

KVBFORUM 03|21

**SONDERAUSGABE
MVZ**



HÖCHSTE ZEIT!

MVZ in Investorenhand – Einzelpraxis vor dem Aus?

- 7 | „PRIVATE INVESTOREN BETREIBEN ROSINENPICKEREI“
- 28 | ÜBERNAHME VON MVZ DURCH PRIVATE-EQUITY-INVESTOREN IN BAYERN
- 31 | FINANZINVESTOREN AUS DEN MVZ HERAUSHALTEN

3 EDITORIAL

- 4 Private-Equity im Gesundheitssystem: Die ethisch-normative Perspektive
- 6 Investorenbetriebene MVZ: Die ökonomischen Aspekte
- 7 „Private Investoren betreiben Rosinenpickerei“
- 8 Das deutsche Gesundheitssystem im Visier der Spekulation
- 10 Dynamische Entwicklung bei MVZ im Bund und in Bayern
- 12 MVZ: Kooperation und Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen?
- 14 Angestellte Ärzte
- 17 Ökonomische Einflüsse auf die Patientensicherheit
- 18 Strukturwandel aufhalten
- 19 Die Konzentration steigt mit der Kapitalintensität
- 20 „Kein wirtschaftlicher Selbstläufer“
- 22 „Fonds kaufen alles, was ihnen vor die Flinte kommt“
- 24 Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung
- 26 Ärztliche Entscheidungen vor Gewinnerwartungen schützen
- 28 Übernahme von MVZ durch Private-Equity-Investoren in Bayern
- 31 Finanzinvestoren aus den MVZ heraushalten

KURZMELDUNGEN

- 47 Praxisnetz in Ochsenfurt gründet MVZ
- 47 IMPRESSUM



Die Rosinenpickerei: Hedgefonds und Co. auf der Suche nach den besten MVZ-Rendite-Schnäppchen



Preise bis zum Fünffachen des Gutachterwerts: Hedgefonds auf Einkaufstour machen auch vor MVZ auf dem Land nicht halt



Im Ochsenfurter Mainärzthehaus ist ein MVZ für Kinderheilkunde entstanden. Träger ist ein Ärztenetz



Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

„Manche Finanzinvestoren verschwenden keinen Gedanken an die Menschen, deren Arbeitsplätze sie vernichten – sie bleiben anonym, haben kein Gesicht, fallen wie Heuschreckenschwärme über Unternehmen her, grasen sie ab und ziehen weiter.“ Mit dieser Aussage sorgte der damalige SPD-Parteivorsitzende Franz Müntefering im Jahr 2005 für Diskussionen. Gemeint hatte er Private-Equity-Gesellschaften, die Unternehmen aufkaufen und diese dann gewinnbringend wieder veräußern. Es war ausgerechnet Münteferings Parteikollegin Ulla Schmidt, die im Jahr 2004 solchen Gesellschaften mit der Einführung von MVZ im GKV-Modernisierungsgesetz den Weg ebnete. Die Auswirkungen spüren Ärzte und Patienten nicht nur in Bayern: Finanzinvestoren zahlen für Arztsitze teilweise so hohe Beträge, dass junge Ärztinnen und Ärzte mit Niederlassungswunsch nicht mithalten können. Als Vorstand der KVB sehen wir in dieser Entwicklung eine große Gefahr für die ambulante Versorgung der Patienten. Wir halten die Bedrohung für so relevant, dass wir diese Ausgabe von KVB FORUM ausschließlich dem Thema MVZ gewidmet haben. Es ist höchste Zeit, gegenzusteuern! Unsere Forderungen an die Politik sind klar definiert:

Schutz der Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen, Gewährleistung der freien Arztwahl, Erhalt eines vertrauensvollen Arzt-Patienten-Verhältnisses, Verhinderung einer wettbewerbsfeindlichen Anbieterdominanz, Stärkung der Freiberuflichkeit.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, helfen Sie mit, dieses Thema gerade auch auf der lokalpolitischen Ebene zu verankern. Informieren Sie Ihre Patienten und nutzen Sie Ihre Kontakte zur Politik. KVB FORUM finden Sie auch im Internet, sodass Sie dieses Sonderheft jedem Interessierten einfach per Link unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Mitglieder-Informationen/KVB FORUM* zusenden können.

Ihr KVB-Vorstand

Dr. med. Krombholz
Vorsitzender des Vorstands

Dr. med. Schmelz
1. Stellv. Vorsitzender des Vorstands

Dr. med. Ritter-Rupp
2. Stellv. Vorsitzende des Vorstands

PRIVATE-EQUITY IM GESUNDHEITSWESEN: DIE ETHISCH-NORMATIVE PERSPEKTIVE

Gesundheit als grundlegendes Gut für die Realisierung individueller Lebenschancen ist ein zentrales Element in der Organisation der Gesellschaft. Gerade weil die Erfahrung von Krankheit in wesentlichen Zügen schicksalhaft ist, gehört es zu den Aufgaben des Staates, gesamtgesellschaftlich für den Einzelnen in existenzieller Krise einzustehen. Ein Gastbeitrag von Prof. Dr. Dr. med. habil. Dr. phil. Dr. theol. h.c. Eckhard Nagel.

Die Struktur des Gesundheitswesens trägt dazu bei, den grundlegenden Auftrag des Staates – das Individuum in existenziellen Krisen zu schützen – in der Lebensrealität zu verankern. Beispielhaft lässt sich dies an der Organisation der ambulanten medizinischen Versorgung in Deutschland aufzeigen. Ein gesetzlicher Sicherstellungsauftrag und die entsprechende Bedarfsplanung sollen ein qualita-

tiv adäquates, in allen Regionen des Landes gleichwertiges und bedarfsdeckendes Versorgungsangebot garantieren. Gleiche Zugangsmöglichkeiten, indikationsspezifische Behandlungsangebote und eine faire Allokation der vorhandenen Ressourcen charakterisieren das Verhältnis von Angebot und Nachfrage. Weitgehende Niederlassungsfreiheit, Therapiefreiheit und die eigenständige Ausgestaltung des Angebots machen die

ärztliche Tätigkeit zu einem Freien Beruf. Dem steht die freie Arztwahl auf der Patientenseite gegenüber.

Die ambulante Versorgung ist traditionell von dieser Art der Verantwortungsverteilung geprägt, die bereits auf der Makroebene der Sozialgesetzgebung angelegt ist und auf der Mesoebene sich bei den Landesärztekammern und den Kassenärztlichen Vereinigungen konkretisiert. **Freiberuflichkeit, Selbstständigkeit und Eigenverantwortlichkeit**, gepaart mit der notwendigen **Qualifikation**, gehören auch auf der Mikroebene – also bei den niedergelassenen Ärzten – zu den wesentlichen Rahmenbedingungen medizinischen Wirkens. Ökonomische Fragen sind in dieser Konstellation sekundär – zumindest auf dem Papier.

In realiter finden sich in den zurückliegenden Jahren immer mehr Investoren, die durch den Kauf, die Restrukturierung und den Wiederverkauf von Einrichtungen der Patientenversorgung Geld verdienen wollen. Da Private-Equity-Gesellschaften von ihrem Geschäftsmodell her mit diesen Investitionen



INVESTORENBETRIEBENE MVZ: DIE ÖKONOMISCHEN ASPEKTE

Inwieweit besteht durch gewinnorientierte Motive von Private-Equity-Gesellschaften die Gefahr, dass medizinische Entscheidungen zusehends von einer renditeorientierten Leistungserbringung beeinflusst werden? Ein Gastbeitrag von Prof. Dr. rer. oec. Volker Ulrich vom Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre III der Universität Bayreuth.



Volker Ulrich ist Inhaber des Lehrstuhls für Volkswirtschaftslehre III, insbesondere Finanzwissenschaft, an der Universität Bayreuth und unter anderem Mitglied des wissenschaftlichen Beirats der KVB.

Medizinische Versorgungszentren (MVZ), die von Kapitalgesellschaften betrieben werden, entwickeln sich zum gesundheitspolitischen Spaltpilz. Kapitalgeber sind in vielen Fällen Private-Equity-Gesellschaften. Die Finanzinvestoren sammeln Geld von Anlegern in zeitlich begrenzten Fonds, um damit Unternehmen zu kaufen und rentabel zu betreiben. Geschäftszweck ist also, die übernommenen Unternehmen möglichst schnell mit möglichst hohem Gewinn wieder zu verkaufen.

Unterstellt wird bei den investorenbetriebenen MVZ eine sachfremde Motivation, das heißt der Investor verfolgt keine medizinischen Interessen, sondern strebt als Geschäftsmodell eine vergleichsweise hohe Rendite an. Aus ökonomischer Sicht gibt es aber kein gutes oder schlechtes Geld im Gesundheitswesen. Größe bringt Vorteile, zum Beispiel

auf dem Beschaffungsmarkt und bei der Personaleinsatzplanung, sodass das Leistungsportfolio optimiert werden kann. Es ist aber richtig, dass die Fonds Arztsitze kaufen, um Rendite zu erwirtschaften und sie nach wenigen Jahren wieder zu hohen Preisen abzustoßen. Allerdings legen Private-Equity-Fonds unter Umständen auch Geld von Versicherungen, Banken und Pensionskassen oder auch von ärztlichen Versorgungswerken gewinnbringend an. Die Fonds besitzen somit auch eine Katalysatorwirkung, um den notwendigen Strukturwandel zu beschleunigen.

Die Spreu vom Weizen trennt daher nicht das Kriterium „kapitalgeführt“, sondern eher, ob es sich um ein langfristiges oder kurzfristiges Engagement handelt und wie sich die Gewinnentnahme gestaltet. Aufgrund der vorwiegend renditeorientierten Motive der Private-Equity-Gesellschaften besteht aus meiner Sicht die eigentliche Gefahr darin, dass medizinische Entscheidungen mehr und mehr zugunsten einer gewinnorientierten Leistungserbringung beeinflusst werden. Auch überzogene Renditeziele sind kritisch zu sehen, da sie dem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem Ressourcen entziehen. Diese Gefahr besteht aber auch bei ärztlich geführten Praxen. Nicht das Entstehen von Marktmacht ist zu

kritisieren, sondern ihr Missbrauch. Gesucht ist daher eine kluge Wettbewerbsordnung, die die Verbesserung der Patientenversorgung sicherstellt. Dazu sind sicherlich auch weitere staatliche Regulierungen erforderlich. Genehmigungen für ein MVZ könnten beispielsweise immer dann abgelehnt werden, wenn dieses eine marktbeherrschende Stellung erlangt. Denkbar sind gesetzliche Vorgaben, mit denen die Mehrheit der Stimmrechte und MVZ-Anteile den dort arbeitenden Ärzten zugesichert würden – als Gegengewicht zu kommerziellen Interessen der Betreiber. Weiterhin könnten MVZ-Filialgründungen regional beschränkt werden, etwa auf einzelne Bundesländer. Um zu verhindern, dass Investoren Krankenhäuser als Vehikel nutzen, um bundesweit MVZ zu gründen, könnten Kliniken MVZ nur im eigenen Umkreis errichten dürfen. Auch die Kassenärztlichen Vereinigungen könnten als MVZ-Gründer zugelassen werden. Weitere Regulierungen könnten Obergrenzen für die Anstellung von Ärzten in einem MVZ festlegen, sowie die Verpflichtung, das gesamte Spektrum eines Fachs abzudecken. Hier ist der Gesetzgeber gefordert, den Rahmen festzulegen, innerhalb dessen Solidarität und Wettbewerb im Gesundheitswesen austariert werden.

Prof. Dr. rer. oec. Volker Ulrich

„PRIVATE INVESTOREN BETREIBEN ROSINENPICKEREI“

Welche medizinischen und ökonomischen Folgen hat es, wenn sich Private-Equity-Gesellschaften im stationären Bereich breitmachen? KVB FORUM sprach dazu mit Professorin Dr. med. Marion Kiechle, Direktorin der Frauenklinik am Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München.

Frau Professorin Kiechle, privaten Investoren wird allgemein eine größere Effizienz-, Innovations- oder Leistungsfähigkeit, beispielsweise gegenüber öffentlichen Trägern, zugesprochen. Bestätigen die Erfahrungen aus dem stationären Bereich diese Annahme?

Hier ist auf jeden Fall Vorsicht angebracht. Auf den ersten Blick können privat geführte Krankenhäuser effizienter wirtschaften. Wer aber genauer hinschaut, erkennt, dass private Investoren regelrechte Rosinenpickerei betreiben. Sie konzentrieren sich auf Behandlungsmethoden, die besonders lukrativ sind. Die öffentlichen Träger sind dann gezwungen, die Behandlungen anzubieten, die privat kontrollierte Häuser sich schlicht „sparen“. Das ist keine faire Arbeitsteilung.

Ist die ärztliche Behandlungsfreiheit in einer von Kapitalgebern geführten medizinischen Einrichtung gleichzusetzen mit der in einer kommunalen oder ärztlich geführten Einrichtung? Wo sehen Sie Zielkonflikte der behandelnden Ärzte?

Die Zielkonflikte liegen auf der Hand. Ich weiß aus Gesprächen mit Kollegen, dass schnell die Daumenschrauben angesetzt werden, wenn Behandlungen sich nicht rechnen.

Wer sich dieser Dynamik widersetzt, riskiert seinen Job. Es besteht noch eine weitere Gefahr – und zwar für die Patienten: Der Fokus auf lukrative, medizinisch oft nicht notwendige Behandlungen birgt immer das Risiko einer Überversorgung.

Inwieweit besteht die Gefahr einer Bildung fachlicher und räumlicher Monopole, wenn Einrichtungen – unter anderem von internationalem Risikokapital – getragen werden?

Die meisten Krankenhäuser in kommunaler Trägerschaft sind weiterhin defizitär. Daher besteht immer die latente Gefahr, dass Stadt- oder Kreisräte der Verlockung nachgeben, ihre Krankenhäuser an potente Investoren zu verkaufen. Sehr kritisch wird es, wenn zusätzlich ambulante, von Private-Equity-Gesellschaften kontrollierte Einrichtungen, als Zulieferer für die eigenen Krankenhäuser dienen. Dies sollte meiner Meinung nach auch in Zukunft klar getrennt sein.

Inwieweit können Private-Equity-Gesellschaften jungen Mediziner den Zugang in die ambulante Versorgung erleichtern?

Selbstverständlich ist die Möglichkeit einer Anstellung beim Berufseinstieg auf den ersten Blick eine



Die ehemalige bayerische Wissenschaftsministerin Marion Kiechle ist unter anderem Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats der KVB.

attraktive Möglichkeit. Dies gilt insbesondere für junge Frauen, die Familie und Beruf unter einen Hut bekommen möchten. Aus meiner Erfahrung heraus ist aber so ein Berufseinstieg über ein MVZ, das von Investoren kontrolliert wird, für junge Mediziner häufig ein Rückschritt. Ich höre immer wieder von Absolventen, die dort nach kurzer Zeit frustriert gekündigt haben, weil sie dort schlicht nichts lernen konnten. Erstens verengt der Fokus auf lukrative Behandlungsmethoden das medizinische Spektrum und zweitens ist Ausbildung ein Kostenfaktor und daran sparen diese Investoren gerne. Hier liegt also die Chance für die öffentlichen Träger und für die freiberuflich niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten, durch interessante Ausbildungs- und Entwicklungsmöglichkeiten für junge Absolventen attraktiv zu sein.

Interview Dr. phil. Axel Heise (KVB)

DAS DEUTSCHE GESUNDHEITSSYSTEM IM VISIER DER SPEKULATION

Seit der globalen Finanzkrise von 2008 nehmen die Aufkäufe von Arztsitzen durch global operierende, renditegesteuerte Kapitalgeber (Private-Equity) in Deutschland zu. Seit Langem hat sich die Gesundheitsbranche an private Investoren im Krankenhaus- und Rehabilitationssektor gewöhnt. Nun aber interessieren sich diese Kapitalgeber verstärkt für den vertragsärztlichen Sektor, kaufen Arztpraxen und gründen, berechtigt durch den Besitz von Kliniken, Medizinische Versorgungszentren (MVZ). Ein Gastkommentar von Univ.-Prof. Dr. med. Peter Kolominsky-Rabas, MBA.

Peter Kolominsky-Rabas ist Direktor des Interdisziplinären Zentrums für Health Technology Assessment und Public Health (IZPH) der FAU Erlangen-Nürnberg und unter anderem Mitglied des wissenschaftlichen Beirats der KVB.

Das Kapital war vorher in anderen Bereichen angelegt, die sich aber als zu krisenanfällig und risikobehaftet erwiesen haben. Die globale Gesundheitswirtschaft hat 2008 die geringsten Einbußen gehabt, da die Gesundheitssysteme meist durch Steuer- oder Beitragszahler finanziert werden – in Deutschland durch das seit 1883 bestehende beitragsfinanzierte Solidarsystem Bismarckscher Prägung. Das Grundprinzip von Angebot und Nachfrage ist hier außer Kraft gesetzt, denn das Bedürfnis nach Gesundheit ist unendlich. Unser bewährtes deutsches Solidarsystem gilt deshalb als „sichere Bank“.

Was bedeutet es aus ärztlicher Sicht, wenn auf diese Weise die langfristige Gesundheitsversorgung in der Fläche in Abhängigkeit von den Zufälligkeiten internationaler Finanzmärkte gerät?

Muss der Patient wissen, wer seinen Arzt bezahlt?

Auf dem Spiel steht einer der wichtigsten Werte in der Arzt-Patienten-



ten-Beziehung: das Vertrauen. Muss nicht in Zeiten des aufgeklärten Patienten dieser informiert werden, dass der Arzt, der ihn gerade behandelt, von einem Finanzinvestor bezahlt wird? Dahinter steht für den Patienten die entscheidende Frage, ob ein medizinischer Eingriff tatsächlich aus medizinisch-fachlichen Erwägungen durchgeführt werden soll oder aus reinen Renditeerwägungen. Dass Renditeerwägungen für Private-Equity eine zentrale Motivation sind, belegt deren gezieltes Vorgehen. Im Visier

dieser Kapitalgeber sind gerade die Fachrichtungen, die zu den rentabelsten zählen: an erster Stelle Zahnmedizin, gefolgt von Labormedizin, Radiologie und Ophthalmologie. Analysen aus dem zahnärztlichen Bereich zeigen, dass dies bereits heute Wirklichkeit ist. Demnach haben die abgerechneten Punktmengen je Fall für konservierend-chirurgische Behandlungen im Zeitraum Januar 2017 bis Juni 2018 bei den Private-Equity-MVZ (121,77 Euro) weit über denen der Einzelpraxen (86,20 Euro) gelegen.

Bei Zahnersatzleistungen lag das Honorar je Fall in den Private-Equity-MVZ (435,99 Euro) ebenfalls deutlich höher als bei Einzelpraxen (290,67 Euro).

Private-Equity-MVZ gefährden medizinische Daseinsvorsorge

Mit diesen lukrativen Leistungsspektren werden überdurchschnittliche Renditen erwirtschaftet, die dem Solidarsystem entzogen werden und in den Steueroasen Guernsey, Jersey, Luxemburg und den Cayman-Islands landen. Dies umso mehr bei einer Ausdünnung des Versorgungsangebots – was sich nicht lohnt, können andere machen. Doch wo sollen Patienten bei anziehender Monopolisierung dann noch bekommen, was sie brauchen? Durch die Konzentration auf die rentablen Versorgungsbereiche und Regionen entstehen „monopolistische Großkonglomerate“ mit abhängig beschäftigten Ärzten, die die flächendeckende medizinische Versorgung und damit die Daseinsvorsorge massiv gefährden. Diese Entwicklung droht noch zusätzlich verschärft zu werden, da die Mehrheit der Bevölkerung in ländlichen Regionen lebt, neue MVZ aber in der Regel in Ballungsgebieten angesiedelt werden, wo die Private-Equity-MVZ größere Umsätze erzielen können. Für die Sicherstellung einer flächendeckenden und wohnortnahen Versorgung – insbesondere in den ländlich strukturierten Regionen – gilt es deshalb, den Bestrebungen der privaten Kapitalgeber und anderen versorgungsfremden Investoren entschieden entgegenzutreten.

Private-Equity-MVZ sind unvereinbar mit Freiberuflichkeit

Die Vertragsärzte üben einen freien Beruf aus. Als Freiberufler erbrin-

gen sie auf der Grundlage besonderer beruflicher Qualifikation persönlich, eigenverantwortlich und fachlich unabhängig ärztliche Dienstleistungen im Interesse ihrer Patienten und zum Wohle der Allgemeinheit. Diese unabhängige Fachlichkeit ist Garant und Rückgrat ihres Berufs. Die Fachlichkeit wird durch das System der Ärztekammern sichergestellt, einer staatlichen Aufsicht bedarf es nicht.

Abhängig beschäftigte Ärzte der Private-Equity-MVZ sind ihren Arbeitgebern und deren Renditeerwartungen verpflichtet. Sie handeln unter dem Primat des Unternehmertums, nicht der unabhängigen Fachlichkeit.

Besitzverhältnisse der Private-Equity-MVZ transparent machen

Heute sind die Besitzverhältnisse bei MVZ weder von Ärztekammern noch von Krankenkassen wirklich erkennbar. Das ist schon gegenüber den Patienten nicht verantwortbar. Sie haben nicht nur ein Recht darauf, zu wissen, wer sie behandelt, sondern auch darauf, in wessen Diensten der behandelnde Arzt steht. Oberstes Gebot ist dabei die Herstellung von Transparenz. Um dem entgegenzutreten, ist es notwendig, ein öffentliches Register einzuführen, das die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden MVZ listet. In diesem MVZ-Register müssten die von Private-Equity-Kapitalgebern geführten MVZ erkennbar sein – samt Angaben zu Beschäftigtenzahlen, Arztsitzen, Versorgungsumfang, Immobilienbesitz, Renditen und Gewinnausschüttungen. Zudem verlangt der Patientenschutz, dass auf Praxisschildern und Praxiswebseiten klar kenntlich gemacht werden muss, wem ein MVZ tatsächlich gehört und vom wem der Arzt bezahlt wird. Ärzte, die wis-

senschaftlich publizieren, sind dazu verpflichtet, ihre potenziellen Interessenskonflikte der Öffentlichkeit zu offenbaren. Warum gilt dies nicht für Ärzte von Private-Equity-MVZ?

Das Trojanische Pferd: Mit dem Kauf einer Klinik im bundesweiten MVZ-Geschäft

Nach den vorliegenden aktuellen Angaben stellen Krankenhäuser noch vor den Vertragsärzten mit einem Anteil von 42 Prozent an der Trägerschaft aller MVZ die größte Gruppe unter den MVZ-Gründungsberechtigten dar. Diese Trägerschaft ist das ungeschützte Einfallstor für Private-Equity-Fonds und andere Investoren. Mit dem Kauf einer vergleichsweise kleinen Klinik wird die bundesweite Berechtigung zur Gründung von MVZ erworben. Es ist deshalb notwendig, dass das Leistungsspektrum einer Klinik-MVZ auf das des Krankenhauses und die Betriebsstätte des MVZ im Einzugsgebiet der Klinik gesetzlich zu beschränken ist.

Die aktuellen Erfahrungen mit der Corona-Impfstrategie sollten uns eine Warnung sein, was es bedeutet, wenn Gesundheitssysteme sich in Abhängigkeit der Gesundheitswirtschaft begeben. Es sind zuletzt die als Monopolisten agierenden Pharmakonzerne, die die Liefermengen, Lieferketten und Liefertermine dominieren und einer von Außen nicht beeinflussbaren Prioritätensetzung folgen. Das beitragsfinanzierte Solidarsystem in Deutschland muss sich vor solchen Abhängigkeiten schützen. Es darf nicht zum Spekulationsobjekt global operierender Kapitalgeber werden.

Univ.-Prof. Dr. med. Peter Kolominsky-Rabas, MBA

DYNAMISCHE ENTWICKLUNG BEI MVZ IM BUND UND IN BAYERN

Im Jahr 2004 wurde mit der Einführung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) das ambulante Versorgungsangebot in Deutschland um eine zusätzliche Facette erweitert. Seither entwickeln sich die Zahlen in diesem Bereich kontinuierlich steil nach oben. Welche Dynamik sich im Bund und Freistaat entwickelt hat, zeigt der folgende Artikel.

Mittlerweile gibt es deutschlandweit bereits über 3.500 MVZ (siehe Abbildung 1). In den Jahren 2012 bis 2015 schien es zwischenzeitlich zu einer gewissen Sättigung zu kommen, aber in Folge verschiedener gesetzgeberischer Maßnahmen (insbesondere das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) im Jahr 2015 veränderte die Rahmenbedingungen für die Zulassung von MVZ substantiell) setzte ab dem Jahr 2016 wieder eine deutliche Zunahme ein.

Ein Vergleich der MVZ-Zahlen aller 17 Kassenärztlichen Vereinigungen in Deutschland zeigt die Situ-

ation in den einzelnen Bundesländern in den Jahren 2018 und 2019 (siehe Abbildung 2). Bayern weist hierbei die mit Abstand höchste Anzahl an MVZ auf (2019: 716; 2018: 628) und liegt auch bei der Anzahl der MVZ-Neugründungen vorne (plus 88 im Vergleich 2019 zu 2018).

Richtet man den Blick in das Innere der MVZ, so zeigt sich ein weiteres interessantes Ergebnis: Die durchschnittliche Praxisgröße der MVZ (gemessen an der Anzahl der Ärzte) entwickelte sich nahezu kontinuierlich von 3,4 auf zirka 6,6 Ärzte bis zum Jahr 2015. Seit 2015 ist diese Größe marginal rückläufig bezie-

hungsweise stagniert in einem Bereich zwischen 6,2 und 6,6 Ärzten (Bund gesamt; siehe Abbildung 3).

Noch differenziertere Einblicke gewähren die eigenen Abrechnungsdaten der KVB. Betrachtet man hier neben dem Anstieg der Anzahl der MVZ [1] zugleich die Situation der herkömmlichen Arztpraxen, lässt sich ein gegenläufiger Trend erkennen: Seit 2010 kommt es zu einem Rückgang der Zahl der Einzelpraxen (EP) und der Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) [2], wie Abbildung 4 zeigt. Dieser gegenläufige Entwicklung – Zunahme von MVZ bei gleichzeitiger Abnahme von EP/BAG – lässt sich

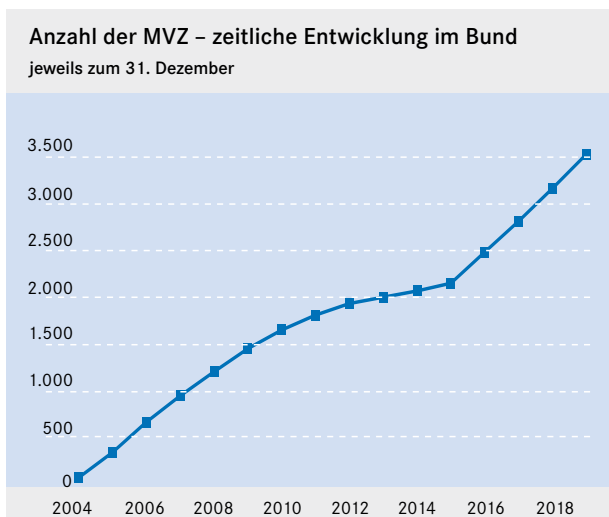


Abbildung 1 Quelle: KVB; eigene Darstellung, Stand: Dezember 2019

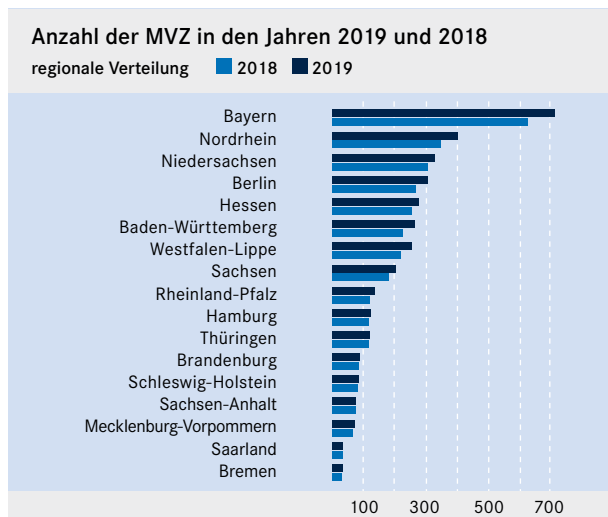


Abbildung 2 Quelle: KVB; eigene Darstellung, Stand: Dezember 2019

auch hinsichtlich der in der jeweiligen Praxisart tätigen Ärzte feststellen (Vollzeit-Äquivalente; ohne Abbildung).

Auch mit den differenzierteren Daten der KVB lohnt sich der Blick in das Innenleben der MVZ und der herkömmlichen Arztpraxen. Hierbei zeigt sich, dass die MVZ in Bayern bei der Praxisanzahl lediglich einen Anteil von fünf Prozent ausmachen, bei der Zahl der beschäftigten Ärzte aber bereits 17 Prozent (Personenzählung) beziehungsweise zwölf Prozent Vollzeit-Äquivalente beziehungsweise „Anrechnungsfaktoren“ [3] und bei dem Anteil des versorgten Behandlungsvolumens 16 Prozent (Anteil Behandlungsfälle und Honorarumsatz; siehe Abbildung 5). Ärztliche und nicht-ärztliche Psychotherapeuten sowie Laborärzte/-gemeinschaften sind hier bei allen Betrachtungen ausgeschlossen. Die Gegenüberstellung der verschiedenen Kennzahlen verdeutlicht, dass die vermeintlich kleine Anzahl an MVZ bereits eine ausgeprägte Stellung in der ambulanten Versorgung in Bayern einnimmt.

Fazit

Medizinische Versorgungszentren

- befinden sich in einem ungebrochenem Aufwärtstrend und verdrängen zunehmend andere Praxisarten (Hypothese)
- sind überproportional häufig in Bayern vertreten
- beschäftigen im Schnitt sechs bis sieben Ärzte
- haben zwar derzeit hinsichtlich der Praxiszahlen (Hauptbetriebsstätte) noch einen vergleichsweise geringen Anteil von fünf Prozent in Bayern, bei der Betrachtung anderer Kennzahlen (Anzahl Ärzte, Behandlungsfälle, Honorarumsatz) aber bereits bedeutsame Anteile von mehr als zehn beziehungsweise 15 Prozent.

*Dr. rer. biol. hum. Martin Tauscher,
Sandra Fett (beide KVB)*

[1] Unter dem Begriff „MVZ“ sind die Praxisarten MVZ sowie überörtliche und KV-übergreifende BAG mit MVZ subsummiert. Diese Definition gilt für jeden KVB-Analysebeitrag in diesem Heft.
 [2] Unter dem Begriff „BAG“ sind die Praxisarten örtliche, überörtliche und KV-übergreifende BAG (ohne MVZ) subsummiert. Diese Definition gilt für jeden KVB-Analysebeitrag in diesem Heft.
 [3] Der sperrige Terminus technicus heißt eigentlich „Bedarfsplanungs-Anrechnungsfaktor“ (AF) und bedeutet eine annähernde Umrechnung der Teilzeit-Arztstellen sowie hängiger Zulassungen in Vollzeit-Äquivalente.

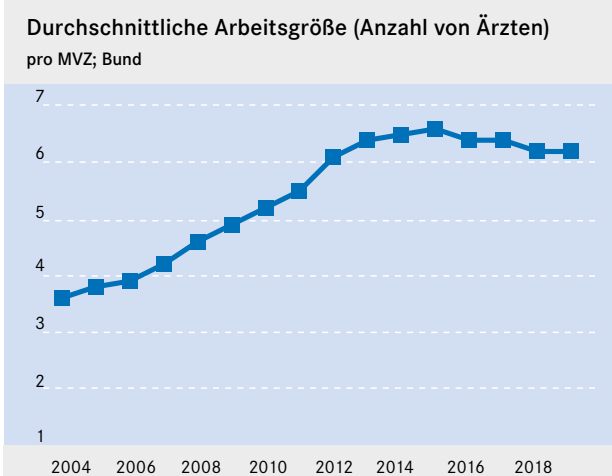


Abbildung 3 Quelle: KVB; eigene Darstellung, Stand: Dezember 2019

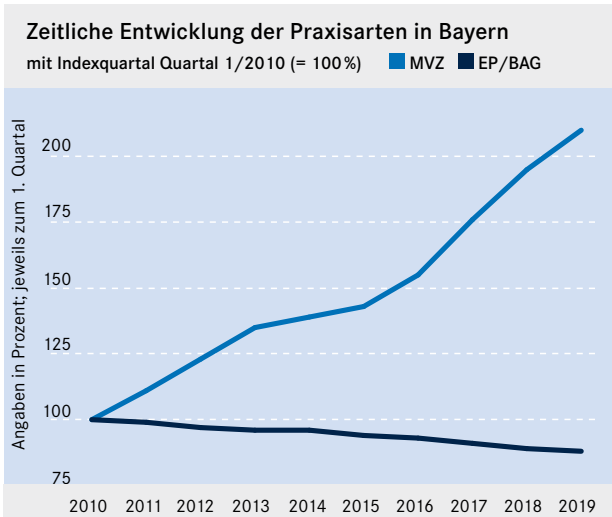


Abbildung 4 Quelle: KVB-Abrechnung; ohne Ermächtigung, Institute, Teil-BAG; Ausschluss ärztliche und nicht-ärztliche Psychotherapeuten

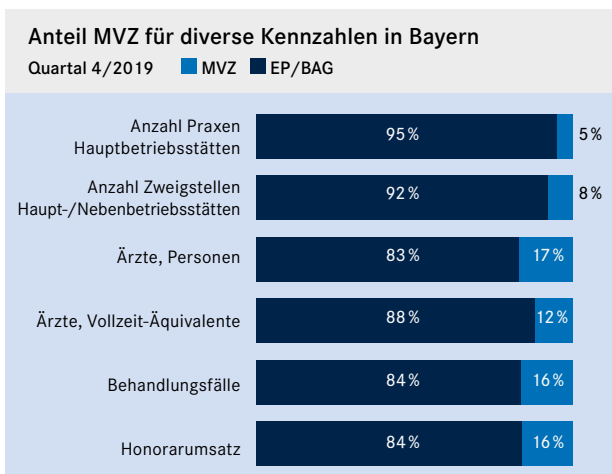


Abbildung 5 Quelle: KVB-Abrechnung; ohne Ermächtigung, Institute, Teil-BAG; Ausschluss ärztliche und nicht-ärztliche Psychotherapeuten, Laborärzte und Laborgemeinschaften

MVZ: KOOPERATION UND ZUSAMMENARBEIT VERSCHIEDENER DISZIPLINEN?

Zum Zeitpunkt der Einführung Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) im Jahr 2004 war die Frage nach Kooperation und Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen noch leicht zu beantworten. Mit der auch heute noch gängigen Lösung, wonach MVZ „(...) für eine patientenorientierte Versorgung aus einer Hand [1]“ stehen, wurde hervorgehoben, dass der Patient sich mit all seinen Erkrankungen in einem MVZ – quasi unter einem Dach – behandeln lassen kann.

Ärzte, die in der Anfangszeit in einem MVZ arbeiteten, mussten mehreren, verschiedenen Fachgruppen angehören, sodass von Kooperation und Interdisziplinarität grundsätzlich auszugehen war. Interessant ist nun die Frage, wie dies heute – rund 15 Jahre später – aussieht und welchen Stellenwert die fachgruppenübergreifende Zusammenarbeit in MVZ aktuell tatsächlich einnimmt? Zur Beantwortung dieser Frage wird anhand der aktuellen Abrech-

nungsdaten der KVB (Stand: Quartal 4/2019) dargestellt, wie viele verschiedene Arztgruppen in einer Praxis vertreten sind. Verglichen werden hierbei die Praxisarten MVZ und herkömmliche Arztpraxen (Einzelpraxen = EP und Berufsausübungsgemeinschaften = BAG).

Das Ergebnis ist, dass mit 34 Prozent etwa jedes dritte MVZ Ärzte ausschließlich einer Facharztgruppe beschäftigt (siehe Abbildung 1). Im Vergleich zu EP/BAG ist dies

zwar ein deutlich geringerer Anteil – doch ist damit eine Kooperation unterschiedlicher Facharztgruppen (im Sinne von „Versorgung aus einer Hand“) offenkundig nicht als ein typisches Merkmal der MVZ auszumachen. Diesen Anspruch dürfte auch ein weiteres Drittel der MVZ, das Ärzte aus zwei verschiedenen Facharztgruppen beschäftigt, nur schwerlich für sich beanspruchen können (häufige Konstellationen sind hier Orthopädie und Chirurgie, Augenärzte und Anästhesisten, fachärztliche Internisten und Hausärzte).

Interdisziplinäre MVZ, in denen Ärzte aus drei und mehr verschiedenen Fachgruppen tätig sind, finden sich lediglich bei rund 30 Prozent der MVZ. Immerhin sind solche Strukturen unter den herkömmlichen Arztpraxen nur sehr selten auszumachen.

Zusammengefasst erfüllt damit nicht einmal jedes dritte MVZ die Voraussetzung, „eine patientenorientierte Versorgung aus einer Hand“ anzubieten. In deutlich ver-

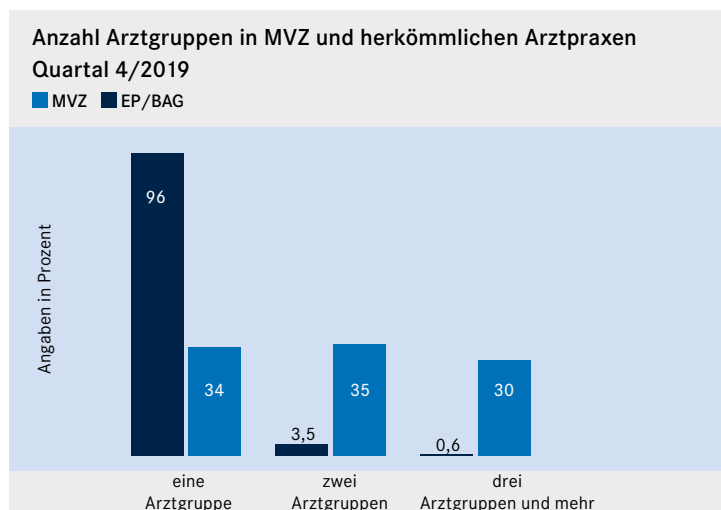


Abbildung 1

Quelle: KVB-Abrechnung; ohne Ermächtigung, Institute, Teil-BAG; ohne ärztliche und nicht-ärztliche Psychotherapeuten und Laborärzte/Laborgemeinschaften (wenn alleinig in Praxis)

[1] Quelle: <https://www.kbv.de/html/mvz.php>

stärktem Ausmaß finden sich dagegen hochspezialisierte MVZ-Strukturen, die auf wenige Leistungen eines einzigen Fachbereichs konzentriert sind. Diese besondere Form von MVZ ist mit der Ein-

führung neuer Regelungen des Versorgungsstärkungsgesetzes (VSG) erst seit 2015 zulässig und nimmt seither zahlenmäßig sehr stark zu. In dem Beitrag von Dr. phil. Christoph Scheuplein (siehe

auch Seite 28) wird herausgearbeitet, dass genau diese Gruppe der MVZ bevorzugt durch Private-Equity-Gesellschaften übernommen und betrieben wird.

DIE EINZELNEN ARZTGRUPPEN IN DEN MVZ: EINE FRAGE DER PERSPEKTIVE

Auf Basis aktueller Abrechnungsdaten der KVB (Stand: Quartal 4/2019) wird untersucht, welche Facharztgruppen in den bayerischen MVZ wie stark vertreten sind. Dabei zeigt sich, dass in MVZ vor allem Hausärzte (in 32 Prozent der MVZ), Chirurgen und Orthopäden (jeweils in etwa 20 Prozent der MVZ) und fachärztliche Internisten (mit verschiedenen Schwerpunkten) vertreten sind (siehe Abbildung 2).

Wechselt man die Perspektive und betrachtet aus Sicht der einzelnen Facharztgruppen, wie viele Praxen dieser Arztgruppe als MVZ tätig sind, so ergibt sich ein komplett anderes Bild (siehe Abbildung 3). So sind nur etwa drei Prozent aller Hausarztpraxen in Form eines MVZ tätig, obwohl in etwa ein Drittel der MVZ ein Hausarzt arbeitet. Umgekehrt beschäftigen nur sieben Prozent der MVZ einen Radiologen, doch ist gleichzeitig ein Drittel der Radiologie-Praxen in Form eines MVZ tätig. Generell finden sich MVZ bei fachärztlichen Arztgruppen deutlich häufiger als bei Haus- und Kinderärzten sowie Psychotherapeuten (Laborgemeinschaften und Laborärzte wurden hier aus allen Betrachtungen ausgeschlossen).

*Dr. rer. biol. hum. Martin Tauscher,
Sandra Fett (beide KVB)*

Anteil der Facharztgruppe innerhalb der MVZ, Quartal 4/2019, Mehrfachzählung

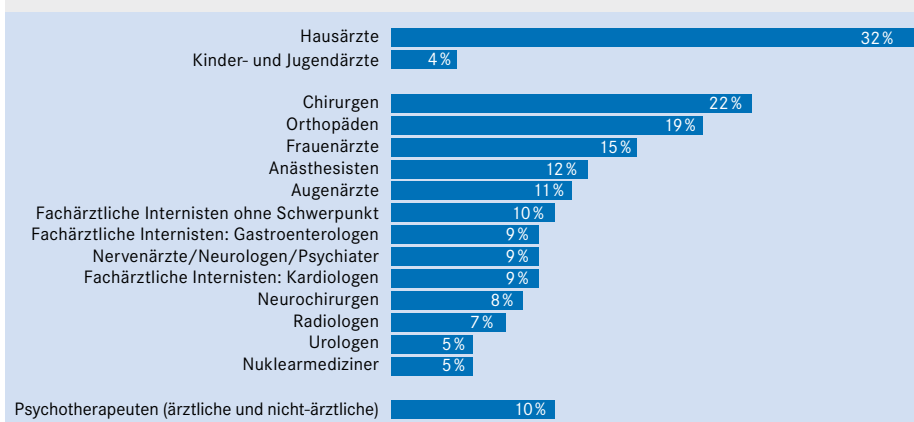


Abbildung 2

Quelle: KVB-Abrechnung; ohne Ermächtigung, Institute, Teil-BAG

Anteil der MVZ an allen Praxen innerhalb der Facharztgruppe, Quartal 4/2019

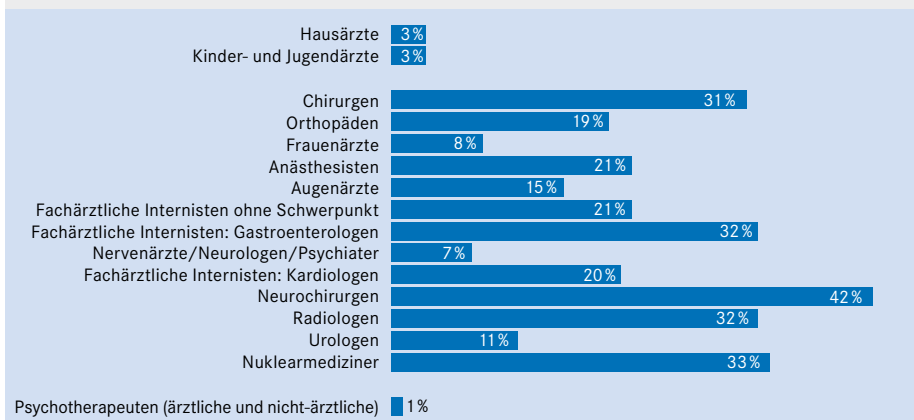


Abbildung 3

Quelle: KVB-Abrechnung; ohne Ermächtigung, Institute, Teil-BAG

ANGESTELLTE ÄRZTE

Mit über 90 Prozent ist die weit überwiegende Mehrheit der in einem MVZ beschäftigten Ärzte in einer Anstellung tätig, Vertragsärzte sind klar in der Minderheit (siehe auch Seite 21). Zwar haben auch Einzelpraxen (EP) und Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) einen relevanten Anteil an angestellten Ärzten, jedoch ungleich weniger als in MVZ. Doch wie hat sich die Anstellung über die letzten Jahre generell entwickelt und welchen Beitrag leisten die MVZ hierzu?

Abbildung 1 zeigt die Entwicklung der Anstellung über den Zeitraum Quartal 1/2010 bis Quartal 1/2019, basierend auf den Abrechnungsdaten der KVB. Es ist ersichtlich, dass das Anstellungsverhältnis in diesem Zeitraum massiv zugenommen hat und Anfang 2019 bereits bei einem Anteil von 25 Prozent lag (unter Herausnahme der Psychotherapeuten und der Labormedizin).

In Abbildung 2 ist für die Gesamtheit der angestellten Ärzte der

Anteil der Ärzte dargestellt, der in einem MVZ tätig ist. Bei den fachärztlichen Gruppen liegt dieser Anteil bei mindestens 50 Prozent, häufig sogar bei zwei Drittel und mehr. Bei den Hausärzten beträgt der Wert 28 Prozent, über die Gesamtheit der angestellten Ärzte liegt er bei 53 Prozent. Das heißt, mehr als die Hälfte der angestellten Ärzte ist in einem MVZ tätig. Setzt man diese Ergebnisse mit den Zahlen der MVZ-Entwicklung in Verbindung (siehe Seite 10), ist die Antwort bezüglich des Beitrags

der MVZ eindeutig: Der Trend zu mehr Anstellungen hängt mit dem Trend zu mehr MVZ zusammen. Dies gilt in besonders hohem Maß für den fachärztlichen Bereich.

Fokussiert man auf die Ärzte, die bei der KVB erstmalig abrechnen (neue Ärzte), wird der Trend zur Anstellung noch deutlicher: Seit dem Jahr 2012 nehmen mehr als die Hälfte der neu hinzukommenden Ärzte ihre Tätigkeit als angestellte Ärzte auf, seit 2015 bereits rund zwei Drittel (siehe Abbildung 3).



**Zwei Drittel
aller neuen
Ärzte kommen
als Angestellte
in die ambulante
Versorgung.**

Heute Anstellung, morgen Zulassung?

Oft hört man in diesem Zusammenhang das Argument: „Aber das sind doch die Ärzte, die am Anfang ihrer Karriere stehen und die dann später in die Zulassung wechseln.“ Aber stimmt das wirklich? Die Analysten der KVB haben sich dieser Fragestellung angenommen und das Ergebnis mittels Kaplan-Meier-Überlebenskurven grafisch dargestellt (siehe Abbildung 4). Dieser Betrachtung zufolge ist die überwiegende Mehrheit der Ärzte, die in einer Anstellung begonnen haben, sowohl nach drei als auch nach fünf Jahren (zwölf beziehungsweise 20 Quartale) noch immer in einem Anstellungsverhältnis. Ganz ähnliche Ergebnisse finden sich auch, wenn man die Situation ausgewählter Facharztgruppen betrachtet. Für die drei Arztgruppen Hausärzte, Frauenärzte und Orthopäden sind die entsprechenden Ergebnisse separat in den Abbildungen 5 bis 7 dargestellt. Zudem zeigt sich bei der getrennten Untersuchung der Praxisarten, dass gerade MVZ ein bedeutsames Gewicht hinsichtlich der Entwicklung der Gesamtzahl der Anstellung haben: Wechselt bei EP/BAG immerhin jeder vierte angestellte „Beginner-Arzt“ nach drei Jahren in die Zulassung (und jeder Dritte nach fünf Jahren), so befinden sich bei MVZ auch nach fünf Jahren noch mehr als 80 Prozent der „Beginner-Ärzte“ in der Anstellung. [1] Zu erwähnen bleibt, dass dieser Auswertung eine maximale Beobachtungsdauer von fünf Jahren zugrunde liegt.

Vielschichtige Ursachen

Über die Gründe für das häufigere Verbleiben von Ärzten in der Anstellung bei MVZ liegen der KVB bislang noch keine belastbaren

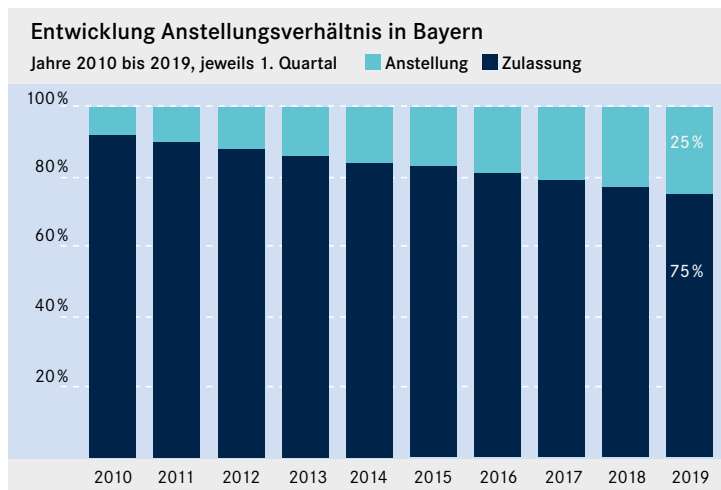


Abbildung 1 Quelle: KVB-Abrechnung; ohne Ermächtigung, Institute, Teil-BAG; Ausschluss ärztliche und nicht-ärztliche Psychotherapeuten, Laborärzte und Laborgemeinschaften

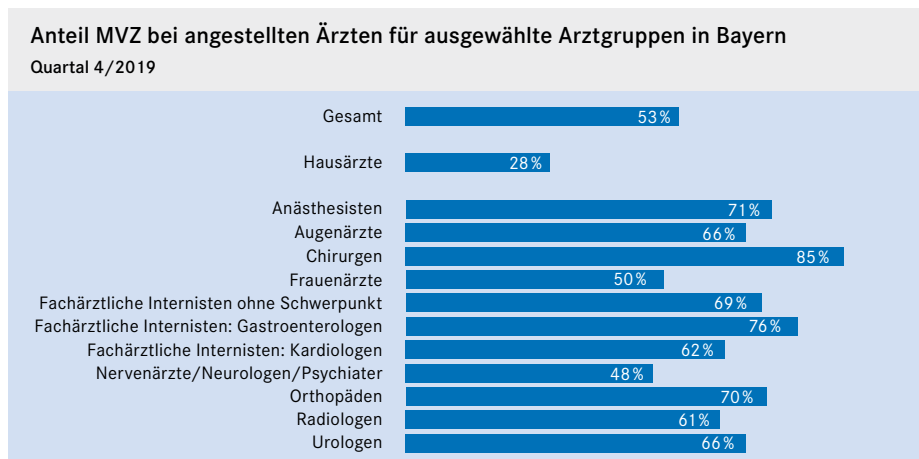


Abbildung 2 Quelle: KVB-Abrechnung; ohne Ermächtigung, Institute, Teil-BAG; Ausschluss ärztliche und nicht-ärztliche Psychotherapeuten, Laborärzte und Laborgemeinschaften

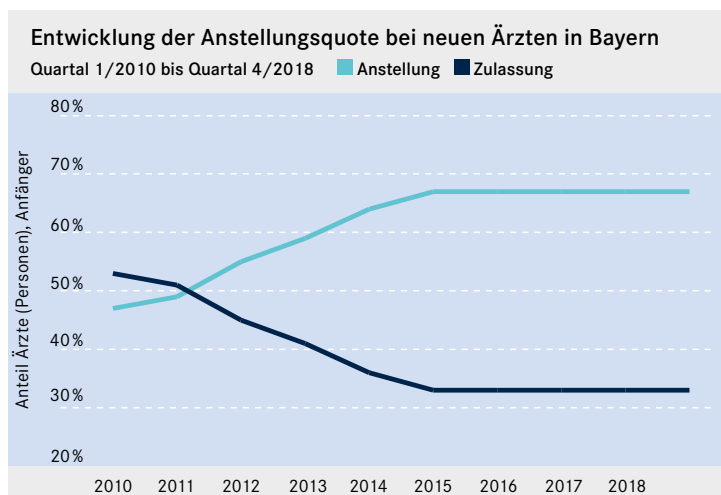


Abbildung 3 Quelle: KVB-Abrechnung; ohne Ermächtigung, Institute, Teil-BAG; Ausschluss ärztliche und nicht-ärztliche Psychotherapeuten, Laborärzte und Laborgemeinschaften

Fakten vor. Aber sicherlich werden hier auch persönliche Wünsche, berufliche Interessen und individuelle Ziele der Ärzte, die in einem MVZ in einem Anstellungsverhältnis beginnen, eine Rolle spielen.

Bislang wurde lediglich eine Seite der Anstellung eingehender betrachtet, nämlich die Situation in der Gruppe der „Beginner-Ärzte“. Es gibt aber auch eine weitere Seite, nämlich den Wechsel eines Vertragsarztes in ein Anstellungsverhältnis. Auf diesen Aspekt wird

an dieser Stelle zwar nicht weiter eingegangen. Es ist aber beabsichtigt, auch hier entsprechende Analysen durchzuführen.

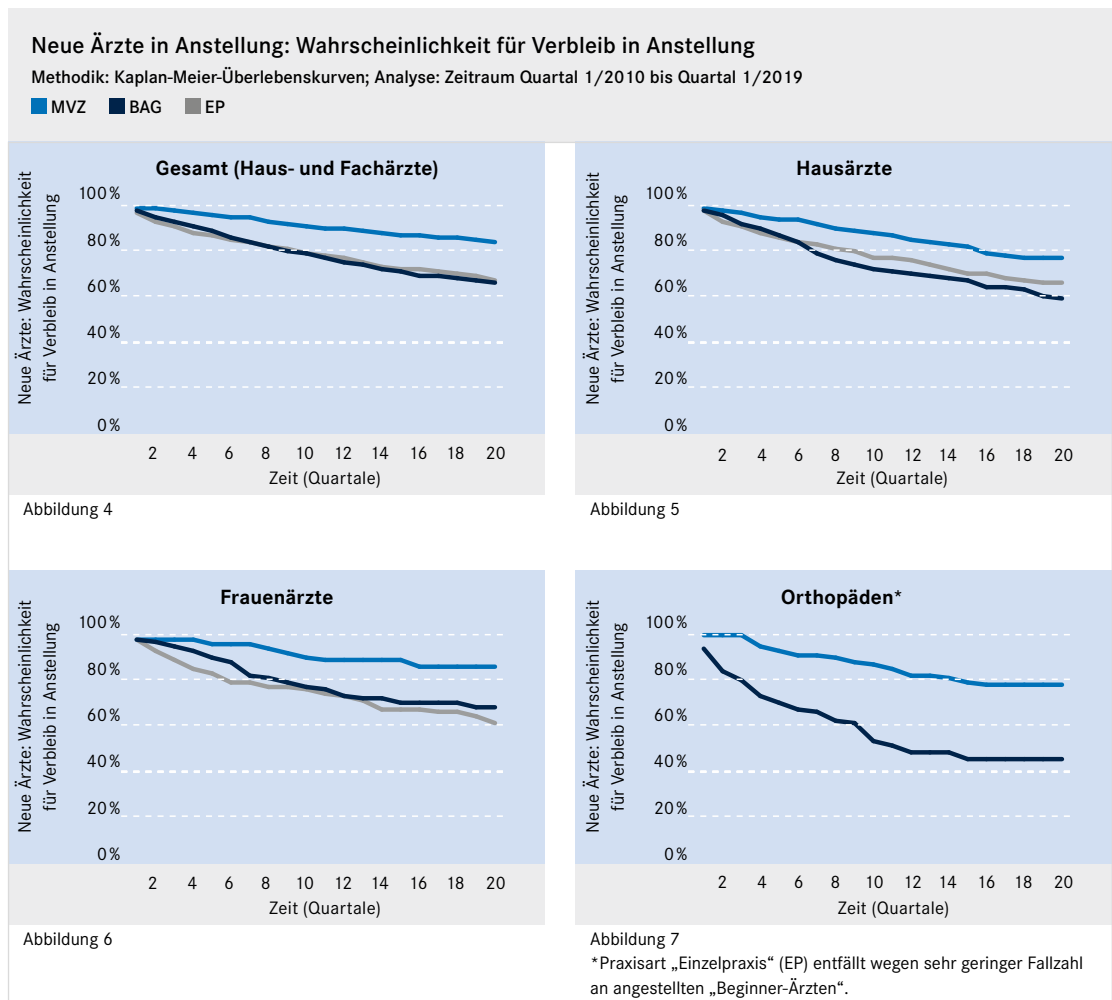
Fazit

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass MVZ mit ihren zahlreichen Anstellungsverhältnissen einen wesentlichen Anteil daran haben, dass in der ambulanten Versorgung immer mehr Ärzte in einer Anstellung tätig sind. Inwieweit diese Entwicklung die Freiberuflichkeit

an sich gefährdet – etwa dadurch, dass das „Angebot“ an Vertragsarztsitzen immer weiter verknappt wird –, kann mit den hier dargelegten Zahlen allerdings nicht beantwortet werden. Hier ist eine genaue Beobachtung der weiteren Entwicklung der MVZ- und Angestellten-Zahlen sowie eine Analyse der dahinter liegenden Gründe nötig.

Sandra Fett,
Dr. rer. biol. hum. Martin Tauscher
(beide KVB)

[1] Die „Anstellungs-Überlebenswahrscheinlichkeiten“ gelten nur für die Ärzte, die eine entsprechend lange Beobachtungsdauer aufweisen.



Quelle: KVB Abrechnung; ohne Ermächtigungen, Institute, Teil-BAG; Ausschluss ärztliche und nicht-ärztliche Psychotherapeuten, Laborärzte und Laborgemeinschaften

ÖKONOMISCHE EINFLÜSSE AUF DIE PATIENTENSICHERHEIT

Patientensicherheit ist ein Wert, der von niemandem angezweifelt wird. Alle möchten während ihrer medizinischen Versorgung vor vermeidbarem Schaden sicher sein. Darunter fällt auch, nicht durch Überversorgung oder Unterlassungen gesundheitliche Verschlechterungen zu erleiden oder kein geeignetes Versorgungsangebot in Anspruch nehmen zu können. Ein Gastkommentar von Dr. rer. pol. Ilona Köster-Steinebach, Geschäftsführerin Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V.



Nehmen die ökonomischen Rahmenbedingungen Einfluss auf die Versorgung und die Sicherheit der Behandelten? Die Wirtschaftswissenschaft gibt hier eine klare Antwort: Ja, denn Anreize wirken! Hier einige Beispiele: Dreh- und Angelpunkt einer sicheren Versorgung im ambulanten Bereich ist die intensive Patientenkommunikation. Sie ist zentral für eine korrekte Anamnese, für viele diagnostische Erkenntnisse, für die Bedarfsgerechtigkeit der Behandlung und die Befähigung der Patienten, sich bestmöglich verhalten zu können, also zum Beispiel Medikamente richtig einnehmen oder Warnzeichen für Krankheitsverschlechterungen kommunizieren zu können. Gute Kommunikation kostet Zeit – und wie viel Zeit für die Behandlung tatsächlich aufgewendet wird, ist wiederum im aktuellen Abrechnungssystem nicht abgebildet. Öko-

nomisch optimal in einem pauschalierten System ist der möglichst kurze Arzt-Patienten-Kontakt – zulasten der Patientensicherheit. Gleiches gilt auch für den Ort der Niederlassung beziehungsweise die Ausrichtung des Leistungsspektrums der Praxis. Damit steht jeder Arzt in jeder einzelnen Behandlungssituation, genauso wie bei der Niederlassung selbst, im Zwiespalt, sich entweder ökonomisch oder fachlich-moralisch korrekt zu verhalten. Das Ergebnis der Abwägung hängt von der Person, aber auch von den institutionellen Rahmenbedingungen ab. Unternehmen kennen keine nicht-monetären Erträge, wie Dankbarkeit der behandelten Patienten oder fachliche Zufriedenheit. Sie steuern mit monetären Kenngrößen also Umsatz und Gewinn, allenfalls noch unter Berücksichtigung von Personalfuktuation – denn die ist teuer. Solange Umsatz und Gewinnmöglichkeit nicht an die Qualität der Patientenversorgung gekoppelt sind, ist es unrealistisch anzunehmen, dass von der Trägerstruktur ambulanter Versorgungsangebote keine Auswirkung auf die Patientensicherheit ausgeht. Mit anderen Worten: Wenn ambulante Versorgung zum Investitionsobjekt wird, sind Risiken für die Patienten-

sicherheit unvermeidlich. Könnte eine Reform der ambulanten Vergütung das Problem lösen? Zweifellos sind Verbesserungen der Anreizsituation notwendig. Es ist mehr Transparenz erforderlich über die Versorgungsqualität. Egal ob Einzel-, Gemeinschaftspraxis oder MVZ: Gute Versorgungsergebnisse und hohe Patientensicherheit müssen enger an die Vergütung gekoppelt werden. Aber auch bei besten Anstrengungen – sind die Probleme auf diesem Weg abschließend lösbar? Beispielsweise setzen mehr Einzelleistungen Anreize zu vermeidbaren Schäden durch Überversorgung, Komplexpauschalen mit vielen optionalen Bestandteilen hingegen zur stillen Rationierung und Vorenthaltung von Leistungen. Was man macht, ist immer auch verkehrt. Deshalb ist es wichtig, einerseits an den Verbesserungen der Rahmenbedingungen hinsichtlich Transparenz und versorgungsorientierter Vergütung zu arbeiten, andererseits aber auch zu vermeiden, dass sich eine Kultur in der ambulanten Versorgung ausbreitet, in der es nur um die monetäre Gewinnmaximierung geht. Sicherheitskultur ist der Schlüssel für sichere Versorgung.

Dr. rer. pol. Ilona Köster-Steinebach

Ilona Köster-Steinebach warnt vor einer Kultur der monetären Gewinnmaximierung in der ambulanten Versorgung.

STRUKTURWANDEL AUFHALTEN

Unruhige Zeiten für Freie Berufe – auch für Zahnärzte. In Brüssel wird zunehmend dem grenzüberschreitenden Wettbewerb im Binnenmarkt gehuldigt. Der Verband Freier Berufe in Bayern (VFB) wirbt deshalb für den Erhalt freiberuflicher Strukturen. Vorreiter ist der oberbayerische Zahnarzt Michael Schwarz, seit 2016 Präsident des VFB. In KVB FORUM beschreibt er, was ihn antreibt.

Michael Schwarz,
Präsident des
VFB, gilt als
Europa-Kenner.
Seit 2004 ist er
Mitglied im EU-
Arbeitskreis der
Bundeszahn-
ärztekammer.

Als Präsident des VFB in Bayern setze ich mich mit meinem Präsidium für den Erhalt freiberuflicher Strukturen ein. Hierzu ist ein lebendiger und dynamischer Markt an idealerweise niedergelassenen, selbstständigen Freiberuflern enorm wichtig. Nur so können wir unsere bewährten kleinteiligen Berufsstrukturen (Selbstverwaltung mit Fachaufsicht, Gebührenordnungen, Berufsordnungen etc.) erhalten und das in uns gesetzte Vertrauen schützen. Die Niederlassung garantiert eigenverantwortliches Handeln zum Wohle unserer Patienten, Mandanten und Kunden sowie ein vertrauensvolles und direktes Arzt-Patienten-Verhältnis. Dies wird ein auf Kostenersparnis und Gewinnmargen orientiertes Private-Equity-MVZ nicht leisten. Die Qualität der Versorgung spielt dabei nur noch eine nachrangige Rolle. Während der niedergelassene (Zahn-)Arzt nach individuellen Lösungen für individuelle, einzigartige Menschen mit gesundheitlichen Problemen und qualitativ hochwertigen, regionalen medizinischen Produkten sucht, wird bei Private-Equity-MVZ zum Zweck der Gewinnmaximierung auf standardisierte Verfahren beziehungsweise auf medizinische Billigprodukte – oftmals aus dem Ausland – zurückgegriffen. Dies erzeugt einen wirtschaftlichen Druck auf die Berufsträger zulasten des Patienten. Die freiberufliche (Zahn-)Arztpraxis

ist eine verlässliche Konstante für die medizinische Versorgung der Bevölkerung – auch und vor allem im ländlichen Raum. Dagegen fressen sich Private-Equity-MVZ in Ballungsräumen fest, gefährden die flächendeckende Versorgung, weil sie sich nicht für die medizinische Behandlung auf dem Land verantwortlich fühlen. Wenn aber die Rendite nicht oder nicht mehr den Erwartungen entspricht, schließen diese Unternehmen. Auf der Strecke bleiben die angestellte (Zahn-)Ärztenschaft und die Mitarbeiter, ganz zu schweigen von den Patienten.

Aber nicht nur die freien Heilberufe stehen im Wettbewerb mit renditeorientierten Großkonzernen, sondern auch viele andere Freie Berufe, wie Rechtsanwälte, Steuerberater, Architekten und Ingenieure. Bei Letzteren vollzieht sich gerade ein besorgniserregender, nachhaltiger Strukturwandel: Das seit jeher geltende Prinzip der Trennung von Planen und Bauen wird durch die zunehmende Beauftragung von Generalunternehmern, die diese Leistungen aus einer Hand anbieten, ausgehöhlt. Dazu tragen auch Entscheidungen der Regierung bei: Beispielsweise führt der Freistaat Bayern bei größeren Kommunen nun eine vorwiegende Vergabe nur noch an Generalunternehmer ein, was die Vergabe an Architektur- und Ingenieurbüros und auch dann



die losweise Vergabe an Handwerker massiv einschränkt. Obwohl der Staat von den kleinen, freiberuflichen Strukturen in wesentlichen Aufgaben bedient wird (Ärzte, Apotheker, Rechtsanwälte, Steuerberater, Architekten, Ingenieure etc.), befördert er auf der anderen Seite, dass Generalunternehmer zunehmend den Markt beherrschen. Das geht in der Regel zulasten der Mitarbeiter, der Materialwirtschaft und langfristig erzeugt das Qualitätseinbußen. Deshalb brauchen wir dringend wieder mehr Vertrauen der Politik in unsere Berufsträger, um einen derartigen Strukturwandel aufzuhalten.

Michael Schwarz, Präsident VFB

DIE KONZENTRATION STEIGT MIT DER KAPITALINTENSITÄT

Birgit Kurz, Geschäftsführerin des Instituts für Freie Berufe an der Uni Erlangen-Nürnberg erklärt im Interview, warum im ambulanten Bereich inzwischen mehr als jeder zweite Absolvent seine berufliche Laufbahn als angestellter Arzt beginnt.

Frau Kurz, ist der freiberuflich tätige Arzt ein Auslaufmodell?

Das kann ich so pauschal nicht beantworten. Vielmehr gilt es, die veränderten Vorstellungen von Arbeit, Beruf und Familie sowie die veränderten Rahmenbedingungen stärker zu berücksichtigen. Klar ist: Die Vorstellungen der Absolventen, Beruf und Familie unter einen Hut zu bringen, ändern sich. Dies gilt nicht nur für junge Ärzte, sondern lässt sich tendenziell auch in anderen Freien Berufen beobachten. Viele Absolventen der „Generation Y“ ziehen die vermeintlich sichere Anstellung der scheinbar unsicheren Freiberuflichkeit vor und das wird sich voraussichtlich auch bei der nachfolgenden „Generation Z“ nicht ändern. Für eine langfristige Einschätzung bräuchten wir aber noch mehr qualifizierte Befragungen des Nachwuchses.

Wieviel Kapitalisierung verträgt die medizinische Versorgung aus Sicht der Freiberuflichkeit? Wie lange lässt sich die Entwicklung aufhalten?

Die Ökonomisierung der Leistungen des medizinischen Personals hat in den vergangenen Jahren zugenommen – sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich. Die Grenze wäre aus meiner Sicht dann erreicht, wenn die Gemeinwohlorientierung der Medizin und das besondere Vertrauensverhältnis

zwischen Arzt und Patient Schaden nehmen und die maximalen Gewinninteressen von Investoren dominieren würden.

Können Sie solche Entwicklungen in anderen Freien Berufen ebenfalls beobachten?

Ja, generell könnte man sagen, dass der Anteil der Angestellten tendenziell zunimmt, während der Anteil der Selbstständigen in vielen Freien Berufen abnimmt. Allerdings ist dieser Trend in der Medizin deutlicher. So ging der Anteil der Selbstständigen im ambulanten medizinischen Bereich zwischen 2015 und 2020 mit 4,3 Prozent drastischer zurück als bei den meisten anderen Freien Berufen. Natürlich ist hier ein Vergleich der verschiedenen Freien Berufe nicht ganz einfach, da die (rechtlichen) Rahmenbedingungen für einen beruflichen Zusammenschluss voneinander abweichen.

Können Sie Unterschiede von Private-Equity-geführten MVZ und der klassischen ambulanten Versorgung, beispielsweise bei den Gesamtkosten, belegen?

Unsere Untersuchungen haben gezeigt, dass die Konzentration der von Kapitalgebern geführten Anbieter medizinischer Versorgungsleistungen mit der Kapitalintensität steigt. Gerade bei ärztlichen Disziplinen, die einen hohen Kapitaleinsatz erfordern, wie Augenheilkunde,

Nephrologie, Onkologie oder Radiologie, hat sich in der Vergangenheit ein schnellerer Anstieg beim Einsatz von Private-Equity bemerkbar gemacht. So gibt es zum Beispiel im Bereich der Augenheilkunde nur noch wenige bayerische MVZ ohne Private-Equity im Hintergrund. Hier fehlt es meiner Meinung nach an entsprechenden Alternativen für Freiberufler, um die hohen Anfangsinvestitionen zu stemmen.

Nimmt die Öffentlichkeit diese Gefahr für das Gesundheitswesen ausreichend wahr?

Prinzipiell fehlt für dieses Thema noch immer das öffentliche Bewusstsein. So wird zum Beispiel seit Jahren über Fallpauschalen im Krankenhaus diskutiert oder über die Angst vor dem Wegfall der wohnortnahen Versorgung. Dass hier – angesichts bestehender Interessenskonflikte – ein möglicherweise größeres Problem für die medizinische Versorgung droht, darauf müssen alle Player des Gesundheitswesens die Politik deutlicher aufmerksam machen. Die Lösung können reformierte rechtliche Rahmenbedingungen sein, neue Wege der Finanzierung der kapitalintensiven ambulanten Patientenversorgung, bei denen die Transparenz – gerade auch hinsichtlich der Abrechnungsmodalitäten, gewährleistet sein sollte. Hier ist die Politik gefragt!

Interview Dr. phil. Axel Heise (KVB)

„KEIN WIRTSCHAFTLICHER SELBSTLÄUFER“

Dr. med. Peter Heinz ist Vorstandsvorsitzender der KV Rheinland-Pfalz. Neben dieser zeitintensiven Tätigkeit ist der Hausarzt auch Betreiber eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) im pfälzischen Gensingen. Über seine Aufgaben und die Möglichkeiten eines von Ärzten geführten MVZ berichtet er im Interview.

Peter Heinz ist Vorstandsvorsitzender der KV Rheinland-Pfalz. Er sagt: „Alles, was Versorgung schafft, ist der KV recht.“



Herr Dr. Heinz, Sie betreiben als Hausarzt selbst ein MVZ. Wie kam es dazu? Welche Art der Gesellschafterstruktur haben Sie gewählt?

Unser MVZ ist eine GmbH und hat nur zwei Gesellschafter: Meine Ehefrau und mich selbst. Wir sind beide Vertragsärzte und waren bei der Übernahme des MVZ aus einer Insolvenz an die Form der GmbH gebunden. Nach Erstellung eines Insolvenzplans haben wir das Unternehmen mit damals sieben Mitarbeitern aus der Insolvenz geführt. Allein diese Tatsache zeigt schon, dass ein MVZ der Grundversorgung kein wirtschaftlicher Selbstläufer ist. Heute beschäftigen wir vierzehn Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in den Fachbereichen Allgemeinmedizin, Augenheilkunde,

Frauenheilkunde und Psychotherapie. Mit den sechzehn medizinischen Fachangestellten stehen also 30 Personen auf der Gehaltsliste.

Wo sehen Sie Vor- und Nachteile dieser Lösung für die beteiligten Ärzte, aber auch für Ihre Patienten?

In Zeiten zunehmenden Ärztemangels erleben wir in unserem MVZ sogar Initiativbewerbungen von Kolleginnen und Kollegen. Diese schätzen die Möglichkeit sehr, Teilzeitmodelle zu realisieren und sich aus dem Modus der Selbstausbeutung herauszubewegen.

Der ganze administrative Ballast fällt für die Angestellten weg, formelle Notwendigkeiten der Geschäftsführung erledigt eine Angestellte als Assistenz der Geschäftsführung. Die ärztliche Arbeit am Patienten steht so im Vordergrund. Das hat für die Patienten den Effekt, dass man sich als Behandler ungeteilt ihrer Problematik widmen kann.

Die freie Arztwahl bleibt aufgrund einer rigiden Terminierung erhalten und einer Selbstbedienungsmentalität der Patienten wird so entgegengewirkt.

Nachteile gibt es demnach also keine?

Natürlich könnte man hier anführen, dass beispielsweise das enge, persönliche Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient nicht mehr in der ursprünglichen Form besteht. Aber die Medizin wird einfach insgesamt immer rationaler und von ökonomischen Bedingungen getrieben. Aus meiner Sicht ist es müßig, hier über Nachteile zu diskutieren, wenn der Nachwuchs in unserer Profession sowieso die Anstellung bevorzugt.

Können Sie die Befürchtung, wonach durch MVZ die Freiberuflichkeit in Gefahr gerät, entkräften?

Das kommt sicher auf die Betreiber an. Ist ein MVZ in ärztlicher Hand, verbietet schon allein die ärztliche Kollegialität eine Bevormundung. Ich sehe die Freiberuflichkeit allein durch ein Angestelltenverhältnis keinesfalls gefährdet. Allerdings kann ich mir mannigfaltige Szenarien vorstellen, in denen durch Handlungsvorgaben vom Arbeitgeber eine freiberufliche Tätigkeit nicht mehr gewährleistet ist. Dies ist aber nicht an die Form eines MVZ gebunden.

Welche Bedeutung hat es für Sie, wer hinter einem MVZ-Konstrukt steht? Also ob beispielsweise Finanzinvestoren aus dem Ausland sich hier ein

Standbein im deutschen Gesundheitswesen zulegen wollen?

Hausärztliche oder grundversorgende MVZ sind für Finanzinvestoren immer noch völlig uninteressant. Man kann mit solchen Strukturen keine akzeptable Rendite erwirtschaften. Vorausgesetzt, man zahlt auskömmliche Gehälter, bleibt von den Einnahmen nichts übrig. Anders ist dies bei speziellen Konstellationen wie operativer Augenheilkunde, Zahnmedizin, Radiologie, Labormedizin oder anderen umsatzstarken Fachbereichen. Hier möchten Finanzinvestoren natürlich gerne Gewinne abschöpfen.

Besteht auf dem Markt der MVZ ausreichend Transparenz, beispielsweise über Geschäftsstrukturen und strategische Ausrichtung?

Einfache Strukturen, wie zum Beispiel die unsrige, sind völlig transparent. Wenn Rendite fließt, wird es dann absichtlich intransparent über nicht überschaubare Beteiligungen gemacht. Ich glaube nicht, dass sich dies über Gesetzgebung wirklich einfangen lässt.

Das klingt aber wenig optimistisch. Gibt es demnach aus Ihrer Sicht kein Mittel, dem Treiben von nicht an Transparenz orientierten Finanzinvestoren im Gesundheitswesen Einhalt zu gebieten?

Es klingt vielleicht ein wenig zynisch: Aber wenn wir die Vergütung so belassen, wie sie jetzt ist, werden die Finanzhaie da gar nicht rangehen, weil die zu erzielbaren Gewinnmargen ihnen zu gering erscheinen. Weniger zynisch ausgedrückt, müssen wir den Wert der ärztlichen Tätigkeit wieder hochfahren. Wenn das MVZ so strukturiert ist, dass keine Gewinne für Dritte erzielt werden, sondern dass die Umsätze

Ärzte im MVZ: Angestellt oder zugelassen? Die Frage ist entschieden!

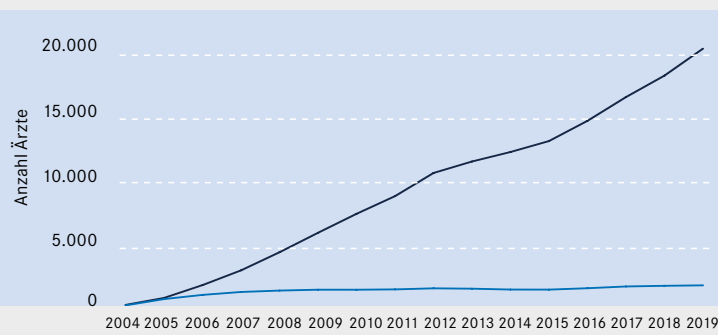
Der ärztliche Teilnahmestatus unterscheidet im Wesentlichen zwischen angestellten Ärzten und Vertragsärzten (auch zugelassene Ärzte genannt) [1]. Fragt man nun nach dem Teilnahmestatus der in MVZ tätigen Ärzte, so ist das Ergebnis eindeutig: 20.212 angestellten Ärzten stehen lediglich 1.675 zugelassene Vertragsärzte gegenüber (Bund; Stand Ende 2019).

Ein Blick in die Entwicklung dieses Verhältnisses zeigt, dass das Bild vor zwölf bis 15 Jahren noch anders aussah (siehe Grafik). In den ersten drei bis vier Jahren der MVZ-Geschichte lag die Zahl der dort tätigen angestellten und zugelassenen Ärzte noch etwa gleichauf. Ab 2007 weist die Zahl der in den MVZ tätigen Vertragsärzte dann kaum Zuwächse auf, während die Anzahl der angestellten Ärzte massiv und ungebrochen zunimmt. Das heißt, die „Schere“ zwischen angestellten und zugelassenen Ärzten im MVZ wird immer größer.

Dr. rer. biol. hum. Martin Tauscher, Sandra Fett (beide KVB)

Vertragsärzte/angestellte Ärzte in allen MVZ; Bund

jeweils zum 31. Dezember ■ Vertragsärzte ■ angestellte Ärzte



Quelle: KVB; eigene Darstellung, Stand: Dezember 2019

komplett in eine angemessene Bezahlung der angestellten Ärzte und Mitarbeiter fließen, dann stellt sich das Problem mangelnder Transparenz eigentlich gar nicht.

Wie lässt sich eine weitere Verbreitung größerer, eher an zentralen Orten angesiedelter Versorgungsstrukturen wie Großpraxen und MVZ mit dem Sicherstellungsauftrag einer Kassenärztlichen Vereinigung vereinbaren? Denn ihnen muss eine flächendeckende ambulante Versorgung ja besonders am Herzen liegen.

Alles, was tatsächlich versorgt, ist der KV recht. Wir brauchen diese Strukturen, weil nur sie die Bedürfnisse der neuen Ärztegeneration abbilden können. Die Einzelpraxis wird künftig zur Ausnahme werden. Für die KVen bedeutet dies, künftig auch häufiger auf Eigeneinrichtungen zu setzen.

Herr Dr. Heinz, vielen Dank für das Gespräch!

Interview Martin Eulitz (KVB)

[1] Ermächtigung sowie weitere seltene Detaillierungen werden hier aus Gründen der Übersichtlichkeit außer Acht gelassen.

„FONDS KAUFEN ALLES, WAS IHNEN VOR DIE FLINTE KOMMT“

Dr. med. Volker Meusel ist Vorsitzender des Beratenden Fachausschusses für angestellte Ärzte bei der KVB. Im Interview mit unserem Magazin spricht der Facharzt für Radiologische Diagnostik und Nuklearmediziner aus Erlangen darüber, was sich für Ärzte und Patienten ändert, wenn ein Hedgefonds ein MVZ übernimmt.

Volker Meusel ist seit 1. Januar 1992 als Facharzt für Radiologische Diagnostik und Nuklearmediziner im Institut für bildgebende Diagnostik & Therapie in Erlangen tätig.



Herr Dr. Meusel, macht es aus Ihrer Sicht einen Unterschied, ob Sie als Teilhaber in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) oder für einen Arzt als persönlich haftender Unternehmer oder sogar – etwas überspitzt ausgedrückt – für einen Hedgefonds-Manager arbeiten?

Selbstverständlich ist es entscheidend, wem ein MVZ gehört. Ganz konkret: Ich bin Teilhaber unseres MVZ und damit auch mitverantwortlich, wie es betrieben wird. Ich muss mich als Arzt also entscheiden: Will ich Mitverantwortung oder will ich mir – ich drücke dies nun ebenfalls etwas überspitzt aus – von einem 30-jährigen Bachelorabsolventen in Betriebswirtschaft sagen lassen, was medizinisch sinnvoll ist und was nicht. Verstehen Sie mich nicht falsch: Auch

wir haben einen Praxismanager. Aber den haben wir uns erstens als Gesellschafter selbst ausgesucht, zweitens sind wir in alle Entscheidungen miteingebunden und drittens ist er ein Glücksgriff.

Welche Bedeutung hat es für angestellte Ärzte, wer hinter einem MVZ-Konstrukt steht? Wissen Sie von Fällen, in denen eine Private-Equity-Gesellschaft die Geschäftsführung übernommen hat?

Wer in einem managergeführten MVZ arbeitet, muss sich deutlich stärker an betriebswirtschaftlichen Zielen orientieren. Kollegen berichten mir, dass sie alle Vierteljahre zu einem Gespräch gebeten werden, in dem sie von der Geschäftsführung anhand betriebswirtschaftlicher Kennzahlen „geimpft“ werden, was sie zu „leisten“ haben. Und noch eine Erfahrung eines Kollegen, die eventuell eine Warnung für andere sein könnte: Zunächst hatte er sich noch gefreut, dass er nach der Übernahme eines MVZ durch einen Fonds deutlich mehr Gehalt bekam. Die Freude währte allerdings nur ein halbes Jahr, dann wurde die Praxis wegen fehlender Kostendeckung geschlossen und er durfte sich einen neuen Arbeitgeber suchen. Im Übrigen zeigen Beispiele in der Umgebung,

dass diese Fonds nach einem Zyklus von fünf Jahren ihre Beteiligungen wieder an andere weiterverkaufen, um „Kasse zu machen“.

Gibt es aus Ihrer Sicht Anzeichen für „Rosinenpickerei“ bei kapitalmarktgetriebenen MVZ – etwa die Konzentration auf finanziell lukrative Behandlungen oder der räumliche Fokus auf Großstädte und das Umland?

Die Frage nach einem ausschließlichen Fokus auf Großstädte kann ich klar verneinen. Diese Fonds kaufen – zumindest in Nordbayern – alles, was sie vor die Flinte bekommen. Hier werden teilweise Preise über dem Fünffachen des Gutachterwerts bezahlt. Das macht den Markt kaputt und nimmt Anbietern wie uns die Möglichkeit, an einem fairen Bieterwettbewerb teilzunehmen. Die Folge ist in der Tat eine „Rosinenpickerei“. So beobachte ich in meinem Fachgebiet, dass die kurative Mammographie und die Nuklearmedizin in managergeführten MVZ aufgrund von mangelnder Rentabilität nicht mehr angeboten werden. Wir führen diese Methoden aus ärztlicher Verantwortung noch durch. Allerdings muss hier in der Bewertung ein Umdenken erfolgen, da die Vergütung tatsächlich nicht kostendeckend ist. Ein erheblicher Faktor ist der



Kampf um Privatpatienten: Auch hier wird von reinen Privatpraxen „Rosinenpickerei“ betrieben.

Drohen den Patienten weitere Nachteile, wenn die Renditeoptimierung die medizinisch beste Lösung in den Hintergrund drängt?

Die Patienten merken dies sehr schnell. Erste Konsequenz: Sie sind heute beim Arzt Dr. X und morgen bei der Ärztin Dr. Y. Ein weiteres Problem ist selbstverständlich, dass nicht lukrative Standorte schnell geschlossen werden. Ich kenne eine Praxis im Nürnberger Umland, für deren Sitz ein Hedgefonds den doppelten, statt des realen Preises gezahlt hat. Nach einem halben Jahr war die Praxis umgesiedelt und die Patienten mussten sich woanders nach einem neuen Arzt umsehen.

Herr Dr. Meusel, vielen Dank für das Gespräch!

Interview Dr. phil. Axel Heise (KVB)

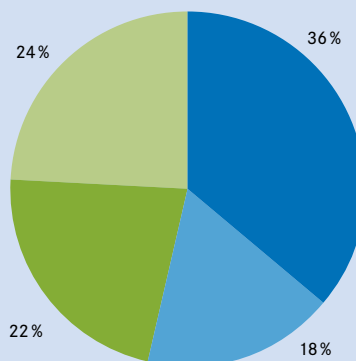
Stadt oder Land – wo siedeln sich MVZ bevorzugt an?

Existieren MVZ auch im ländlichen Umfeld oder siedeln sie sich bevorzugt in Ballungsgebieten mit hoher Einwohnerzahl und bereits hoher Arztdichte an? Eine Auswertung der aktuellen Abrechnungsdaten der KVB (Quartal 4/2019) zeigt, dass mehr als jedes zweite MVZ im (groß-)städtischen Umfeld ansässig ist und damit in einer Region, in der bereits besonders viele – vor allem fachärztliche – Arztpraxen vorhanden sind. Allein in den Großstädten haben 36 Prozent der MVZ ihren Praxissitz, obwohl dort lediglich 23 Prozent der bayerischen Einwohner ihren Wohnsitz haben. Lediglich jedes vierte MVZ gründet sich in einem dünn besiedelten ländlichen Umfeld, das häufig durch eine geringe Arztdichte und weite Wegstrecken der Patienten zu ihrem Arzt gekennzeichnet ist. Vor allem hier wären aber Strukturen, die „eine patientenorientierte Versorgung aus einer Hand“ vorhalten, besonders wertvoll.

Dr. rer. biol. hum. Martin Tauscher, Sandra Fett (beide KVB)

Räumliche Ansiedlung (Kreistyp) der MVZ in Bayern; Quartal 4/2019

■ Kreisfreie Großstädte ■ Städtische Kreise
■ Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen ■ Dünn besiedelte ländliche Kreise



Quelle: KVB Abrechnung

INVESTORENBETRIEBENE MVZ IN DER VERTRAGSZAHN- ÄRZTLICHEN VERSORGUNG

Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) beobachten – ähnlich wie viele Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) – seit 2015 eine starke Zunahme von MVZ in der Trägerschaft von Krankenhäusern, die sich ihrerseits im Eigentum von Finanzinvestoren – meist Private-Equity-Gesellschaften – befinden. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) hat dazu beim IGES-Institut ein Gutachten in Auftrag gegeben. Hier eine Zusammenfassung.

Im ersten Quartal 2020 traf eine Trägerschaft von Private-Equity bei MVZ nach Recherchen der KZBV auf 207 der zu diesem Zeitpunkt bundesweit 1.000 an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden MVZ zu. Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung hat der Gesetzgeber mit dem 2019 in Kraft getretenen Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) bereits reagiert und festgelegt, dass Krankenhäuser als Gründer beziehungsweise Betreiber von zahnärztlichen MVZ in einem Planungsbereich nur noch

bis zu bestimmten Obergrenzen Anteile an der vertragszahnärztlichen Versorgung übernehmen dürfen (Paragraf 95 Absatz 1b SGB V).

Zumindest ein Teil der Private-Equity-Gesellschaften zeichnet sich gemäß eigenem Selbstverständnis durch den Willen und die Fähigkeit aus, die Rentabilität ihrer Übernahmeobjekte kurzfristig zu steigern, um sie nach einer Haltefrist von meist wenigen Jahren wieder zu veräußern. Die Vertragszahnärzte befürchten daher, dass die Verbreitung von MVZ im Eigen-

tum dieser Investoren mit negativen Konsequenzen sowohl für die Versorgung der Bevölkerung als auch für die Bedingungen der Berufsausübung verbunden sind. Die mit dem TSVG getroffenen gesetzlichen Maßnahmen reichen dabei aus Sicht der KZBV nicht aus: Zum einen schränken sie nur den einzelnen Investor ein, begrenzen aber nicht das Vordringen dieses Trägertypus in einem Planungsbereich. Zum anderen sehen sich die KZVen durch die mangelnde Transparenz bezüglich der Eigentumsverhältnisse kaum in der Lage, die Entwicklung zu verfolgen.



Mit Blick auf die weitere gesundheitspolitische Debatte zu diesem Thema hat die KZBV das IGES-Institut mit der Untersuchung insbesondere von zwei Fragestellungen beauftragt. Erstens: Inwieweit trägt die Gründung von investorenbetriebenen Zahn-MVZ (nachfolgend „i-MVZ“) zu einer Stärkung beziehungsweise Sicherung der flächendeckenden und bedarfsgerechten vertragszahnärztlichen Versorgung bei? Zweitens: Hat die Praxisform der i-MVZ im Vergleich zu den „traditionellen“ Praxisfor-

men der Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) Auswirkungen auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der zahnmedizinischen Versorgung? [1]

IGES hat die erste Frage auf Basis von Daten der Versorgungsstrukturstatistik der KZBV, einer von der KZBV durchgeführten Sondererhebung zu MVZ sowie den Bedarfsplanungsdaten der KZVen untersucht. Für die Analyse zum Leistungsgeschehen stellten die KZVen Abrechnungsdaten aus von IGES nach methodischen Gesichtspunkten ausgewählten Planungsbereichen zur Verfügung. Ziel war es, das Leistungsgeschehen in strukturell vergleichbaren Regionen mit und ohne Standorte von MVZ beziehungsweise i-MVZ untersuchen zu können.

Die Analysen zur regionalen Verteilung zeigen eine deutliche Konzentration der i-MVZ auf großstädtische Standorte, die sich durch eine überdurchschnittlich einkommensstarke sowie jüngere Bevölkerung auszeichnen. Ferner handelt es sich in den weitaus meisten Fällen um Planungsbereiche, die einen hohen zahnärztlichen Versorgungsgrad aufweisen. Einzelpraxen und BAG verteilen sich dagegen nahezu proportional zu den jeweiligen Bevölkerungsanteilen. Die nicht von Investoren betriebenen MVZ weisen ebenfalls eine Bevorzugung von großstädtischen Standorten auf.

Die Analysen zum Leistungsgeschehen beziehungsweise Abrechnungsverhalten von i-MVZ im Vergleich insbesondere zu Einzelpraxen in den beiden bedeutsamsten Leistungsbereichen konservierend-chirurgische Leistungen (KCH) und Zahnersatz (ZE) zeigen nahezu durchgängig, dass i-MVZ höhere Umsätze generieren, die im Bereich

Kurzprofil IGES-Institut

IGES ist ein unabhängiges, privatwirtschaftliches Forschungs- und Beratungsinstitut für Infrastrukturfragen. Es wurde 1980 von Wissenschaftlern der Technischen Universität Berlin gegründet. Es beschäftigt mehr als 150 hochqualifizierte Expertinnen und Experten aus nahezu allen akademischen Disziplinen. IGES arbeitet interdisziplinär und themenbezogen in optimal zusammengestellten Projektteams. Das Institut bietet Studien, Gutachten, Publikationen, Evaluationen, Konzepte und Strategien an und hat seit seiner Gründung mehr als 4.000 Forschungs- und Beratungsprojekte für verschiedene Auftraggeber realisiert. IGES befindet sich vollständig im Eigentum von Wissenschaftlern, die selbst im Institut tätig sind. Weitere Informationen unter www.iges.com.

der KCH-Leistungen vor allem aus Mengenausweitungen in fast allen Unterkategorien und im ZE-Bereich aus einer Umsatzausweitung bei den Neuversorgungen resultieren. Auch hier weisen die nicht von Investoren betriebenen MVZ ähnliche Auffälligkeiten auf wie i-MVZ.

Resümierend ist somit festzuhalten, dass MVZ – unabhängig von der Trägerschaft – bisher keinen nennenswerten Beitrag zur Sicherung der zahnärztlichen Versorgung in ländlichen und von Unterversorgung bedrohten Regionen leisten, ein Befund, den der Sachverständigenrat Gesundheit in seinem Gutachten 2018 auch für den vertragsärztlichen Bereich konstatiert hat.[2] Inwieweit die beschriebenen Mengenausweitungen im KCH-Bereich beziehungsweise die stärkere Gewichtung der Neuversorgungen im ZE-Bereich bereits als signifikante Beeinträchtigungen der Qualität und Wirtschaftlichkeit der zahnärztlichen Versorgung zu bewerten sind, muss gegebenenfalls auf einer tiefergehenden Datengrundlage und mit spezifischem zahnmedizinischen Sachverstand untersucht werden. Aktuell wirken sich die höheren Abrechnungsvolumina auf der Systemebene noch nicht spürbar aus, weil der

Versorgungsanteil der (i-)MVZ auf Bundesebene noch gering ist.

Aus Sicht der Gutachter sollten bessere Möglichkeiten geschaffen werden, den potenziellen Einfluss der Verbreitung von zahnärztlichen (i-)MVZ auf Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zeitnah, präzise und mit vertretbarem Aufwand beobachten beziehungsweise analysieren zu können. Vor dem Hintergrund der festgestellten Auffälligkeiten im Leistungs- und Abrechnungsgeschehen und daraus möglicherweise resultierenden Risiken für die Versorgung sollten über das TSVG hinausgehende gesetzliche Maßnahmen geprüft werden.

*Hans-Dieter Nolting,
Dr. rer. pol. Martin Albrecht,
Julia Gerb,
Friederike Haaß, PhD,
Dr. rer. pol. Richard Ochmann
(alle IGES-Institut)*

[1] Haaß FA, Ochmann R, Gerb J, Albrecht M, Nolting H-D (2020). Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung. Entwicklung und Auswirkungen. <https://www.kzbv.de/zahnmedizinische-versorgungszentren.1280.de.html>

[2] Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018). Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Jahresgutachten 2018, RN 622 und 627. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf

„ÄRZTLICHE ENTSCHEIDUNGEN VOR GEWINNERWARTUNGEN SCHÜTZEN“

Franz Knieps als diskussionsfreudig und meinungsstark zu charakterisieren, heißt zu untertreiben. Seit Jahrzehnten setzt der 64-jährige Jurist auf unterschiedlichen Posten im Gesundheitswesen Akzente – nicht immer zur reinen Freude der niedergelassenen Ärzte und deren Organen der Selbstverwaltung. Gleichzeitig bietet seine Offenheit die Möglichkeit, sich mit Ansichten auseinanderzusetzen, die bei vielen Krankenkassen vorherrschen. Im Interview mit KVB FORUM steht der Vorstand des BKK-Dachverbands pointiert Rede und Antwort.

Franz Knieps ist seit 2013 Vorstand des BKK-Dachverbands und war von 2003 bis 2009 Leiter der Abteilung „Gesundheitsversorgung, Krankenversicherung, Pflegeversicherung“ im Bundesgesundheitsministerium.



Herr Knieps, Sie haben die Einführung der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) im Jahr 2003 im Bundesgesundheitsministerium maßgeblich mitgestaltet. Ließen sich die grundsätzlichen Ziele, die damit verbunden waren, aus Ihrer Sicht realisieren?

Aus meiner Sicht wurden mit der Ermöglichung von MVZ wichtige, aber nicht alle Ziele erreicht. Jun-

gen Ärztinnen und Ärzten konnte eine berufliche Perspektive vermittelt werden, ohne dass diese sich mit einem Praxiskauf verschulden und eine Entscheidung für das ganze Leben treffen mussten. Auch wurden zusammen mit weiteren Flexibilisierungen die Möglichkeiten für kooperative Organisations- und Betriebsformen in der ambulanten Versorgung erweitert. Schließlich wurden geeignete Organisationsformen für hochspezialisierte

oder hochtechnisierte Medizin geschaffen. Und nicht zuletzt wurde eine Brücke zur stationären Versorgung geschlagen. Wenig erreicht haben wir aber mit MVZ im ländlichen Raum.

Die Anzahl der MVZ in nicht-ärztlicher Hand steigt ungebremst. Was kann man tun, um zu verhindern, dass ausländische Investoren – wie zum Beispiel Hedgefonds – hierzulande in MVZ investieren, die dann als Handelsobjekt (private equity) funktionieren und nicht primär mit bedarfsgerechter Patientenversorgung zu verbinden sind?

Ich stehe einer Kommerzialisierung des Gesundheitswesens skeptisch bis ablehnend gegenüber. Aber wo und wie ziehe ich die Grenzen? Wäre es schlecht, wenn zum Beispiel die Apobank oder berufständische Versorgungswerke in die ambulante Versorgung investieren würden? Ich kann nicht zwischen gutem und schlechtem Geld unterscheiden. Das ist ja noch in

ganz anderen Bereichen kaum gelingen. Der Vorrang der ärztlichen Ethik und der Bedarfsplanung muss anders als durch die Eigentümerfrage entschieden werden.

Immer wieder gibt es in der politischen Diskussion den Appell, die Finanzierung der MVZ komplett offenzulegen. Wie bewerten Sie diese Forderung?

Ich bin für maximale Transparenz! Jeder einzelne Teilnehmer an der Versorgung sollte offenlegen, mit welchem Geld er arbeitet und welche Rendite er dabei erzielt.

Unser Gesundheitssystem und insbesondere die ambulante Versorgung sind in den Vorgaben des SGB V relativ klar beschrieben. Droht die Gefahr, dass diese Vorgaben ausgehebelt werden und ein vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis Schaden nimmt?

Ob die Vorgaben des SGB V klar sind, wage ich zu bezweifeln. Lesen Sie einmal die Paragraphen 85 ff. SGB V über die ärztliche Vergütung. Wer die versteht, ist Kandidat für die Nobelpreise für Medizin, Wirtschaftswissenschaften und vielleicht sogar Literatur. Aber zum Kern der Frage: Ich sehe derzeit noch keine akute Bedrohung durch die Entwicklung bei den MVZ. Wir sollten aber deutlich machen, welche Akteure wann und wo andere Zwecke als die der Versorgung verfolgen.

Es gibt sicher positive Aspekte in Bezug auf die MVZ. Aber was leisten diese wirklich, um einer Unterversorgung im ambulanten Bereich in ländlichen Gebieten entgegenzuwirken?

Dazu leisten MVZ bisher nicht genug. Ich bin überzeugt, da gäbe es



noch Potenzial, das gemeinsam von Kommunen, Kassenärztlichen Vereinigungen und – ärztenahen – institutionellen, langfristig operierenden Anlegern erschlossen werden könnte.

Können Sie nachvollziehen, dass sich viele niedergelassene Ärztinnen und Ärzte Sorgen machen vor der Konkurrenz durch finanzkräftige Investoren, die durchaus auch im Rahmen von Zulassungsverfahren bevorzugt behandelt werden?

Vor Konkurrenz muss niemand Angst haben, der qualitativ gut und effizient arbeitet. Das gilt jedoch nur, wenn die Wettbewerbsbedingungen fair sind. Es darf keine ungerechtfertigten Vorzugsbehandlungen geben. Hier könnte gesetzlicher Änderungsbedarf bestehen.

Stichwort Freiberuflichkeit. Was sagen Sie zu dem Argument, dass Ärztinnen oder Ärzte in einem von Finanzinvestoren geführten MVZ ganz anderen Zwängen und Vorgaben in Bezug auf die medizinische Diagnostik und Therapie unterworfen sind als ein Arzt in eigener Praxis?

Bitte verschonen Sie mich mit dem Mythos der Freiberuflichkeit. Ich verfüge da über ganz persönliche Erfahrungen meiner verstor-

benen Ehefrau, die in vielen Organisationsformen gearbeitet hat. Ich bin aber für jede Klarstellung – gegebenenfalls auch mit Sanktionierung –, die die ärztliche Unabhängigkeit auch zulasten von Gewinnstreben sichern hilft.

Wie kann man aus Ihrer Sicht die Übernahmen von Praxen durch gewinnmaximierte MVZ verhindern und damit die Chancen von niederlassungswilligen Kolleginnen und Kollegen erhöhen, eine Praxis zu übernehmen und selbstständig als Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis oder auch als MVZ in ärztlicher Eigenverantwortung zu führen?

Wie schon gesagt, bewegen wir uns da rechtlich und politisch auf dünnem Eis. Wir müssen faire Bedingungen gewährleisten und die ärztlichen Entscheidungen vor Gewinnerwartungen schützen. Ich gebe schließlich zu bedenken, dass die Verkäufer von Kassenarztsitzen zumeist Vertragsärzte sind. Gegen diese Art der Kommerzialisierung hat jedoch bisher kaum jemand Einspruch erhoben.

Herr Knieps, vielen Dank für das Gespräch!

Interview Redaktion

ÜBERNAHME VON MVZ DURCH PRIVATE-EQUITY-INVESTOREN IN BAYERN

Private-Equity-Gesellschaften haben in Bayern einen kleinen, aber bereits signifikanten Anteil an Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) erworben. In seiner Analyse zeigt Dr. phil. Christoph Scheuplein vom „Institut Arbeit und Technik“ unter anderem, welche Fachgebiete für die Investoren besonders interessant erscheinen.



Christoph Scheuplein ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am „Institut Arbeit und Technik“ der Westfälischen Hochschule Gelsenkirchen Bocholt Recklinghausen

Medizinische Versorgungszentren werden seit einigen Jahren verstärkt von nicht-ärztlichen Investoren übernommen. Besonders aktiv sind dabei die sogenannten Private-Equity-Gesellschaften. Sie zielen auch auf die fachliche und wirtschaftliche Integration der MVZ zu neuartigen Arztpraxisketten ab, sodass sich neue Strukturen in der ambulanten Patientenversorgung abzeichnen. In diesem Beitrag werden die neuen Akteure vorgestellt und das Aus-

maß der Übernahmen im Gebiet der KVB skizziert. Dabei konnte auf eine Erhebung aller 606 MVZ zurückgegriffen werden, die im ersten Quartal 2020 im Gebiet der KVB aktiv tätig und zugelassen waren.

Die Marktöffnung

Seit mehr als 15 Jahren können MVZ in Deutschland gegründet und indirekt über eine Trägergesellschaft von nicht-ärztlichen Akteuren erworben werden. Seit wenigen Jahren ist ein neuer Akteurstyp in den entstehenden Markt der vertragsärztlichen ambulanten Patientenversorgung in Deutschland eingestiegen: Private-Equity-Gesellschaften, das heißt eine spezielle Form von Investmentgesellschaften. Ihr Geschäftsmodell besteht darin, etablierte Unternehmen zu erwerben („Buyout“) und nach einigen Jahren wieder zu verkaufen. Dabei operieren sie außerhalb regulierter Kapitalmärkte wie zum Beispiel Börsen. Üblicherweise erwerben sie einen hohen Eigentumsanteil, um strikte operative Entscheidungsbefugnisse in den Unternehmen zu erhalten. Ihr Kapital erhalten Private-Equity-Gesellschaften meist über Fonds mit einer zehnjährigen Laufzeit, die als recht-

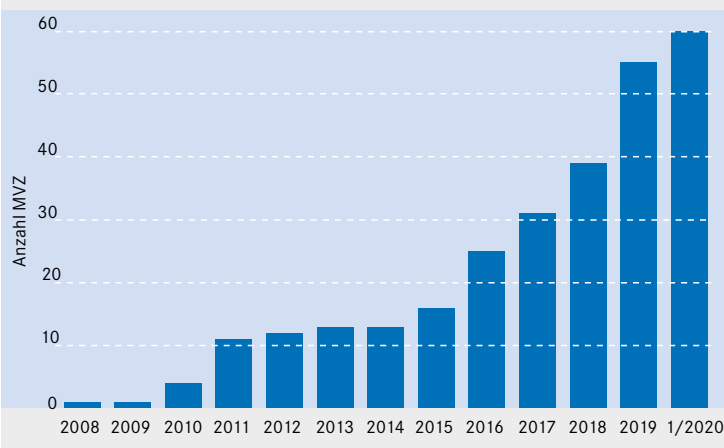
liche Eigentümer der erworbenen Unternehmen fungieren.

Während die regulatorischen Voraussetzungen für einen Markteinstieg der Finanzinvestoren schon lange gegeben waren, liegen die Ursachen für ihre jüngsten Aktivitäten eher in ihrem eigenen Marktumfeld: Zum einen verzeichnen Private-Equity-Fonds seit einigen Jahren einen großen Kapitalzufluss, für den immer weniger geeignete Anlageobjekte vorhanden sind. Deshalb kommen inzwischen auch komplexe Geschäftsfelder mit sehr kleinen Geschäftseinheiten, wie sie etwa der Gesundheitssektor aufweist, als Anlagefeld infrage. Zum anderen hatten Finanzinvestoren in den europäischen Nachbarländern bereits vor Jahren erste Gesundheitsunternehmen übernommen und übertragen diese Konzepte nun auf Deutschland.

Stand der Übernahmen

Rekapituliert man die Entwicklung der aktuell tätigen und durch eine Private-Equity-Gesellschaft übernommenen MVZ, ergibt sich folgende Situation: Im Jahr 2008 wurde ein erstes Medizinisches Versorgungszentrum in Bayern durch

Entwicklung der aktuell in der vertragsärztlichen Patientenversorgung tätigen MVZ in Bayern im Eigentum von Private-Equity-Gesellschaften



Quelle: eigene Erhebung auf der Basis von Daten der KVB; Stand: März 2020

eine Private-Equity-Gesellschaft erworben. Aber erst ab dem Jahr 2016, als ein Sprung auf 25 MVZ zu verzeichnen war, hat sich das Kaufgeschehen beschleunigt. Im ersten Quartal des Jahres 2020 wurde ein Stand von 60 MVZ im Eigentum von Finanzinvestoren erreicht. In der Mehrzahl der Fälle wurde die Versorgungsform des MVZ erst kurz vor dem Verkauf gewählt.

Die 60 MVZ im Eigentum von Private-Equity-Gesellschaften hatten im ersten Quartal 2020 nur einen Anteil zehn Prozent an der Gesamtheit aller 606 MVZ in Bayern. Allerdings betrieben diese Private-Equity-MVZ häufiger mehrere Praxisstandorte, sodass sie auf einen Anteil von 15 Prozent an allen Praxisstandorten kamen. Die Zahl der Beschäftigten in den Private-Equity-MVZ wird hier auf 2.400 ärztliche und nicht-ärztliche Beschäftigte geschätzt. Damit liegt ihr Anteil an allen Beschäftigten in Bayern ebenfalls bei rund 15 Prozent. Insgesamt haben die Finanzinvestoren als Eigentübertyp somit bereits einen relevanten Anteil an der ambulanten Patientenversorgung in Bayern erreicht.

Eigentümergruppen

Private-Equity-Gesellschaften erwerben in Deutschland in der Regel nicht einfach einzelne Arztpraxen, sondern fügen diese zu einer Arztpraxiskette zusammen. Diese sogenannte Buy-and-Build-Strategie wendet Private-Equity auch in vielen anderen Branchen an und schafft damit neue Marktführer. Konkret bedeutet dies, dass alle MVZ als Tochtergesellschaften eines zugelassenen Leistungsträgers – in der Regel eines Krankenhauses – geführt werden. Dieser Träger befindet sich im Eigentum einer Holding-Gesellschaft, der die Arztpraxiskette strategisch und operativ steuert. Die Leistungsträger (das heißt Krankenhäuser) haben fachlich und regional in den meisten Fällen keine Anbindung an die MVZ. In einzelnen Fällen besitzen die Holdings auch zwei oder mehr Leistungsträger.

Ein Vergleich zwischen den Einrichtungen der neuen Private-Equity-Eigentümer mit denjenigen anderer Eigentübertypen sollte daher auf der Ebene dieser „Eigentümergruppen“ geschehen. Durch die Zuordnung aller MVZ in Bayern im

ersten Quartal 2020 zu einem gemeinsamen Eigentümer konnten 364 Eigentümergruppen unterschieden werden. Bei 17 Eigentümergruppen (fünf Prozent) handelt es sich um einen Private-Equity-Eigentümer. Durch ihre wirtschaftliche Größe setzen sich ihre Praxisketten aber von den anderen Eigentümern ab. So zählen sie durchschnittlich 8,7 Praxisstandorte in Bayern, während die nächstgrößere Eigentümergruppe – die anderen privaten Eigentümer – nur 3,6 Praxisstandorte aufweisen. Auch bei der durchschnittlichen Zahl der Beschäftigten liegen die Private-Equity-Eigentümergruppen mit 141 Beschäftigten klar vor den anderen Gruppen, die bei Werten von 28 Beschäftigten (ärztliche Eigentümer) bis 79 Beschäftigten (andere private Eigentümer) liegen. Das strategische Ziel von Größenvorteilen der Praxisketten gegenüber den kleineren Wettbewerbern wird somit bereits realisiert.

Fachliche Schwerpunkte

Die 17 in Bayern aktiven Praxisketten mit Private-Equity-Eigentümern sind in neun verschiedenen fachlichen Schwerpunkten tätig. Aufgrund der wirtschaftlichen Größe von zwei Praxisketten ragt vor allem die Augenheilkunde heraus. Danach folgen die Radiologie, Labormedizin sowie Onkologie/Gastroenterologie. Neu und bislang nur mit einzelnen MVZ in Bayern aktiv sind zwei Praxisketten der Allgemeinmedizin und der Kardiologie. Außerdem besitzen einzelne MVZ von drei Ketten der Zahnmedizin Zulassungen für die vertragsärztliche Versorgung.

Die Private-Equity-MVZ sind fachlich stärker fokussiert als die nicht-Private-Equity-geführten MVZ. Während etwa bei den MVZ mit öffentlich-rechtlichen oder mit

freigemeinnützigen Eigentümern ein fachübergreifendes Angebot für rund 70 Prozent aller MVZ nachvollzogen werden konnte, war dies nur für 23 Prozent der Private-Equity-geführten MVZ der Fall.

Private-Equity-Gesellschaften und Fonds

Bei den Private-Equity-Gesellschaften, die in Bayern Arzt-Praxisketten aufbauen, handelt es sich um eine recht homogene Gruppe:

- Aktiv sind überwiegend Gesellschaften mit großen Fonds, das heißt mehr als einer Milliarde Euro Kapitalvolumen. Diese Akteure sind multisektoral und länderübergreifend tätig.
- Während knapp ein Drittel der Finanzinvestoren ihren Hauptsitz in Deutschland hat, ist die Mehrheit in den europäischen Nachbarländern oder in den USA beheimatet. Die europäischen Finanzinvestoren besitzen die größten Praxisketten mit rund 88 Prozent aller Praxisstandorte in Bayern und betreiben parallele Praxisketten in anderen europäischen Ländern.
- In fast allen Fällen sind zeitlich befristete Fonds die Kapital-

basis, sodass ein Wiederverkauf der Praxisketten in wenigen Jahren absehbar ist.

- Die Fonds haben – unter anderem aus steuerlichen Gründen – ihren rechtlichen Sitz fast vollständig in Offshore-Finanzzentren, das heißt insbesondere auf den beiden Kanalinseln Guernsey und Jersey, in Luxemburg und auf den Kaimaninseln.

Perspektiven

Aktuell ist die Akquisition von Arztpraxen die Haupttätigkeit der Finanzinvestoren. Die wirtschaftliche und arbeitsorganisatorische Integration der MVZ sowie die Außen-darstellung gegenüber den Patienten fällt dagegen sehr unterschiedlich aus. Dies gehört durchaus zum Geschäftsmodell von Private-Equity, da der Schwerpunkt meist auf die Akquisition von Unternehmen gelegt wird und die Einnahmen aus dem Verkauf der Unternehmen häufig den größten Teil der Rendite ausmachen. Die operativen Eingriffe in die wirtschaftliche Tätigkeit werden dagegen den späteren Käufern der Unternehmen überlassen. Bereits acht der in Bayern aktiven Praxisketten haben einen Weiterverkauf durchlaufen, wobei

es sich in allen Fällen um einen weiteren Private-Equity-Eigentümer handelt, der den Akquisitionskurs fortsetzt. Die überwiegende Mehrheit der jetzt aktiven Fonds weist erst eine Laufzeit von zwei bis drei Jahren auf, sodass innerhalb der nächsten drei bis vier Jahre kein Verkauf erfolgen muss (aber kann). Erst danach wird wahrscheinlich absehbar, welche neuen Eigentümer dauerhaft in die ambulante Patientenversorgung in Deutschland einsteigen werden.

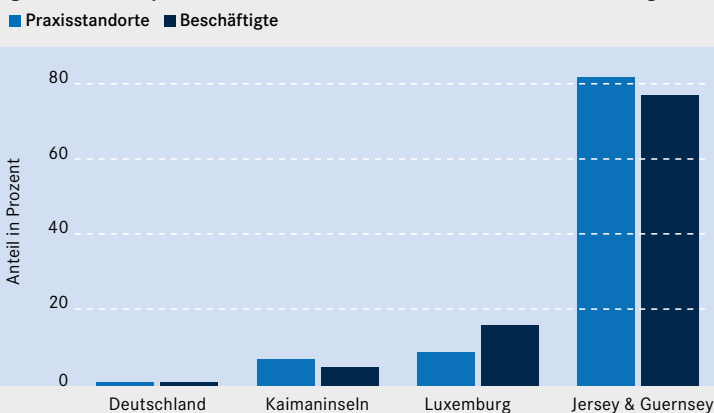
Resümee

Private-Equity-Gesellschaften haben in Bayern einen kleinen, aber bereits signifikanten Anteil an den Medizinischen Versorgungszentren erworben. Dabei entwickelt sich die Zahl der Übernahmen in Bayern dynamisch. Zugleich werden die MVZ in Arztpraxisketten integriert, sodass neuartige und größere Akteure in der ambulanten Patientenversorgung entstehen. Alle Arztpraxisketten besitzen MVZ auch in anderen Bundesländern. Bislang sind die Arztpraxen-Ketten in Bayern vor allem in der Augenheilkunde, Radiologie und Labormedizin präsent. In anderen fachlichen Bereichen ist eine Expansion wahrscheinlich.

Der Einfluss der Coronakrise kann im Rahmen dieses Beitrags noch nicht beurteilt werden. Angesichts der erheblichen Finanzmittel der Private-Equity-Gesellschaften kann jedoch vermutet werden, dass der Aufbau der Praxisketten fortgesetzt wird. In einigen Jahren wird dann ein Verkauf der Praxisketten erfolgen und die ambulante Patientenversorgung wird durch neue Eigentümer geprägt werden.

Dr. phil. Christoph Scheuplein

Rechtlicher Sitz der Fonds von aktuell in Bayern tätigen Private-Equity-geführten Arztpraxisketten nach Praxisstandorten und Beschäftigten



Quelle: eigene Erhebung,
N= 16 Arztpraxisketten; eine Arztpraxiskette mit unbekanntem Standort

FINANZINVESTOREN AUS DEN MVZ HERAUSHALTEN

Finanzinvestoren suchen immer nach neuen Geschäftsfeldern und drängen zunehmend auch auf den deutschen Gesundheitsmarkt. Mit der Einführung des medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) haben sich ihre Möglichkeiten erheblich erweitert. Warum dies so ist, welche Gefahren von investorenbetriebenen MVZ ausgehen können und wie diesen Gefahren mit entsprechenden Gesetzesänderungen begegnet werden kann, soll nachfolgend beleuchtet werden.

I. Die Ausgangslage: Rechtshistorisches und Problembeschreibung

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) wurde im Jahr 2004 neben dem in einer Einzelpraxis beziehungsweise einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) tätigen Vertragsarzt [1] das medizinische Versorgungszentrum (MVZ) als neuer Leistungserbringer in die GKV-Versorgung eingeführt. Bei einem MVZ handelt es sich entsprechend seiner gesetzlichen Definition um eine ärztlich geleitete Einrichtung, in denen Ärzte, die in das Arztregister eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind (§ 95 Absatz 1 Satz 2 SGB V).

Das Interesse an dieser – wie es das Bundessozialgericht (BSG) [2] umschreibt – „besonderen Organisations- und Kooperationsform im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit“ ist nach wie vor groß. Allein im Zeitraum vom 31. Dezember 2015 bis zum 31. Dezember 2019 erhöhte sich die Anzahl der bundesweit zugelassenen MVZ von 2.156 auf 3.539 – eine Steigerung in vier Jahren um gut 60 Prozent! Bayern nimmt (Stand: 31. Dezember 2019) im Ländervergleich mit

716 zugelassenen MVZ die Spitzenposition ein. [3]

Mit dem MVZ hat sich der Gesetzgeber ein Stück weit vom Grundsatz des **personellen Leistungserbringers** gelöst: Galt bislang in der vertragsärztlichen Versorgung das Grundprinzip des persönlich in eigener Praxis tätigen Arztes, hat der Gesetzgeber mit dem MVZ daneben einen **institutionellen Leistungserbringer** geschaffen, der die ärztlichen Leistungen durch bei ihm tätige angestellte Ärzte oder Vertragsärzte oder durch beide zusammen erbringt oder präziser gesagt, erbringen lässt.

Da zudem nach der gesetzgeberischen Grundkonzeption MVZ nicht nur von Vertragsärzten, sondern auch von anderen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung tätigen Leistungserbringern gegründet werden können, ist mit dem MVZ seit seiner Einführung die Gefahr einer Kommerzialisierung der vertragsärztlichen Versorgung verbunden.

So waren nach den bis 2012 geltenden MVZ-Bestimmungen alle Leistungserbringer, die aufgrund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag an der medizinischen Ver-

sorgung der Versicherten teilnehmen, zur Gründung eines MVZ berechtigt (§ 95 Absatz 1 Satz 3 SGB V i.d.F. des GMG). Mithin konnten MVZ beispielsweise auch von zugelassenen Heil- und Hilfsmittelerbringern (wie zum Beispiel Physiotherapeuten oder Sanitätshäusern) gegründet und betrieben werden.

Auf die Inhaberstruktur des Gründers, also die Frage, in wessen Händen sich die Gesellschaftsanteile des gründungsberechtigten Leistungserbringers befinden (zum Beispiel einer „Sanitätshaus-GmbH“), kam es hingegen nicht an. Diese Frage spielt auch nach der derzeitigen Rechtslage keine Rolle. Der Gesetzgeber stellt für die Zulassung eines MVZ neben den allgemeinen Zulassungsvoraussetzungen nur darauf ab, dass der Gründer eines MVZ zu dem gesetzlich vorgegebenen Kreis der gründungsberechtigten Leistungserbringer gehört.

Diese gesetzlichen Rahmenbedingungen sind es, die Finanzinvestoren, wie beispielsweise Private-Equity-Gesellschaften, die Tür zum Bereich der vertragsärztlichen Versorgung einen Spalt breit aufgemacht haben. Die Tür



vollends aufzustoßen, ist angesichts der vorstehend kurz dargestellten Rechtslage relativ einfach: Finanzinvestoren erwerben einen gründerberechtigten Leistungserbringer. Mittels dieses Leistungserbringers gründen dieselben Finanzinvestoren MVZ beziehungsweise übernehmen zugelassene MVZ, die von dem aufgekauften Leistungserbringer bereits betrieben werden. Da die Finanzinvestoren auf diese Weise auch Inhaber der neu zugelassenen beziehungsweise schon betriebenen MVZ werden, ist der Weg frei, diese MVZ als „Vehikel“ zu benutzen, um auch im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung renditeorientierte Kapitalinteressen zu verfolgen und aus der Behandlung gesetzlich Versicherter möglichst hohe Gewinne zu erzielen.

Natürlich sind auch MVZ in ärztlichem Eigenbesitz an der Erzielung von Gewinnen interessiert. Das Streben, den Gewinn eines Unternehmens zu steigern, entspricht unseren allgemeinen marktwirtschaftlichen Prinzipien und ist grundsätzlich auch im Gesundheitswesen legitim. Es stößt aber dann an seine Grenzen, wenn aufgrund einer rein renditeorientierten Mo-

tivation die begründete Gefahr besteht, dass medizinische Entscheidungen von wirtschaftlichen Interessen dominiert werden und zu befürchten ist, dass in erster Linie ökonomische Parameter das ärztliche Handeln bestimmen.

Diese Überlegungen haben offensichtlich auch den Gesetzgeber veranlasst, mit dem zum 1. Januar 2012 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) den Kreis derjenigen Leistungserbringer, die ein MVZ gründen dürfen, einzuschränken. So können seit dem 1. Januar 2012 MVZ nur noch von Vertragsärzten, zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 SGB V oder von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, gegründet werden. [4] Von der Gründung eines MVZ sind somit insbesondere die Heil- und Hilfsmittelerbringer, also auch die beispielhaft genannten Sanitätshäuser ausgeschlossen worden. Im Einzelnen begründet der Gesetzgeber seine Entscheidung überaus plakativ wie folgt:

„Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass medizinische Versorgungszentren besonders in den kapitalintensiven Bereichen, wie der Labormedizin oder der operierenden Augenheilkunde, immer häufiger von Investoren gegründet werden, die keinen fachlichen Bezug zur medizinischen Versorgung haben, sondern allein Kapitalinteressen verfolgen. In den medizinischen Versorgungszentren, die von solchen Investoren gegründet werden, besteht die Gefahr, dass medizinische Entscheidungen von Kapitalinteressen beeinflusst werden. Das mit der Beschränkung der Gründungsberechtigung für medizinische Versorgungszentren auf die an der medizinischen Versorgung der Versicherten teilnehmenden Leistungserbringer verfolgte Ziel, den medizinisch-fachlichen Bezug der Gründer zu gewährleisten ist nicht vollständig erreicht worden, weil Kapitalgeber zum Beispiel durch den Kauf eines Pflegedienstes oder eines Hilfsmittelerbringers die Voraussetzungen zur Gründung von medizinischen Versorgungszentren im gesamten Bundesgebiet erfüllen können. Dadurch stehen in Bereichen wie zum Beispiel der Augenheilkunde teilweise immer weniger Vertragsarzt-



sitze für freiberuflich tätige Ärzte in eigener Praxis zur Verfügung. **Diese Entwicklung birgt Gefahren für die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen von Kapitalinteressen.** Um dem entgegenzuwirken, können künftig medizinische Versorgungszentren nach Satz 1 nur von den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und von nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern gegründet werden. Die Gründungsberechtigung wird dadurch auf Leistungserbringer konzentriert, die bisher den Großteil der ambulanten und stationären ärztlichen Versorgung der Versicherten geleistet haben. (...). Damit werden diejenigen Leistungserbringer ausgeschlossen, über deren Ankauf bisher Investoren ohne fachlichen Bezug zur medizinischen Versorgung die Voraussetzungen für die Gründung von medizinischen Versorgungszentren erfüllt haben. (...).“ [5] (Hervorhebungen durch den Verfasser).

So zutreffend der Gesetzgeber die Gefahr beschrieben hat, die von Finanzinvestoren ausgehen können, die ein MVZ nur als „Mittel zum Zweck“ benutzen, um auch im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung größtmögliche Renditen

zu erzielen, so wenig ist es ihm gelungen, diese Gefahr effektiv einzudämmen. Die Beschränkung des Kreises der MVZ-Gründungsberechtigten ist nur wenig geeignet, Investoren, die in erster Linie ihre Kapitalinteressen im Blick haben, wie insbesondere Private-Equity-Gesellschaften, aus der vertragsärztlichen Versorgung herauszuhalten. Anstelle ein Sanitätshaus zu kaufen, **erwerben diese Investoren nunmehr Krankenhäuser** und können über diesen Weg nach wie vor neue MVZ gründen beziehungsweise bereits zugelassene MVZ übernehmen. Allein bis September 2018 haben – so ist den Recherchen von Rainer Bobsin zu entnehmen – kapitalstarke Finanzinvestoren **23 Krankenhäuser gekauft**, um in den Besitz einer MVZ-Trägersgesellschaft zu gelangen. Von den 23 Krankenhäusern sollen nicht weniger als **15 Häuser an Private-Equity-Gesellschaften** gegangen sein, mit denen diese schätzungsweise an **370 Standorten Ärzte-MVZ** sowie an **50 Standorten Zahnärzte-MVZ** betreiben. [6]

Diese Entwicklung sowie das auffällige Abrechnungsverhalten von investorenbetriebenen **zahnärzt-**

lichen MVZ, die im Bereich der konservierend-chirurgischen Behandlung sowie im Bereich der Zahnersatzleistungen gegenüber Einzelpraxen sowie auch Berufsausübungsgemeinschaften ein deutlich höheres Honorar abgerechnet haben (bei Zahnersatzleistungen betrug der Unterschied zu einer Einzelpraxis sogar mehr als 40 Prozent) [7] hat den Gesetzgeber veranlasst, ein weiteres Mal nachzusteuern.

Mit dem im Mai 2019 in Kraft getretenen **Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)** hat er mit einem eigens in § 95 SGB V neu eingefügten Absatz 1b für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung die **Gründungsberechtigung von Krankenhäusern** dahingehend **eingeschränkt**, dass sämtliche von einem Krankenhaus in einem Planungsbereich betriebenen MVZ insgesamt nur über einen bestimmten Prozentsatz der für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendigen Arztstellen verfügen dürfen (je nach Versorgungsgrad maximal 20, zehn oder fünf Prozent). Aber auch mit dieser Reglementierung kann nicht verhindert werden, dass ein potenter Finanzinvestor in einem Planungsbereich gleich-

wohl eine marktbeherrschende Stellung erlangt. Es ist ihm ja unbenommen, mehrere Krankenhäuser zu erwerben und über diesen Weg sein planungsbereichsbezogenes Arztstellenkontingent zu erhöhen. So ist es auch nachvollziehbar, dass die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) auf eine weitere Einschränkung der MVZ-Gründungsberechtigung von Krankenhäusern drängt. [8]

Auch für den **vertragsärztlichen** Bereich besteht nach wie vor **dringender Handlungsbedarf**. Denn genauso wie bei den Zahnärzten betrügt – ausgehend von den von Bobsin erhobenen Daten – der Anteil investorenbetriebener Ärzte-MVZ an der Gesamtzahl der bundesweit zugelassenen MVZ in etwa zehn Prozent. [9] Und auch in der vertragsärztlichen Versorgung gibt es genauso wie bei den Zahnärzten einzelne Leistungsbereiche, die ein entsprechendes Investment attraktiv erscheinen lassen. So sind investorenbetriebene MVZ insbesondere im Bereich der Augenheilkunde, der Laboratoriumsmedizin und der Radiologie zu verzeichnen.

Aber auch die Onkologie scheint für Finanzinvestoren – wie Presseberichten zu entnehmen ist – von Interesse zu sein. So wird in dem Beitrag **„Wie man sich einen Onkologen kauft“ in der Zeit Online vom 18. Dezember 2019** [10] darüber berichtet, dass ein pharmazeutischer Herstellbetrieb ein Hamburger Krankenhaus erworben und mit diesem Krankenhaus bundesweit 15 MVZ gegründet habe. Dabei habe der betreffende pharmazeutische Herstellbetrieb mit dem Geld internationaler Investmentfonds in ganz Deutschland Onkologen ihre Praxen abgekauft und daraus MVZ gemacht. Wie in der **Medical Tribune** zu lesen ist, die

in dem Artikel **„MVZ wegen Krebstherapie im Fadenkreuz der Ermittler“ vom 17. Januar 2020** [11] über dieselben Geschehnisse berichtet, habe die Staatsanwaltschaft den Vorwurf erhoben, Ärzte durch Gewährung verschiedener Vorteile an sich zu binden, um auf diese Weise zu erreichen, dass die Ärzte Rezepte insbesondere für hochpreisige Krebsmedikamente nur noch über die von den Beschuldigten betriebenen Apotheken und Unternehmen einlösen.

Auch wenn sich die konkret erhobenen Vorwürfe nicht bestätigen sollten, ist dieser Fall ein weiterer Beleg dafür, dass eine Anpassung und Weiterentwicklung der bestehenden MVZ-Regelungen notwendig erscheint. Dabei dürfen sich Gesetzesänderungen nicht nur auf die Gründungsberechtigung beziehungsweise Trägerebene eines MVZ beschränken. Vielmehr sind ausgehend von den gesetzgeberischen Zielsetzungen (Versorgungssicherheit, Verhinderung einer wettbewerbsfeindlichen Anbieterdominanz, Erhalt der Wahlfreiheit der Patienten, ausgewogene und flächendeckende Versorgung sowie Schutz der Freiberuflichkeit) [12] **„sämtliche „Stellschrauben“** in den Blick zu nehmen, die geeignet sind, den möglichen Gefahren, die von investorenbetriebenen MVZ ausgehen können, entgegenzuwirken.

So sind vor allem weitere Maßnahmen zum **Schutz der Integrität ärztlicher Entscheidungen** ins Auge zu fassen. Ärztliche Entscheidungen haben sich am Wohl des Patienten auszurichten, nicht an den in erster Linie renditeorientierten Interessen eines Finanzinvestors. Ein Patient soll nicht befürchten müssen, dass Eingriffe oder Behandlungen nicht aufgrund einer medizinischen Not-

wendigkeit, sondern zur Optimierung der Erlöse des MVZ und der Renditeerwartungen der jeweiligen Investoren erfolgen.

Des Weiteren ist nicht nur mit Blick auf den **Grundsatz der freien Arztwahl** sicherzustellen, dass es nicht zu wettbewerbsfeindlichen Konzentrationsprozessen und zur Bildung großer MVZ-Ketten kommt. Sollten investorenbetriebene MVZ die ärztliche Versorgung in einer Region dominieren, stellt dies auch eine ganz erhebliche **Gefahr für den von den KVen gesetzlich wahrzunehmenden Sicherstellungsauftrag** dar. Man denke nur an den Fall, dass ein Investor – aus welchen unternehmerischen Beweggründen auch immer – sein Engagement in einem Planungsbereich, in dem er in einem Fachgebiet einen nicht unerheblichen Teil der nach der Bedarfsplanung erforderlichen Arztstellen innehat, zurückfährt oder gar beendet und in der Folge die von ihm betriebene MVZ auflöst. In einer solchen Situation trifft dieses Ausfallrisiko in erster Linie die jeweilige KV. Ihr hat der Gesetzgeber die Aufgabe übertragen, die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen. Und dieses Risiko verschärft sich, je mehr Arztstellen in einem Planungsbereich von investorenbetriebenen MVZ gehalten werden. Es kann daher auch schnell dazu kommen, dass bei einem Rückzug eines Finanzinvestors der betroffene Planungsbereich als drohend unterversorgt ausgewiesen werden muss oder sogar in die Unterversorgung „abrutscht“.

Schließlich gilt es, den niederlassungswilligen Arzt, der als Freiberufler eine eigene Vertragsarztpraxis führen möchte, zu schützen. Die **Freiberuflichkeit der niedergelassenen Ärzte** ist – wie es zum Beispiel im Koalitionsvertrag für die 18. Legislaturperiode [13] heißt –

ein unverzichtbares Element für die flächendeckende Versorgung und Garant für die Diagnose- und Therapiefreiheit. Daher darf es weder zu einem Ausverkauf von freiberuflich geführten Arztpraxen kommen, nur weil niederlassungswillige Ärzte im Wettbewerb um die Fortführung einer Vertragsarztpraxis nicht in der Lage sind, mit einem finanzstarken Kapitalunternehmen zu konkurrieren. Noch dürfen MVZ in Auswahlverfahren gegenüber einem niederlassungswilligen Einzelarzt bevorteilt werden, wie dies mit der mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) im Juli 2015 eingeführten sogenannten „Konzeptbewerbung“ der Fall ist.

II. Vorschläge für Gesetzesänderungen

Auf die Gefahren, die von MVZ ausgehen können, insbesondere wenn sie sich in Händen eines Finanzinvestors befinden, wurde seit der

Implementierung des MVZ in das SGB V immer wieder hingewiesen. Daraus abgeleitete Forderungen, die von MVZ nur in Händen von Vertragsärzten über Obergrenzen für angestellte Ärzte bis hin zu einer zeitlichen Begrenzung der Zulassung eines MVZ reichen, sind wiederholt in die politische Diskussion eingebracht worden.

Dass zwischenzeitlich auch das Bundesgesundheitsministerium (BMG) die Notwendigkeit einer Weiterentwicklung der bestehenden MVZ-Regelungen sieht, mag man daran erkennen, dass es im Februar letzten Jahres ein entsprechendes Rechtsgutachten in Auftrag gegeben hat, also zu einem Zeitpunkt als sich schon abzeichnete, dass sich das Infektionsgeschehen im Zusammenhang mit dem SARS-CoV-2-Virus zu einer Pandemie ausweiten könnte. Das Gutachten ist zwischenzeitlich erstellt und seit Dezember 2020 auf der Internetseite des BMG einseh-

bar (im Folgenden als „BMG-Gutachten“ bezeichnet). [14]

Nahezu zeitgleich mit dem „BMG-Gutachten“ hat die KZBV ebenfalls ein Rechtsgutachten erstellen lassen und veröffentlicht (im Folgenden als „KZBV-Gutachten“ bezeichnet). [15] Schwerpunktmäßig beschäftigt sich auch das „KZBV-Gutachten“ – wenn auch beschränkt auf die zahnärztliche Versorgung – mit den Gefahren investorenbetriebener MVZ und schlägt, wie auch das „BMG-Gutachten“, eine Reihe von entsprechenden Gesetzesänderungen vor. Auch dies spricht dafür, dass sich das BMG trotz der enormen Arbeitsbelastung infolge der „Corona-Pandemie“ alsbald wieder dem Thema MVZ annehmen wird.

Dieses sich möglicherweise jetzt öffnende Zeitfenster gilt es zu nutzen und sich neuerlich mit entsprechenden Überlegungen und Lösungsansätzen, wie den Gefah-



ren investorenbetriebener MVZ begegnet werden kann, in den politischen Meinungsbildungsprozess „einzuklinken“. Dabei erscheint es angesichts der Vielzahl von Änderungsvorschlägen sinnvoll, diese nach Regelungszielen zu „clustern“. Ausgehend von den bisherigen gesetzgeberischen Maßnahmen können folgende übergeordnete Zielsetzungen ausgemacht werden:

- Schutz der Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen
- Gewährleistung der freien Arztwahl
- Verhinderung einer wettbewerbsfeindlichen Anbieterdominanz
- Stärkung der Freiberuflichkeit

1. Schutz der Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen

Die Integrität ärztlicher Entscheidungen ist der maßgebliche Garant für eine ausschließlich am Patientenwohl ausgerichtete medizinische Behandlung. Ihr Schutz ist daher von überaus wichtiger Bedeutung.

Hinsichtlich der Frage, wie bei MVZ entsprechende „Schutzmaßnahmen“ aussehen könnten, erscheint es sinnvoll, sich nochmals zu vergegenwärtigen, dass die Gefahr einer Einflussnahme auf die Diagnose- und Therapiefreiheit der in einem MVZ tätigen Ärzte im Wesentlichen daraus resultiert, dass Gesellschafter einer MVZ-Trägergesellschaft auch Nichtärzte sein können, wie beispielsweise zugelassene Krankenhäuser oder Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen.

Zwar fordert das Gesetz, dass ein MVZ über einen ärztlichen Leiter verfügen muss, der – so die Interpretationen in Rechtsprechung und Literatur [16] – gewährleisten

soll, dass die im MVZ tätigen ärztlichen Leistungserbringer bezüglich ihrer Patientenbehandlung keinen Weisungen von Nichtärzten unterworfen sind. Die entsprechenden gesetzlichen Bestimmungen (§ 95 Absatz 1 Sätze 2 bis 4 SGB V) sind aber sehr kurz gefasst und wenig ergiebig. Insbesondere findet sich gerade keine Regelung, die explizit die Funktion des ärztlichen Leiters als „Schutzfilter“ zwischen den im MVZ tätigen Ärzten und den nichtärztlichen MVZ-Gesellschaftern definiert.

Hiervon ausgehend könnte insbesondere durch folgende zwei Gesetzesänderungen der Schutz der Weisungsunabhängigkeit der im MVZ tätigen Ärzte erhöht werden:

Zum einen durch eine Gesetzesänderung, die sicherstellt, dass MVZ künftig nur noch dann gegründet werden dürfen, wenn gewährleistet ist, dass die wesentlichen **unternehmerischen Entscheidungen einer MVZ-Trägergesellschaft in Händen von Vertragsärzten liegen**.

Zum anderen durch eine gesetzliche Bestimmung, die den **Aufgaben- und Verantwortungsbereich des ärztlichen Leiters eines MVZ (weiter) konkretisiert**.

a) MVZ in Händen von Vertragsärzten

Will man den beherrschenden Einfluss von Finanzinvestoren möglichst effektiv eindämmen und verhindern, dass in einem MVZ in erster Linie ökonomische Interessen die Patientenbehandlung dominieren, ist an der **Binnenstruktur der MVZ-Trägergesellschaft** anzusetzen.

Durch entsprechende gesetzliche Vorgaben ist sicherzustellen, dass ein MVZ – unabhängig

von seiner Gesellschaftsform – nur noch dann zulassungsfähig ist, wenn die **Mehrheit der Geschäftsanteile und Stimmrechte der MVZ-Trägergesellschaft in den Händen von Vertragsärzten liegt und das MVZ verantwortlich von Vertragsärzten geführt wird**.

Als Orientierung für eine solche Gesetzesänderung könnten die Vorgaben hinsichtlich der in der Muster-Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte geregelten „Ärztegesellschaft“ (§ 23a M-BO) herangezogen werden. Sie bestimmen für den Fall, dass Ärzte in einer juristischen Person des Privatrechts tätig werden wollen (also zum Beispiel in einer GmbH), die Minimalanforderungen an die Binnenstruktur einer solchen Gesellschaft. Zu diesen gehören insbesondere, dass

- die Mehrheit der Geschäftsanteile und Stimmrechte den Ärzten zustehen,
- Geschäftsführer mehrheitlich Ärzte sein müssen und
- Dritte nicht am Gewinn der Gesellschaft beteiligt sind.

Dieser Lösungsansatz ist im Übrigen auch nicht neu. Er findet sich bereits in dem zwischen der CDU, CSU und FDP für die 17. Legislaturperiode (2009 bis 2013) geschlossenen Koalitionsvertrag. Auch dort wird ausdrücklich Folgendes gefordert:

„Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sollen nur unter bestimmten Voraussetzungen zugelassen werden. Geschäftsanteile können nur von zugelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Krankenhäusern gehalten werden. Wesentlich ist dabei vor allem, dass die Mehrheit der Geschäftsanteile und Stimmrechte Ärztinnen und Ärzten zusteht und

das MVZ von Ärztinnen und Ärzten verantwortlich geführt wird.“ [17] Es kann dahingestellt bleiben, warum diese Forderung aus dem Koalitionsvertrag von den damaligen Regierungsparteien so nicht umgesetzt wurde. Angesichts der gerade in den letzten Jahren zu verzeichnenden starken Zunahme investorenbetriebener MVZ ist dieses Petikum aktueller denn je.

b) Konkretisierung des Aufgaben- und Verantwortungsbereichs des ärztlichen Leiters eines MVZ

Was den Aufgabenbereich des ärztlichen Leiters eines MVZ anbelangt, hat das BSG schon gewisse Vorarbeiten geleistet. So hat es unter anderem festgestellt, dass den ärztlichen Leiter zwar keine fachliche Verantwortung für jede einzelne Behandlungsmaßnahme trifft, wohl aber die Verantwortung für die ärztliche Steuerung der Betriebsabläufe und eine Gesamtverantwortung gegenüber der KV. [18] Diese Festlegungen müssten schon aus Gründen der Rechtssicherheit und Rechtsklarheit in das Gesetz übernommen werden.

Darüber hinaus wäre es aber vor allem notwendig, dass der Gesetzgeber die eigentliche Funktion des ärztlichen Leiters normativ festlegt. Dies bedeutet, dass er klar zum Ausdruck bringen müsste, dass es die vornehmliche Aufgabe des ärztlichen Leiters eines MVZ ist, eine Einflussnahme nichtärztlicher MVZ-Gesellschafter sowie nachgelagerter Inhaber auf medizinische Entscheidungen der im MVZ tätigen Ärzte zu verhindern. Sowohl für den ärztlichen Leiter als auch für den MVZ-Träger muss klar erkennbar sein, dass es sich bei dieser Auf-



gabe wegen ihrer Schutzfunktion der Weisungsunabhängigkeit ärztlicher Berufsausübung um eine überaus wichtige vertragsarztrechtliche Pflicht handelt, deren Verletzung empfindliche disziplinarrechtliche Maßnahmen nach sich ziehen kann.

Schließlich sollte auch die vom BSG dem ärztlichen Leiter zugewiesene „Verantwortung für die ärztliche Steuerung der Betriebsabläufe“ näher konkretisiert werden. So könnte – ohne dabei die Verantwortung des MVZ-Trägers in Frage zu stellen – vom ärztlichen Leiter gefordert werden, dass er gegenüber der KV insbesondere die Einhaltung von Qualitätssicherungsvorgaben, die Wahrnehmung der in der Ärzte-ZV vorgesehenen Sprechstundenzeiten, die Teilnahme des MVZ am organisierten Bereitschaftsdienst, die Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots sowie die Erstellung einer ordnungsgemäßen Abrechnung zu gewährleisten hat.

Im „BMG-Gutachten“ werden ebenfalls Vorschläge zur – wie es dort heißt – „Stärkung des Funktionsamts des ärztlichen Leiters“ gemacht. [19] So wird unter anderem angeregt, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Einvernehmen mit der zuständigen Arbeitsgemeinschaft der Berufskammern auf Bundesebene Empfehlungen abzugeben haben, die sicherstellen sollen, dass vertragliche Vereinbarungen zwischen dem ärztlichen Leiter eines MVZ und dessen Träger keine sachfremdem finanziellen Anreize enthalten, insbesondere nicht die Höhe variabler Bestandteile der Vergütung des ärztlichen Leiters nach der Menge bestimmter im MVZ erbrachter Leistungen bemessen wird. Auch der Vorschlag, dass die Abberufung eines ärztlichen Leiters durch den Träger des MVZ nur bei Vorliegen eines wichtigen Grunds zulässig ist, erscheint ein zielführender Ansatz, die

Funktion des ärztlichen Leiters als „Schutzfilter“ gegenüber den wirtschaftlichen Interessen der „kaufmännischen Leitung“ eines MVZ zu festigen.

2. Gewährleistung der freien Arztwahl

Der in § 76 Absatz 1 Satz 1 SGB V normierte Grundsatz der freien Arztwahl begründet ein **subjektives öffentliches Recht der gesetzlich Versicherten**, unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten, den MVZ, den ermächtigten Ärzten sowie weiteren in der Vorschrift genannten Leistungserbringern frei zu wählen. Mit diesem Grundsatz, der verfassungsrechtlich in Artikel 2 Absatz 1 GG (allgemeine Handlungsfreiheit) verankert ist, wird gewährleistet, dass sich die Versicherten **von dem Arzt ihres Vertrauens behandeln lassen können**.

Dieses Recht, den Arzt seines Vertrauens zu konsultieren, kann aber vernünftigerweise nur dann effektiv ausgeübt werden, wenn die grundlegenden „Eckdaten“ der Arztpraxis, die der Versicherte aufsuchen möchte (zum Beispiel: Handelt es sich bei der Praxis um eine Einzelpraxis, eine BAG oder um ein MVZ? Wer sind bei einer BAG die Partner? In welcher Rechtsform ist eine BAG oder das MVZ organisiert? Wer sind bei einem MVZ die Gesellschafter der MVZ-Trägersgesellschaft?), für ihn ohne größeren Aufwand erkennbar sind. Bei MVZ ist dies vielfach nicht der Fall. Dies mag damit zusammenhängen, dass es weder im Berufsrecht noch im Vertragsarztrecht eine explizit auf das MVZ bezogene „Schilderpflicht“ gibt. Auch gibt es keine belastbare Rechtsgrundlage für die Eintragung eines MVZ im Arztregister und die derzeitigen

Vorgaben für eine Arztregister-eintragung „passen“ nicht auf ein MVZ. Dies alles ändert aber nichts daran, dass es gesetzlich Versicherten, wie bei einer Einzelpraxis oder einer BAG, möglich sein muss, ohne große Nachforschungen zu erkennen, wer hinter einem MVZ steht. So kann es für die freie Entscheidung eines Patienten ganz erheblich von Bedeutung sein, ob ein MVZ aus einer bereits bestehenden BAG von Vertragsärzten hervorgegangen ist oder ob ein privates Krankenhaus, dessen Trägerschaft unklar ist, ein MVZ betreibt. Deshalb ist es auch mehr als verständlich, dass sich die Stimmen mehren, die fordern, dass MVZ nicht nur ihre Trägersellschaft und deren Gesellschafter, sondern auch ihre nachgelagerten Inhaberstrukturen in einem neu einzurichtenden „MVZ-Register“ offenzulegen haben.



Eine derartige „Transparenzpflicht“ wäre darüber hinaus aber auch wegen des von den KVen wachsenden **Sicherstellungsauftrags** geboten. Wie bereits kurz ausgeführt, kann es in Planungsbereichen, in denen investorenbetriebene MVZ über eine Vielzahl von Arztstellen verfügen, zu nicht unerheblichen Versorgungsproblemen kommen, wenn diese MVZ zum Beispiel insolvenzbedingt ihren Betrieb einstellen. Um auf solche durchaus mögliche Szenarien frühzeitig reagieren zu können, ist es wichtig, dass die KVen Kenntnis von den Strukturen der in ihrem Bezirk zugelassenen MVZ haben. Und auch dabei geht es gerade nicht um die Angaben, die bereits im Rahmen des Zulassungsverfahrens gemacht werden müssen, also wer Gründer des MVZ ist und in welcher Rechtsform das MVZ am Rechtsverkehr teilnimmt. Vielmehr ist von Interesse, ob MVZ, die von unterschiedlichen Trägergesellschaften betrieben werden, letztlich doch nur ein Teil eines im Hintergrund agierenden Großkonzerns sind. Nur über eine solche Transparenz können Konzentrationsprozesse und MVZ-Ketten zuverlässig identifiziert und nachteiligen Verschiebungen in der Versorgungsstruktur angemessen begegnet werden.

Der Befund, dass bei MVZ hinsichtlich ihrer Strukturen Informationsdefizite bestehen, wird auch von den Verfassern der vom BMG beziehungsweise der KZBV in Auftrag gegebenen Rechtsgutachten geteilt. Unisono schlagen daher beide Rechtsgutachten eine Anpassung der von den KVen beziehungsweise den KZVen zu führenden Arztregister vor. [20] Während aber die von den Verfassern des „BMG-Gutachtens“ empfohlene Weiterentwicklung des Arztregisters keine Angaben zu den möglicher-

weise hinter dem MVZ-Rechtsträger und seinen Gesellschaftern stehenden Personen oder Gesellschaften abverlangt, geht das „KZBV-Gutachten“ erheblich weiter.

Nach dem „KZBV-Gutachten“ soll – genauso wie für die Zulassung eines Zahnarztes – auch für die Zulassung eines zahnärztlichen MVZ die vorherige Eintragung in ein von der jeweiligen KZV zu führendes MVZ-Arztregister erforderlich sein. Dabei wird die Arztregistereintragung eines zahnärztlichen MVZ unter anderem davon abhängig gemacht, dass die Gesellschafter der MVZ-Trägergesellschaft einschließlich aller nachgelagerten Inhaberstrukturen offengelegt werden. Ist an der Trägergesellschaft ein Krankenhaus beteiligt, sollen insbesondere auch Angaben darüber erforderlich sein, ob an der Krankenhausträgergesellschaft versorgungsfremde Investoren beteiligt sind.

Und genauso wie bei der Zulassung eines Zahnarztes soll der Zulassungsausschuss auch bei zahnärztlichen MVZ eine Prüfung der Geeignetheit durchführen. Dabei wird die Eignung eines zahnärztlichen MVZ daran festgemacht, ob es fähig ist, eine ordnungsgemäße Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung zu gewährleisten. Für die Beurteilung dieser Frage wird folgender Prüfmaßstab vorgeschlagen:

Die Unfähigkeit eines MVZ, eine ordnungsgemäße Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung zu gewährleisten, ist dann zu vermuten, wenn Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass von dem MVZ oder seinem Träger oder einem Gesellschafter des Trägers oder einem nachgelagerten Inhaber Gefahren für die vertragszahnärztliche Versorgung ausgehen.

Ob und inwieweit in diesem Sinne von einem zahnärztlichen MVZ Gefahren für die vertragszahnärztliche Versorgung ausgehen, ist anhand von Regelbeispielen zu beurteilen. So ist beispielsweise von Gefahren für die vertragszahnärztliche Versorgung auszugehen, wenn Anhaltspunkte für eine schwerpunktmäßig auf Renditemaximierung ausgerichtete Behandlungsweise oder Anhaltspunkte für die Einflussnahme der Trägerebene des MVZ oder einer nachgelagerten Inhaberebene auf die zahnärztlichen Entscheidungen in dem MVZ vorliegen. [21]

Auf den ersten Blick erscheint dieser Lösungsansatz sehr weitgehend und würde auch bei den Zulassungsausschüssen aller Wahrscheinlichkeit nach zu einem Mehraufwand führen. Er besticht aber zum einen dadurch, dass er, wie bei personellen Zulassungsverfahren, auch bei der Zulassung eines MVZ nicht nur die fachliche Qualifikation (also die fachliche Qualifikation der im MVZ tätigen Zahnärzte) in den Blick nimmt, sondern auch die „sonstige“ Geeignetheit des zulassungswilligen MVZ auf den Prüfstand stellt, also dessen Fähigkeit, eine ordnungsgemäße vertragszahnärztliche Versorgung zu gewährleisten.

Zum anderen ist der in dem „KZBV-Gutachten“ gemachte Vorschlag auch deshalb so beachtenswert, weil er alle zulassungswilligen MVZ gleich behandelt. Unterschiedslos muss sich jedes MVZ unabhängig davon, von wem es gegründet wurde, in welcher Rechtsform es betrieben wird und unabhängig davon, ob hinter den MVZ-Gründern ein Finanzinvestor steht, der besagten „Eignungsprüfung“ unterziehen.

„Das durch die Zahnärzte-ZV ausgestaltete Zulassungsverfahren dient unter anderem dem Zweck, die ordnungsgemäße vertragszahnärztliche Versorgung sicherzustellen, indem sie vor ungeeigneten Leistungserbringern geschützt wird. Dies wäre auch der Fall, wenn es im Hinblick auf zahnärztliche MVZ zu einer Erweiterung der Zulassungsvoraussetzungen käme, um investorenspezifischen Gefahren zu begegnen. Sowohl für die Versicherten selbst als auch die vertragszahnärztliche Versorgung insgesamt ist die Sicherstellung einer Versorgung, die primär von der zahnärztlichen Kunst und nicht der Renditerwartung bestimmt wird, von herausgehobener Bedeutung. Mittelbar würden die Versorgungsqualität und die Aufrechterhaltung der hohen Qualität der vertragszahnärztlichen Versorgung in Deutschland geschützt. Eine solche Regelung verfolgte damit legitime Zwecke.“

Auszug aus dem im Auftrag der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung von Universitätsprofessor Dr. iur. habil. Helge Sodan erstellten Rechtsgutachten (siehe Fußnote 15, Seite 136)

3. Verhinderung einer wettbewerbsfeindlichen Anbieterdominanz

Der Gesetzgeber begründet die mit dem TSVG erfolgte Beschränkung der MVZ-Gründungsberechtigung eines Krankenhauses im Wesentlichen wie folgt:

„Ziel der Regelung ist der Erhalt der Anbietervielfalt in der vertragszahnärztlichen Versorgung und die Verhinderung einer wettbewerbsfeindlichen Anbieterdominanz durch MVZ in Trägerschaft weniger Krankenhäuser. Hintergrund sind bereits bestehende Konzentrationsprozesse im vertragszahnärztlichen Versorgungsbereich, denen rechtzeitig entgegengewirkt werden soll. (...) Mit der Änderung wird ein Anliegen des Bundesrats aufgegriffen, Konzentrationsprozessen, die für das Versorgungsgeschehen und die Versorgungssicherheit schädlich sind, wirksam zu begegnen. (...) Es besteht die wissenschaftlich begründete Erwartung, dass sich die Zahl der MVZ im Eigentum von Beteiligungsgesellschaften bei dem gegenwärtigen Wachstumstempo der Zahnarztketten in der Hand von Private-Equity-Gesellschaften bei ungehinderter Fortentwicklung in naher Zukunft weiter massiv erhöhen wird.“ [22]

(Hervorhebungen durch den Verfasser)

Auch wenn sich die Gesetzesbegründung „nur“ auf den vertragszahnärztlichen Bereich bezieht, muss das damit verbundene Regelungsziel (Erhalt der Anbietervielfalt und Verhinderung einer wettbewerbsfeindlichen Anbieterdominanz investorenbetriebener MVZ) auch für den vertragsärztlichen Bereich gelten. Denn auch im vertragsärztlichen Bereich verfügen in einzelnen Planungsbereichen investorenbetriebene MVZ bereits jetzt schon hinsichtlich einzelner Fachgebiete über einen ganz beträchtlichen Versorgungsanteil.

Da überdies die Anzahl investorenbetriebener MVZ – wie auch der zitierten Gesetzesbegründung entnommen werden kann – stetig zunimmt, sind entsprechende Gegenmaßnahmen möglichst schnell zu ergreifen. Als solche kommen insbesondere in Betracht die

- Übertragung der für die Zahnärzte getroffenen Beschränkung der MVZ-Gründungsberechtigung von Krankenhäusern auch auf den vertragsärztlichen Bereich,
- Beschränkung der Gründungsberechtigung von Krankenhäusern in räumlicher Hinsicht,

- Streichung der Möglichkeit eines planungsbereichsübergreifenden Erwerbs von Arztstellen sowie die
- Einführung einer Obergrenze für die in einem MVZ tätigen angestellten Ärzte.

a) Übertragung der für die Zahnärzte getroffenen Beschränkung der MVZ-Gründungsberechtigung von Krankenhäusern auch auf den vertragsärztlichen Bereich

Wie bereits kurz ausgeführt, hat der Gesetzgeber – allerdings nur für den vertragszahnärztlichen Versorgungsbereich – bestimmt, dass sämtliche von einem Krankenhaus in ein und demselben Planungsbereich betriebenen MVZ einen bestimmten Versorgungsanteil nicht überschreiten dürfen. So beträgt zum Beispiel der Schwellenwert in einem gesperrten Planungsbereich fünf Prozent. Bezugsgröße für die Berechnung der insoweit maximal möglichen Arztstellen ist der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad.

Eine Übertragung dieser seit dem TSVG bestehenden Beschränkung der MVZ-Gründungsberechtigung von Kranken-

häusern auch auf den vertragsärztlichen Bereich ist bereits unter dem Gesichtspunkt der Gleichbehandlung geboten. Es ist nicht ersichtlich, warum von Krankenhäusern gegründete ärztliche MVZ mit Blick auf das Versorgungsgeschehen sowie die Versorgungssicherheit von Patienten weniger schädlich sein sollen, als die möglicherweise von denselben Krankenhäusern gegründeten zahnärztlichen MVZ.

Auch die Begründung des Gesetzgebers, warum die Beschränkung der Gründungsberechtigung von Krankenhäusern nicht auch auf den vertragsärztlichen Bereich erstreckt wurde, ist nicht zwingend. Soweit der Gesetzgeber dies damit rechtfertigt, dass im vertragsärztlichen Bereich eine vergleichbare Lage unter anderem deswegen nicht bestehe, weil die Ausweitung von Marktanteilen hier bereits durch die gesetzlichen Zulassungsbeschränkungen begrenzt werde, ist dies nur bedingt zutreffend. Denn auch in einem gesperrten Planungsbereich ist es über den „Aufkauf“ von Vertragsarztsitzen sehr wohl möglich, eine marktbeherrschende Stellung zu erlangen. Man könnte sogar die Auffassung vertreten, dass im vertragsärztlichen Bereich Zulassungsbeschränkungen eine Anbieterdominanz investorenbetriebener MVZ ein Stück weit begünstigen. Denn während sich Zahnärzte mangels Zulassungsbeschränkungen auch in einem rein rechnerisch überversorgten Planungsbereich in eigener Praxis niederlassen und hierdurch zumindest theoretisch eine Anbieterdominanz investorenbetriebener MVZ

verhindern können, besteht diese Möglichkeit für niederlassungswillige Ärzte wegen der für sie geltenden Zulassungsbeschränkungen – wenn überhaupt – nur sehr eingeschränkt.

Nachdem auch die Verfasser des „BMG-Gutachtens“ die nur für den zahnärztlichen Bereich erfolgte Beschränkung der Gründungsberechtigung von Krankenhäusern im Lichte des Artikel 3 GG (Gleichbehandlungsgrundsatz) als inkohärent beziehungsweise inkonsistent bewerten [23], könnte es tatsächlich dazu kommen, dass der Gesetzgeber diese Beschränkung auch auf die vertragsärztliche Versorgung erstreckt.

b) Beschränkung der Gründungsberechtigung von Krankenhäusern in räumlicher Hinsicht

Unabhängig davon, ob sich der Gesetzgeber zu einer Übertragung der für die Zahnärzte geltenden „TSVG-Regelung“ durchringen kann, besteht daneben auch die Möglichkeit, die MVZ-Gründungsberechtigung von Krankenhäusern **in räumlicher Hinsicht** zu beschränken. Dies bedeutet, dass zwischen dem Vertragsarztsitz eines MVZ und dem es gründenden Krankenhaus ein gewisser räumlicher Bezug bestehen muss. Eine entsprechende Forderung wurde schon vom Bundesrat in das TSVG-Gesetzgebungsverfahren eingebracht, konnte sich aber nicht durchsetzen. [24]

Schaut man sich die Gesetzesbegründung zu der mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) zum 1. Januar 2007 erfolgten Anpassung des § 20 Absatz 2 Ärzte-ZV näher an, erscheint diese Forderung

aber durchaus berechtigt. Mit der Anpassung des § 20 Absatz 2 Ärzte-ZV hat der Gesetzgeber die bis dahin geltende grundsätzliche Unvereinbarkeit einer gleichzeitigen Tätigkeit als Krankenhausarzt und als Vertragsarzt aufgehoben. Triebfeder für diesen Schritt war, es Krankenhäusern zu ermöglichen, in den von ihnen gegründeten MVZ auch die bei ihnen angestellten Krankenhausärzte (rechtssicher) beschäftigen zu können. Aus der entsprechenden Gesetzesbegründung ergibt sich aber auch, dass der Gesetzgeber die Krankenhäuser insbesondere deshalb in den Kreis der MVZ-Gründer aufgenommen hat, um die **Verzahnung des ambulanten und stationären Sektors zu verbessern**. Die folgenden Passagen belegen dies:

*„Durch die Zulassung der Krankenhäuser als Gründer von medizinischen Versorgungszentren in § 95 Absatz 1 Satz 3 2. Halbsatz SGB V hat der Gesetzgeber deutlich gemacht, dass er eine enge Verzahnung von Krankenhäusern und medizinischen Versorgungszentren anstrebt. Diese enge Verzahnung durch Trägeridentität kann jedoch nur dann wirtschaftlich sinnvoll ausgestaltet werden, wenn es dem Träger auch gestattet ist, die personellen Ressourcen optimal zu nutzen und das Personal sowohl im Krankenhaus als auch im medizinischen Versorgungszentrum einzusetzen. (...). Diese Änderung, insbesondere die Möglichkeit der gleichzeitigen Tätigkeit von angestellten Ärzten in einem Krankenhaus und in einem medizinischen Versorgungszentrum, stellt einen **wichtigen Beitrag** zur*

besseren Verzahnung ambulanter und stationärer Versorgung dar.“ [25] (Hervorhebungen durch den Verfasser)

Nähme der Gesetzgeber das von ihm selbst gesetzte Regelungsziel – enge Verzahnung von Krankenhäusern und medizinischen Versorgungszentren – ernst, würde sich die Frage, ob die Gründungsberechtigung eines Krankenhauses in räumlicher Hinsicht begrenzt werden kann, überhaupt nicht stellen. Der Gesetzgeber müsste „lediglich“ regeln, wie weit ein MVZ von seinem „Gründer-Krankenhaus“ entfernt sein darf, damit noch von einem wichtigen Beitrag zur besseren Verzahnung ambulanter und stationärer Versorgung gesprochen werden kann.

c) Streichung der Möglichkeit eines planungsbereichsübergreifenden Erwerbs von Arztstellen

Neben Regelungen, die verhindern, dass Finanzinvestoren mit ihren MVZ **innerhalb eines Planungsbereichs** eine beherrschende Marktstellung einnehmen, wird es genauso entscheidend darauf ankommen, einer **planungsbereichsübergreifenden Ausdehnung** investorenbetriebener MVZ entgegenzuwirken. Genau dies ermöglicht aber eine weitere mit dem TSVG erfolgte Gesetzesänderung. So sieht der neu gefasste § 103 Absatz 4a Satz 3 SGB V vor, dass ein Vertragsarzt, der auf seine Zulassung verzichtet hat, um in einem MVZ tätig zu werden, in dem Planungsbereich, für den er zugelassen war, weiter tätig sein kann, auch wenn der Sitz des ihn anstellenden MVZ in einem anderen Planungsbereich liegt.

Abgesehen davon, dass diese Regelung **Kettenbildungen befördert**, spricht für ihre Streichung auch, dass mit dem planungsbereichsübergreifenden Erwerb von Arztpraxen nicht unerhebliche **Gefahren für die Versorgungssicherheit** verbunden sein können. So stellt sich die Frage, wie ein ärztlicher Leiter eines MVZ seiner Gesamtverantwortung für den ordnungsgemäßen Ablauf der vertragsärztlichen Versorgung und die Steuerung der Betriebsabläufe gerecht werden kann, wenn das MVZ über mehrere solcher planungsbereichsübergreifenden Arztstellen verfügt und/oder sich diese Arztstellen in größerer Entfernung zu dem Vertragsarztsitz des MVZ befinden. Diese Frage stellt sich umso mehr, als das BSG hinsichtlich der Pflichtenstellung des ärztlichen Leiters in seinem Urteil vom 14. Dezember 2011 [26] unter anderem Folgendes ausführt:

„Die Wahrnehmung von Leitungsfunktionen und die dazu notwendige tatsächliche Einwirkungsmöglichkeit erfordern zunächst ärztliche Präsenz (...). Dabei ist eine Einbindung in die Strukturen des MVZ erforderlich, wie sie nur durch eigene ärztliche Tätigkeit gewährleistet werden kann. Hinreichende tatsächliche Einwirkungsmöglichkeiten hat ein Arzt nur dann, wenn er selbst in die Arbeitsabläufe eingebunden ist und aus eigener Anschauung das Verhalten der Mitarbeiter beurteilen kann.“ (Hervorhebungen durch den Verfasser)

d) Einführung einer Obergrenze für die in einem MVZ tätigen angestellten Ärzte

Eine Limitierung der Anzahl der

in einem MVZ zulässigen Arztstellen drängt sich nicht nur im Hinblick auf die **Gefahr wettbewerbsfeindlicher Konzentrationsprozesse** auf. Sie erscheint insbesondere auch unter dem Aspekt der **Versorgungssicherheit der Patienten sowie aus Gründen der Gleichbehandlung geboten**.

Für die Vertragsärzte gilt der **Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung**. Er ist ein Wesensmerkmal der Freiberuflichkeit des Vertragsarztes. Dies bedeutet, dass der Vertragsarzt auch und gerade bei der Beschäftigung angestellter Ärzte die **persönliche Leitung** seiner Arztpraxis sicherzustellen hat. In diesem Sinne hat der Gesetzgeber den Partnern des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) den Auftrag erteilt, unter Berücksichtigung der Versorgungspflicht des anstellenden Vertragsarztes **einheitliche Regelungen über den zahlenmäßigen Umfang der Beschäftigung angestellter Ärzte zu treffen** (§ 32b Absatz 1 Satz 2 Ärzte-ZV). Die Partner des BMV-Ä haben diese Vorgabe dahingehend konkretisiert, dass die persönliche Leitung einer **Vertragsarztpraxis** grundsätzlich dann anzunehmen ist, wenn **je Vertragsarzt nicht mehr als drei vollzeitbeschäftigte beziehungsweise in entsprechendem Umfang teilzeitbeschäftigte Ärzte** angestellt werden (§ 14a Absatz 1 BMV-Ä). Demgegenüber bestehen für **MVZ keine Beschränkungen** hinsichtlich der Anzahl der in einem MVZ tätigen angestellten Ärzte. Während also beispielsweise eine Berufsausübungsgemeinschaft bestehend aus vier mit einem vollen Versorgungsauftrag zugelassenen Augenärzten grundsätzlich nicht

mehr als zwölf angestellte Ärzte in Vollzeit beschäftigen darf, kann ein MVZ mit nur einem ärztlichen Leiter die gleiche Anzahl oder noch mehr Ärzte beschäftigen.

Eine solche Ungleichbehandlung ist nur schwer nachvollziehbar. Es ist nicht ersichtlich, warum hinsichtlich der Leitung und Überwachung angestellter Ärzte, die für die Versorgungssicherheit der Patienten von hoher Bedeutung ist, für MVZ und Vertragsarztpraxen **unterschiedliche Maßstäbe** gelten sollen.

4. Stärkung der Freiberuflichkeit

Um mit ihren MVZ möglichst schnell eine marktbeherrschende Stellung zu erlangen, ist die Strategie von Finanzinvestoren, insbesondere von Private-Equity-Gesellschaften, grundsätzlich darauf ausgerichtet, **möglichst viele Arztsitze zu erwerben**. Dies hat wegen der in der vertragsärztlichen Versorgung geltenden Bedarfsplanung zur Folge, **dass immer weniger Vertragsarztsitze für freiberuflich tätige**

Ärzte zur Verfügung stehen. Dieser Entwicklung, die die Freiberuflichkeit als eine der tragenden Säulen der vertragsärztlichen Versorgung in ganz erheblichem Maße gefährdet, gilt es entgegenzutreten. Die Stellung des Vertragsarztes beziehungsweise des niederlassungswilligen Arztes, der in eigener Praxis tätig werden möchte, ist wieder zu stärken. Als mögliche gesetzgeberische Maßnahmen kommen hierfür in Betracht:

- die vorrangige Berücksichtigung niederlassungswilliger Ärzte im Praxisausschreibungsverfahren
- die Streichung der Möglichkeit des Verzichts auf die Zulassung zum Zwecke der Anstellung in einem MVZ
- die Streichung der Möglichkeit der sogenannten „Konzeptwerbung“

a) Vorrangige Berücksichtigung niederlassungswilliger Ärzte im Praxisausschreibungsverfahren

Das Ziel der Stärkung der Freiberuflichkeit kann insbesondere durch Gesetzesänderungen erreicht werden, die vorsehen,

dass bei einer Praxisausschreibung **zulassungswillige Ärzte im Auswahlverfahren unbedingten Vorrang gegenüber allen übrigen Bewerbern genießen**, das heißt gegenüber allen MVZ aber auch Vertragsärzten, die sich mit einem angestellten Arzt um den ausgeschriebenen Praxissitz bemühen.

Eine solche „Vorrangregelung“ hätte zur Folge, dass der Zulassungsausschuss bei einem Praxisausschreibungsverfahren die **Auswahlentscheidung zunächst auf diejenigen Bewerber zu beschränken hätte, die die ausgeschriebene Praxis als Vertragsärzte fortführen wollen**. In denjenigen Fällen, in denen sich neben MVZ und/oder Vertragsärzten mit angestellten Ärzten nur ein einziger zulassungswilliger Arzt bewirbt, erübrigte sich sogar eine Auswahlentscheidung. Der Zulassungsausschuss hätte dann allein diesem Arzt – das Vorliegen der sonstigen Zulassungsvoraussetzungen unterstellt – die Zulassung zu erteilen. Ein solches Primat niederlassungs-



williger Ärzte erscheint nicht nur mit Blick auf Artikel 12 GG (Freiheit der Berufswahl) gerechtfertigt, es dient auch dem berechtigten Interesse der Patienten an einer kontinuierlichen Weiterversorgung.

Die vorstehende „Vorrangregelung“ könnte auch als **Stufenmodell** ausgestaltet werden. So wäre durchaus denkbar, unter den dann nachrangig zu berücksichtigenden Bewerbern (MVZ und Vertragsärzten) eine Rangfolge zu etablieren. Eine solche Vorgehensweise ist dem Gesetzgeber nicht fremd, hat er doch selbst in § 103 Absatz 4c Satz 3 SGB V festgelegt, dass, vereinfacht gesagt, grundsätzlich diejenigen MVZ, die sich nicht in Händen von Vertragsärzten befinden, im Ausschreibungsverfahren gegenüber den übrigen Bewerbern nachrangig zu berücksichtigen sind. Diese bereits gesetzlich bestehende Rangfolge könnte im Sinne einer weiteren Stärkung der Freiberuflichkeit **fortentwickelt** werden. So könnte geregelt werden, dass der Zulassungsausschuss bei seiner Auswahlentscheidung unter mehreren Bewerbern folgende **Rangfolge** zu berücksichtigen habe:

1. zulassungswilliger Arzt
2. Vertragsärzte, die die ausgeschriebene Praxis mit einem angestellten Arzt fortführen wollen
3. „MVZ in Händen von Vertragsärzten“ (MVZ, bei denen die Mehrheit der Geschäftsanteile und der Stimmrechte bei Ärzten liegt, die in dem MVZ als Vertragsärzte tätig sind)
4. alle sonstigen MVZ

Nach einem solchen Stufenmodell käme beispielsweise

ein MVZ, das sich in der Trägerschaft eines Krankenhauses befindet, erst dann zum Zuge, wenn sich weder ein zulassungswilliger Arzt noch ein Vertragsarzt (mit einem angestellten Arzt) noch ein „VertragsärztemVZ“ als Nachfolger für die ausgeschriebene Praxis findet.

b) Streichung der Möglichkeit des Verzichts auf die Zulassung zum Zweck der Anstellung in einem MVZ

Mit der Einführung der MVZ hat der Gesetzgeber den Vertragsärzten die Möglichkeit eröffnet, auf ihre Zulassung zu verzichten, um in einem MVZ als angestellter Arzt tätig zu werden (§103 Absatz 4a Satz 1 SGB V). Mit dieser Option der „Übertragung“ einer Zulassung in ein MVZ sollten die Möglichkeiten der Neugründung von MVZ verbessert werden, da auch bei Sperrung wegen Überversorgung neue MVZ gegründet werden können. [27] Dem Gesetzgeber ging es mit dieser Regelung ersichtlich darum, vor dem Hintergrund der in vielen Planungsbereichen bestehenden Zulassungsbeschränkungen die Gründung von MVZ überhaupt erst möglich zu machen. Nachdem seit der Einführung der MVZ aber mittlerweile mehr als 17 Jahre vergangen sind, stellt sich schon die Frage, ob es einer solchen „Starthilfe“ noch bedarf. Dies umso mehr, als in den zwischenzeitlich bundesweit über 3.500 zugelassenen MVZ mehr als 21.000 angestellte Ärzte tätig sind. [28]

Angesichts dieser Zahlen erscheint eine weitere Privilegierung von MVZ dahingehend, dass sie Arztsitze allein dadurch erwerben können, dass Vertragsärzte auf ihre Zulassung zum Zweck der Anstellung verzich-

ten, ohne dass niederlassungswillige Ärzte auch nur ansatzweise eine Chance haben, die jeweilige Praxis als Freiberufler fortzuführen, mehr als fragwürdig. Ein Stück weit in diese Richtung scheint auch das BSG zu denken. So hat es im Mai 2016 entschieden, dass ein Vertragsarzt, der über den Weg des Zulassungsverzichts seine Arztstelle in ein MVZ eingebracht hat, in diesem MVZ grundsätzlich drei Jahre als Angestellter tätig sein muss, will das MVZ sein Nachbesetzungsrecht für die auf diese Weise erworbene Arztstelle nicht verlieren. [29] Dieses Urteil wird dahingehend interpretiert, dass das BSG mit seinen Festlegungen einer missbräuchlichen Umgehung des allgemeinen Praxisausschreibungsverfahrens begegnen wollte. [30]

Eine Streichung der Möglichkeit, Arztstellen über einen Zulassungsverzicht zu erwerben, dürfte MVZ-Trägern beziehungsweise MVZ-Gründungsberechtigten auch zuzumuten sein. Sie haben ja nach wie vor die Möglichkeit, an einem Praxisausschreibungsverfahren teilzunehmen und auf diese Weise ein bereits bestehendes MVZ zu erweitern beziehungsweise ein neues MVZ zu gründen.

Sollte die Gestaltungsmöglichkeit – Zulassungsverzicht zum Zweck der Anstellung in einem MVZ – tatsächlich gestrichen werden, besteht auch für die Parallelregelung, wonach Vertragsärzte auf ihre Zulassung verzichten können, um bei einem Vertragsarzt als angestellter Arzt tätig zu werden, kein Raum mehr (§ 103 Absatz 4b SGB V). Diese Parallelregelung ist aus Gründen der Gleichbehandlung von Vertragsärzten und MVZ

mit dem VÄndG ins Gesetz gekommen. Fällt die „Grundregelung“ weg, besteht auch für sie keine Rechtfertigung mehr.

c) Streichung der Möglichkeit der sogenannten „Konzeptbewerbung“

Mit dem GKV-VSG wurde in § 103 Absatz 4 SGB V folgender Satz 10 neu eingefügt:

„Hat sich ein medizinisches Versorgungszentrum auf die Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes beworben, kann auch anstelle der in Satz 5 genannten Kriterien die Ergänzung des besonderen Versorgungsangebots des medizinischen Versorgungszentrums berücksichtigt werden.“

Wie den Gesetzesmaterialien zu entnehmen ist, zielt diese Regelung darauf ab, MVZ die Möglichkeit zu geben, sich auch dann um eine ausgeschriebene Vertragsarztpraxis zu bewerben, wenn das MVZ noch über keinen Arzt verfügt, mit dem die jeweilige Praxis fortgeführt werden könnte. Ausreichend soll vielmehr sein, dass das MVZ mit der neuen Arztstelle ein bestehendes besonderes Versorgungskonzept ergänzen kann beziehungsweise mit der neuen Arztstelle ein solches überhaupt erst ermöglicht wird. [31] Mit dem TSVG wurden diese Bestimmungen zur sogenannten „Konzeptbewerbung“, die jetzt nahezu gleichlautend in § 103 Absatz 4 Satz 5 Nr. 9 SGB V „verortet“ sind, noch verschärft. Die Zulassungsausschüsse sind im Vergleich zur ursprünglichen Regelung bei ihrer Auswahlentscheidung unter mehreren Bewerbern nunmehr sogar verpflichtet, die Ergänzung eines besonderen Versorgungsangebots zu berücksichtigen.

Die Möglichkeit einer „Konzeptbewerbung“ stellt eine **erhebliche Benachteiligung von Ärzten dar, die eine ausgeschriebene Praxis als Freiberufler fortführen wollen**. Sie ist mit den Grundsätzen eines **fairen Auswahlverfahrens** nur schwer vereinbar. So stellt sich schon die Frage nach der Vergleichbarkeit eines „Versorgungskonzepts“, das regelhaft ein Zusammenwirken mehrerer Ärzte impliziert, mit den im Gesetz genannten personenbezogenen Auswahlkriterien (berufliche Eignung, Approbationsalter, Dauer der ärztlichen Tätigkeit etc.), anhand derer der Zulassungsausschuss die Eignung eines sich um die Praxis bewerbenden Einzelarztes zu prüfen hat. Einem einzelnen Arzt ist es ja gerade nicht möglich, in eigener Person ein bereits bestehendes Versorgungsangebot durch Zusammenarbeit mit einem anderem Arzt zu ergänzen.

Die Regelungen zur „Konzeptbewerbung“ haben im Ergebnis zur Folge, dass ein zulassungswilliger Arzt noch so qualifiziert und geeignet für die Übernahme eines ausgeschriebenen Vertragsarztsitzes sein kann, es hierauf jedoch überhaupt nicht ankommt, wenn der Zulassungsausschuss dem Versorgungskonzept des MVZ den Vorrang einräumt. Hieran ändert auch nichts, dass mit dem TSVG die Möglichkeit einer „Konzeptbewerbung“ auf Vertragsärzte und Berufsausübungsgemeinschaften ausgedehnt wurde. Im Gegenteil: Niederlassungswillige Ärzte müssen seither im Einzelfall nicht nur mit den Versorgungskonzepten von MVZ, sondern auch mit den Versorgungskonzepten von Berufsausübungs-

gemeinschaften oder Vertragsärzten konkurrieren.

Dessen ungeachtet ist die „Konzeptbewerbung“, wenn sie „**arztlos**“ erfolgt, mit einer Vielzahl von **Umsetzungsproblemen** behaftet. So hat der Gesetzgeber keine Regelung getroffen, wie lange die Begünstigung einer „**arztlosen**“ Anstellungsgenehmigung erhalten bleibt. Wie lange darf ein MVZ, eine BAG oder ein Vertragsarzt zuwarten, bis die genehmigte Arztstelle mit einem angestellten Arzt realisiert werden muss? Eine Frage, die angesichts der Grundsätze der Bedarfsplanung und dem sich daraus ergebenden Verbot, Arztstellen auf Vorrat zu halten, von ganz erheblicher Bedeutung ist. Auch fehlen Bestimmungen für den Fall, dass es zwischenzeitlich zu Änderungen des Versorgungskonzepts kommt oder sonstige Umsetzungshindernisse auftreten. Und nicht zuletzt fehlen auch Regelungen, wie unterlegene Mitbewerber ihr Niederlassungsinteresse weiterverfolgen können, zum Beispiel wenn sich herausstellen sollte, dass es dem MVZ nicht gelungen ist, einen zur Verwirklichung des Konzepts geeigneten Arzt zu finden. Es kann den Mitbewerbern doch nicht ernsthaft zugemutet werden, rein vorsorglich gegen die Auswahlentscheidung zugunsten eines „**arztlosen**“ Versorgungskonzepts Widerspruch einzulegen, um sich auf diese Weise ihre Niederlassungschancen zu bewahren.

Wegen dieser offenen Fragestellungen ist das BSG zu der Auffassung gelangt, dass eine **„arztlose“ Konzeptbewerbung derzeit nicht umsetzbar** ist. Ihr stehe entgegen, *„dass konkretisierende Regelungen, die im*

Falle einer Auswahlentscheidung zugunsten einer Konzeptbewerbung zwingend erforderlich sind, noch nicht existieren“. [32] Somit ist der Ball wieder beim Gesetzgeber. Er sollte die Feststellungen des BSG zum Anlass nehmen, die „Konzeptbewerbung“ insgesamt auf den Prüfstand zu stellen und mit Blick auf vorstehende Argumente wieder aus dem Gesetz zu streichen. Zu diesem Ergebnis kommen im Übrigen – wenn auch aus anderen Gründen – die Verfasser des „BMG-Gutachtens“. [33]

Schlussbemerkung:

„Der Einstieg von Fremdkapitalgebern in die ambulante Versorgung

birgt die Gefahr, dass die Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten in den Hintergrund treten können gegenüber den Renditeinteressen von Konzernen, die zum Beispiel auch Medizinprodukte- und Arzneimittelherstellung betreiben oder ausschließlich Renditechancen suchen. Regionale Monopole schränken die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ebenso ein wie die freiberuflichen Niederlassungsmöglichkeiten nachfolgender Ärztinnen und Ärzte. Konzernbildung in den Ballungsräumen trägt im Übrigen nicht zur Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung bei.“

So heißt es in einem Entschließungsantrag des 121. Deutschen Ärztetags. [34] In diesem Sinne sind auch die in diesem Artikel ange-

stellten Überlegungen und vorgeschlagenen Gesetzesänderungen zu verstehen. Dass es durchaus möglich ist, beim Gesetzgeber Gehör zu finden, zeigt die mit dem TSVG für den zahnärztlichen Bereich getroffene Regelung. Angesichts der gerade in den letzten Jahren zu verzeichnenden starken Zunahme investorenbetriebener MVZ sollte sich der Gesetzgeber mit weiteren Maßnahmen aber nicht allzu viel Zeit lassen. Schnell kann es dazu kommen, dass einmal etablierte Strukturen nicht mehr oder nur noch mit ganz erheblichem Aufwand rückgängig gemacht werden können.

*Andreas Pavlovic
(Rechtsabteilung der KVB)*

- [1] Soweit sich die nachfolgenden Ausführungen auf Vertragsärzte beziehen, gelten sie entsprechend auch für Vertragspsychotherapeuten.
- [2] BSG Urteil vom 4. Mai 2016, B 6 KA 28/15 R, Rdnr. 11
- [3] Kennzahlen der KBV zu MVZ; abrufbar unter <https://www.kbv.de/media/sp/mvz-aktuell.pdf>
- [4] Mit dem zum 23. Juli 2015 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) hat der Gesetzgeber den Kreis der MVZ-Gründungsberechtigten um die Kommunen erweitert. Da dies für die hier behandelte Frage einer Übernahme von MVZ durch Finanzinvestoren von untergeordneter Bedeutung ist, wird hierauf nicht gesondert eingegangen.
- [5] BT-Drs. 17/6906, Seite 70 ff
- [6] Rainer Bobsin: Finanzinvestoren in der Gesundheitsversorgung in Deutschland, 3. Auflage, September 2018, Seiten 29 und 33
- [7] BT-Drs. 19/8351, Seite 188
- [8] zum Beispiel Stellungnahme der KZBV „Zahnärztliche Versorgung gehört nicht in die Hände von Investoren“ abrufbar unter <https://www.kzbv.de/zahnmedizinische-versorgungszentren.1280.de.html>
- [9] Zum Stand 31. Dezember 2018 waren bundesweit 3173 Ärzte-MVZ sowie 658 Zahnärzte-MVZ zugelassen (KBV-Kennzahlen, abrufbar unter <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17021.php>; KZBV Jahrbuch 2019, S. 156); Rainer Bobsin geht zum Stand September 2018 davon aus, dass von Private-Equity-Gesellschaften an 370 Standorten Ärzte-MVZ und an 50 Standorten Zahnärzte-MVZ betrieben werden (siehe Fußnote 6)
- [10] abrufbar unter <https://www.zeit.de/gesellschaft/zeitgeschehen/2019-12/krebsmedikamente-zytoservice-betrug-onkologen-gesetzesluecke-hamburg>
- [11] abrufbar unter <https://www.medical-tribune.de/meinung-und-dialog/artikel/mvz-im-fadenkreuz-verdacht-auf-abrechnungs-betrug-bestechung-und-bestechlichkeit/>
- [12] BT-Drs. 17/6906, Seite 70 ff; BT-Drs. 19/8351, Seite 187 ff
- [13] „Deutschlands Zukunft gestalten“, Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 18. Legislaturperiode, Seite 53
- [14] „Stand und Weiterentwicklung der gesetzlichen Regelungen zu medizinischen Versorgungszentren (MVZ)“, Rechtsgutachten im Auftrag des BMG, erstellt von Prof. Dr. Andreas Ladurner, Prof. Dr. Ute Walter sowie Prof. Dr. Beate Jochimsen, dem BMG erstattet im November 2020; abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/Berichte/Stand_und_Weiterentwicklung_der_gesetzlichen_Regelungen_zu_MVZ.pdf
- [15] „Medizinische Versorgungszentren in der vertragszahnärztlichen Versorgung – Zur Einführung eines MVZ-Registers sowie zur Eignung insbesondere von investorenbetriebenen zahnärztlichen medizinischen Versorgungszentren“, Rechtsgutachten im Auftrag der KZBV, erstellt von Universitätsprofessor Dr. iur. habil. Helge Sodan, der KZBV erstattet im Oktober 2020, abrufbar unter <https://www.kzbv.de/zahnmedizinische-versorgungszentren.1280.de.html>
- [16] Behnsen, Das Krankenhaus 2004, 602, 606; Bäune, Kommentar zur Zulassungsverordnung für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte, Anhang zu § 18 Rdnr. 68
- [17] Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP für die 17. Legislaturperiode; abrufbar unter: https://www.cdu.de/system/tdf/media/dokumente/091026-koalitionsvertrag-cducsu-fdp_0.pdf?file=1; Seite 89
- [18] BSG Urteil vom 14. Dezember 2011, B 6 KA 33/10 R, Rdnr. 18
- [19] s. Fn. 14, Seite 126 ff
- [20] „BMG-Gutachten“, s. Fn. 14, Seite 164; „KZBV-Gutachten“, s. Fn. 15, Seite 95 ff
- [21] s. Fn. 15, Seite 120 ff
- [22] BT-Drs. 19/8351, Seite 187
- [23] s. Fn. 14, Seite 104, 108
- [24] BT-Drs. 19/6337, Seite 178
- [25] BT-Drs. 16/2474, Seite 29
- [26] BSG Urteil vom 14. Dezember 2011, B 6 KA 33/11 R, Rdnr. 19
- [27] BT-Drs. 15/1525, Seite 112
- [28] Kennzahlen der KBV zu MVZ; abrufbar unter <https://www.kbv.de/media/sp/mvz-aktuell.pdf>
- [29] BSG Urteil vom 4. Mai 2016, B 6 KA 21/15 R
- [30] Schallen, Kommentar zur Zulassungsverordnung für Vertragsärzte, 9. Auflage, Vorbem. zu § 18, Rdnr. 45
- [31] BT-Drs. 18/4095, zu Nummer 44 c) cc), Seite 109
- [32] BSG Urteil vom 15. Mai 2019, B 6 KA 5/18 R, Rdnr. 44
- [33] s. Fn. 14, Seite 48 ff; Seite 65
- [34] 121. Deutscher Ärztetag, Erfurt im Mai 2018, Entschließungsantrag Ic – 97; abrufbar unter: https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/121.DAET/121_Beschlussprotokoll.pdf

PRAXISNETZ IN OCHSENFURT GRÜNDET MVZ

Das Praxisnetz „MainArzt“ mit Sitz in Ochsenfurt hat als erstes Ärztenetz in Bayern ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) gegründet. Hintergrund: In dem seit 2004 bestehenden Ärztenetz mit derzeit 44 niedergelassenen Haus- und Fachärzten sowie Psychotherapeuten hatte sich der Fall ergeben, dass die bis dahin im Ochsenfurter Mainärztheaus praktizierende Kinderärztin ihre Tätigkeit beenden wollte und sich kein Nachfolger fand. Dr. med. Daniel Knelles, Gründungsmitglied des Ärztenetzes „MainArzt“, fand daraufhin eine andere Lösung und gründete Anfang des Jahres in jenem Ochsenfurter Mainärztheaus ein MVZ für Kinderheilkunde. Träger ist das Ärztenetz. Damit, so Knelles, betreute man für diesen Fachbereich absolutes Neuland. Der Vorteil: Der Arztsitz bleibt erhalten, diesen teilen sich nun drei angestellte Kinderärztinnen in Teilzeit. Damit kommt Knelles den Bedürfnissen, insbesondere junger Ärztinnen entgegen, die nach Arbeitszeitmodellen suchen, mit denen sich Beruf und Familie gut vereinbaren lassen. Hierfür seien Gemeinschaftspraxen oder MVZ ideal, so der Mediziner.

Die Zahl der MVZ nimmt bayernweit zu. 2016 waren es 432, mittlerweile ist die Zahl auf 758 MVZ gestiegen. Prinzipiell können nur anerkannte Arztnetze ein MVZ gründen, was auf das Ärztenetz „MainArzt“ selbstverständlich zutrifft.

Redaktion

Impressum für KVB FORUM und KVB INFOS

KVB FORUM ist das Mitteilungsblatt der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) mit den offiziellen Rundschreiben und Bekanntmachungen (KVB INFOS). Es erscheint zehnmal im Jahr.

Herausgeber (V. i. S. d. P.):

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns vertreten durch den Vorstand:
Dr. med. Wolfgang Krombholz, Dr. med. Pedro Schmelz,
Dr. med. Claudia Ritter-Rupp

Redaktion:

Martin Eulitz (Ltd. Redakteur)
Text: Markus Kreikle, Marion Munke
Grafik: Gabriele Hennig, Iris Kleinhenz

Anschrift der Redaktion:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Elsenheimerstraße 39
80687 München
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 21 92
Fax 0 89 / 5 70 93 – 21 95
E-Mail KVBFORUM@kvb.de
Internet www.kvb.de

Satz und Layout:

KVB Stabsstelle Kommunikation

Druck:

BluePrint AG, 80939 München
Gedruckt auf FSC®-zertifiziertem Papier



Mit externen Autorennamen gekennzeichnete Beiträge spiegeln ebenso wie Leserbriefe nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers oder der Redaktion wider. Die Redaktion behält sich die Veröffentlichung und Kürzung von Zuschriften vor. Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Bilder übernehmen wir keine Haftung. Die hier veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt, ein Abdruck ist nur mit unserer schriftlichen Genehmigung möglich. Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), ist selbstverständlich auch die weibliche Form („die Ärztin“) gemeint.

KVB FORUM erhalten alle bayerischen Vertragsärzte und -psychotherapeuten im Rahmen ihrer Mitgliedschaft in der KVB. Der Bezugspreis ist mit der Verwaltungskostenumlage abgegolten.

Bildnachweis:

BKK Dachverband e.V. (Seite 26), IMG Bayreuth (Seite 5), KV RLP (Seite 20), Privat (Seite 17, 22), Sessner Fotografie (Seite 18), Stephan Pramme (Seite 28), stock.adobe.com/by-studio (Titelseite), stock.adobe.com/weissdesign (Titelseite), stock.adobe.com/travelguide (Seite 2), stock.adobe.com/AndreyYalansky (Seite 2), stock.adobe.com/sdecoret (Seite 2), stock.adobe.com/Comugnero (Seite 3), stock.adobe.com/dima_pics (Seite 4), stock.adobe.com/XtravaganT (Seite 5), stock.adobe.com/sebra (Seite 14), stock.adobe.com/REMINDFILMS (Seite 23), stock.adobe.com/BillionPhotos.com (Seite 24), stock.adobe.com/sodawhiskey (Seite 27), stock.adobe.com/SydaProductions (Seite 32), stock.adobe.com/GinaSanders (Seite 35, 48), stock.adobe.com/ipopba (Seite 37), stock.adobe.com/leowolfert (Seite 38), stock.adobe.com/Kurhan (Seite 42), stock.adobe.com/vegefox.com (Seite 48), [stock.adobe.com/New Africa](http://stock.adobe.com/NewAfrica) (Seite 48), stock.adobe.com/denis_vermenko (Seite 48), KVB (alle weiteren)

VORSCHAU



DIGITALISIERUNG

Radikaler Umbruch im Gesundheitswesen?



PSYCHIATRIE

Krisendienst jetzt bayernweit



SELEKTIVVERTRÄGE

Homöopathische Versorgung im Fokus



NACHWUCHSFÖRDERUNG

Planspiel via App überzeugt Medizinstudierende