

# Die Rolle von MVZ in der ambulanten medizinischen Versorgung – besteht regulatorischer Handlungsbedarf?

ZUSAMMENFASSUNG DES MEMORANDUMS ZUR VERSORGUNG MIT MVZ (PROF. FRICKE | KÖHLER | DR. RAU)

## Hintergrund

Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) im Jahre 2003 unter der damaligen rot-grünen Bundesregierung wurde die Organisationsform des Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) im Sozialgesetzbuch V (SGB V) verankert. Seitdem waren MVZ mehrfach Gegenstand gesetzlicher Regulierungsvorhaben. Momentan fokussiert sich die Debatte auf die Regulierung der Beteiligung nicht-ärztlicher, privater Kapitalgeber.

## Die Versorgung durch einen transparenten Qualitätswettbewerb stärken

- Im Zusammenhang mit der Beteiligung privater, nicht-ärztlicher Kapitalgeber an MVZ sollte primär darüber nachgedacht werden, **wie dieses finanzielle Potenzial unter Berücksichtigung der Versorgungsqualität und des Erhalts eines transparenten Qualitätswettbewerbs mit einer größtmöglichen Vielfalt an Akteuren genutzt werden kann**, um eine zukunftsfähige ambulante Versorgung in der Fläche sicherzustellen.
- Damit Träger von MVZ sinnvoll dazu beitragen können, die Versorgung zu verbessern, müssen **sowohl eine gewisse Flexibilität als auch Planungssicherheit** gegeben sein. Nur so können künftig mithilfe von MVZ Versorgungslücken vermieden oder geschlossen werden. Daher wäre es sinnvoll, für private Kapitalgeber den ‚Umweg‘ über den Kauf eines Krankenhauses abzuschaffen. Dies hätte zudem den Vorteil, dass sich auch weniger finanzstarke und regionale Kapitalgeber an MVZ beteiligen könnten.
- Im Gutachten des Bundesministerium für Gesundheit „Stand und Weiterentwicklung der gesetzlichen Regelungen zu Medizinischen Versorgungszentren“ werden Maßnahmen zur **Erhöhung der Transparenz** vorgeschlagen. Mit Blick auf die ärztliche Unabhängigkeit sehen die Gutachterinnen und Gutachter im Grunde keinen weiteren Handlungsbedarf, in der Stärkung der ärztlichen Leitung aber einen Ansatzpunkt, sollte der Gesetzgeber weitere regulatorische Maßnahmen umsetzen wollen.

## Gesundheitsökonomische und regulatorische Beurteilung

- Empirisch lassen sich in der ambulanten ärztlichen Versorgung keine Anhaltspunkte finden, die für eine Anbieterkonzentration oder gar eine Monopolisierung des Angebots sprechen. Trotz des anhaltenden Anstiegs der Anzahl von MVZ werden die **vertragsärztlichen Leistungen nach wie vor überwiegend (78 Prozent) in Einzelpraxen** erbracht. Die **räumliche Verteilung von MVZ zwischen Stadt und Land entspricht in etwa der Bevölkerungsverteilung**. Eine unsachgemäße Konzentration von MVZ mit nicht-ärztlichen, privaten Kapitalgebern in bestimmten Planungsbereichen ist nicht auszumachen. MVZ unterliegen identischen Regularien wie Einzelarztpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften (BAG), sie sind wie diese an die Bedarfsplanung der KVen gebunden. **Die Unabhängigkeit ärztlicher Leistungserbringung ist gesetzlich geregelt** (§ 30 MBO-Ä sowie § 95 Abs. 1 SGB V). Eine Betrachtung der **Honorarvolumina und Abrechnungsmuster lässt keine Auffälligkeiten** erkennen, die darauf hinweisen, dass die Interessen von Kapitalgebern, ärztlich oder nicht-ärztlich, die medizinischen Entscheidungen in MVZ in höherem Maß beeinflussen als etwa in Einzelpraxen oder BAG.
- **Es gibt keine Anhaltspunkte dafür, dass unterschiedliche Kapitalgeberstrukturen die ambulante Versorgung verschlechtern oder verteuern**. Es besteht keine Evidenz, dass Kapitalinteressen ärztliche Entscheidungen beeinflussen oder eine Zunahme von MVZ der Versorgung schadet. Es lässt sich nicht beobachten, dass der Wunsch von Kapitalgebern nach gewinnbringender Vermögensanlage oder die Herkunft der Kapitalgeber für das Versorgungsergebnis relevant sind.

- In MVZ angestellte Ärztinnen und Ärzte genießen den Vorteil, von den betriebswirtschaftlichen Erfordernissen einer Einzelpraxis wie KV-Abrechnung, Wirtschaftlichkeitsprüfungen oder auch Personalführung und Management befreit zu sein, und sich **voll auf die medizinische Behandlung konzentrieren zu können**. Darüber hinaus haben sie die Möglichkeit, ein Berufsleben inklusive Work-Life-Balance zu führen.

## Versorgungspolitische Beurteilung

- Forderungen – z. B. der Gesundheitsministerkonferenz GMK – nach einer Beschränkung der Gründungsmöglichkeiten von MVZ durch nicht-ärztliche, private Kapitalgeber können dazu führen, dass es **insbesondere auch in ländlichen Gebieten weniger attraktive Angebote für Ärzte** gibt, im ambulanten Bereich tätig zu sein. Darüber hinaus könnte das **Investitionsvolumen im ambulanten Bereich sinken**, wenn eine große Zahl möglicher Kapitalgeber sich nicht mehr an MVZ beteiligen kann. Die Beschränkung würde nicht zu einer Sicherstellung der Versorgung im ländlichen Raum führen, sondern zu einer **weiteren Verschärfung der mancherorts bereits prekären Lage**.
- Speziell eine räumliche Beschränkung der Gründungsbefugnis zwischen MVZ und Trägerkrankenhaus würde zudem das **Risiko der sogenannten ‚Selbstzuweisung‘** erhöhen, bei der eine gezielte Überführung von Patientinnen und Patienten des MVZ in die stationäre Versorgung des Trägerkrankenhauses stattfindet. Die Tendenz der **Stärkung stationärer Ketten** wird dadurch gesteigert, dass Krankenhauskonzerne auch bei einer räumlichen und fachlichen Beschränkung durch ihre Vielzahl an Kliniken mehrere MVZ gründen könnten. Wettbewerber mit einem ambulanten Tätigkeitsschwerpunkt werden hingegen systematisch geschwächt. Darüber hinaus gefährdet eine Begrenzung der Gründungsbefugnis von MVZ für Krankenhäuser auf den unmittelbaren Planungsbereich den **Strukturwandel im stationären Bereich**.
- Neben der Einführung eines fachlichen Bezugs zwischen MVZ und Trägerkrankenhaus gibt es auch Forderungen, die Möglichkeit der Gründung fachgruppengleicher MVZ wieder abzuschaffen. Allerdings wird dabei außer Acht gelassen, dass es auch innerhalb von Facharztgruppen unterschiedliche Spezialisierungen gibt und die Möglichkeit eines intensiven fachlichen Austauschs innerhalb des MVZ auch dann von Vorteil ist.
- Der Kreis der potenziellen Gründer von MVZ im Allgemeinen und zahnärztlichen MVZ im Besonderen ist bereits rechtlich eingeschränkt. Nachbesetzungen werden nachrangig entschieden. Es ist schwer zu erkennen, wie weitere Beschränkungen die ambulante Versorgungssituation verbessern sollen. Die **Beschränkungen lassen eher negative Konsequenzen erwarten**, die eine flächendeckende und umfassende medizinische Versorgung gefährden können.

## Juristische Beurteilung

- Die Maßnahmen zur räumlichen und fachlichen Begrenzung von MVZ sind sowohl aus verfassungs- als auch aus europarechtlicher Perspektive zumindest fragwürdig. Die **Einschränkung stellt einen Eingriff in die gemäß Art. 12 GG geschützte Berufsfreiheit** dar, welcher aufgrund der aktuellen Datenlage weder als begründbar noch als verhältnismäßig einzuordnen ist.
- **Aus europarechtlicher Sicht stellen die Beschränkungen zudem einen unzulässigen Eingriff in die nach Art. 49, 54 AEUV geschützte Niederlassungsfreiheit** dar, der durch Gründe des Allgemeininteresses nicht zu rechtfertigen ist. Es ist schwer zu erkennen, wie weitere Beschränkungen die ambulante Versorgungssituation verbessern sollen. Sie lassen eher negative Konsequenzen erwarten.
- Ebenfalls **verfassungsrechtlich problematisch ist die von der Bundesärztekammer vorgeschlagene zeitliche Beschränkung des Bestandschutzes** für MVZ, die etwaigen neuen regulatorischen Anforderungen nicht mehr entspricht.

## Fazit

Mit Blick auf die drängenden strukturellen Herausforderungen in der medizinischen Versorgung ist ein qualitätsorientierter Wettbewerb mit einer größtmöglichen Vielzahl an Versorgungsformen, Trägern und Kapitalgebern notwendig. Das schließt MVZ sowie nicht-ärztliche, private Kapitalgeber auch aus dem Grund ausdrücklich mit ein, dass Renditeorientierung ein Merkmal aller Kapitalgeber im Gesundheitswesen ist. Mithilfe adäquater rechtlicher Rahmenbedingungen lassen sich negative Auswirkungen auf die Versorgungsqualität minimieren und notwendige Investitionen fördern.