

Bundesverband der Betreiber medizinischer Versorgungszentren e.V.
Marienstraße 15 | 10117 Berlin

Punkte des BBMV e.V. für die 20. Wahlperiode

MVZ sind ein Meilenstein in der deutschen Gesundheitspolitik. Die Organisationsform ermöglicht die Hebung von Synergien, fördert Kooperation und sorgt für Effizienz. Gleichzeitig entspricht sie dem geänderten Berufsbild, dass insbesondere junge Ärztinnen und Ärzte leben wollen.

Die nun endende Wahlperiode war von kontroversen – und nicht immer sachlichen – Diskussionen über die Rolle der MVZ und insbesondere über die Gründungsmöglichkeiten und Trägerstrukturen geprägt. Das Rechtsgutachten von Prof. Ladurner, Prof. Walter und Prof. Jochimsen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit hat erheblich zur Versachlichung der Diskussion beigetragen und konstruktive Vorschläge zur Weiterentwicklung des Rechtsrahmens für MVZ gemacht.

Für die nächste Wahlperiode ist unser Ziel, diese Vorschläge sachlich zu diskutieren und zu guten Lösungen zu gelangen. Unsere Leitmotive sind dabei eine hochwertige Versorgungsqualität für Patientinnen und Patienten, sowie freier und fairer Wettbewerb durch die Gesundheitsanbieter. Nachfolgende Forderungen sind unsere Ergänzungen als Bundesverband der Betreiber medizinischer Versorgungszentren (BBMV) e.V. für die anstehenden Diskussionen in der 20. Wahlperiode:

- **Stärkung der Position angestellter Ärztinnen und Ärzte – Einheitliche Spruchpraxis zur Weiterbeschäftigung in MVZ**

Es ist eine Regelung zu schaffen, wonach die angestellten Ärztinnen und Ärzte einer Vertragsärztin bzw. eines Vertragsarztes im MVZ unproblematisch weiterbeschäftigt werden können, wenn die Vertragsärztin bzw. der Vertragsarzt die Zulassung auf das MVZ überträgt. Aktuell besteht aufgrund einer mangelnden gesetzlichen Regelung keine einheitliche Spruchpraxis der Zulassungsausschüsse in den KV-Regionen.

Diese sehr fragmentierte und unübersichtliche Spruchpraxis der Zulassungsausschüsse in den einzelnen KV-Regionen hemmt die Entwicklung von MVZ. Mit Blick auf die Altersstruktur der Ärzteschaft und dem gewandelten Berufsbild, ist aber gerade das MVZ die Praxisorganisationsform, die am zukunftsträchtigsten ist. Hinzu kommt die unsichere Position der angestellten Ärztinnen und Ärzte in Einzelpraxen und BAG, die im Zuge der Nachfolgeregelung an ein MVZ übergehen sollen.

Eine ergänzende Klarstellung in den §§ 103 Abs. 4a, 4b SGB V würde zu einer einheitlichen Spruchpraxis führen. Das Gesetz muss deutlich machen, dass nach einer Genehmigung nach § 103 Abs. 4a Satz 1 SGB V (Verzicht eines Vertragsarztes auf seine Zulassung, zugunsten einer Anstellung in einem MVZ) die zuvor erteilten Genehmigungen zur Beschäftigung angestellter Ärzte dem MVZ zu erteilen sind, wenn das MVZ dies beantragt. Analog muss dies auch für BAG gelten

- **Stärkung ländlicher Versorgung – KV-übergreifende Versorgung vereinfachen**

MVZ leisten schon heute, u.a. durch Zweigpraxen in ländlichen Regionen, Rotationsmodellen und innovativen Versorgungsangeboten (Medi-Bus, Videosprechstunden) einen wesentlichen Beitrag zur haus- und fachärztlichen Versorgung in ländlichen Regionen.

Vor allem die Ausgründung von Zweigpraxen eines MVZ in ländlichen Gebieten ist ein wichtiges Instrument, um das Versorgungsangebot im fachärztlichen Bereich zu sichern. Obwohl der Gesetzgeber mit der Einführung des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄndG) die Gründung von Zweigpraxen (Nebenbetriebsstätten) erleichtert hat – auch außerhalb des eigenen KV-Bereichs – ist die Genehmigungspraxis für durch MVZ beantragte Zweigpraxen sehr unterschiedlich und grundsätzlich restriktiv. Eine flächendeckende Versorgung in ländlichen Regionen wird somit erheblich erschwert.

Hauptthema ist auch hier die fragmentierte und unübersichtliche Spruchpraxis sowohl der KVen, als auch der Zulassungsausschüsse aufgrund einer unspezifischen Rechtslage. Rechtsgrundlage ist § 24 Absatz 3f. Ärzte-ZV, in der die gesetzlichen Voraussetzungen nur sehr grob umfasst sind und sehr viel Interpretationsspielraum lassen. Demnach ist eine Zweigpraxis zulässig, wenn sie (1) die Versorgung der Versicherten am Ort der Filiale verbessert und (2) die Versorgung am Vertragsarztsitz nicht beeinträchtigt wird. Diese offene Formulierung ermöglicht es KVen und Zulassungsausschüssen weitere Aspekte in ihre Entscheidungen miteinzubeziehen und Einzelfallentscheidungen zu treffen, die über die vom Gesetzgeber festgelegten Punkte der Versorgungsverbesserung bzw. –sicherung hinausgehen.

- **Stärkung der Repräsentanz angestellter Ärztinnen und Ärzte in den Zulassungsgremien**

Angesichts des zunehmenden Versorgungsbeitrags angestellter Ärztinnen und Ärzte (in MVZ, aber auch bei Vertragsärzten) und den zuvor beschriebenen Beispielen sollte ihre Repräsentanz in den Zulassungsgremien verbessert werden. Gesetzlich ist sicherzustellen, dass in Zulassungssachen, die angestellte Ärztinnen und Ärzte betreffen, mindestens ein/e angestellte Ärztin/Arzt im Zulassungsausschuss bzw. Berufungsausschuss mitwirkt.

- **Flexibilität für die Ärzte, Attraktivität der Arbeitsplätze**

§ 95 Abs. 6 SGB V ist in der Weise zu ändern, dass die Gründereigenschaft für ein MVZ auch dann nicht verloren geht, wenn angestellte Ärztinnen und Ärzte im MVZ Gesellschaftsanteile des MVZ von einem anderen angestellten Arzt bzw. angestellten Ärztin im MVZ (der nicht Vertragsärztin/-arzt war) oder von einem nichtärztlichen Gesellschafter erwerben.

- **Entwicklung von Qualitätsindikatoren für den ambulanten Sektor**

Obwohl MVZ ein Meilenstein in der ambulanten Versorgung sind, dominiert die Frage der Trägerschaft und der Finanzierung der MVZ die politische Diskussion. In den vergangenen Monaten sind zahlreiche Studien veröffentlicht worden, in denen die Frage eines Zusammenhangs zwischen Trägerschaft und Versorgungsqualität im Fokus stand. Herauszuheben ist hier insbesondere das Rechtsgutachten im Auftrag des BMG, dem zufolge sich kein negativer Zusammenhang zwischen Trägerschaft und Versorgungsqualität feststellen lässt. Gleichzeitig verweist das Gutachten von Prof. Ladurner et. al. auch auf die unzureichende Datenlage.

Um in Zukunft die Diskussion auf die tatsächlich entscheidende Frage - der Versorgungsqualität - zu lenken schlagen wir vor, dass das BMG in der nächsten Legislaturperiode Qualitätsindikatoren für die ambulante Gesundheitsversorgung entwickeln lässt. Damit wird das Ziel der ambulanten Gesundheitsversorgung in den Mittelpunkt gerückt.

- **Beibehaltung des dualen Krankenversicherungssystems**

Das duale Krankenversicherungssystem aus GKV und PKV hat sich bewährt. Es sichert Vielfalt und Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten und trägt zu Innovationen und Qualität in der Versorgung bei. Ohne die Mehrumsätze aus der PKV lassen sich Gesundheitseinrichtungen aus der ambulanten

Versorgung nicht solide finanzieren lassen. Bei einer Vereinheitlichung im Sinne einer „Bürgerversicherung“ würden Praxen nach Berechnungen des PKV-Verbandes im Durchschnitt Einnahmen von mehr als 54.000€/Jahr verloren gehen. Damit trägt eine Vereinheitlichung nicht zu dem gewünschten Ziel einer verbesserten Versorgung bei, sondern reißt Lücken in die Finanzierung. Insbesondere ein Engagement in ländlichen Regionen droht dadurch weiter an Attraktivität zu verlieren.

- **Aus- und Weiterbildung von Ärzten in ambulanten Gesundheitseinrichtungen**

Die Ambulantisierung der Medizin führt zu Anpassungsbedarf bei der Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten. Längst bilden großen Praxen und MVZ aus. Allein die BBMV-Mitglieder haben in den letzten drei Jahren an die 300 Ärzte in Weiterbildung beschäftigt. Die Vergütung der Weiterbildung in der ambulanten Versorgung muss überarbeitet werden, sollen junge Ärztinnen und Ärzte in den für ihr Fach relevanten Gesundheitseinrichtungen weiter qualifiziert werden. Das bisherige System geht nach wie vor von einer Weiterbildung in stationären Einrichtungen aus. Dabei sind die Anforderungen in vielen Fachärztegruppen die weitüberwiegend ambulant tätig sind, andere, als die Inhalte die in diesen Fächern in Krankenhäusern vermittelt werden.

- **Sicherstellung der Versorgung im ländlichen Raum, Steigerung der Attraktivität der Tätigkeit als Physician Assistant (Arztassistent/-in)**

Bereits derzeit können in vielen ländlichen Region Arztpraxen nicht besetzt werden. Selbst den größeren MVZ mit ihren über die Selbstständigkeit hinausgehenden Möglichkeiten des Angebotes attraktiver Arbeitsplätze gelingt es kaum noch, für solche „Problemregionen“ Ärztinnen und Ärzte zu gewinnen.

Es müssen rechtliche Rahmenbedingungen dafür geschaffen werden, dass in solchen Regionen den Bürgern Physician Assistant (Arztassistenten) als fachlicher Erstkontakt oder für Verlaufskontrollen zur Verfügung stehen. Diese arbeiten in Zweigpraxen von Ärztinnen/Ärzten oder MVZ, sie werden fachlich überwacht und angeleitet, können und dürfen aber auch bei Abwesenheit eines Arztes oder einer Ärztin delegationsfähige Leistungen durchführen. Die Zweipraxis ist telemedizinisch an die Hauptpraxis angebunden, so dass Ärztinnen und Ärzte stets von den Befunden Kenntnis erhält oder auch per Videokommunikation mit den Patientinnen und Patienten sprechen können. Bei Befunden, die eine weitere unmittelbare Untersuchung durch einen Arzt bzw. eine Ärztin, oder eine sonstige ärztliche, nicht delegationsfähige Maßnahme erforderlich machen, wird diese durch des Praxis- bzw. MVZ-Team veranlasst. Natürlich müssen hierbei auch die modernen telemedizinischen Möglichkeiten intensiv genutzt werden.

Die Qualifikation als Physician Assistant setzt nicht zwingend ein Studium voraus. Auch die mehrjährige Tätigkeit als MFA – gegebenenfalls mit berufsbegleitenden Zusatzlehrgängen – kann hierzu qualifizieren. In der hausärztlichen Versorgung wurden solche innovativen Versorgungsstrukturen bereits erfolgreich umgesetzt (VERAH, Agnes, NÄPA), um die mangelnde Arztarbeitszeit durch qualifizierte MFA, die in Delegation durch den Arzt bzw. die Ärztin tätig werden, abzumildern. Diese guten Erfahrungen müssen nun mutig auch für die grundversorgende fachärztliche Ebene weiterentwickelt werden. Hierdurch wird die Attraktivität der Pflege- und Heilhilfsberufe - aber auch des Arztberufes - gesteigert und die wohnortnahe medizinische Versorgung sichergestellt.