

I Einführung

Peter Wigge

Der Gesundheitsmarkt ist seit vielen Jahren gesetzlichen Veränderungen unterworfen. Sie dienen in erster Linie der Erhaltung der Beitragsstabilität und damit der Kostenbegrenzung für medizinische Versorgung und Leistungen. Insbesondere seit 2004 hat der Gesetzgeber mit einer Fülle von neuen Regelungen innovative Strukturierungsmaßnahmen entworfen und den Leistungserbringern zur Umsetzung überlassen. Mit dem Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)¹ am 01.01.2004 sind insbesondere in der ambulanten, d. h. vertragsärztlichen Versorgung die Grundlagen für veränderte Versorgungsstrukturen durch die Einführung so genannter „Medizinischer Versorgungszentren“ (MVZ) geschaffen worden. Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)² sowie das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG)³ haben insbesondere in den beiden letzten Jahren erhebliche Veränderungen der Versorgungsstrukturen ermöglicht.

Von Politik und Krankenkassen wird wiederholt die sektorale Trennung von Gesundheitsleistungen als ein wesentlicher Faktor für Ineffizienz und damit Kostensteigerungen im Gesundheitswesen definiert. Auch wenn das GMG von 2004 nicht die radikalen Strukturänderungen hervorgebracht hat, wie zunächst angenommen, kann es heute als ein Schritt in die richtige Richtung beurteilt werden. Aus ökonomischer Sicht muss von jedem Leistungserbringer die Frage beantwortet werden, was bereits heute getan werden kann, um für die Zukunft wettbewerbsfähig zu bleiben.

Als neue Versorgungsform in der vertragsärztlichen Versorgung haben sich seit dem GMG von 2004 insbesondere MVZ etabliert. Nach aktuellen Zahlen der KBV wurden seitdem über 1.000 MVZ bundesweit gegründet. Mehr als 6.500 Ärzte und Ärztinnen haben sich seither dafür entschieden, ihre Patienten gemeinsam „unter dem Dach“ eines MVZ zu versorgen (vgl. Tab. 1).

Die Anzahl der MVZ-Niederlassungen insgesamt⁴ und auch die Anzahl der MVZ, bei denen ein Krankenhaus als Träger beteiligt ist⁵, steigen stetig. Durchschnittlich werden 70 MVZ pro Quartal in Deutschland neu zugelassen.

Rückblickend auf sechs Jahre, in denen MVZ in Deutschland gegründet worden sind, insbesondere durch Krankenhäuser und andere nichtärztliche Leistungserbringer, ist festzustellen, dass dem Erwerb von Zulassungen und der Komposition verschiedener Fachbereiche eine Kernbedeutung bei einer MVZ-Gründung zukommt. Krankenhäuser haben zu Beginn der MVZ-Gründungen in den wenigsten Fällen gezielt eine medizinische Ausrichtung konsequent verfolgt, sondern danach gehandelt, wel-

1 Vom 14.11.2003, BGBl. I, S. 2190.

2 Vom 26.03.2007, BGBl. I, S. 378.

3 Vom 22.12.2006, BGBl. I, S. 3439.

4 1347 MVZ insgesamt (Stand 31.03.2009, Quelle: KBV).

5 485 MVZ in Krankenhausträgerschaft (Stand 31.03.2009, Quelle: KBV).

che Fachbereiche nicht der Bedarfsplanung unterliegen (z. B. Nuklearmedizin, Strahlentherapie, Neurochirurgie) oder welche Ärzte ihre Praxen zu günstigen Konditionen zum Verkauf anbieten. Dies führte zwar zu MVZ-Gründungen, nicht aber mit dem Ziel, über ein „Themen-MVZ“ ein ambulant Kompetenzzentrum in Kooperation mit einer stationären Einheit zu einem bestimmten Indikationsbereich zu gestalten. Das auch durch das VÄndG nicht abgeschaffte Erfordernis der „fachübergreifenden“ Einrichtung nach § 95 Abs. 1 SGB V stellt, unter den Bedingungen der Bedarfsplanung, ein elementares Gründungshindernis dar und erschwert eindeutig sinnvolle Fächerkombinationen und damit die notwendige Fachkompetenz in einem MVZ.

Tabelle 1: Gesamtkennzahlen von MVZ im 4. Quartal 2009 (Quelle: KBV, Medizinische Versorgungszentren – aktueller Entwicklungsstand, 31.12.2009)

Gesamtkennzahlen	
Anzahl der Zulassungen	1.474
Gesamtzahl der im MVZ tätigen Ärzte	7.127
Ärzte in Anstellungsverhältnis	5.793
MVZ-Größe durchschnittlich	Ø 4,9 Ärzte
Vorwiegende Gründer	Vertragsärzte und Krankenhäuser
MVZ in Trägerschaft von Vertragsärzten	49,5 %
MVZ in Trägerschaft eines Krankenhauses	38,1 %
Vorwiegende Rechtsformen	GmbH, GbR, Partnerschaft
Am häufigsten beteiligte Facharztgruppen	Hausärzte und Internisten

Gesundheitspolitisch ist davon auszugehen, dass in den Verhandlungen zwischen Leistungsanbietern und Krankenkassen zukünftig die Pauschalvergütung für den Behandlungsfall im Vordergrund stehen wird. Schon heute hat die Politik fünf chronische Krankheitsbilder identifiziert, die für 80 % der Kosten verantwortlich sind. Hierzu zählen: Brustkrebs, chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen, Asthma bronchiale, Diabetes Mellitus, koronare Herzerkrankungen. Die Versorgung dieser Patienten soll nach dem Wunsch der Krankenkassen möglichst über so genannte Disease-Management-Programme (DMP) nach definierten Leitlinien erfolgen, einerseits um die Qualität der Behandlung zu sichern und andererseits um deren Kosten zu fixieren. In der Planung und den Überlegungen zur strategischen Ausrichtung eines MVZ kommt der Akquisition entsprechender Zulassungen somit eine Hauptbedeutung zu.

MVZ können von jedem Leistungserbringer, der gemäß § 95 Abs. 1 SGB V aufgrund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag an der medizinischen Versorgung der Versicherten teilnimmt, gegründet werden. Gründer eines MVZ dürfen daher abschließend per gesetzlicher Anordnung nur Leistungserbringer im Sinne des vierten Kapitels des SGB V sein. Für alle anderen Akteure im Gesundheitswesen, denen kein Leistungserbringerstatus zukommt, stellt sich daher die Frage, ob und wie sie sich an der Gründung eines MVZ unmittelbar oder mittelbar in rechtlich zulässiger Form beteiligen können. Dies gilt auch für die gesetzlichen Krankenkassen. Kran-

kenkassen können als Kostenträger grundsätzlich kein MVZ gründen. Eine Ausnahme gilt nach § 140 Abs. 1 Satz 2 SGB V nur für den Fall von so genannten Eigeneinrichtungen, die seit dem 01.01.1989 bestehen. Derartige Eigeneinrichtungen genießen Bestandsschutz und können kraft ausdrücklicher gesetzlicher Ermächtigung auch Gründungen von medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Abs. 1 sein.

Aufgrund der Möglichkeit, dass Krankenhäuser Gründer eines MVZ sein und dieses auch langfristig betreiben können, haben zahlreiche stationäre Einrichtungen in der Gründung eines MVZ die ideale Möglichkeit gesehen, ihre stationären Zuweisungen über ein korrespondierendes ambulantes Leistungsangebot sicherzustellen. Mit dieser Zielrichtung können MVZ ein effektives und für Patienten praktisches Modell für eine Koppelung ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung darstellen. Damit werden MVZ die Struktur der ambulanten Versorgung langfristig stärker beeinflussen als jede andere neue Versorgungsform im SGB V.

MVZ firmieren nahezu ausschließlich in Form einer GmbH oder GbR. Vertragsarzt-MVZ werden vornehmlich als GbR gegründet (72,2 %). MVZ in Krankenhausträgerschaft werden vorrangig als GmbH gegründet (81,6 %). Die Gruppe der anderen Rechtsformen umfasst unter anderem Partnerschaftsgesellschaft, gGmbH und GmbH & Co KG. Innerhalb der Gruppe der Krankenhaus-MVZ sind die verschiedenen Träger unterschiedlich stark beteiligt. Bislang wird der größere Teil der MVZ von Krankenhäusern in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft betrieben (44,0 %). Private (27,0 %) und freigemeinnützige Träger (26,0 %) engagieren sich in diesem Bereich mit etwa gleich großen Anteilen (Abb. 1).⁶

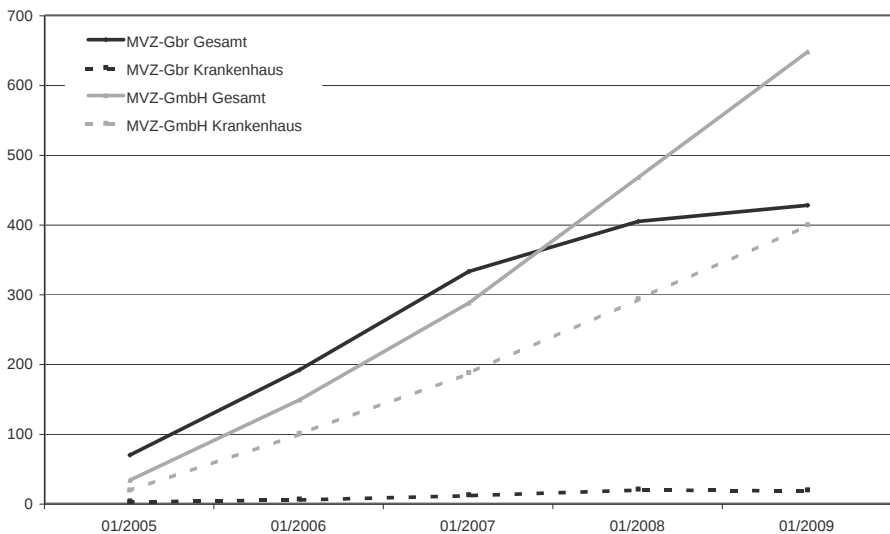


Abbildung 1: Rechtsformwahl bei MVZ (Quelle: KBV, Entwicklung der Medizinischen Versorgungszentren, 2009)

⁶ KBV, MVZ-Survey 2008 – Die strategische Positionierung Medizinischer Versorgungszentren, 2008, 16.

Geht es nach dem Willen der Politik und der Krankenkassen, soll ein Arzt nicht mehr nur Arzt sein, sondern muss neben seiner fachlichen Kompetenz auch noch die betriebswirtschaftliche Seite, Marketing, Management und vieles mehr beherrschen, um sich in einem Wettbewerb der Systeme zukünftig zu behaupten. Viele Bestrebungen sind von der Ärzteschaft wahrgenommen worden, um diesem Bild zu entsprechen. Ärzte schließen sich zu orts- und fachübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften zusammen und nutzen heute die Möglichkeiten, die der Gesetzgeber vorgegeben hat.

Viele Ärzte sehen sich allerdings mit den Herausforderungen zur Neustrukturierung ihrer Berufsausübung überfordert und ziehen daher die Möglichkeit vor, in einem Medizinischen Versorgungszentrum gemeinsam mit anderen Fachrichtungen ihre ärztliche Tätigkeit auszuüben. In einem solchen Zentrum sind durchschnittlich fünf Ärzte tätig. Somit erreicht der gesamte Verwaltungsaufwand einer solchen Einrichtung das Vielfache einer Einzelpraxis. Als mittelständige Unternehmen im Gesundheitsmarkt erfordert die erfolgreiche Führung eines solchen Zentrums eine Vielzahl von Tätigkeiten, mit denen ein niedergelassener Arzt bislang nicht konfrontiert war. Zu nennen sind an dieser Stelle Aufgabenbereiche wie Finanzierungsentscheidungen im Millionenbereich, Controlling, Personalmanagement, Marketing u. ä. Vertragsärzte als Gründer von MVZ werden in solchen Einrichtungen nach wie vor Managementfunktion ausüben. Ärzte, die diesen Bereich abgeben wollen, werden bevorzugt als angestellte Ärzte tätig.

Krankenhäuser und andere nichtärztliche Leistungserbringer als Gründer von MVZ, werden eher auf die Beteiligung von Vertragsärzten als Gesellschafter eines MVZ verzichten und Gründung und Betrieb ausschließlich mit angestellten Ärzten betreiben. Hier stellt das sektoral geprägte Denken und Handeln der Beteiligten nach wie vor eine große Hürde dar, die es verhindert, zu einer erfolgreichen Kooperation zu kommen. MVZ arbeiten überwiegend mit „angestellten Ärzten“ oder aber mit „Vertragsärzten und angestellten Ärzten“. MVZ-Gründer entscheiden sich deutlich weniger dafür, ihr MVZ ausschließlich mit Vertragsärzten zu betreiben (Abb. 2).

Der Trend, dass MVZ ausschließlich mit Vertragsärzten betrieben werden, bewegt sich auf einem stabilen Niveau und zeigt keine Entwicklung. Dies spricht dafür, dass zahlreiche fachübergreifende Gemeinschaftspraxen von ihren Gesellschaftern in ein MVZ umgewandelt wurden. Diese nutzen aber nicht die Möglichkeit der Anstellung von Ärzten. Diese Entwicklung zeigt ab 2007 keinerlei Dynamik. Im Gegensatz dazu zeigt der Betrieb von MVZ ausschließlich mit angestellten Ärzten die stärkste Dynamik. Im Zeitraum Januar 2006 bis Januar 2008 hat sich die Anzahl nahezu versechsfacht. Als Gründer sind in erster Linie Krankenhäuser zu nennen, die diese MVZ überwiegend als GmbH gründen und mit erworbenen Zulassungen abgabewilliger Vertragsärzte füllen.

Im Ergebnis ist festzuhalten, dass durch die Änderungen im Vertragsarztrecht einerseits neue Gestaltungsmöglichkeiten in der vertragsärztlichen Berufsausübung ermöglicht werden, andererseits durch unternehmerisch denkende Leistungserbringer sich der Wettbewerb im ambulanten Sektor weiter verschärfen wird. Die klassische Einzelpraxis gerät daher zunehmend unter wirtschaftlichen Druck und kooperative Versorgungsformen – wie beispielsweise Gemeinschaftspraxen oder MVZ – werden weiter an Gewicht gewinnen. Die durchschnittliche Anzahl der heute in einem MVZ tätigen Ärzte beträgt im Falle des Betriebes durch ein Krankenhaus 4,5 Ärzte, Tendenz steigend.

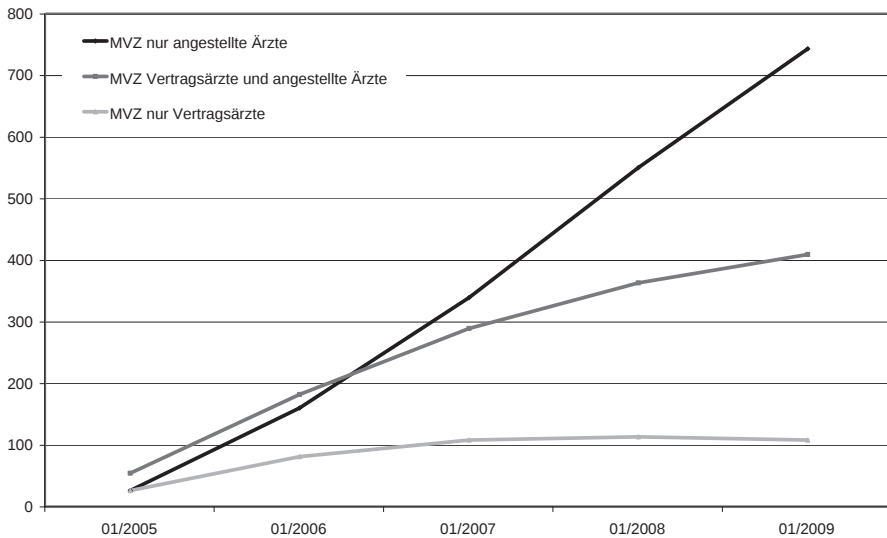


Abbildung 2: Art der ärztlichen Berufsausübung im MVZ (Quelle: KBV, Entwicklung der Medizinischen Versorgungszentren, 2009)

MVZ können von allen Leistungserbringern gegründet werden, die unter § 95 Abs. 1 SGB V subsumiert werden können. Hierzu zählen nach Darstellung der KBV⁷ insbesondere folgende Berufsgruppen und Gesundheitseinrichtungen:

- Vertragsärzte,
- Vertragspsychotherapeuten,
- Einrichtungen nach § 311 SGB V,
- zugelassene Krankenhäuser,
- Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen,
- Heilmittelerbringer,
- Hilfsmittelerbringer,
- Apotheker,
- Leistungserbringer zur Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, mit Soziotherapie und mit sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen gemäß §§ 132a Abs. 2, 132b, 132c Abs. 1 SGB V,
- Vertragszahnärzte,
- ermächtigte Zahnärzte,
- ermächtigte andere Ärzte und Psychotherapeuten,
- ermächtigte Krankenhausärzte,
- ermächtigte Ärzte und Einrichtungen auf der Grundlage der Bundesmantelverträge,

7 Kassenärztliche Bundesvereinigung, Medizinische Versorgungszentren – Sieben Bausteine für die erfolgreiche Gründung und den Betrieb eines MVZ, 2006.

- ermächtigte Hochschulambulanzen, psychiatrische Institutsambulanzen, sozialpädiatrische Zentren und Einrichtungen der Behindertenhilfe gemäß §§ 117, 118, 119 und 119a SGB V.

Wer ein MVZ gründet, wird damit stets „seine“ Interessen verfolgen. Im Falle von Ärzten ist dies die Positionierung in einem Wettbewerb, der zunehmend von konkurrierenden Leistungsangeboten dominiert wird. Im Falle eines Krankenhauses steht im Vordergrund die Auslastung des stationären Sektors, beispielsweise durch Verzahnung über ein MVZ. Das Ziel der Absatzsicherung bedingt allerdings die Expansion einer regionalen Einheit, die Entwicklung einer „Marke“ und die überregionale Etablierung und Steuerung entsprechender Facharztzentren.