

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Mechthild Rawert, Dr. Marlies Volkmer, Bärbel Bas, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD
– Drucksache 17/2932 –**

Zukunft der Medizinischen Versorgungszentren

Vorbemerkung der Fragesteller

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.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Die MVZ sind inzwischen als sinnvolle Ergänzung zu den Leistungsangeboten der in Einzel- und Gemeinschaftspraxen freiberuflich tätigen Ärztinnen und Ärzte etabliert. Sie bieten insbesondere für jüngere Ärztinnen und Ärzte, die z. B. Familienaufgaben wahrnehmen oder das wirtschaftliche Risiko einer Praxisübernahme scheuen, eine attraktive Berufsperspektive.

Darüber hinaus haben sich MVZ als wichtiges Bindeglied bei der Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung erwiesen und helfen Schnittstellenprobleme beim Übergang von der einen zur anderen Versorgungsform zu überwinden. Sie sind zudem Vertragspartner für die Realisierung von integrierten Versorgungskonzepten. Deshalb hält die Koalition an MVZ als möglicher Organisationsform für die vertragsärztliche Leistungserbringung ebenso fest wie an der Gründungsberechtigung von Krankenhäusern. Durch eine Neufassung der Zulassungsvoraussetzungen für MVZ soll sichergestellt werden, dass die ärztliche Tätigkeit im MVZ auch weiterhin allein medizinischen Gesichtspunkten folgt.

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?

Nach Mitteilung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) ergeben sich aus der MVZ-Statistik für die Jahre 2004 bis 2010 folgende Daten zur Entwicklung der MVZ in Trägerschaft von Krankenhäusern, Vertragsärzten und sonstigen Trägern; Mehrfachträgerschaften sind möglich.

Tabelle 1: Trägerschaften, Quelle: MVZ-Statistik der KBV 2004 bis 2009

Trägerschaften	Anzahl der MVZ zum 4. Quartal 2004	Anzahl der MVZ zum 4. Quartal 2005	Anzahl der MVZ zum 4. Quartal 2006	Anzahl der MVZ zum 4. Quartal 2007	Anzahl der MVZ zum 4. Quartal 2008	Anzahl der MVZ zum 4. Quartal 2009
Krankenhäuser	10	84	21	326	451	554
Vertragsärzte*	54	241	428	561	652	720
Sonstige Träger	10	34	87	141	198	278

* Keine Aufteilung nach Ärztinnen und Ärzten möglich.

Diese von der KBV mitgeteilten Zahlen zeigen, dass MVZ sowohl für Krankenhäuser als auch für Ärztinnen und Ärzte sowie sonstige Leistungserbringer eine attraktive Form der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung darstellen.

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?

Die Motive für die Gründung eines MVZ sind vielfältig und abhängig von der Ausgangsposition und den Zielen der jeweiligen Gründer. Der Bundesregierung liegen keine validen Erkenntnisse zu den Motiven von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten, Klinikbetreibern und anderen Akteuren vor.

Die KBV nennt in ihrem MVZ-Leitfaden für Gründer (2. Auflage 2010) als Beweggründe für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte u. a. die Möglichkeit der Berufsausübung im Angestelltenverhältnis oder unter Nutzung flexibler Arbeitszeitmodelle, die Alterssicherung durch sinnvolle Verwertung der Praxis, zukunftsorientierte Investitionsmöglichkeiten, die Realisierung von Kostendegressionspotenzialen und Synergieeffekten, die Möglichkeit der Vereinbarung gegenseitiger Kompensation von „Budgetüberschreitungen“, eine gemeinsame Vermarktung und professionelles Management, eine gute Startposition für integrierte Versorgung, mehr Marktmacht im Wettbewerb und verstärkte Zusammenarbeit mit anderen Heilberufen sowie dem stationären Sektor. Aus Krankenhaussicht ermöglicht die MVZ-Gründung eine stärkere Kooperation mit dem ambulanten Sektor. Als Motive nennt die KBV in der genannten Publikation die Erzielung zusätzlicher Einnahmen, die Verbesserung der Wettbewerbssituation, den Um- und Ausbau des bisherigen Leistungsspektrums des Krankenhauses

und eine stärkere Kooperation mit niedergelassenen Ärzten zur Optimierung der Patientenversorgung.

Die Realisierung von Synergieeffekten und die Minderung des Verwaltungsaufwands durch eine Kooperation im MVZ wird von der Bundesregierung nicht kritisch bewertet.

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?

Das Bundesministerium für Gesundheit hat die KBV um Mitteilung der gewünschten Zahlen gebeten. Allerdings konnte die KBV die Daten nicht immer in der erfragten Differenzierung übermitteln.

Zur Tätigkeit von Vertragsärzten und angestellten Ärzten in den MVZ hat die KBV folgende Daten für die Jahre 2006 und 2009 mitgeteilt.

Tabelle 2: Fachgruppen, Quelle: MVZ-Statistik der KBV 2006 und 2009

Fachgruppen	4. Quartal 2006		4. Quartal 2009	
	Anzahl der Ärzte in den MVZ in Vertragsarzt-trägerschaft	Anzahl der Ärzte in den MVZ in Krankenhaus-trägerschaft	Anzahl der Ärzte in den MVZ in Vertragsarzt-trägerschaft	Anzahl der Ärzte in den MVZ in Krankenhaus-trägerschaft
Anästhesisten	116	39	205	112
Augenärzte	97	11	162	45
Chirurgen	92	66	189	293
Frauenärzte	93	56	181	196
HNO-Ärzte	33	21	73	70
Hautärzte	34	13	61	45
Internisten	205	68	358	235
Kinderärzte	29	22	78	147
Nervenärzte	38	41	124	236
Orthopäden	112	37	223	131
Radiologen	116	44	210	132
Urologen	15	17	39	43
Hausärzte	361	88	689	323
Phys-rehab. Medizin	36	14	61	40
Laborärzte	95	28	248	77
Mikrobiologen	34	6	106	27
Nuklearmedizin	33	32	85	69
Strahlentherapie	17	63	55	224
Sonstige	86	88	291	429
Anzahl der Ärzte gesamt*	1.642	754	3.434	2.871
<i>davon Vertragsärzte*</i>	858	38	1.303	41
<i>davon angestellte Ärzte*</i>	784	716	2.126	2.830

* Keine Aufteilung nach Ärztinnen und Ärzten möglich.

Die nachfolgende Tabelle enthält die Anzahl der in den MVZ tätigen Vertragsärztinnen und -ärzte sowie die in den MVZ angestellten Ärztinnen und Ärzte für die Jahre 2004 bis 2009. Eine Differenzierung nach Fachgruppen und Geschlecht ist nach Mitteilung der KBV nicht möglich.

Tabelle 3: Angestellte Ärzte, Quelle: MVZ-Statistik der KBV 2004 bis 2009

	4.Quartal 2004	4.Quartal 2005	4.Quartal 2006	4.Quartal 2007	4.Quartal 2008	4.Quartal 2009
Anzahl der Vertragsärzte*	144	601	928	1.156	1.266	1.334
Anzahl der angestellten Ärzte*	107	691	1.696	2.850	4.270	5.793
Anzahl der Ärzte insgesamt*	251	1.292	2.624	4.006	5.536	7.127

Nach Mitteilung der KBV verteilen sich MVZ in den Jahren 2004 bis 2009 (jeweils zum 4. Quartal) regional wie folgt:

Tabelle 5: Regionale Verteilung der MVZ, Quelle: MVZ-Statistik der KBV 2004 bis 2009

KV-Region	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Baden-Württemberg	2	11	26	49	65	96
Bayern	17	91	159	211	253	288
Berlin	9	41	77	102	126	141
Brandenburg	0	4	16	26	38	52
Bremen	0	0	3	7	7	7
Hamburg	3	9	15	21	30	41
Hessen	9	30	52	71	93	112
Mecklenburg-Vorpommern	1	5	10	14	20	24
Niedersachsen	8	32	58	84	121	151
Nordrhein	2	18	46	72	100	127
Rheinland-Pfalz	1	11	23	34	41	51
Saarland	0	3	4	10	14	18
Sachsen	6	31	55	82	101	113
Sachsen-Anhalt	1	8	20	33	38	40
Schleswig-Holstein	2	9	25	38	43	49
Thüringen	4	18	32	35	48	65
Westfalen-Lippe	5	20	45	59	68	79
Gesamtzahl MVZ	70	341	666	948	1.206	1.454

Bezogen auf den Stichtag 31. Dezember 2009 teilt die KBV die regionale Verteilung der einzelnen ärztlichen Fachgruppen in MVZ wie folgt mit. Eine Differenzierung nach der Trägerschaft des MVZ ist dabei nicht möglich.

KV Region	Anästhesisten	Augenärzte	Chirurgen	Frauenärzte	HNO-Ärzte	Hautärzte
Baden-Württemberg	24	6	28	25	7	9
Bayern	113	98	119	69	28	17
Berlin	20	12	38	30	22	22
Brandenburg	7	9	19	17	11	4
Bremen	1	5	3	2	0	0
Hamburg	8	4	10	28	1	6
Hessen	37	30	48	42	8	4
Mecklenburg-Vorpommern	0	2	6	4	4	0
Niedersachsen	30	25	58	67	13	6
Nordrhein	22	17	40	24	6	9
Rheinland-Pfalz	19	7	14	20	8	2
Saarland	2	1	5	2	1	5
Sachsen	16	14	37	30	25	17
Sachsen-Anhalt	5	7	22	9	3	13
Schleswig-Holstein	5	4	22	13	2	1
Thüringen	9	4	13	16	11	7
Westfalen-Lippe	5	7	38	20	4	7
<i>Gesamt</i>	<i>322</i>	<i>252</i>	<i>519</i>	<i>418</i>	<i>154</i>	<i>129</i>

KV Region	Internisten	Kinderärzte	Nervenärzte	Orthopäden	Radiologen	Urologen
Baden-Württemberg	46	9	38	13	13	1
Bayern	124	22	49	99	71	27
Berlin	59	36	63	41	39	3
Brandenburg	18	7	6	14	5	1
Bremen	2	0	3	1	0	0
Hamburg	25	18	8	8	8	2
Hessen	68	6	40	35	30	5
Mecklenburg-Vorpommern	4	9	10	4	1	1
Niedersachsen	104	27	42	34	48	12
Nordrhein	39	13	25	25	80	11
Rheinland-Pfalz	10	7	7	20	1	4
Saarland	18	0	10	3	0	0
Sachsen	40	32	56	28	20	10
Sachsen-Anhalt	17	26	22	22	15	2
Schleswig-Holstein	16	7	9	9	12	2
Thüringen	21	16	11	14	9	4
Westfalen-Lippe	62	16	18	13	43	3
<i>Gesamt</i>	<i>673</i>	<i>251</i>	<i>417</i>	<i>382</i>	<i>394</i>	<i>88</i>

KV Region	Hausärzte	Phys-rehab.	Laborärzte	Mikro- bio- logen	Nuklear- mediziner
		Medizin			
Baden-Württemberg	52	4	61	24	4
Bayern	178	24	68	26	42
Berlin	230	13	40	14	21
Brandenburg	40	7	10	6	5
Bremen	3	1	4	1	1
Hamburg	66	3	25	8	6
Hessen	59	4	45	17	15
Mecklenburg-Vorpommern	19	1	8	6	1
Niedersachsen	76	6	31	11	11
Nordrhein	73	8	54	22	26
Rheinland-Pfalz	21	7	35	5	13
Saarland	9	2	6	2	
Sachsen	122	12	16	8	2
Sachsen-Anhalt	41	0	10	4	2
Schleswig-Holstein	42	3	16	9	7
Thüringen	44	4	8	3	
Westfalen-Lippe	50	9	22	19	17
<i>Gesamt</i>	<i>1.124</i>	<i>108</i>	<i>459</i>	<i>185</i>	<i>173</i>

KV Region	Strahlen- therapeuten	sonstige
	Baden-Württemberg	42
Bayern	38	146
Berlin	33	60
Brandenburg	4	13
Bremen	1	4
Hamburg	11	66
Hessen	10	30
Mecklenburg-Vorpommern	2	5
Niedersachsen	24	85
Nordrhein	56	87
Rheinland-Pfalz	11	38
Saarland	3	3
Sachsen	9	44
Sachsen-Anhalt	6	20
Schleswig-Holstein	5	22
Thüringen	2	25
Westfalen-Lippe	29	9
<i>Gesamt</i>	<i>286</i>	<i>710</i>

Aus den mitgeteilten Daten ergibt sich, dass MVZ inzwischen als sinnvolle Ergänzung zu den Leistungsangeboten der in Einzel- und Gemeinschaftspraxen freiberuflich tätigen Ärztinnen und Ärzte etabliert sind. Sie bieten insbesondere für jüngere Ärztinnen und Ärzte, die z. B. Familienaufgaben wahrnehmen oder das wirtschaftliche Risiko einer Praxisübernahme scheuen, eine attraktive Berufsperspektive.

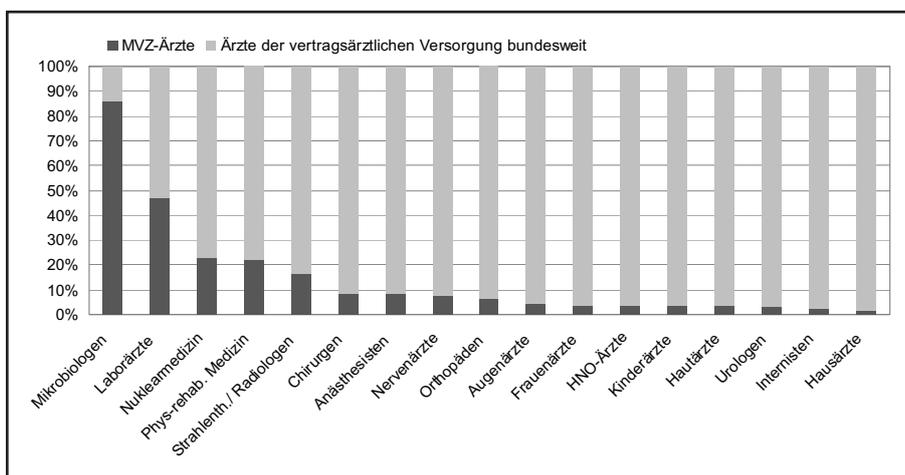
4. Welche Fachgruppen kooperieren am häufigsten in MVZ?

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

Nach Informationen der KBV verteilen sich die verschiedenen Fachgruppen in MVZ zum 31. Dezember 2009 wie folgt:

Tabelle 6: Fachgruppenverteilung, Quelle: MVZ-Statistik der KBV 4. Quartal 2009 (Stichtag: 31. Dezember 2009)

Fachgebiete	Anzahl der Ärzte
Hausärzte	1.124
Internisten	673
Chirurgen	519
Laborärzte	459
Frauenärzte	418
Nervenärzte	417
Radiologen	394
Orthopäden	382
Anästhesisten	322
Strahlentherapie	286
Augenärzte	252
Kinderärzte	251
Mikrobiologen	185
Nuklearmedizin	173
HNO-Ärzte	154
Hautärzte	129
Phys-rehab. Medizin	108
Urologen	88



Ergänzend hat die KBV mitgeteilt, dass genaue Aussagen zu den Fachgruppenkombinationen in MVZ nicht möglich seien. Aus der MVZ-Statistik ergäbe sich jedoch, dass Hausärzte und Internisten die am häufigsten in MVZ vertretenen Fachgruppen seien, woraus – so die KBV – geschlossen werden könne, dass insbesondere Hausärzte und Internisten besonders häufig gemeinsam Patienten im MVZ versorgen.

Die MVZ sind fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen. Die Bundesregierung begrüßt, wenn auch Hausärztinnen und Hausärzte sich fachübergreifend beteiligen.

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

Wie ist die regionale Verteilung gestaffelt nach Bundesländern?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

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?

Die MVZ sind interessante Vertragspartner für die Realisierung von integrierten Versorgungskonzepten. Neben dem fachübergreifenden ärztlichen Versorgungsansatz bieten sie auch einen geeigneten Rahmen für Kooperationen zwischen Ärztinnen und Ärzten sowie Angehörigen nichtärztlicher Gesundheitsberufe.

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?

Zur regionalen Verteilung von MVZ zwischen städtischen und ländlichen Regionen hat die KBV auf Basis einer im Sommer 2008 durchgeführten Umfrage unter den damals zugelassenen MVZ (MVZ-Survey 2008) folgende Daten übermittelt:

Tabelle 7: Patienteneinzugsgebiet, Quelle: MVZ Survey 2008 der KBV

	Patienteneinzugsgebiet mit mehr als 100.000 Einwohnern	Patienteneinzugsgebiet mit weniger als 100.000 Einwohnern
MVZ gesamt	57,4%	42,6%
MVZ in Krankenhaus-trägerschaft	44,0%	56,0%
MVZ in Vertragsarztträ-gerschaft	66,7%	33,3%

Ergänzend wies die KBV darauf hin, dass es regionale Besonderheiten zu geben scheint. Insgesamt gesehen seien Krankenhaus-MVZ in den neuen Bundesländern stärker vertreten als Vertragsarzt-MVZ. 52,5 Prozent der in der Stichprobe verzeichneten MVZ aus den neuen Bundesländern würden von Krankenhäusern betrieben, während es in den alten Ländern 31,2 Prozent seien. Die Mehrheit der ostdeutschen Krankenhaus-MVZ nenne zudem ein Einzugsgebiet von weniger als 100 000 Patienten. Daraus ließe sich – so die KBV – ableiten, dass diese MVZ vornehmlich an Krankenhäusern der Grundversorgung in der Fläche angesiedelt seien, wobei in den neuen Bundesländern eine geringere Dichte von Städten mit mehr als 100 000 Einwohnern zu verzeichnen sei als in den alten Bundesländern. Dort konzentriere sich die knappe Mehrheit der Krankenhaus-MVZ (51 Prozent) auf Einzugsgebiete mit 100 000 und mehr Patienten.

Die übermittelten Zahlen belegen, dass es bezogen auf MVZ insgesamt bzw. insbesondere bezogen auf MVZ in vertragsärztlicher Trägerschaft keine signifikanten Unterschiede zum Niederlassungsverhalten von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten gibt. Lediglich bei Krankenhäusern in Krankenhaus-trägerschaft scheint es eine gegenläufige Entwicklung zu geben. Bei der Umsetzung der Koalitionsvereinbarung und der näheren Ausgestaltung insbesondere der für Kran-

kenhäuser vorgesehenen Öffnungsklausel wird die Bedeutung der von Krankenhäusern getragenen MVZ für die Versorgung der Versicherten in ländlichen Regionen deshalb genau zu prüfen sein.

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?

Die Fragen 8 und 9 werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der Sicherstellung der flächendeckenden und bedarfsgerechten medizinischen Versorgung wird angesichts der demografischen Entwicklung in den nächsten Jahren eine zunehmende Bedeutung zukommen. Unabhängig von ihrer Trägerschaft haben sich MVZ als sinnvolle Ergänzung zu den Leistungsangeboten der in Einzel- und Gemeinschaftspraxen freiberuflich tätigen Ärztinnen und Ärzte etabliert und helfen Schnittstellenprobleme beim Übergang zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu bewältigen. Deshalb hält die Bundesregierung an MVZ als möglicher Organisationsform für die vertragsärztliche Leistungserbringung fest. Auf der Grundlage der Koalitionsvereinbarung wird derzeit geprüft, ob und wie besser sichergestellt werden kann, dass die ärztliche Tätigkeit auch im MVZ weiterhin allein medizinischen Gesichtspunkten folgt.

Unabhängig von der Frage der Gründungsvoraussetzungen für MVZ werden weitere Anstrengungen aller an der ärztlichen Versorgung Beteiligten erforderlich sein, um auch künftig eine flächendeckende, bedarfsgerechte wohnortnahe Versorgung zu gewährleisten. Die Bundesregierung beabsichtigt weitere Maßnahmen zu ergreifen, die die Attraktivität des Arztberufes und damit die flächendeckende Versorgung auch in Zukunft sicherstellen, die Transparenz der Leistungserbringung erhöhen und bürokratische Hürden abbauen. Um dem in den nächsten Jahren drohenden Ärztemangel entgegenzuwirken, wird derzeit zudem geprüft, welche gesetzlichen Anpassungen für eine Verbesserung der Versorgungsstrukturen und eine zielgenauere Bedarfsplanung erforderlich sind.

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?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

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?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

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?

Die Bundesregierung hat keine konkreten Erkenntnisse, dass bei angestellten Ärztinnen und Ärzten in Krankenhäusern oder MVZ die Therapiefreiheit eingeschränkt wird.

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

Vonseiten der Ärzteschaft wird vielfach vorgetragen, dass Krankenhaus-MVZ aufgrund ihrer finanziellen Möglichkeiten bei der Entscheidung über die Nachbesetzung von Arztsitzen nach § 103 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) bevorzugt werden.

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?

Konkrete Hinweise auf die Einflussnahme von Kapitalgebern auf die Geschäftsführung und Patientenversorgung im MVZ liegen der Bundesregierung nicht vor.

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?

Die Fragen 15 und 16 werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die sich ergebenden tatsächlichen und rechtlichen Fragen, werden genau zu prüfen sein. Hierzu gehört auch die Vorgabe, dass MVZ von Ärztinnen bzw. Ärzten verantwortlich geführt werden sollen. Nähere Festlegungen hierzu sind noch nicht getroffen worden.

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?

Das Bundesministerium für Gesundheit prüft derzeit im Rahmen seiner Rechtsaufsicht über die KBV die finanziellen und gesellschaftsrechtlichen Beziehungen der KBV zu den Gesellschaftern der Patiomed AG. In diesem Zusammenhang wird auch die Frage zu klären sein, ob im Rahmen der Aktivitäten der Patiomed AG beabsichtigt ist, die genannten Ärztlichen Versorgungszentren als MVZ im Sinne des § 95 SGB V selbst zu gründen.

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?

Die Forderung des Sachverständigenrates zielt auf eine sektorenübergreifende Vereinheitlichung der ambulanten Behandlung konkurrierender Leistungserbringer (z. B. Krankenhäuser und Vertragsärzte) an der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und stationären Sektor ab. Die Bundesregierung geht – insbesondere bei der Abgrenzung der ambulanten und stationären Versorgung – grundsätzlich von der bestehenden Sektorentrennung aus. Allerdings wird der Prozess einer besseren Verzahnung der Sektoren fortgesetzt werden. Bereits im bisherigen System bestehen an der Schnittstelle der ambulanten/stationären Versorgung eine Reihe von Instrumenten für Verzahnungsansätze im Sinne einer sektorenübergreifenden Versorgung.

Es ist noch zu entscheiden, ob und gegebenenfalls wie die vorhandenen Instrumente zur Fortsetzung des Prozesses einer besseren Verzahnung der Sektoren weiterentwickelt und vereinheitlicht werden können, und ob gegebenenfalls weitere modifizierte Instrumente zur besseren Verzahnung geschaffen werden. Eine sektorenübergreifende Vereinheitlichung der ambulanten Behandlung an der Schnittstelle der Versorgungssektoren besteht im Übrigen bereits z. B. beim ambulanten Operieren nach § 115b SGB V, das eine einheitliche Vergütung, festgelegte Leistungsbeschreibungen der beteiligten Leistungserbringer sowie eine einheitliche Qualitätssicherung auf der Grundlage einer Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene vorsieht. Darüber hinaus hat der Gesetzgeber dem Gemeinsamen Bundesausschuss die Aufgabe übertragen, die Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen und stationären Versorgung zukünftig möglichst sektorenübergreifend zu gestalten.

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?

Die Fragen 19 und 20 werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und des medizinischen Fortschritts ist eine Weiterentwicklung der Struktur, Organisation und Finanzierung des Gesundheitssystems unentbehrlich. Die Bundesregierung hält an der Festlegung im Koalitionsvertrag fest, sowohl auf Versicherungs- und Nachfrage- als auch auf der Angebotsseite durch Leistungserbringer die Rahmenbedingungen für einen funktionsfähigen Wettbewerb um innovative und effiziente Lösungen für die Gesundheitsversorgung zu verbessern.