,7 Prozent der Träger Vertragsärzte und 38,2 Prozent Krankenhäuser sind. Die Trägerschaft von Kliniken konzentriert sich vor allem in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Baden-Württemberg und Thüringen. Besonders verbreitet sind die Rechtsformen GmbH, GbR und die Partnerschaft, die häufigsten Facharztgruppen in MVZ sind Allgemeinmediziner und Internisten.

Neue Berufsausübungsformen in der ambulanten Versorgung können die Attraktivität des Arztberufes durchaus steigern. Gerade für junge Ärztinnen und Ärzte bieten Medizinische Versorgungszentren mehr Flexibilität. Je nach Lebenssituation können sie entscheiden, ob sie als niedergelassener Arzt oder in einem MVZ angestellt tätig sein wollen.

Die Erfahrungen haben jedoch gezeigt, dass mit der Organisationsform der MVZ auch Gefahren verbunden sind. Problematisch ist insbesondere eine Dominanz wirtschaftlicher Interessen über medizinische Belange. Da die ambulante Versorgung ein interessanter „Markt“ ist, kann die Gründung eines MVZ auch für Kapitalgeber interessant sein. In einem MVZ, das (überwiegend oder ausschließlich) durch Fremdkapital finanziert wird, besteht die Gefahr, dass sich die Behandlung der Patienten nicht primär an den medizinischen Anforderungen orientieren kann, sondern die wirtschaftlichen Interessen die medizinischen Belange überlagern und dominieren. Es droht der Verlust der ärztlichen Diagnose- und Therapiefreiheit, die ein wesentliches Kennzeichen der ärztlichen Freiberuflichkeit sind (§ 1 BÄO). Es müssen deshalb Vorkehrungen getroffen werden, um die ärztliche Diagnose- und Therapiefreiheit als maßgebliche Ausprägung der Freiberuflichkeit auch in den geänderten Versorgungsstrukturen sicherzustellen.

Ein MVZ in Trägerschaft eines Krankenhauses oder einer Klinikette wird mit Fremdkapital finanziert und dient in erster Linie dazu, die wirtschaftliche Basis des Krankenhauses zu stabilisieren oder zu verbreitern. Hier besteht die Gefahr, dass die Kapitalstärke des

Trägerkrankenhauses den Wettbewerb in der ambulanten Versorgung verzerrt und es zu einem Verdrängungswettbewerb zulasten der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte kommt. Da das Krankenhaus-MVZ primär darauf zielt, Patienten an das Krankenhaus zu binden, können Ärztinnen und Ärzte des MVZ in Konflikt mit der Berufsordnung, die *die* Zuweisung zu einem bestimmten Krankenhaus verbietet, geraten.

Um den geschilderten Gefahren wirkungsvoll zu begegnen, müssen die vorhandenen Regelungen im SGB V geändert werden. Die Bundesärztekammer empfiehlt folgende Präzisierungen:

- Klare Regelungen für das Primat ärztlicher Leitung von MVZ zu treffen,
- die Gründung von MVZ durch reine Kapitalgesellschaften und
- den Einfluss von Fremdkapital bzw. Fremdkapitalgebern auf ärztliche Entscheidungen zu unterbinden,
- die Mehrheitsverhältnisse hinsichtlich der Gesellschafteranteile und der Stimmrechte zugunsten der in der Gesellschaft tätigen Ärzte zu bestimmen sowie
- Gewinnabführungsverträge mit Minderheitsgesellschaftern oder mit Dritten auszuschließen.