

Gesundes Unternehmertum

Nicht-ärztlich geführte MVZ sehen sich dem Vorwurf ausgesetzt, wirtschaftliche Interessen über das Patientenwohl zu stellen. Unsere Gast-Autorin bestreitet das und fordert von der Politik auf, die Diskriminierung von ambulanten Gesundheitsunternehmen zu beenden.

Von Susanne Müller



Susanne Müller ist Geschäftsführerin des Bundesverbands MVZ (BMVZ) in Berlin.

Es ist ein Allgemeinplatz, dass die ambulante Versorgung in Deutschland traditionell durch niedergelassene Haus- und Fachärzte sichergestellt wird, die per Definition der Berufsordnung nicht-gewerblich tätig sind. Deshalb ist – gestützt durch ein entsprechendes Selbstbild der Ärzte – auch die Annahme verbreitet, dass Niedergelassene grundsätzlich selbstlos tätig und eben keine Unternehmer seien. Anders verhält es sich mit den 2004 neu in das System gekommenen Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Sie zeichnen sich dadurch aus, dass Ärzte in ihnen durch arbeitsteilige Betriebsorganisation weitgehend von arztfremden Aufgaben entlastet werden. Häufig unterstellt man ihnen jedoch, zuvorderst ökonomische Interessen zu bedienen und damit potenziell Patienten zu gefährden.

Das wichtigste Argument ist dabei das unzweifelhaft vor medizinfremden Einflüssen zu schützende Arzt-Patientenverhältnis. Hier wird im Falle ambulanter Versorgungsunternehmen, wie MVZ sie darstellen, in besonderen Maße eine Gefährdung der ärztlichen Diagnose- und Therapiefreiheit befürchtet. Insbesondere in nicht-ärztlich geführten MVZ könnten ärztliche Belange durch wirtschaftliche Interessen des Trägers überlagert werden, so die Kritik.

Ausgangspunkt ist das Annahme, dass das wirtschaftliche Interesse des Vertragsarztes konfliktfrei mit dessen ethisch geleitetem Versorgungsauftrag für die Patientenbehandlung in Einklang gebracht werden könne.

Auch Ärzten geht es ums Geld

Dabei wird vorausgesetzt, dass der niedergelassene Arzt in seiner Doppelfunktion als Mediziner und Unternehmer – und anders als nicht-ärztliche Versorgungsträger – das wirtschaftlich Notwendige jederzeit und widerspruchsfrei mit dem ethisch Richtigen vereinen könne. Diese Sichtweise unterschlägt jedoch, dass alle früheren und gegenwärtigen Auseinandersetzungen um die Vergütung ärztlicher Leistungen ausschließlich von den wirtschaftlichen Interessen der ‚nicht-gewerblichen‘ Einzelpraxen und dem Status eines jeden Vertragsarztes als Einzelunternehmer geprägt waren und sind.

Monetik steht und stand auch in der traditionellen Niederlassungspraxis immer und prinzipiell in einem natürlichen Widerspruch zur Ethik. In einem Versorgungsunternehmen wird dieser Konflikt durch die Arbeitsteilung der verschiedenen beteiligten Berufsgruppen nur

auf verschiedene Personen aufgespalten und damit deutlich sichtbarer. Die wirtschaftlichen Interessen sind zwischen Arzt und MVZ entsprechend nicht grundsätzlich unterschiedlich zu bewerten. Beide wollen und müssen vom Ertrag der ärztlichen Tätigkeit leben und die Refinanzierung der Praxisausgaben absichern können.

Jeder Einzelarzt kalkuliert seine Investitionen sowie die dinglichen und personellen Kosten genau wie ein nicht-ärztlicher Unternehmensträger. Beide erwarten – unabhängig vom bestehenden Größenunterschied – für die wirtschaftliche Führung ihres Unternehmens eine angemessene Vergütung. Der Unterschied besteht nur darin, dass bei Ärzten und vertragsärztlichen MVZ-Trägern der Überschuss aus der ärztlichen Tätigkeit als Einkommen in deren persönliches Leben und Vermögen fließt – beim MVZ-Betreiber dagegen als Gewinn zum Träger. Während aber allgemein akzeptiert wird, dass ein Arzt davon leben muss, ist bei MVZ-Trägern allein die Bezeichnung des Überschusses als Gewinn als Vorwurf immanent, der dem Grundsatz der Nicht-Gewerblichkeit zuwider zu laufen scheint.

Störungen sind nicht zu vermeiden

Generell und ohne Einschränkung ist es richtig, dass es Regeln geben muss, die eine Überfrachtung des Arzt-Patientenverhältnisses durch medizinfremde Interessen verhindern und in geregelte Bahnen lenken. Ausgangspunkt entsprechender Überlegungen muss jedoch die Akzeptanz der Tatsache sein, dass die potenziellen Störungen zwischen dem wirtschaftlichen beziehungsweise dem monetären Interesse auf der einen und der ethisch geleiteten Patientenversorgung auf der anderen Seite sowohl in der Einzelpraxis als auch in jedem größeren Versorgungsunternehmen grundsätzlich angelegt sind und nicht verhindert werden können. Von daher sollte in der Debatte um

nicht-ärztlich geführte MVZ und Versorgungsunternehmen weniger der monetäre Aspekt als vielmehr die Frage und Bewertung des Beitrages, den moderne Versorgungsstrukturen mit professioneller Arbeitsteilung zwischen Ärzten und Betriebswirten zur Sicherstellung der Versorgung leisten können, im Vordergrund stehen. Die arbeitsteilige Verantwortung ermöglicht dabei jeder Berufsgruppe, ihre Zeit und Fähigkeiten optimal einzusetzen und trägt dadurch dazu bei, die Versorgung der Patienten auch weiterhin effektiv und hochwertig sicherzustellen. Als Arbeitgeber bieten gerade die unternehmerisch aufgestellten Versorger den Ärzten die Option, ambulant als angestellte Mediziner tätig zu werden und tragen damit auch für die Mediziner zu einer gesunden Pluralität im deutschen Gesundheitswesen bei. Es ist dabei gerade die andere Perspektive, bei der naturgemäß die einzelne Arztpersönlichkeit aus dem Fokus rückt, die Chancen für eine moderne und effiziente Versorgung der Patienten bietet.

Notwendige Basis ist die rechtliche und tatsächliche Möglichkeit, Versorgung flexibel gestalten zu können. Dementgegen ist es in der zurückliegenden Legislaturperiode trotz einzelner sinnvoller Reformen, wie der Aufhebung der Residenzpflicht, für MVZ und ärztliche Kooperationen zu zusätzlichen rechtlichen und wirtschaftlichen Diskriminierungen gekommen. Teilweise rühren diese aus einem nachlässigen Denken, das schlichtweg vergisst, dass es neben der klassischen Einzelpraxis inzwischen zahlreiche deutlich komplexere Praxisformen gibt, für deren Betrieb eigenständige Regelungen und analoge Anwendungen gefunden werden müssen.

Zudem bestehen nach wie vor absichtsvolle Bestrebungen, MVZ aus dem ambulanten Versorgungsmarkt rauszuhalten und klassische Pfründe der Einzelpraxen zu sichern und abzuschotten. Eben deshalb, weil es neben dem Versorgungsgedanken auch in der ärztlichen Selbstverwaltung um den unternehmerischen Antrieb

der Sicherung von Einkommen und Einfluss geht. Die Erfahrung lehrt, dass klare und eindeutige normative Ansagen nötig sind, wenn der Gesetzgeber eine grundsätzliche Gleichbehandlung der verschiedenen Praxisstrukturen anstrebt. Denn die ärztliche Selbstverwaltung neigt tendenziell dazu, Regelungen zu Ungunsten neuer Versorgungsformen auszulegen und damit den gesetzgeberischen Willen zu konterkarieren. Ein gutes Beispiel hierfür ist die Begründung zur Zweigstellenklarstellung im GKV-Versorgungsstrukturgesetz von 2012.

Abschottung der Einzelpraxis

Insgesamt ist es daher für die Zukunft wesentlich, dass die Versorgungsleistung und -relevanz der Ärzte in kooperativen Versorgungsstrukturen dadurch anerkannt wird, dass diese Versorgungskonzepte künftig rechtssicher im Rechtsrahmen abgebildet werden, also sowohl im SGB V als auch in den untergesetzlichen Normen. Zentral ist hierbei die Modernisierung der Vertretungsgründe gemäß Zulassungsverordnung für Vertragsärzte durch Erweiterung des Kataloges auf alle arbeitsrechtlich zulässigen Anspruchsgründe, um MVZ-Trägern als Arbeitgeber, aber auch den angestellten Ärzten Rechtssicherheit bei der Regelung der gegenseitig rechtmäßig vorhandenen Ansprüche zu geben.

Es ist entsprechende Aufgabe der schwarz-roten Koalition die aktuell noch vielfältig bestehenden Diskriminierungen bei Zulassung, Betrieb und Honorierung von MVZ abzubauen, um das Potenzial, das nicht-ärztliche geführte Strukturen für die ambulante Versorgung entfalten können, nicht weiterhin von vornherein zu behindern.

*Sind Sie anderer Meinung?
Schreiben Sie uns:
ansichtssache@bibliomed.de*