

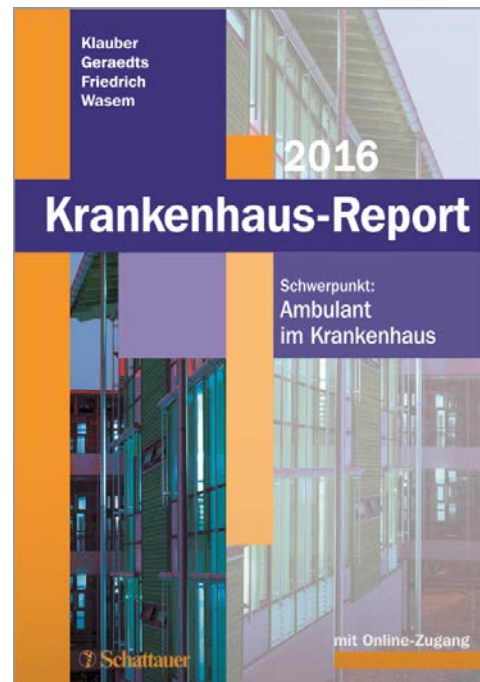
Krankenhaus-Report 2016

„Ambulant im Krankenhaus“

Jürgen Klauber / Max Geraedts /
Jörg Friedrich / Jürgen Wasem (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2016

Auszug Seite 111-125



7	MVZ im Krankenhaus	111
	<i>Bernhard Gibis, Matthias Hofmann und Susanne Armbruster</i>	
7.1	Hintergrund	111
7.2	Datenquellen.....	114
7.3	MVZ als Strukturvariante der ambulanten Versorgung.....	115
7.4	Perspektiven	123

7 MVZ im Krankenhaus

Bernhard Gibis, Matthias Hofmann und Susanne Armbruster

Abstract

Mit der Einrichtung von MVZ im Jahre 2004 hat der Gesetzgeber eine weitere Teilnahmemöglichkeit von Krankenhäusern an der vertragsärztlichen Versorgung geschaffen. Von 2073 zugelassenen MVZ Ende 2014 wurden 843 durch Krankenhäuser gegründet. Schwerpunkte der Tätigkeit beziehen sich auf die fachärztliche, weniger auf die hausärztliche Versorgung. Wie MVZ insgesamt sind Krankenhaus-MVZ in Verdichtungsräumen und weniger in strukturschwachen Regionen angesiedelt. 99% aller in Krankenhaus-MVZ tätigen Ärzte sind als Angestellte tätig, weit über die Hälfte (65%) in Teilzeit. Nach Jahren stetigen Wachstums flacht die Kurve der MVZ-Neugründungen zwar ab, das MVZ hat sich jedoch als Strukturvariante der ambulanten Versorgung – auch für Krankenhäuser – fest etabliert.

Medical service provision in German outpatient care for SHI insured patients is traditionally confined to self-employed office-based physicians. It has been on the agenda of various governments to enable hospitals to provide ambulatory care. By the end of 2014, out of a total of 2,073 legally authorised Medizinische Versorgungszentren (medical service centres), 843 have been established by hospitals, mainly in the field of specialized care. High rates of salaried (99% of all physicians working in hospital-owned MVZ) and part-time workers (65%) show a shift towards larger units providing services mostly in densely populated areas. Besides other means of providing ambulatory care, MVZ have become a staple for hospitals in the fast-growing field of outpatient care.

7.1 Hintergrund

Zu den Charakteristika der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gehört für Versicherte die freie Arztwahl und ein niedrighschwelliger Zugang zu ärztlichen Leistungen nahezu aller ambulant tätigen Fachrichtungen. Sichergestellt wird dieser Zugang – zwar mit abnehmender Tendenz, nach wie vor jedoch überwiegend – durch das prägende Konzept des selbstständig tätigen Arztes in eigener Praxis. So waren 2014 noch 82 582 Ärzte mit eigener Zulassung in Einzelpraxen tätig (KBV 2015a). Da die durchschnittliche Tätigkeitsdauer von selbstständigen Ärztinnen und Ärzten bekannt ist, ist davon auszugehen, dass auf absehbare Zeit die Mehrheit der im System Tätigen ihren Beruf nach wie vor in der eigenen Praxis ausüben wird. Patienten schätzen an dieser Form der Leistungserbringung die personelle Kontinuität und die Überschaubarkeit der Einrichtung ohne die Probleme größerer, durch häufigen Wechsel der behandelnden Ärzte gekennzeichnete Einrichtungen (Wensing et al. 2008). Dies wird umso relevanter vor dem Hintergrund einer älter wer-

denden Bevölkerung, deren Erkrankungsspektrum von Multimorbidität gekennzeichnet ist, mit entsprechenden Auswirkungen auf die Koordination und Kontinuität der Behandlung.

Die Berufsausübung in eigener Praxis ohne weitere Kollegen ist jedoch zahlreichen Veränderungsfaktoren ausgesetzt: Die Erwartungen junger Kolleginnen und Kollegen an die Berufsausübung ändern sich in Richtung Teamarbeit mit gegenseitigen Vertretungsmöglichkeiten (Gibis et al. 2012), die Komplexität der Medizin erfordert immer mehr die kollegiale Befundung und Beurteilung und nicht zuletzt führt die Kostenentwicklung dazu, dass durch den Zusammenschluss von Ärztinnen und Ärzten Skalierungseffekte realisiert werden können. Ein weiterer relevanter Trend spielt ebenso in diese Entwicklung hinein, nämlich die Verlagerung stationärer Behandlungen in den ambulanten Sektor: Die Zukunft der medizinischen Versorgung in einer Gesellschaft des langen Lebens liegt – auch bedingt durch den technischen Fortschritt – in wesentlichen Anteilen in der ambulanten Versorgung. Schon heute führen zahlreiche Krankenhäuser keine Hauptabteilungen mehr, da einige Leistungsspektren – wie z. B. das ambulante Operieren – in den ambulanten Bereich verlagert wurden und auch deshalb ehemals vollstationäre Behandlungen und Prozeduren dort erbracht werden, was Auswirkungen bis hin zur Abgabe vollumfänglicher Weiterbildungsbefugnisse hat.

Vor dem Hintergrund der Verschiebung des Leistungsgeschehens in die ambulante Versorgung ist es aus verschiedenen, hier nicht näher zu beleuchtenden Gründen konstanter Gegenstand der Gesetzgebung der letzten 15 Jahre gewesen, die Krankenhäuser für die ambulante Versorgung zu öffnen.

Die vertragsärztliche Versorgung war hingegen bis 2004 auf den selbstständig in eigener Praxis tätigen Vertragsarzt zugeschnitten. Krankenhäuser konnten im Wesentlichen nur auf dem Wege der persönlichen oder institutionellen, in der Regel zeitlich sowie inhaltlich begrenzten Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen (Schallen 2012). Nur Vertragsärzte konnten in Form der Einzelpraxis oder einer Gemeinschaftspraxis aus zugelassenen Vertragsärzten gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung als Vertragspartner auftreten. Krankenhäusern selbst war bis dahin nicht gestattet, vertragsärztliche Einrichtungen auf dem Wege der Zulassung¹ zu betreiben.

Sowohl im Berufsrecht als auch im Sozialrecht wurde die kollegiale Leistungserbringung Schritt für Schritt liberalisiert. So konstituierte das GKV-Modernisierungsgesetz das MVZ erstmals als neue gleichberechtigte Form der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung. Diese Entwicklung setzte das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz 2007 beispielsweise mit der Möglichkeit Ärzte außerhalb von MVZs anzustellen, den Zweigpraxen und Teil-Berufsausübungsgemeinschaften fort. Wesentliche Neuerung ist dabei die Etablierung einer neuen Form der Zulassung: Gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung tritt als Zulassungsinhaber nicht mehr der selbstständige und persönlich haftende Vertragsarzt, sondern das MVZ als Person des privaten Rechts auf. Dies macht das MVZ insbesondere für Fachgebiete interessant, die durch eine kapitalintensive Kostenstruktur gekenn-

¹ Das Zulassungsrecht unterscheidet grundsätzlich die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung nach dem Status der Zulassung (Selbstständige und MVZ), der Genehmigung (angestellte Ärzte) und der Ermächtigung.

zeichnet sind. Die Motivationslage des Gesetzgebers für diesen Schritt geht nur bedingt aus den korrespondierenden Gesetzesbegründungen und Protokollen des Gesundheitsausschusses hervor. Der Hauptgrund waren offensichtlich die Diversifizierung von Versorgungsstrukturen zur „Förderung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen“ mit dem Ziel, patientenadäquate Versorgungsstrukturen entstehen zu lassen bzw. zu fördern, „Innovationen zu beschleunigen und Effizienzreserven zu erschließen sowie sektorale Grenzen zu überwinden“ (Deutscher Bundestag 2003). Auch spielte die Wiederbelebung des Poliklinikgedankens der ehemaligen DDR eine Rolle. MVZ-gründungsberechtigt waren ursprünglich neben Vertragsärzten und zugelassenen Krankenhäusern auch andere an der Versorgung teilnehmende Akteure wie Apotheken oder Pflegedienste. Als Gesellschaftsformen waren alle berufsrechtlich zugelassenen Kooperationsformen, auch die Aktiengesellschaft, möglich. Zur Förderung des kooperativen Elements war die Anlage eines fachgruppenübergreifenden MVZ Voraussetzung für die Zulassung. Angestrebt wurde auch die interdisziplinäre (heute eher „multiprofessionelle“) Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen – ein Element, das bis heute nicht ausgestaltet wurde. Im Laufe weiterer Reformen erfolgten im Vertragsarztrechtsänderungsgesetz 2006 Konkretisierungen hinsichtlich der gleichzeitigen Tätigkeit im Krankenhaus und im MVZ und die Einführung von Bürgschaftserklärungen für Schadensfälle (z. B. Regressforderungen) (Deutscher Bundestag 2006), zudem wurden im GKV-Versorgungsstrukturgesetz 2012 die Rolle des ärztlichen Leiters gestärkt sowie die gründungsberechtigten Leistungserbringer auf zugelassene Vertragsärzte, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer nichtärztlicher Dialyseeinrichtungen nach § 126 Absatz 3 oder auf gemeinnützige Träger eingegrenzt (Deutscher Bundestag 2011). Auch wurde der Kreis der zulässigen Gesellschaftsformen geändert: Die Aktiengesellschaft wurde ausgeschlossen, Genossenschaften wurden aufgenommen mit dem Ziel, die ärztliche Selbstbestimmung der Berufsausübung in MVZ zu stärken. Zudem muss der ärztliche Leiter Angestellter des MVZ sein. Ähnliche Grundsätze gelten auch bei Rechtsanwälten: Die so genannte Rechtsanwalts-GmbH darf ausschließlich von sozietätsfähigen Berufen gegründet werden; Voraussetzung ist die Stimmrechtsmehrheit der Rechtsanwälte. Ziel dieser Gesetzgebung war, eine Entwicklung zurückzudrängen, die MVZ in erster Linie zum Renditeobjekt zur Realisierung von Kapitalinteressen gemacht hatten.

Ohne dass dies offenkundig Teil der MVZ-Strategie des Gesetzgebers war – zumindest geht dies nicht explizit aus den Gesetzesbegründungen hervor – lässt sich somit eine Konstante erkennen: Zugelassenen Krankenhäusern wurde mit der Einführung der MVZ die reguläre Teilhabe an der vertragsärztlichen Versorgung in all den Planungsbereichen ermöglicht, für die entweder keine Zulassungsbeschränkungen bestanden oder – falls doch – Zulassungen erworben werden beziehungsweise ein Sonderbedarf durch den zuständigen Zulassungsausschuss festgestellt worden ist. Krankenhäuser haben von dieser Regelung regen Gebrauch gemacht. Die Entwicklung wurde und wird von niedergelassenen Ärzten überaus kritisch beobachtet, wobei auch Vertragsärzte von der Organisationsform des MVZ Gebrauch machen².

2 Befürchtet wird ein merkantil und nicht qualitätsorientiert betriebener Wettbewerb zur Verdrängung von Ärztinnen und Ärzten in selbstständiger Berufsausübung. So schreibt ein Unternehmensberater 2011 „Jede Verbesserung der Kosten- und Erlösstrukturen beginnt bei einem Krankenhaus mit der

Die Entwicklung seit Einführung im Jahre 2004, insbesondere auch unter Abgleich mit den durch den Gesetzgeber benannten Zielen, soll in diesem Kapitel deshalb näher betrachtet werden. Nach der Darstellung der Datenquellen wird auf die MVZ-Entwicklung im Allgemeinen, die der Krankenhaus-MVZ im Besonderen und schließlich auf die sich abzeichnenden Entwicklungen eingegangen.

7.2 Datenquellen

Für die Darstellung und Bewertung der Entwicklung werden drei Datenquellen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung verwendet, die seit 2004 zur Begleitung der MVZ eingerichtet bzw. genutzt wurden. Das Bundesarztregister dient der kontinuierlichen Erfassung aller an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und wird quartalsweise aktualisiert. Jährlich werden die Ergebnisse in Tabellenbänden auf der Webseite der KBV veröffentlicht (KBV 2015b). Die zweite Datenquelle betrifft die sogenannte MVZ-Statistik, die bis Ende 2011 quartalsweise, ab 2012 jährlich einen Grunddatensatz bei den Kassenärztlichen Vereinigungen zu den von ihnen zugelassenen MVZ abfragt. Ziel der Erhebung sind die im Bundesarztregister nicht erhobenen Variablen wie z. B. Gesellschaftsform des MVZ oder Anzahl der Mitarbeiter. Die Ergebnisse werden ebenfalls regelmäßig auf der Webseite der KBV veröffentlicht (KBV 2015c) sowie an Akteure des Gesundheitswesens versandt. Während die ersten beiden Datenquellen quantitativer Natur sind, werden mittels des sogenannten MVZ-Surveys qualitative Informationen per Fragebogen bei zugelassenen MVZ abgefragt. Hierzu gehören Fragen wie zur Zufriedenheit mit der Zulassungsform MVZ oder auch Zukunftserwartungen. Auch der MVZ-Survey wird auf der Webseite der KBV veröffentlicht (KBV 2015d). Die KBV hat bislang zweimal zusammen mit dem Medizinischen Fakultätentag unter Mitwirkung des Bundesverbandes der Medizinstudierenden Deutschlands (BVMD) eine Befragung unter Medizinstudierenden durchgeführt, deren Ergebnisse im Hinblick auf die spätere Tätigkeit in einem MVZ ebenfalls in die Betrachtung einbezogen werden (KBV 2015e).

Ausrichtung auf den richtigen Fallmix, und der wiederum gelingt nur mit einer adäquaten Zuweiserstruktur. Genau daher ist die ambulante MVZ-Strategie so wichtig. Also sollten Krankenhäuser noch bis Spätsommer 2011 die richtige MVZ-Strategie umsetzen. Bis dahin bleibt der Königsweg für ‚starke‘ Krankenhäuser, mit großen zentralen und dezentralen MVZ-Einheiten auf einen gewissen Konfrontationskurs zu den niedergelassenen Ärzten zu gehen. ... Durchlässige Fallführung durch gleiche Ansprechpartner, Verschiebung von Diagnostikaufwendungen aus dem Krankenhaus in das MVZ mit ambulanter Abrechnung zulasten der KV sind willkommene Zusatzeffekte. Wesentlich dient das MVZ als ‚Staubsauger‘ für geeignete stationäre Fälle und als ‚Staubfänger‘ für solche Fälle, die besser anderswo versorgt werden sollten.“ (Leobrechtung 2011) http://www.trillium.de/fileadmin/user_upload/Zeitschriften/Trillium_Diagnostik/Archiv/2011/2011_-_1_-_Das_MVZ_bleibt_attraktiv.pdf (29. Mai 2015).

7.3 MVZ als Strukturvariante der ambulanten Versorgung

MVZ-Anzahl und Gründer

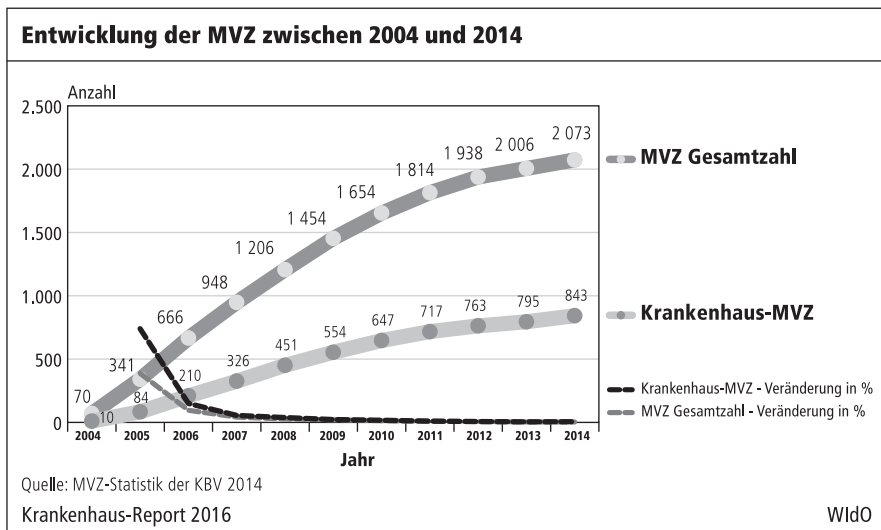
MVZ sind seit 2004 etablierter Bestandteil der Versorgung geworden. Seit dem Beginn im Sommer 2004 wächst die Zahl der zugelassenen MVZ beständig, wobei sich seit ca. zwei Jahren ein Plateau gebildet zu haben scheint. Es ist ein linearer Anstieg zu beobachten (Abbildung 7-1).

Von 2 073 MVZ, die Ende 2014 zugelassen waren, befindet sich der größte Teil in der Trägerschaft von Vertragsärzten. 38,4% (843) aller MVZ-Träger sind Krankenhäuser, 40,7% (893) befinden sich in vertragsärztlicher Trägerschaft und 20,9% (459) weitere in anderer Trägerschaft (aus dem Kreis der Gründungsberechtigten vor 2012, die einem Bestandsschutz unterliegen)³. Seit 2004 überwiegt die Gründung durch selbstständige Vertragsärzte, wobei die MVZ in der Regel aus Einbringung von eigenen Zulassungen hervorgehen.

Bei Zugrundelegung von 1 996 registrierten Kliniken im Jahre 2013 (Statistisches Bundesamt 2015) scheint jedes dritte registrierte Krankenhaus ein MVZ gegründet zu haben, wobei einzelne Kliniken auch mehrere MVZ gründen können und damit der Anteil von Krankenhäusern mit MVZ tendenziell geringer ausfallen dürfte.

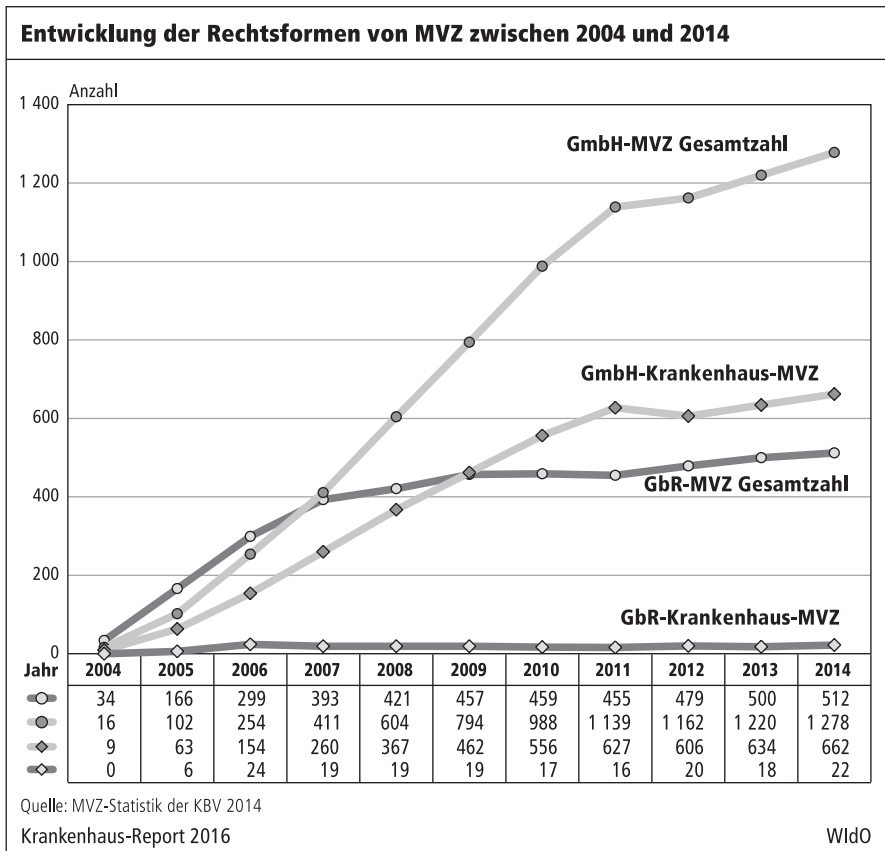
Vor dem Hintergrund von ca. 150 000 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und ca. 100 000 Einrichtungen spiegelt die Gesamtzahl von 2 073 MVZ mit 13 465 Ärzten (31.12.2014) immer noch die Neuartigkeit des Ansatzes wider.

Abbildung 7-1



³ Mehrfachträgerschaften sind möglich, weshalb die Summe aller Träger größer als die Anzahl aller MVZ ist.

Abbildung 7–2



Rechtsformen der MVZ

Mit zunehmendem Wachstum der MVZ-Größe sowie höherem Engagement der Krankenhäuser hat die Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) die Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) als häufigste Rechtsform abgelöst. Krankenhaus-MVZ werden nahezu ausschließlich als GmbH gegründet (Abbildung 7–2), die GbR spielt hier im Gegensatz zu vertragsärztlich getragenen MVZ so gut wie keine Rolle. Mit zunehmender Größe des MVZ wird die GmbH als die geeignetere Gesellschaftsform angesehen.

Größe der MVZ

Die durchschnittliche Größe der MVZ hat kontinuierlich seit Einführung zugenommen (Abbildung 7–3). Von zunächst 3,6 Ärzten je MVZ hat sich der Durchschnitt auf 6,5 Ärzte erhöht, der Median liegt bei 5 Ärzten. Krankenhaus-MVZ sind dabei tendenziell mit 7,5 Ärzten etwas größer. Fast 41 % der Krankenhaus-MVZ arbeiten mit mehr als 7 Ärzten (Abbildung 7–4). Das größte Einzel-MVZ hatte im 4. Quartal 2014 125 gemeldete Ärzte. Da in dieser Betrachtung eine Kopf-

Abbildung 7–3

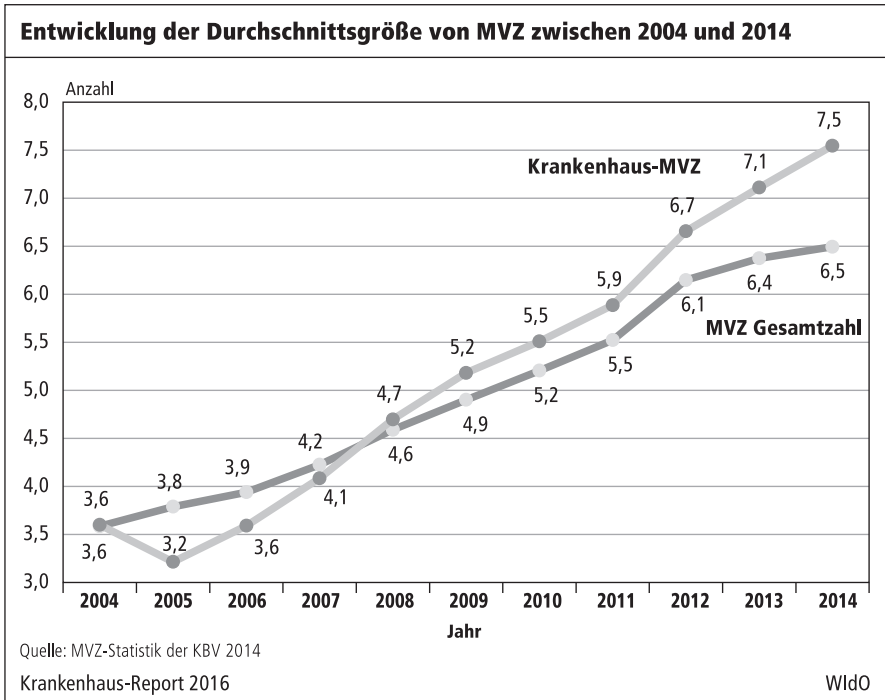
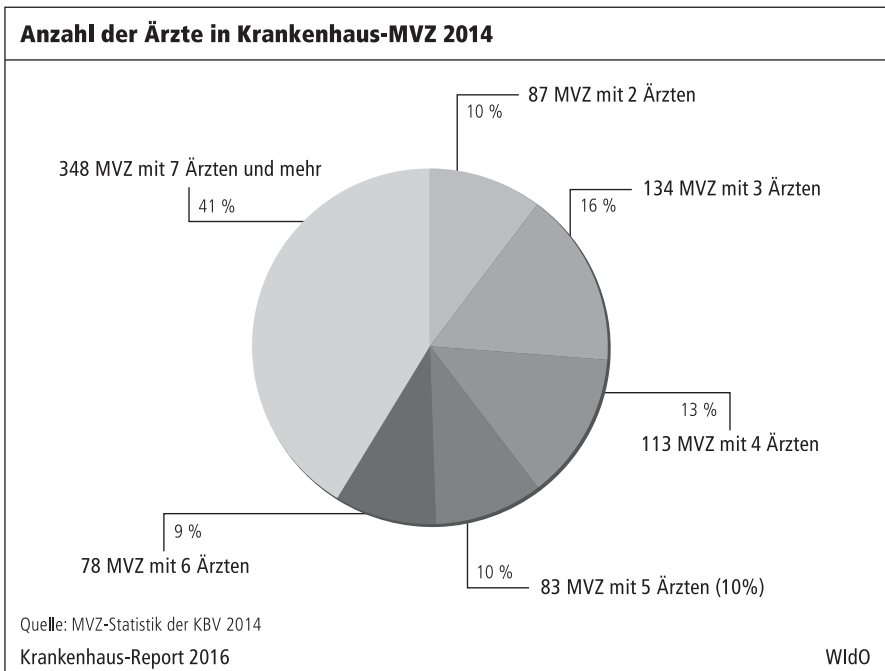


Abbildung 7–4



zählung vorgenommen wird, muss das Ergebnis weiter nach Teilnahmeumfang bewertet werden.

Beschäftigungsumfang und -verhältnis

Hinsichtlich des Teilnahmeumfangs an der Versorgung zeigen sich erhebliche Unterschiede: Angestellte Ärzte arbeiten insgesamt häufiger in Teilzeit. Nach Bedarfsplanungsrichtlinie werden für die Tätigkeitserfassung in 10-Stunden-Abständen vier Gruppen gebildet. 65 % der angestellten Ärzte in Krankenhaus-MVZ arbeiten Teilzeit (Abbildung 7–5), während 10 % der in MVZ tätigen Vertragsärzte im Jahr 2014 über eine halbe Zulassung verfügten und 90 % über eine volle Zulassung.

Das MVZ ist klar eine Domäne der ärztlichen Berufsausübung in der Angestelltenform. Seit dem 4. Quartal 2005 arbeitet die überwiegende Anzahl der Ärzte im MVZ im Anstellungsverhältnis. Zum Stichtag 31.12.2014 waren 90 % aller im MVZ tätigen Ärzte im Angestelltenverhältnis tätig (Abbildung 7–6). Diesbezüglich hatte das MVZ zunächst Alleinstellungsmerkmale, die später durch die Einführung von Anstellungsverhältnissen, auch für fachfremde Kombinationen (z. B. Arzt für Innere Medizin stellt einen Chirurgen an), in Einzel- und Gemeinschaftspraxen relativiert wurden (Deutscher Bundestag 2006).

Während die Versorgung in MVZ im Allgemeinen durch angestellte Ärzte sichergestellt wird, trifft dies besonders auf Krankenhaus-MVZ zu. Ende 2014 arbeiteten 6 325 Ärzte in Krankenhaus-MVZ in Anstellung, 38 waren als Selbstständige in einem Krankenhaus-MVZ tätig (Abbildung 7–7). Wie oben beschrieben war Ende 2014 für alle MVZ festzustellen, dass 90 % der Ärzte als Angestellte tätig waren.

Abbildung 7–5

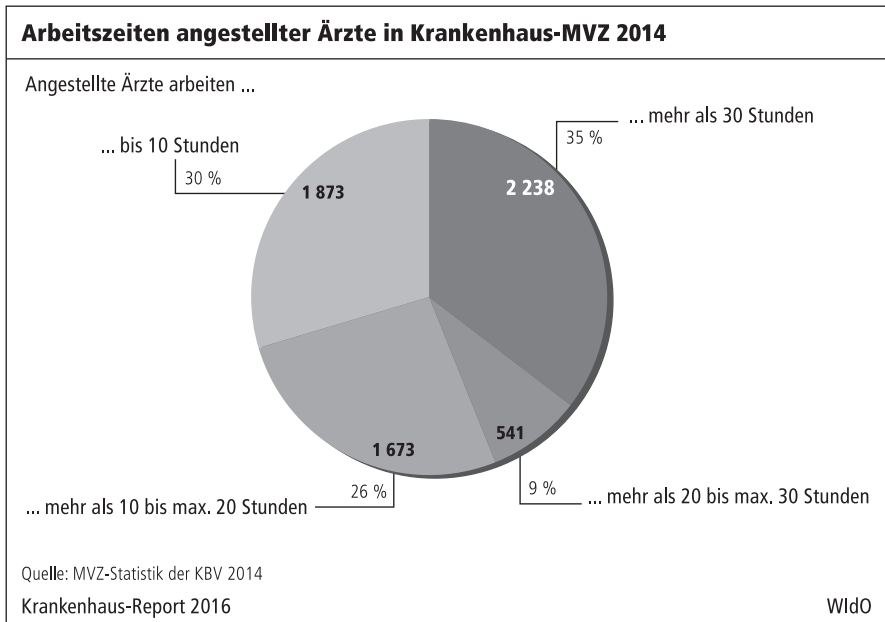


Abbildung 7-6

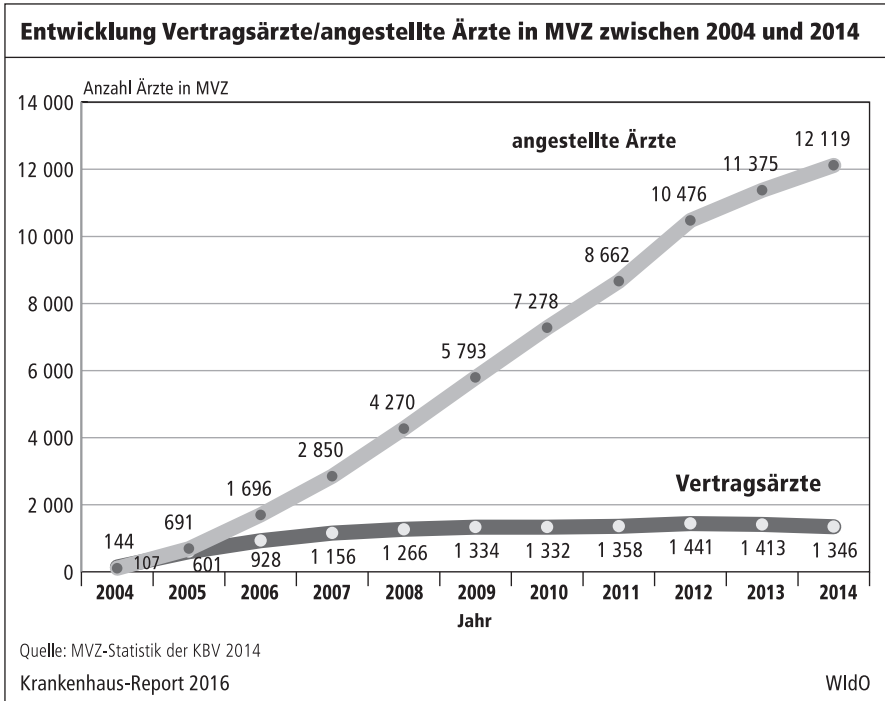
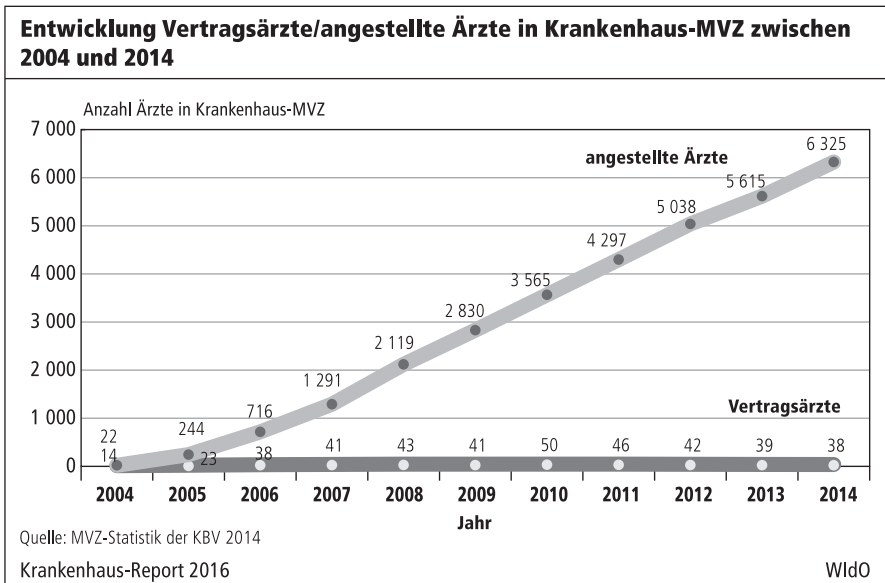


Abbildung 7-7

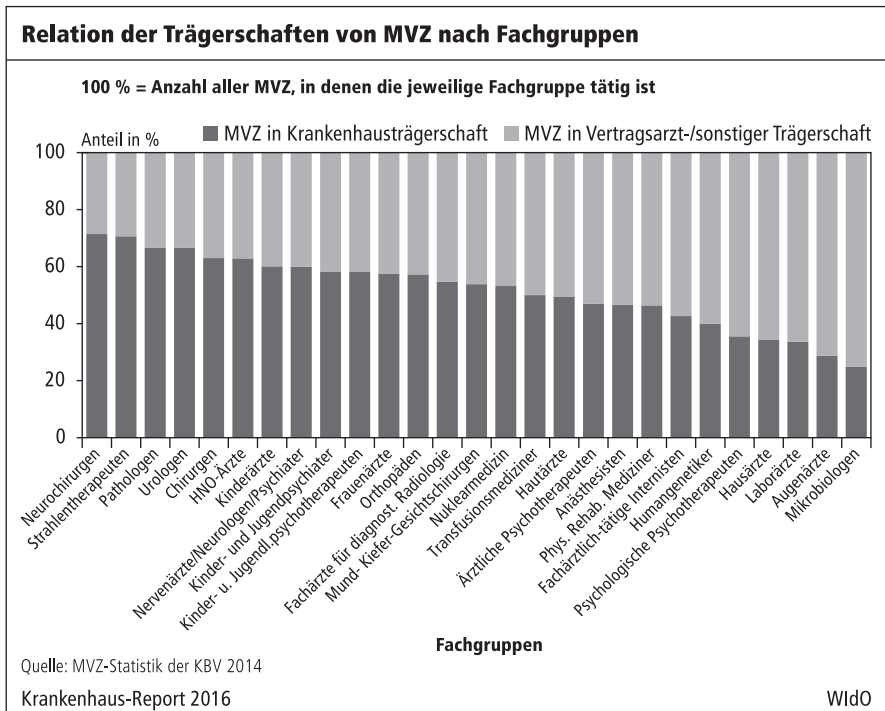


Fachgruppenausrichtung von MVZ

Hausärzte stellen ca. ein Drittel aller an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte dar und sind auch die am häufigsten vertretene Gruppe in MVZ. Dies galt bislang in unterschiedlichem Ausmaße gleichermaßen für vertragsärztliche und Krankenhaus-MVZ. Während die Rangfolge für MVZ insgesamt Hausärzte, Internisten, Chirurgen, Frauenärzte und Nervenärzte⁴ in absteigenden Reihenfolge verzeichnet, sieht diese für Krankenhaus-MVZ etwas anders aus: Hier führen seit 2014 die Chirurgen, gefolgt von Fachinternisten, Hausärzten, Frauenärzten und Nervenärzten. Für einzelne Fachgruppen lassen sich sektorenspezifische Präferenzen erkennen: MVZ, in denen Neurochirurgen, Strahlentherapeuten, Pathologen und Urologen arbeiten, wurden überwiegend von Krankenhäusern gegründet. MVZ mit Hausärzten, Psychotherapeuten, Augenärzten, aber auch Laborärzten haben überwiegend vertragsärztliche Gründer (Abbildung 7–8).

Damit wird das Tätigkeitsspektrum von Krankenhaus-MVZ deutlich, ohne dass allerdings Erklärungsmuster jenseits anekdotischer Hinweise für die Auswahl identifiziert werden können. Für einzelne Fachgruppen wie die Strahlentherapie könnte eine Erklärung sein, dass die Fachgruppe neben der überwiegend ambulanten Aus-

Abbildung 7–8



4 In Anlehnung an die Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses werden die Weiterbildungsgebiete Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Facharzt für Neurologie zusammengefasst.

richtung bis 2013 nicht der Bedarfsplanung unterlag und Krankenhäuser deshalb Zulassungen ohne Bedarfsprüfung erlangen konnten. Festzustellen ist auch, dass eine hausärztliche Ausrichtung der Versorgung kein vorherrschendes Tätigkeitsfeld von Krankenhaus-MVZ darstellt.

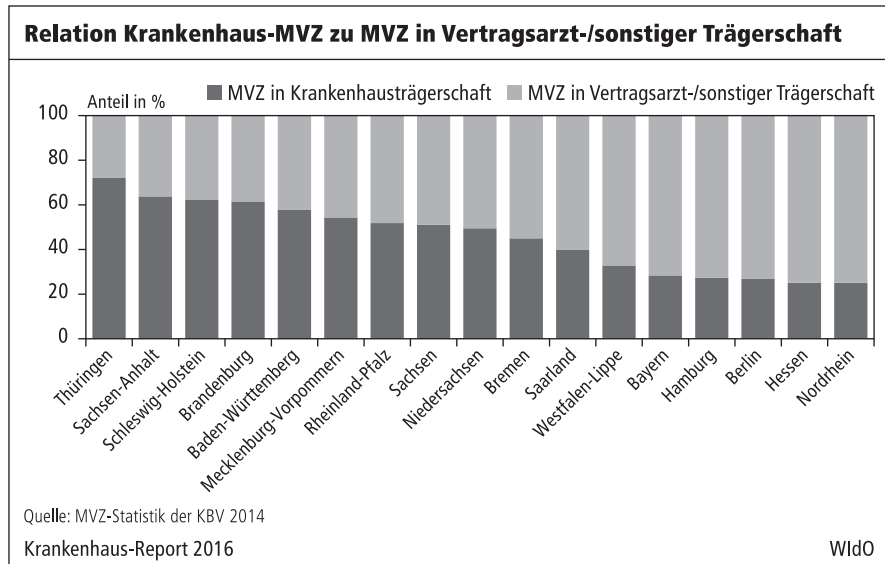
Regionale Verbreitungsmuster

Die Betrachtung der regionalen Verbreitung kann nach unterschiedlichen Stratifizierungen erfolgen: Gesamtzahl der MVZ je Bundesland, MVZ je Gesamtzahl Ärzte oder MVZ je Einwohner sowie getrennt für vertragsärztliche und Krankenhaus-MVZ.

In absoluten Zahlen führt Bayern mit 391, d. h. 19% aller MVZ bundesweit. Niedersachsen mit 202 MVZ (10%) sowie Nordrhein mit 179 MVZ (9%) schließen sich an. Anders sieht die Reihenfolge bei der Anzahl der MVZ je Arzt, also dem Anteil der im MVZ tätigen Ärzte an der Gesamtzahl der Ärzte aus. Hier dominierten bislang die neuen Bundesländer; die MVZ-Statistik 2014 weist folgende Reihenfolge aus: Hamburg, Thüringen, Sachsen-Anhalt, Berlin, Sachsen und Schleswig-Holstein. Dies betrifft auch die Krankenhaus-MVZ, die eine starke Verbreitung in den neuen Ländern gefunden haben, möglicherweise auch bedingt durch die ältere Tradition des Betriebs von Polikliniken zu Zeiten der DDR (Abbildung 7–9).

Je Einwohner betrachtet gibt es die meisten MVZ in Berlin, gefolgt von Hamburg, Thüringen und Sachsen. Die Gründung von MVZ unterliegt demnach unterschiedlichen Mustern, die offensichtlich von regionalen Faktoren abhängen.

Abbildung 7–9



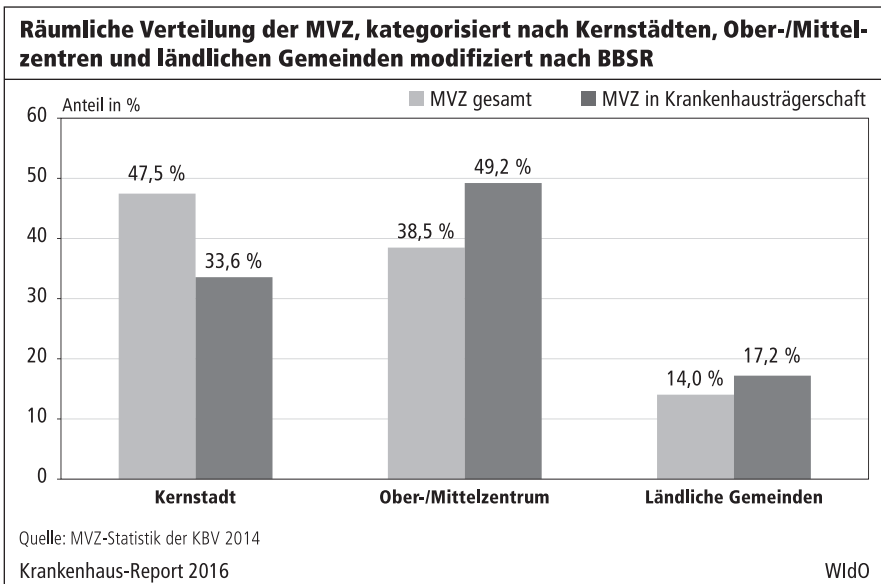
Ansiedlungs- und Kooperationsmuster von MVZ

Stratifiziert nach Siedlungstypen in Anlehnung an die Kategorien des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR 2015) fällt auf, dass MVZ überwiegend in Kernstädten (47,5%) und Ober- bzw. Mittelzentren (38,5%) gegründet werden. Ländliche Gemeinden bilden mit 14,0% die Ausnahme. Durch Krankenhäuser gegründete MVZ unterscheiden sich diesbezüglich insofern als dass der Schwerpunkt der Gründungen in Mittel- und Oberzentren liegt (49,2%). Ländliche Gemeinden liegen mit 17,2% auch hier an dritter Stelle (Abbildung 7–10).

Damit zeigt sich insgesamt eine eher fachärztliche und auf Städte ausgerichtete Konzentration des Versorgungsmodells MVZ und weniger eine Ausrichtung auf ländliche Gemeinden sowie die allgemeinmedizinische Versorgung. Ein – zumindest erhoffter – Effekt des Versorgungsbeitrags von MVZ in (drohend) unterversorgten Gebieten lässt sich somit zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht erkennen.

Im Hinblick auf die Kooperation von MVZ wird im Laufe der Jahre eine zunehmende Vernetzung mit anderen Gesundheitsberufen im MVZ-Survey berichtet. Besonders deutliche Veränderungen sind bei Physiotherapeuten, Apotheken und Psychotherapeuten festzustellen. Der Trend zur Netzwerkbildung macht sich nach den Ergebnissen des MVZ-Surveys auch durch die Schaffung dezentraler Strukturen bemerkbar, z. B. durch Zweigstellen bei MVZ in ländlichen Gebieten. Hinsichtlich der Bewertung der aktuellen Geschäftslage gaben von den teilnehmenden Krankenhaus-MVZ 24,4% diese als sehr gut bzw. gut, 49,7% als befriedigend an (MVZ-Survey der KBV 2014).

Abbildung 7–10



7.4 Perspektiven

Mit der Einrichtung von MVZ wurde ein wesentliches die ambulante Versorgung prägendes Merkmal verlassen: Die persönliche Zulassung mit direkter Haftung als Voraussetzung für die Aufnahme einer Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung wurde erweitert zugunsten einer institutionellen Zulassung, die an einen gesellschaftsrechtlich legitimierten Zusammenschluss von gründungsberechtigten Akteuren einschließlich zugelassener Krankenhäuser übertragen werden kann. Die vorgelegten Auswertungen zeigen, dass Krankenhäuser auf dem Wege des MVZ einen relevanten Beitrag im System der vertragsärztlichen Versorgung leisten.

Mit der Einführung der Strukturvariante MVZ hat der Gesetzgeber die Voraussetzungen für Krankenhäuser geschaffen, sich zugelassenen Vertragsärzten vergleichbar an der ambulanten ärztlichen Versorgung von GKV-Patienten zu beteiligen. MVZ genießen dabei Privilegien, die diese Form der Teilhabe an der ambulanten Versorgung für Krankenhäuser attraktiv machen. Im Unterschied zur zeitlich sowie leistungsseitig begrenzten Ermächtigung ist mit der Gründung eines MVZ eine vollumfängliche vertragsärztliche Tätigkeit möglich. Weitere Vorteile betreffen die immer weiter gehende Bevorzugung der Angestelltentätigkeit durch den Gesetzgeber, der beispielsweise vorsieht, dass eine Zulassung bei Rückgabe durch den Zulassungsinhaber aufgekauft, nicht aber, dass die Nachbesetzung eines Angestelltensitzes überprüft wird. Krankenhäuser nutzen diese Möglichkeit und konzentrieren sich dabei auf die fachärztliche Versorgung. Wie in der Gesamtheit der MVZ liegt auch bei Krankenhaus-MVZ der Schwerpunkt der Tätigkeit in Verdichtungs- und weniger in ländlichen Räumen. Es liegt für Krankenhäuser auf der Hand, angestellte Krankenhausärzte zur Nutzung von Synergieeffekten im MVZ tätig werden zu lassen. Dabei gilt es, die Rahmenbedingungen der vertragsärztlichen Versorgung, die eine gleichzeitige Tätigkeit im Krankenhaus und im MVZ ausdrücklich gestatten, wie die der persönlichen Leistungserbringung einschließlich des Facharztstatus zu beachten. Der Leistungserbringung durch Nicht-Fachärzte sind hierbei enge Grenzen gesetzt. Für die nachwachsende Medizinergeneration scheint die Tätigkeit in einem MVZ attraktiv zu sein: In einer Befragung von 11 462 Medizinstudierenden im September 2014 (Jacob et al. 2015) konnten sich zwar 76% aller Befragten insgesamt eine Tätigkeit in eigener Praxis vorstellen, gegen Studienende im PJ sank dieser Wert jedoch auf 69,3%, gefolgt von der Tätigkeit als Angestellte in einem MVZ mit 61,2%.

Insgesamt zeigt sich eine erhebliche regionale Variabilität der MVZ-Gründungsbestrebungen von Krankenhäusern. In Baden-Württemberg sind insgesamt wenige MVZ zugelassen, die überwiegend von Krankenhäusern gegründet wurden. In den neuen Ländern wiederum ist unter den Flächenländern traditionell der höchste MVZ-Anteil an allen tätigen Ärzten zu verzeichnen und die meisten MVZ werden auch hier durch Krankenhäuser betrieben. Einmal mehr wird hier deutlich, dass die Motivationslage und die Rahmenbedingungen für die Etablierung von Gesundheitseinrichtungen nicht einheitlich wirken, sondern eine ausgeprägte Regionalität entfalten. Dies lässt sich in Anbetracht der Vielfalt der regionalen Versorgungsunterschiede (Demografie, Krankenhaus- und Arztdichte, wirtschaftliche Situation etc.) nachvollziehen.

Im Hinblick auf die zumindest aus der Gesetzesbegründung hervorgehenden Zielsetzungen für die Einrichtung von MVZ ergibt sich eine gemischte Bilanz. Wenn mit der Etablierung sektorenübergreifender Versorgungsformen gemeint gewesen war, dass Krankenhäusern der Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung eröffnet wird, so ist dieses Ziel eingetreten. So gesehen stellt die MVZ-Gründungsbechtigung für Krankenhäuser neben der Ermächtigung, der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung, dem ambulanten Operieren, der vor- und nachstationären Behandlung, dem Betrieb von Institutsambulanzen u. a. eine weitere Form der Beteiligung an der ambulanten Versorgung dar. Eine sektorenübergreifende Versorgung in Form von Ärzteteams aus beiden Sektoren kann jedoch nur vereinzelt festgestellt werden; lediglich 1 % aller in Krankenhaus-MVZ tätigen Ärzte ist mit eigener Zulassung registriert. Damit wird zumindest hinsichtlich der Auswirkungen deutlich, dass mit sektorenübergreifender Tätigkeit vielfach die Öffnung von Krankenhäusern für die vertragsärztliche Versorgung verstanden werden kann. Nicht eingetreten sind Hoffnungen, wonach MVZ einen relevanten Versorgungsbeitrag in weniger gut versorgten Gebieten leisten. Hier unterscheiden sich MVZ insgesamt einschließlich der Krankenhaus-MVZ nicht wesentlich; die Versorgung in solchen Regionen wird nach wie vor überwiegend durch selbstständig tätige Ärzte übernommen. Die grundversorgende Tätigkeit in Gebieten, die von Überalterung und Bevölkerungsschwund gekennzeichnet sind, ist offenbar auch für institutionelle Träger wenig attraktiv. Die Folge ist, dass hierfür neue Formen der Sicherstellung der Versorgung, auch mit lokaler Unterstützung, zu entwickeln sind.

Gegenstand der Diskussion war in diesem Zusammenhang auch die Frage des Beitrags von MVZ zur Gesamtversorgung. Zwar zeigt die Auswertung, dass in MVZ und insbesondere in Krankenhaus-MVZ überwiegend angestellte Ärzte tätig werden, und dies häufig in Teilzeit. Die Produktivität von angestellten Ärzten (weniger Fallzahlen, kürzere Wochenarbeitszeit, längere Urlaubs- bzw. Fehlzeiten etc.) wird gemeinhin als unter der eines selbstständig tätigen Arztes eingeschätzt, doch trifft dies auch auf angestellte Ärzte in Gemeinschaftspraxen zu und ist kein spezifisches MVZ-Merkmal. Es ist allerdings festzustellen, dass mit zunehmender Teilzeittätigkeit in Anstellung die insgesamt zur Verfügung gestellte Versorgungsleistung trotz steigender Arztzahlen sinkt und kompensiert werden muss.

Der Gesetzgeber hat mit dem Versorgungsstärkungsgesetz im Jahre 2015 den Gründerkreis auf kommunale Träger erweitert, um vor allem in schlechter versorgten Gebieten Versorgungsangebote schaffen zu können. Weitere Regelungen betreffen den Fortbestand der Gründereigenschaften auch nach Wechsel des Zulassungstatus des Gründers sowie Regelungen zur Überprüfung des Leistungsgeschehens in MVZ, für die regionale Unterschiede zu verzeichnen waren. Damit wird deutlich, dass der Gesetzgeber die Form des MVZ weiterentwickeln möchte. Doch wird dabei nicht nur das MVZ als Kooperationsform ins Visier genommen. Nach der Etablierung der Gemeinschaftspraxis als kooperative Form der Berufsausübung und dann der MVZ schließt sich folgerichtig das Konzept des Praxisverbundes an: Die verbindliche Kooperation von Ärzten rund um die hausärztliche Tätigkeit in Form eines Praxisnetzes, gebildet aus Einzel-, Gemeinschaftspraxen und MVZ, bietet weitergehende Möglichkeiten einer populationsbezogenen und patientenorientierten lokalen ambulanten Versorgung und dies vor allem auch für kleinere Einrichtungen. Der hierfür erforderliche gesetzliche Rahmen sowie die dazugehörigen unter-

gesetzlichen Normen wurden verabschiedet (Rieser 2013). So gesehen ist die Etablierung von MVZ und damit die Einbindung von Krankenhäusern in die vertragsärztliche Versorgung ein wichtiger Schritt in Richtung einer weitergehenden lokalen Verbundbildung vor dem Hintergrund neuer Möglichkeiten der elektronischen Vernetzung und angesichts der komplexer, aber auch fragmentierter werdenden Versorgung. Die Einbindung von Krankenhäusern, auch über Krankenhaus-MVZ, in solche Strukturen lässt auf einen echten sektorenübergreifenden Ansatz hoffen.

Literatur

- Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung 2015. http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumbeobachtung/Raumabgrenzungen/raumabgrenzungen_node.html (6. Juli 2015).
- Gibis B, Heinz A, Jacob R, Müller CH. Berufserwartung von Medizinstudierenden: Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. *Dtsch Arztebl.* 2012; 109 (18): 327–32.
- Deutscher Bundestag. Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG). Drucksache 15/1525. Berlin 2003.
- Deutscher Bundestag. Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG), Drucksache 16/2474. Berlin 2006.
- Deutscher Bundestag. Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung – Drucksachen 17/6906, 17/7274 – Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG), Drucksache 17/8005. Berlin 2011.
- Jacob R, Kopp J, Schultz S. Berufsmonitoring Medizinstudenten 2014. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. Abschlussbericht. KBV (Hrsg) 2015, S. 29.
- Leobrecht G v. Das MVZ bleibt attraktiv. *trilliumreport* 2011; 9(1): 30–1. http://www.trillium.de/fileadmin/user_upload/Zeitschriften/Trillium_Diagnostik/Archiv/2011/2011_-_1_-_Das_MVZ_bleibt_attraktiv.pdf (29. Juni 2015).
- KBV 2015a. Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. www.kbv.de/html/421.php. (29. Juni 2015).
- KBV 2015b. Arztzahlen. www.kbv.de/html/421.php. (29. Juni 2015).
- KBV 2015c. MVZ-Statistik. www.kbv.de/html/423.php. (29. Juni 2015).
- KBV 2015d. MVZ-Survey 2014. In Veröffentlichung.
- KBV 2015e. Berufsmonitoring Medizinstudenten 2014. www.kbv.de/html/5724.php. (29. Juni 2015).
- Rieser S. Rahmenvorgabe für Praxisnetze. Anerkennung für Teamworker. *Dtsch Arztebl* 2013; 110 (17): A-814 / B-708 / C-708.
- Schallen R. Zulassungsverordnung für Vertragsärzte, Vertragszahnärzte, Medizinische Versorgungszentren, Psychotherapeuten. Kommentar. Heidelberg: C.F. Müller 2012.
- Statistisches Bundesamt. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/KrankenhaeuserJahreOhne100000.html>. (29.6.2015). Wiesbaden 2015.
- Wensing M, Hermsen J, Grol R, Szecsenyi J. Patient evaluations of accessibility and co-ordination in general practice in Europe. *Health Expectations* 2008; 11: 384–90.