

1 MVZ nach § 95 SGB V – Aktueller Stand, Struktur und Perspektiven im Kontext des Koalitionsvertrages

Bernd Knorr

1.1 Einführung

Mit der Einführung des Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetzes (GMG) im Jahre 2003 hat der Gesetzgeber die Möglichkeit zur Gründung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) geschaffen. Die entsprechende gesetzliche Regelung findet sich im § 95 Abs. 1 S. 1 u. 2 SGB V.

Politisches Ziel war es, neue Formen der ärztlichen Berufsausübung zu ermöglichen, z. B. die Anstellung von Ärzten. Ferner war es notwendig, eine bundeseinheitliche Regelung zu schaffen, in der sich auch die ehemaligen Polikliniken der DDR wiederfinden. Diese Einrichtungen beschäftigten Ärzte ausschließlich im Anstellungsverhältnis.

Seither ist es möglich, dass sich verschiedene ärztliche Fachgruppen im Konstrukt des MVZ zusammenschließen und sich dabei gängigen Organisationsformen bedienen können. Gründungsgrundlage ist die Teilnahme an

der vertragsärztlichen Versorgung auf der Basis der Zulassung, Ermächtigung oder des Vertrages. Somit können auch Nichtmediziner, z. B. Apotheker, Hebammen oder Logopäden ein MVZ gründen. Entscheidend ist lediglich, daß die Medizinischen Versorgungszentren ärztlich geleitet werden.

Im Wahlkampf zu den Bundestagswahlen 2009 und den Landtagswahlen in Bayern und Thüringen wurden insbesondere Forderungen aus Süddeutschland laut, Vertragsärzten ein MVZ-Monopol zu verschaffen. Im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP findet sich daher auch die nachstehende Absichtserklärung:

„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. Für den Bereich unterversorgter Gebiete soll eine Öffnungsklausel für Krankenhäuser vorgesehen werden, wenn keine Interessenten aus dem Bereich der Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung stehen.“

Würde dies entsprechend umgesetzt, bedeutete dies, dass 51% der Geschäftsanteile in der Hand von niedergelassenen Ärzten sein müssen. Es bleibt abzuwarten, wie der neue Bundesgesundheitsminister Rösler diese Absichtserklärungen der Regierungsparteien umsetzt. Sollte sie eins zu eins umgesetzt werden, käme dies einem „Investitionsverbot“ für Nichtärzte gleich. MVZ von Krankenhäusern, privaten Klinikketten oder Geschäftsmodellen à la Polikum, Atriomed, MediPlaza etc. wird es dann nicht mehr geben. Es darf aber angezweifelt werden, ob der notwendige Kapitalbedarf (ca. 3 Mio. Euro) für die Gründung eines interdisziplinären MVZ mit mindestens fünf oder gar mehr unterschiedlichen Fachgebieten al-

lein durch Vertragsärzte zur Verfügung gestellt werden kann.

1.2 MVZ in Deutschland – Zahlen, Daten, Fakten

Die Gründungen von MVZ ist in Deutschland bislang unterschiedlich umgesetzt worden. Nach den veröffentlichten Zahlen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) waren mit Stichtag 30. Juni 2009 in Deutschland 1.325 MVZ gegründet (s. Abb. 1).

In Trägerschaft von Krankenhäusern sind es 507 MVZ (s. Abb. 2). In den neuen Bundesländern ist die Konzentration von MVZ in Trägerschaft von Krankenhäusern stärker ausgeprägt als in den alten Bundesländern. Dies liegt, wie bereits zuvor erwähnt, an der Poliklinik-Struktur der ehemaligen DDR. So ist auch das größte MVZ, das Klinikum Buch der Helios Kliniken in Brandenburg vertreten.

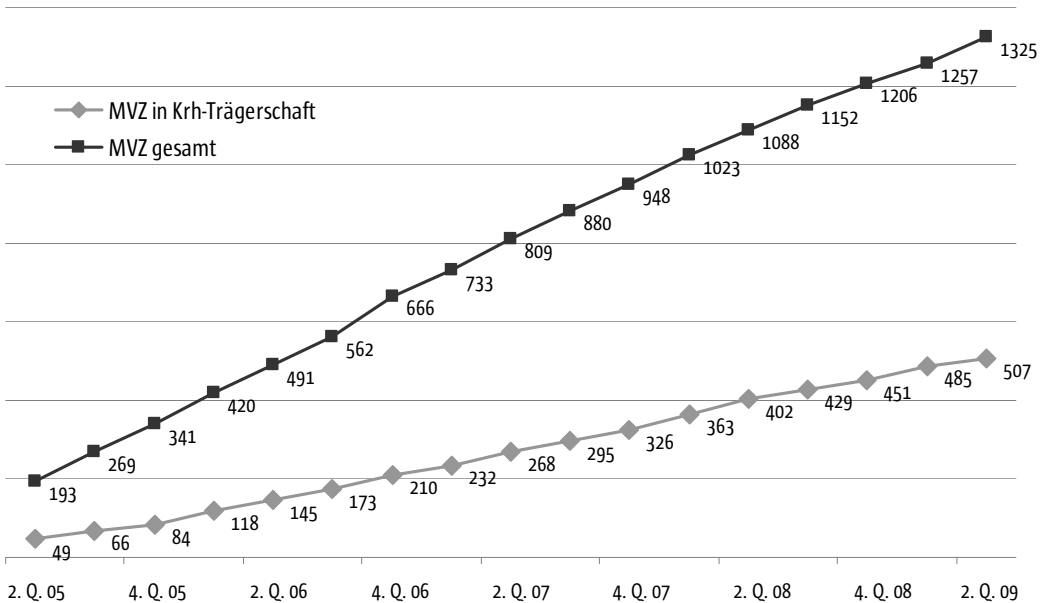


Abb. 1 MVZ-Gründungen seit 1. April 2005; Quelle: KBV 2009

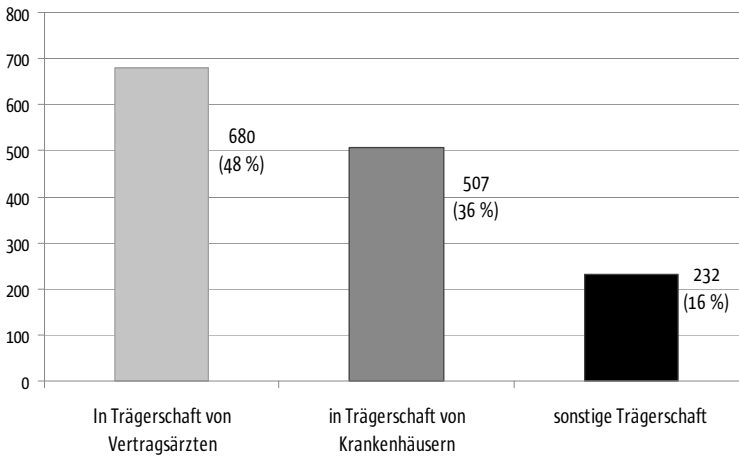


Abb. 2 Verteilung MVZ-Trägerschaften; Quelle: KBV 2009

Die Tendenz zur MVZ-Gründung steigt zwar weiter langsam an, flacht sich aber zusehend ab. Der leichte Anstieg ist dabei auf die MVZ-Gründungen der Krankenhäuser zurückzuführen. Im Vertragsarztbereich ist die MVZ-Gründung stagnierend. Ein möglicher Grund für die langsame Entwicklung ist sicherlich die Einführung des Vertragsarzt-Rechtsänderungsgesetzes (VÄndG). Dieses erleichtert die Zusammenarbeit einschließlich der Anstellung von Ärzten im ambulanten und stationären Bereich. Ferner liegt es vermutlich an der Auflage für MVZ in der Rechtsform der GmbH, eine „Blanko-Bürgschaft“ für Nachforderungen, z. B. Kassenregresse, bei einer möglichen Insolvenz zu geben.

In den 1.325 MVZ (Ende 2. Quartal 2009) sind knapp 6.300 Ärzte in medizinischen Versorgungszentren tätig. Mehr als 75 % entfallen auf Ärzte im Anstellungsverhältnis.

Durchschnittlich 4,7 Ärzte arbeiten zurzeit in einem Medizinischen Versorgungszentrum. Diese Zahl ist seit mehreren Jahren relativ konstant. Die MVZ wachsen hinsichtlich der Größe (= Anzahl der Ärzte) nur langsam.

MVZ-Größe: 4,7 Ärzte im Durchschnitt

Sieht man sich die MVZ einmal im Einzelnen an, wird schnell klar, dass dies historische Gründe hat. Die meisten MVZ sind aus Gemeinschaftspraxen und Berufsausübungsgemeinschaften hervorgegangen. Häufig waren dabei die Vorteile im Honorarbereich die Triebfeder. Unter den aktuellen Regelleistungsvolumina (RLV) werden Gemeinschaftspraxen, aber auch Medizinische Versorgungszentren besser gestellt.

Beschluss des Bewertungsausschusses vom 20. April 2009 (Beschluss Teil A):

1. Aufnahme eines weiteren Absatzes hinter Beschluss Teil F Nr. 1.2.4 zur Vorgabe von Zuschlägen für Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten:

Zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in Berufsausübungsgemeinschaften wird das nach Anlage 2 Nr. 5 ermittelte praxisbezogene Regelleistungsvolumen

a) für fach- und schwerpunktgleiche Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe um 10 % erhöht

b) für fach- und schwerpunktübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten anderer Arztgruppen bzw. Schwerpunkte um 5 % je Arztgruppe bzw. Schwerpunkt für maximal sechs Arztgruppen bzw. Schwerpunkt, für jede weitere Arztgruppe bzw. Schwerpunkt um 2,5 %, jedoch insgesamt höchstens um 40 % erhöht.

Durch diese Regelung können sich Medizinische Versorgungszentren mit entsprechender Interdisziplinarität honorartechnisch deutlich besser stellen als ärztliche Kooperationsformen mit nur zwei bis drei unterschiedlichen Fachgebieten.

Die vorwiegenden Rechtsformen der bislang gegründeten MVZ sind die GmbH, die Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) und die Partnerschaft. Bei den von Krankenhäusern oder von Managementgesellschaften betriebenen MVZ ist die GmbH der klare Favorit.

Diese historische Entwicklung wird aus der folgenden Übersicht deutlich (s. Abb. 3). Danach sind die Hausärzte und die Internisten die am häufigsten in den MVZ vertretenen Fachgruppen. Diese beiden Fachgebiete sind auch in Gemeinschaftspraxen am meisten vertreten.

Fachgruppen, die im MVZ am häufigsten beteiligt sind

Ärzte-Trägerschaft: Hausärzte, Chirurgen, Internisten, Neurologen
KH-Trägerschaft: Hausärzte, Internisten, Laborärzte, Chirurgen

Aufschlussreich waren auch die Ergebnisse einer im Jahr 2009 vom Bundesverband der medizinischen Versorgungszentren e. V. (BMVZ) durchgeführten Umfrage. Auf die Frage „Wie ist Ihr MVZ einzustufen?“ wurden die folgenden Prozentsätze ermittelt:

- als überwiegend fachärztlich ausgerichtet 67 %
- als Spezialversorger mit medizinischem Schwerpunkt 11 %
- als Vollversorger 7 %
- als überwiegend hausärztlich ausgerichtet 15 %

Diese Ergebnisse korrelieren nur bedingt mit den entsprechenden Erhebungen der KBV. Nach deren Zahlen sind die Hausärzte in gut 70 % der MVZ beteiligt.

Auch der Gründungswille bei den Vertragsärzten ist regional unterschiedlich ausgeprägt. Die „MVZ-Hochburgen“ sind die KV-Regionen Bayern mit 264 MVZ und Niedersachsen mit 138 MVZ, gefolgt von Sachsen mit 103 MVZ (s. Abb. 4).

Grundsätzlich ist festzustellen, dass es auch außerhalb der KV-Ebene starke regionale Unterschiede gibt. Zwar werden MVZ sowohl in städtischen als auch ländlichen Gebieten gegründet. Die meisten MVZ sind aber in Großstädten und Ballungszentren anzutreffen.

Die KBV hat folgende Regionaltypen festgelegt:

- Ländlich = unter 50.000 Einwohner
- Halbstädtisch = mindestens 50.000 Einwohner
- Städtisch = über 50.000 Einwohner

Nach dieser Einteilung sind mit 743 die meisten MVZ im städtischen Bereich zu finden. Im halbstädtischen Bereich sind es nur 31 und im ländlichen Raum 551 MVZ (s. Abb. 5).

1.3 MVZ-Typen und Praxisbeispiele

Wie bereits erwähnt, sind es nicht die Vertragsärzte, die sich als „MVZ-Treiber“ profilieren, sondern vielmehr die Krankenhäuser und privaten Klinikketten sowie finanzstarke Managementgesellschaften, die teilweise auch Franchise-Modelle anbieten.

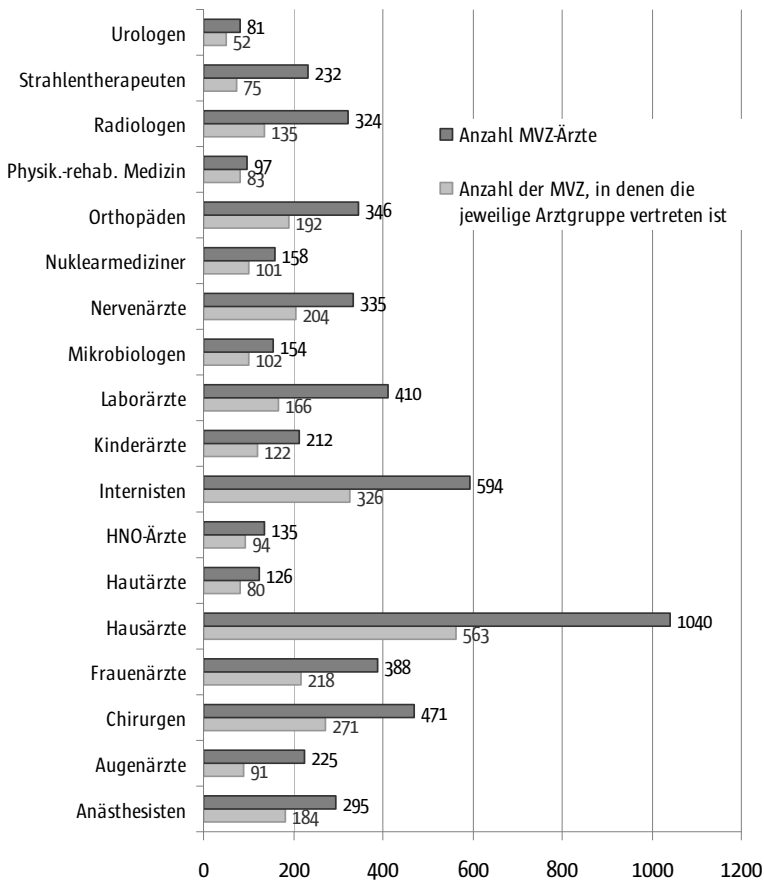


Abb. 3 Fachgruppenverteilung/Anzahl MVZ; Quelle: KBV 2009

1.3.1 Kliniken/Klinikketten

Als Praxisbeispiele werden in diesem Beitrag die Aktivitäten der Rhön-Kliniken und der Helios-Kliniken dargestellt. Daneben gibt es aber in diesem Bereich viele Player, wie z. B. die Vivantes Kliniken Berlin oder die Asklepios-Kliniken. Allen Krankenhäusern geht es primär um den Aufbau eines stabilen Einweiser-Potenziales. Damit kann eine bessere Klinikbelegung erreicht werden.

Rhön-Kliniken

Die Rhön-Kliniken unterhalten in Deutschland aktuell 20 MVZ. Die Strategie der Klinikette ist klar: an den Klinikstandorten eigene, in der Regel fachärztlich ausgerichtete MVZ zu etablieren. Die in den Krankenhäusern vorhandene ärztliche Kompetenz (fachärztlicher Schwerpunkt) wird dabei genutzt.

- Bayern (Erlenbach, Kronach, Bad Kissingen, Bad Neustadt/Saale, Hammelburg)
- Baden-Württemberg (Pforzheim)
- Hessen (Marburg 2 x, Gießen, Wiesbaden)
- Niedersachsen (Nienburg)

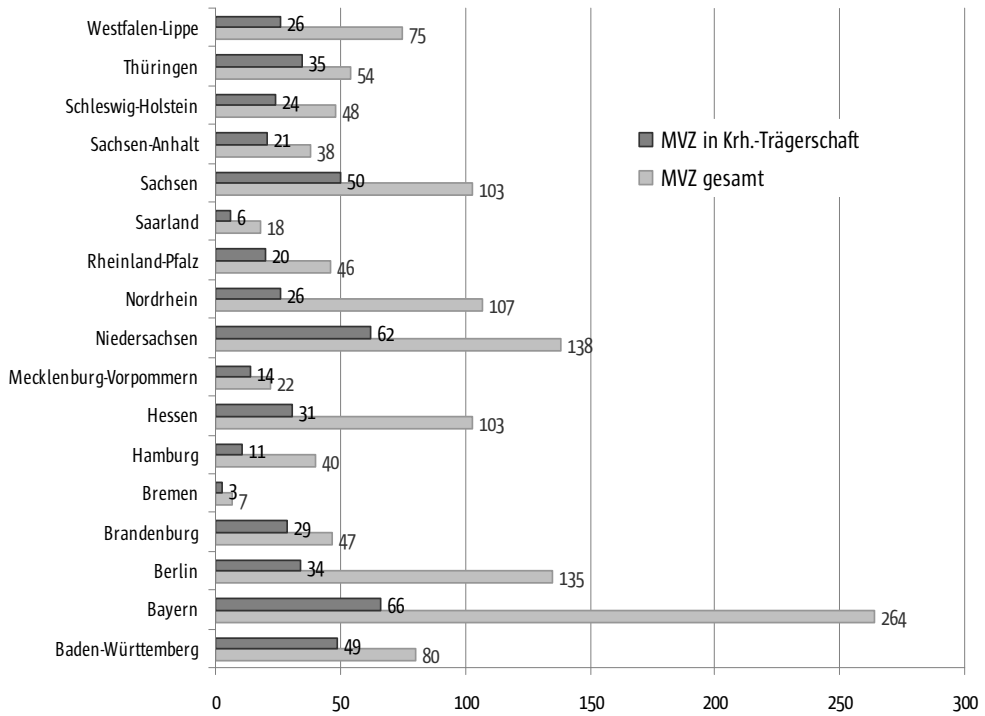


Abb. 4 Anzahl der MVZ auf KV-Ebene; Quelle: KBV 2009

- Nordrhein-Westfalen (Attendorn)
- Sachsen (Dippoldiswalde, Pirna, Leipzig)
- Sachsen-Anhalt (Köthen)
- Thüringen (Meiningen, Weimar, Waltershausen, Friedrichroda)

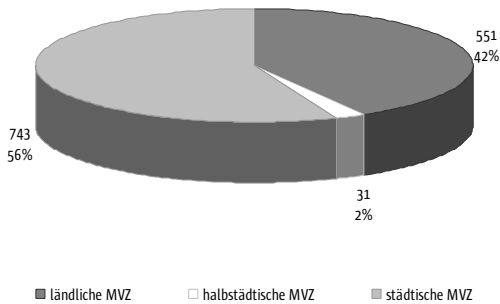


Abb. 5 Räumliche Ansiedlung der MVZ; Quelle: KBV 2009

Helios-Kliniken

„Die Ausweitung der ambulanten Medizin muss behutsam und in Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten erfolgen“ – Dies ist nach Aussage von Dr. Harald Katzberg, Geschäftsführer der Poliklinik am HELIOS Klinikum Buch, die Philosophie von Helios in Bezug auf MVZ-Gründungen.

Er sieht in den MVZ der Helios-Gruppe folgende Chancen:

- dauerhafte Patientenbindung durch ambulant-stationäres Angebot
- Halten bzw. Steigern der Fallzahlen
- effizientere Ressourcennutzung

Die Entwicklung des größten Klinik-MVZ in Berlin Buch kann als gelungenes Beispiel eines Klinik-MVZ angesehen werden. Sowohl in der

ehemaligen DDR als auch nach der Wende werden in der dortigen Poliklinik mehr als 30.000 Patienten/Quartal betreut. Mit der Übernahme durch Helios im Jahr 2004 wurden bislang nicht besetzte Arztstellen besetzt und das Leistungsangebot weiter ausgebaut. Heute gibt es dort 44 Arztstellen, besetzt mit 62 Ärzten aus 16 Fachrichtungen.

Neben dem MVZ in Berlin Buch werden in Deutschland 16 weitere MVZ betrieben:

- **MVZ Ost** (Aue, Schönbach, Leipziger Land, Plauen)
- **MVZ Berlin-Brandenburg** (Berlin, Bad Saarow)
- **MVZ Nord** (Lübz, Schwerin, Gadebusch, Boizenburg, Cuxhaven, Geesthacht)
- **MVZ Mitte-West** (Bad Berleburg, Jena, Nordhausen, Gotha, Ohrdruf, Blankenhein, Weimar)
- **MVZ Süd** (Breisach)
- **MVZ West** (Wuppertal)

1.3.2 Managementgesellschaften

Neben den Krankenhäusern und privaten Klinikketten sind Managementgesellschaften die zweite treibende Kraft bei der Gründung von Medizinischen Versorgungszentren. Managementgesellschaften gehen die Gründung von MVZ professionell an. Von der Standortanalyse, dem Erstellen eines Geschäftsplans bis zur Kapitalbeschaffung wird nichts dem Zufall überlassen. Wen wundert es, dass auch bislang branchenfremde Unternehmungen, wie z. B. die Metro-Gruppe oder Bauträger wie Hoch-Tief, Interesse an MVZ-Gründungen haben. Haben beteiligte Personen dann auch noch medizinischen Sachverstand, ist das notwendige Know-how komplett. Dies ist beispielsweise der Fall bei Dr. Wolfram Otto, Facharzt für Allgemeinmedizin und Betriebswirtschaftler mit Schwerpunkt Gesundheitsökonomie und Gründer des Polikums in Berlin.

Polikum

Nach Meinung von Dr. Otto gelten für Leistungserbringer in der ambulanten Versorgung die gleichen wirtschaftlichen Gesetzmäßigkeiten wie für andere Wirtschaftsbereiche. Die Möglichkeit der wirtschaftlichen Skaleneffekte werden im medizinischen Bereich der Einzelpraxen aber fast gar nicht genutzt. Was liegt also näher, als unter „einem Dach“ die ambulante medizinische Vollversorgung zu realisieren. Vom Start der Planung im Jahr 2003 bis zur Eröffnung des MVZ Polikum im Oktober 2005 wuchs das Kernteam um Dr. Otto auf fast 30 Mitarbeiter an.

Heute unterhält die Polikum GmbH mit den MVZ in Friedenau, dem MVZ Charlottenburg und dem MVZ Fennpfuhl drei Standorte in Berlin mit insgesamt 270 Mitarbeitern im nicht-medizinischen und medizinischen Bereich. Neben einer regionalen wie überregionalen Weiterentwicklung der MVZ „mit vielen Ärzten unter einem Dach“ wird sich Polikum zukünftig auch am Aufbau regionaler Versorgungsnetze beteiligen.

Das **Polikum Friedenau** ist das größte deutsche MVZ, das sich nicht in Klinikhand befindet. Im Dezember 2009 meldete das Polikum folgende Zahlen:

- 51 angestellte Ärzte
- 59 Arzthelferinnen
- 13 Physiotherapeuten
- 2 Psychologinnen
- 6 Verwaltungsmitarbeiter

Versorgungsschwerpunkte sind:

- Hausärztliche Medizin
- Innere Medizin
- Chirurgie
- Kinderheilkunde
- Psychiatrie
- Schmerztherapie
- Ernährungsberatung

Das Geschäftsmodell des Polikums kann als Blaupause für ein Medizinisches Versorgungs-

zentrum im städtischen Bereich angesehen werden. Nach Auffassung von Dr. Otto ist damit aber auch die medizinische Versorgung in unterversorgten Gebieten, z. B. in Brandenburg oder Mecklenburg-Vorpommern möglich. Wenn nämlich vom städtischen MVZ durch die Kooperation und Anbindung mit Partner-/Satellitenpraxen im ländlichen Raum die ärztliche Versorgung sichergestellt und ggf. auch verbessert werden kann.

Atriomed

HCM Health-Care Managers GmbH ist Träger von Medizinischen Versorgungszentren. Aktuell werden unter der Marke Atriomed Medizinische Versorgungszentren an den Standorten Köln, Bonn, Hamburg, Berlin und Leipzig betrieben. Verträge der Integrierten Versorgung bestehen insbesondere mit der Techniker Krankenkasse (TKK). Gerade diese Nähe zu einer großen Krankenkasse hat in der Vergangenheit immer wieder für Schlagzeilen gesorgt. So wirft z. B. die KV Hamburg Atriomed vor, durch den Erwerb von Arztsitzen und die anschließende Verlegung ins Hamburger Stadtzentrum die medizinische Versorgung in Randgebieten, z. B. Hamburg Waltersdorf, zu gefährden.

Aber auch die bisherige Firmengeschichte gibt Anlass zu Spekulationen. Die heutige GmbH hieß früher Rehasan. Danach wurde die Firma in Atriocare umbenannt. Aus dieser ist dann die HCM Health-Care Managers GmbH entstanden. Als Gesellschafter mit einem Stammkapital von 400.000 Euro ist die in Luxemburg ansässige Atriocare Holding S.a.r.l (Société à responsabilité limitée – vergleichbar mit einer deutschen GmbH) im Handelsregister verzeichnet.

Unabhängig von diesen Sachverhalten werden Patienten in den Atriomed-MVZ von Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen interdisziplinär versorgt. Basis sind dabei qualitätsgesicherte Behandlungspfade. Versicherte der TKK

erhalten darüber hinaus einen zusätzlichen Service, wie z. B. kurze Wartezeiten, schnelle Terminvergabe und eine besondere Wartelounge. Dort werden gesunde Getränke und Snacks angeboten. Ergänzt wird das medizinische Spektrum durch ein breites Angebot an Leistungen im Bereich der Physiotherapie.


1.4 MVZ Perspektiven und Weiterentwicklung

Die Entwicklung der Medizinischen Versorgungszentren wird nach Auffassung des Autors in Deutschland weiter voranschreiten. Die hier exemplarisch dargestellten Beispiele verdeutlichen, welche Vorteile die medizinische Versorgung „aus einer Hand“ bietet. Vergleichbare medizinische Dienst- und Serviceleistungen können von Einzelpraxen nicht geboten werden.

Die Erschließung unterversorgter Gebiete mit „Satelliten-MVZ oder Satelliten-Praxen“ könnte den Versorgungsengpass in einigen deutschen Regionen mildern. Flexible Arbeitszeitmodelle sind in Medizinischen Versorgungszentren einfacher umzusetzen; somit sind die Chancen hoch, gerade für Frauen, die inzwischen 60% der Medizinstudenten ausmachen, den Spagat zwischen Familie und Arztberuf einfacher zu gestalten.

Auch der Start in die Vertragsarztstätigkeit wird durch die Anstellung in einem MVZ erleichtert. Das wirtschaftliche Risiko des Freiberuflers Arzt entfällt.

Wenn auch die politische Richtung, wie eingangs erwähnt noch unklar ist, liegen die Vorteile eines MVZ gegenüber Einzelpraxen klar auf der Hand.

- 
- Vorteile von Medizinischen Versorgungszentren**
- Betriebswirtschaftliche Vorteile
 - Optimierungspotenziale für freiberufliche oder angestellte Ärzte
 - Konzentration auf ärztliche Kernkompetenz

- **Gebündeltes komplexes Angebot**
- **Versorgung „aus einer Hand“
(Wettbewerbsvorteile)**
- **Kurze Wege für Patienten**

Es bleibt also zu hoffen, dass der neue Gesundheitsminister mit Augenmaß die Rahmenbedingungen für Medizinische Versorgungszentren neu ausrichtet.

Literatur

- Köppl B (2009) Vortrag auf dem 3. BMVZ-Jahreskongress, 11. September 2009, Berlin
- Weatherly JN, Seiler R, Meyer-Lutterloh K, Schmid E, Lägler R, Amelung VE (2006) Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung

und Medizinischer Versorgungszentren: Innovative Modelle der Praxis. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin
Welz F (2009) Vortrag auf dem 3. BMVZ-Jahreskongress, 11. September 2009, Berlin

Internetquellen

- Ärztezeitung: www.aerztezeitung.de
Atriomed: www.atriomed.de/
Health-Care Managers: www.health-care-managers.de/
Helios-Kliniken: www.helios-kliniken.de/
Kassenärztliche Bundesvereinigung, „Medizinische Versorgungszentren aktuell“ 2. Quartal 2009:
<http://www.kbv.de/presse/9173.html>
Koalitionsvertrag CDU, CSU, FDP: www.cdu.de/portal2009/29145.htm
Polikum: www.polikum.de/
Rhön-Kliniken: www.rhoen-klinikum-ag.com/

2 Stellung von MVZ als Intermediär zwischen ambulantem und stationärem Sektor – Bestandsaufnahme sowie Anforderungen an den Aufbau und das Personal für die Weiterentwicklung einer neuen Versorgungsform

Helge Knut Schumacher, Melanie Knittel und Wolfgang Greiner

Dieser Beitrag vermittelt einen Überblick über die Verbreitung und Entwicklung Medizinischer Versorgungszentren seit Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes. Neben einer regionalen Unterscheidung wird vor allem zwischen MVZ in Krankenhausträgerschaft und MVZ in der Trägerschaft von Vertragsärzten differenziert. Durch fundierte statistische Auswertungen werden Trends sichtbar; Zusätzlich veranschaulichen konkrete Beispiele die Ausführungen. Der Beitrag schließt mit einer Prognose für die weitere Entwicklung dieser Versorgungsform.

2.1 Einleitung

Im Zuge des am 1.1.2004 in Kraft getretenen Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) wurde die rechtliche Möglichkeit zur Gründung von

Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) geschaffen. Gemäß § 95 Abs. 1 S 2 und 3 SGB V sind „Medizinische Versorgungszentren [] fachübergreifende, ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in dem Arztregister nach Abs. 2 Satz 3 Nr. 1 eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Die Medizinischen Versorgungszentren können sich aller zulässigen Organisationsformen bedienen; sie können von den Leistungserbringern, die aufgrund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag an der medizinischen Versorgung der Versicherten teilnehmen, gegründet werden.“

Somit unterscheiden sich MVZ von Gemeinschaftspraxen darin, dass sie grundsätzlich von allen Leistungserbringern gegründet werden können. Hierzu zählen Vertragsärzte, Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen sowie ermächtigte Krankenhäuser.