



GESUNDHEITSWESEN AKTUELL 2017

BEITRÄGE UND ANALYSEN

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Thomas Gerlinger

Medizinische Versorgungszentren: Entwicklung und Perspektiven

AUSZUG aus:

BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2017 (Seite 222–235)

BARMER

Thomas Gerlinger

Medizinische Versorgungszentren

Entwicklung und Perspektiven

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) stellen seit dem Jahr 2004 eine neue Organisationsform in der vertragsärztlichen Versorgung dar. Die Zulassung von MVZ zur vertragsärztlichen Versorgung kann als Bestandteil einer Modernisierungsstrategie angesehen werden, die die Versorgungsstrukturen des deutschen Gesundheitswesens auf die Anforderungen des demografischen Wandels und auf den Bedeutungszuwachs chronischer Krankheiten und Multimorbidität sowie auf die zunehmende Spezialisierung in der Medizin durch eine verbesserte Kooperation vorbereiten soll. Der Beitrag untersucht, wie sich diese Versorgungsform in der Zwischenzeit entwickelt hat und ob sich die in sie gesetzten Erwartungen erfüllen konnten. Er beruht auf der Analyse von Sekundärdaten über MVZ, vor allem der Erhebungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) sowie auf der Analyse einschlägig relevanter Dokumente.

Einleitung

Dass die Versorgungsstrukturen des deutschen Gesundheitssystems modernisierungsbedürftig sind, ist spätestens seit den 1990er-Jahren ein unter gesundheitspolitischen Experten weithin geteiltes Urteil. Insbesondere in den frühen 2000er-Jahren unternahm der Gesetzgeber Versuche, neue – „besondere“ – Versorgungsformen jenseits der traditionellen Regelversorgung auf den Weg zu bringen. Dazu zählten die Integrierte Versorgung (IV) und die besondere ambulante ärztliche Versorgung (§ 73 SGB V, § 140 a bis h SGB V), Disease Management Programme (§ 137 f und g SGB V) und die hausarztzentrierte Versorgung. Medizinische Versorgungszentren (MVZ) waren Bestandteil dieser Modernisierungsbemühungen, auch wenn sie selbst keine „besondere Versorgungsform“, sondern eine neue Organisationsform der Leistungserbringung darstellten.

Medizinische Versorgungszentren: Merkmale und Erwartungen

MVZ wurden mit dem im Jahr 2003 verabschiedeten GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) (BGBl. I: 2190) ab 2004 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Medizinische Versorgungszentren sind demzufolge „fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen“ (§ 95 Absatz 1 SGB V i. d. F. vom 14. November 2003), in denen Ärzte mit

unterschiedlichen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen als Selbstständige oder Angestellte unter einem organisatorischen Dach die Versorgung durchführen und dabei gegebenenfalls mit anderen nichtärztlichen Gesundheitsberufen und Versorgungseinrichtungen (etwa mit Pflegekräften oder Physiotherapeuten etc.) kooperieren.

Diese Zentren müssen von einem Arzt geleitet werden, der im MVZ selbst als angestellter Arzt oder Vertragsarzt tätig ist (§ 95 Absatz 1 SGB V). Arbeiten in einem MVZ unterschiedliche ärztliche Berufsgruppen zusammen (etwa Ärzte und Psychotherapeuten), dann kann die Einrichtung auch kooperativ geleitet werden. Die ärztliche Leistung ist in medizinischen Fragen nicht weisungsgebunden. Krankenkassen, Wohlfahrtsverbände, aber auch pharmazeutische Unternehmen sind von der Trägerschaft ausgeschlossen, weil sie keine Leistungen unmittelbar am Patienten erbringen. Als Träger eines Medizinischen Versorgungszentrums kommen insbesondere Gemeinschaften von Ärzten und Krankenhäusern infrage. Die Zulassung von MVZ unterliegt den Bestimmungen über die vertragsärztliche Bedarfsplanung.

Zur Begründung für die Etablierung dieser neuen Organisationsform rückte der Gesetzgeber die verbesserte Kooperation zwischen Leistungserbringern und die daraus erwachsenden Vorteile für die Patienten in den Mittelpunkt. So hieß es im damaligen Gesetzentwurf zum GMG: „Mit der Neuregelung entsteht die Möglichkeit, eine Versorgung aus einer Hand anzubieten. [...] Mit den medizinischen Versorgungszentren wird also eine neue Versorgungsform ermöglicht, deren Vorteil insbesondere in der erleichterten Möglichkeit der engen Kooperation unterschiedlicher ärztlicher Fachgebiete untereinander sowie mit nichtärztlichen Leistungserbringern liegt“ (Deutscher Bundestag 2003: 108).

Das Konzept einer verbesserten Kooperation war eine notwendige Antwort auf den mit der gesellschaftlichen Alterung und der steigenden Multimorbidität einhergehenden Wandel des Versorgungsbedarfs einerseits und die mit dem medizinischen Fortschritt steigende Spezialisierung in der Ärzteschaft andererseits. Zugleich sollten MVZ dazu beitragen, die aus der in Deutschland besonders ausgeprägten Abschottung der Versorgungssektoren erwachsenden Versorgungsmängel zu überwinden. Vielfach wurde

auch eine Verknüpfung zwischen den MVZ und den Polikliniken in der DDR gezogen, die mit dem Einigungsvertrag weitgehend beseitigt worden waren. Die Zulassung der MVZ galt manchen auch als eine Korrektur dieser häufig als Fehler bezeichneten Strukturentscheidung.

MVZ zielten primär auf eine stärkere Integration innerhalb der ambulanten Versorgung; insofern, als auch Krankenhäuser als Träger von MVZ infrage kamen, ermöglichten sie aber auch eine Verbesserung der Kooperation zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Daher sollten MVZ sowohl Ausdruck einer stärkeren Integration der Versorgungsstrukturen sein als auch diese Integration weiter forcieren. Dies verweist auf einen weiteren – versorgungspolitisch bedeutsamen – Aspekt der Zulassung von MVZ: Sie eröffneten den Krankenhäusern einen weiteren Zugang zur ambulanten Versorgung (Gibis et al. 2016).

Neben einer verbesserten Kooperation verwies der Gesetzentwurf zum GMG auch auf den erleichterten Zugang für junge Ärzte zur vertragsärztlichen Versorgung: „Außerdem eröffnet die Neuregelung insbesondere jungen Ärzten eine weitere Möglichkeit, an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen zu können, ohne die mit einer Praxisgründung verbundenen wirtschaftlichen Risiken eingehen zu müssen“ (Deutscher Bundestag 2003: 108).

Darüber hinaus wurde und wird in Gesundheitspolitik und Wissenschaft eine Reihe weiterer Erwartungen mit der Zulassung von MVZ verbunden. Mit der verbesserten Kooperation soll auch eine bessere Patientenversorgung einhergehen. Hier soll es auch zu kürzeren Wegen für den Patienten kommen. Auch soll eine Schaffung größerer Versorgungseinheiten weitere Rationalisierungsreserven erschließen, nicht zuletzt durch die gemeinsame Nutzung von Räumen, Personal und medizinisch-technischen Geräten; MVZ sollen gleichsam als Inseln moderner Versorgung Innovationen im ambulanten Sektor anregen und insofern auch als Modernisierungskatalysatoren für die vertragsärztliche Versorgung insgesamt wirken.

Seit dem Jahr 2013 wurden Bestimmungen über die MVZ mehrfach verändert. So schränkte das im Jahr 2011 verabschiedete Versorgungsstrukturgesetz (BGBl. I: 2983) mit Wirkung von 2012 an den Trägerkreis von MVZ sowie die zulässigen Rechtsformen ein. Demnach können Träger eines Medizinischen Versorgungszentrums nicht mehr – wie noch in der im Jahr 2004 in Kraft getretenen Fassung – alle zugelassenen Leistungserbringer nach dem SGB V sein, sondern nur noch zugelassene Ärzte oder Psychotherapeuten, zugelassene Krankenhäuser sowie Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen oder gemeinnützige Träger, die an der medizinischen Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) teilnehmen. Vorsorge- und Rehabilitations-einrichtungen, Apotheken, Heil- und Hilfsmittelerbringer oder Psychotherapeuten können damit nicht länger Träger eines MVZ sein. Allerdings gibt es einen Bestandsschutz für existierende Einrichtungen.

Weiterhin kommen bei einer MVZ-Neugründung nicht mehr alle zulässigen Rechtsformen infrage (§ 95 Absatz 3 SGB V i. d. F. vom 14. November 2003), sondern nur noch eine Personengesellschaft, eine eingetragene Genossenschaft, eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung oder eine öffentlich-rechtliche Rechtsform (§ 95 Absatz 1 a SGB V). MVZ dürfen somit unter anderem nicht mehr als Aktiengesellschaften gegründet werden. Die wohl wichtigste Veränderung nahm aber das 2015 in Kraft getretene Versorgungsstärkungsgesetz (BGBl. I: 1211) vor: Seitdem ist erstens die Gründung eines MVZ nicht mehr nur bei arztgruppenübergreifenden, sondern auch bei arztgruppengleichen Zusammenschlüssen möglich (§ 95 Absatz 1 SGB V); zweitens können nun Kommunen ein MVZ „auch in der öffentlich-rechtlichen Rechtsform eines Eigen- oder Regiebetriebs gründen“ (§ 95 Absatz 1 a SGB V).

In dieser Optionserweiterung kommt eine steigende Komplexität der an die MVZ gerichteten Erwartungen zum Ausdruck: Sie sollen nicht mehr nur Kooperation und Integration verbessern, sondern nun auch die hausärztliche Versorgung stärken – vor allem daher Möglichkeit zur Gründung arztgruppengleicher MVZ („Hausarzt-MVZ“) –, sondern auch einen Beitrag zur Lösung eingetretener oder heraufziehender Versorgungsprobleme in ländlichen Räumen leisten. Zu dieser Komplexitätserweiterung zählt auch, dass der SVR als einen „zukunftsweisende[n] [...] Schritt“ in Betracht zieht, MVZ „unter

Einbeziehung der ambulanten Pflege und anderer für eine bedarfsgerechte ländliche Versorgung wichtiger Dienste multiprofessionell zu erweitern und zu umfassenden Primärversorgungskonzepten weiterzuentwickeln [...]“ (SVR 2014: Ziffer 625).

Bedeutung und Entwicklung der Medizinischen Versorgungszentren

Medizinische Versorgungszentren haben seit ihrer Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung erheblich an Bedeutung gewonnen. Ende des Jahres 2015 waren bundesweit 2.156 MVZ zugelassen, in denen 1.341 Vertragsärzte und 12.976 angestellte Ärzte tätig waren (Tabelle 1). Damit arbeiteten etwa neun Prozent der in der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Ärzte in einem MVZ. Diese neue Organisationsform hat seit ihrer Zulassung also erheblich an Bedeutung gewonnen und sich mittlerweile also fest in der vertragsärztlichen Versorgung etabliert, auf sie entfällt aber auch nur ein kleiner Teil der vertragsärztlichen Versorgung. Nach wie vor steht der einzeln in einer Praxisgemeinschaft oder Gemeinschaftspraxis tätige Arzt eindeutig im Zentrum des ambulanten Versorgungsgeschehens.

Tabelle 1: Kennzahlen für Medizinische Versorgungszentren (Stand: 31. Dezember 2015)

Gesamtzahl der im MVZ tätigen Ärzte	14.317
Vertragsärzte	1.341
Ärzte im Anstellungsverhältnis	12.976
MVZ-Größe	durchschnittlich 6,6 Ärzte
vorwiegende Gründer	Vertragsärzte und Krankenhäuser
MVZ in Trägerschaft von Vertragsärzten	40 Prozent
MVZ in Trägerschaft eines Krankenhauses	40 Prozent
vorwiegende Rechtsformen	GmbH, GbR
am häufigsten beteiligte Facharztgruppen	Hausärzte, fachärztliche Internisten und Chirurgen

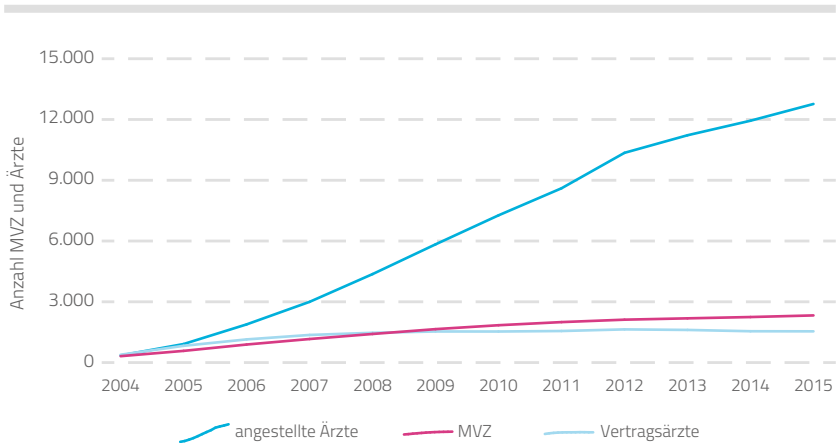
Quelle: eigene Zusammenstellung nach KBV 2016a

In beinahe drei Viertel (74,3 Prozent) dieser MVZ waren ausschließlich angestellte Ärzte tätig, in nicht einmal vier Prozent der Einrichtungen (83) ausschließlich Vertragsärzte. Von den MVZ in Trägerschaft von Krankenhäusern arbeiteten fast alle (rund 98 Prozent)

ausschließlich mit angestellten Ärzten. Im Durchschnitt arbeiteten 6,6 Ärzte in einem MVZ. Die Arbeitsgröße der MVZ hat sich damit seit 2004 zwar kontinuierlich, aber in den letzten Jahren doch eher mäßig erhöht: Ende 2012 waren es 6,1 Ärzte gewesen. Die von Krankenhäusern getragenen MVZ waren Ende 2015 mit durchschnittlich 7,6 Ärzten etwas größer.

Die Annahme ist plausibel, dass die nach dem Jahr 2004 eingeführten Veränderungen gesetzlicher Rahmenbestimmungen die Entwicklung der MVZ-Zahlen und der Trägererschaft beeinflusst haben: So stellte das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz ab dem Jahr 2007 die Einzel- oder Gemeinschaftspraxen den MVZ bei den Möglichkeiten zur Anstellung von Ärzten gleich. Auch die klassischen Versorgungseinrichtungen können seitdem, sofern die entsprechenden Arztsitze verfügbar sind, in unbegrenzter Zahl angestellte Ärzte beschäftigen. Somit sind die betreffenden Träger bei einem solchen Vorhaben nicht mehr auf die Gründung eines MVZ angewiesen.

Abbildung 1: Entwicklung der Zahl Medizinischer Versorgungszentren und der Zahl der dort tätigen Ärzte



Quelle: KBV 2016b

MVZ in Trägerschaft von Krankenhäusern

Die versorgungspolitisch vielleicht bedeutsamste Veränderung, die mit der Zulassung von MVZ verbunden ist, besteht in der Schaffung eines weiteren Zugangs für Krankenhäuser zur ambulanten Versorgung (Gibis et al. 2016). Der Anteil der in der Trägerschaft von Krankenhäusern befindlichen MVZ ist in den letzten Jahren angestiegen. Diese Entwicklung dürfte zum einen in Zusammenhang mit gesetzlichen Änderungen stehen: Mit dem im Jahr 2007 in Kraft getretenen Vertragsarztrechtsänderungsgesetz wurden vorherige Beschränkungen für die Beschäftigung angestellter Ärzte durch niedergelassene Ärzte aufgehoben, und auch Vertragsärzte erhielten das Recht, fachgebietsübergreifend eine unbegrenzte Zahl von Ärzten anzustellen. Weiterhin mag der steigende Anteil von Krankenhäusern auch durch den erwähnten Ausschluss anderer zugelassener Leistungsanbieter nach dem SGB V von einer MVZ-Neugründung (Versorgungsstrukturgesetz) begünstigt worden sein. Jedoch ist die wachsende Rolle der Krankenhäuser unter MVZ-Trägern auch auf deren starkes Eigeninteresse an der Gründung von MVZ zurückzuführen, denn sie verbessern die Chancen, Verweildauern in der stationären Versorgung durch frühzeitige Entlassung und ambulante Nachsorge im hauseigenen MVZ zu verkürzen und die Zahl der Krankenhauseinweisungen zu erhöhen. Für Krankenhäuser ist die Einweiserbindung und die langfristige Sicherung des Krankenhausstandorts ein wichtiges Motiv für die MVZ-Gründung (KBV 2016c: 21, 26). Allerdings beinhaltet dies auch die Gefahr, dass ein MVZ Patienten aus rein ökonomischen Gründen und ohne medizinische Rechtfertigung in das Krankenhaus desselben Eigentümers einweist.

In den zurückliegenden Jahren hat sich der Anteil der Krankenhäuser an den MVZ-Trägern erhöht (Gibis et al. 2016; KBV 2016b). Ende des Jahres 2015 befanden sich 40 Prozent aller MVZ (absolute Anzahl: 910) in der Trägerschaft von Krankenhäusern, wobei einige Krankenhäuser auch mehr als ein MVZ betrieben beziehungsweise an mehr als einem MVZ beteiligt waren. Eine Umfrage des Sachverständigenrats für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) gibt einen Hinweis auf die hohe Bereitschaft von Krankenhäusern, bestehende MVZ auszuweiten, beziehungsweise auf Pläne, ein neues oder weiteres MVZ zu gründen (SVR 2012: Ziffer 330).

MVZ als Impulsgeber für Innovationen in der ambulanten Versorgung?

MVZ sollen – wie erwähnt – die Kooperation von Leistungserbringern verbessern und darüber hinaus auch als Impulsgeber für Innovationen in der ambulanten Versorgung insgesamt wirken. Der SVR hält diese Aufgabe für „derzeit wohl noch bedeutsamer“ (SVR 2012: Ziffer 364) als die rein quantitative Bedeutung von MVZ für das gesamte Leistungsgeschehen. Die Erwartung an eine Rolle als Innovationskatalysator gründet sich vor allem auf die mit der Größe von MVZ einhergehenden Möglichkeiten für die Organisation und Finanzierung der ambulanten Versorgung.

Belastbare Aussagen über die Leistungen von MVZ und deren Qualität im Vergleich zu den klassischen Organisationsformen ambulanter Versorgung lassen sich derzeit nicht treffen. Dies gilt zum einen für die Ergebnisqualität. Möglicherweise kann hier die Arbeit des erst jüngst errichteten Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) Abhilfe schaffen. Dies gilt zum anderen aber auch für die Prozessqualität. Weder lassen sich aufgrund der verfügbaren Daten Art, Intensität und Inhalt der Kooperation zwischen den Leistungserbringern eines MVZ ermitteln noch ist klar, wie Patienten die Ärzte eines MVZ in Anspruch nehmen und ob und in welchem Ausmaß sie das MVZ überhaupt als einheitliches organisatorisches Dach wahrnehmen. Auch lässt sich nicht ermitteln, dass in den MVZ praktizierte Organisations- und Finanzierungsformen in die ambulante Versorgung ausgestrahlt hätten. Starke Anhaltspunkte dafür liegen nicht vor.

Vielmehr geben bereits die Strukturdaten Hinweise darauf, dass ein erheblicher Teil der MVZ die Grundidee dieser Organisationsform kaum angemessen umsetzen kann. Ende des Jahres 2013 waren in immerhin 14,9 Prozent aller MVZ nur zwei Ärzte tätig und in beinahe der Hälfte aller MVZ (47,3 Prozent) nur höchstens vier Ärzte (KBV 2016c: 11). Derart kleine MVZ dürften kaum die erforderliche Fächerbreite und Spezialisierungen mitbringen, die für eine integrierte Versorgung im Zeichen des demografischen Wandels notwendig sind (Amelung 2011).

Hinzu kommt ein weiterer Aspekt: Zwar zielte der Gesetzgeber bei der Zulassung der MVZ sicherlich nicht auf die Schaffung von Primärversorgungszentren (siehe oben), allerdings war im Gesetzestext (§ 95 Absatz 1 SGB V) und in der Gesetzesbegründung (Deutscher Bundestag 2003: 108) ausdrücklich von der Kooperation der Ärzte mit anderen Gesundheitsberufen die Rede. Dieses anfangs vorgesehene Strukturmerkmal der MVZ scheint mittlerweile weitgehend aus dem Blickfeld verschwunden zu sein. Daten über die Tätigkeit nichtärztlicher Gesundheitsberufe in MVZ liegen nicht vor. Es gibt keine Hinweise darauf, dass die interprofessionelle Kooperation zwischen Medizinern und Nicht-Medizinern im MVZ eine größere Rolle spielen würde, obwohl gerade sie große Chancen zur Verbesserung der Versorgungsqualität birgt (Brunnett et al. 2015).

Allerdings kooperieren MVZ intensiv vor allem mit anderen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern. Insbesondere die Kooperation mit anderen niedergelassenen Ärzten und Pflegeheimen hat gegenüber den Befragungen in den Jahren 2008 und 2011 deutlich zugenommen (KBV 2016c).

Ländliche Versorgung

MVZ konzentrieren sich in städtischen Ballungszentren. Während Ende des Jahres 2015 in Kernstädten rund 47 Prozent und in Ober- und Mittelzentren gut 39 Prozent der MVZ angesiedelt waren, hatten nur knapp 14 Prozent (absolute Anzahl: 304) ihren Standort in ländlichen Gemeinden (KBV 2016a). Auch wenn man in Rechnung stellt, dass in Kleinstädten gelegene MVZ eine Versorgungsfunktion auch für das ländliche Umland wahrnehmen und Zweigpraxen in den oben genannten Zahlen nicht enthalten sind (SVR 2012: Ziffer 365), sprechen diese Zahlen nicht dafür, dass MVZ bisher einen bedeutenden Beitrag zur Lösung der Versorgungsprobleme im ländlichen Raum leisten. Vereinzelte Gegenbeispiele (Rieser 2014) widersprechen diesem allgemeinen Befund nicht. Zwar ist die Annahme plausibel, dass die Beschäftigung als Angestellte und die Entlastung von den mit der Niederlassung verbundenen wirtschaftlichen Risiken und administrativen Aufgaben die Bereitschaft junger Ärzte zu einer Tätigkeit in der ambulanten Versorgung erhöhen kann, jedoch hat sich dies bisher stärker in den städtischen Zentren positiv niedergeschlagen.

Ob die seit dem Jahr 2015 eröffnete Möglichkeit zu arztgruppengleichen MVZ und zur Gründung von MVZ durch Gebietskörperschaften in dieser Hinsicht eine Trendwende einleiten kann, lässt sich aufgrund des erst kurzen Geltungszeitraums dieser Bestimmungen zurzeit noch nicht sagen. Vorliegende Untersuchungen über die Einstellungen von Funktionsträgern in Gebietskörperschaften lassen keine eindeutigen Schlussfolgerungen zu. Eine Befragung von Bürgermeistern und Landräten in Niedersachsen ergab, dass die Befragungsteilnehmer ein MVZ in kommunaler Trägerschaft überwiegend kritisch bewerten, wobei – immerhin – ein Drittel ein solches Modell für geeignet hielt (Kuhn et al. 2017). Die kommunale Unterstützung zur Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung konzentriert sich demnach auf die Gewährung finanzieller Zuschüsse, auf Beratungsleistungen sowie auf den Aufbau von Netzwerken (ebenda). Tatsächlich ist bisher die Zahl der von Kommunen getragenen MVZ insgesamt sehr gering.

Gründungs- und Teilnahmemotive

Die Motive für die Gründung eines MVZ sind vielfältig. Aus dem KBV-Survey 2014 (KBV 2016c: 17ff.) geht hervor, dass bessere Perspektiven für die Zukunft, die Möglichkeit zur Anstellung von Ärzten sowie die Nutzung von Synergieeffekten am häufigsten genannt werden. Zusätzlich werden die Entlastung von Verwaltungsausgaben, ein geringeres Investitionsrisiko sowie flexiblere Arbeitszeiten genannt.

Sieben von zehn MVZ gaben an, dass sie Maßnahmen zur Vereinbarung von Familie und Beruf ergreifen. Offenkundig reagieren MVZ darauf, dass dieser Aspekt insbesondere mit dem gestiegenen und voraussichtlich weiter steigenden Frauenanteil in der Ärzteschaft an Bedeutung gewonnen hat. Offenkundig gewährleistet die Tätigkeit in einem MVZ geregelte Arbeitszeiten und die Vereinbarkeit von Familie und Beruf in höherem Maß als die Tätigkeit als niedergelassener Arzt beziehungsweise niedergelassene Ärztin. Aus Sicht von Ärzten sind gleichermaßen die bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf aufgrund begrenzter und flexibler Arbeitszeiten sowie die Entlastung von finanziellen Risiken und administrativen Tätigkeiten wichtige Motive für eine Angestelltentätigkeit im Allgemeinen und für eine Angestelltentätigkeit in einem MVZ im Besonderen (beispielsweise Jacob et al. 2015).

Fazit

MVZ stellen eine neue Organisationsform in der vertragsärztlichen Versorgung dar, die die Kooperation zwischen den dort tätigen Ärzten und zwischen Ärzten und anderen Gesundheitsberufen verbessern und zugleich Versorgungsbrüche an den Schnittstellen zu anderen Versorgungssektoren vermeiden soll. Die Zulassung von MVZ zur vertragsärztlichen Versorgung ist Bestandteil einer Strategie, die die Versorgungsstrukturen des deutschen Gesundheitswesens auf die Anforderungen des demografischen Wandels, insbesondere des Bedeutungszuwachses von chronischer Krankheit und Multimorbidität, sowie auf die zunehmende Spezialisierung in der Medizin einstellen soll.

MVZ haben sich mittlerweile fest als Organisationsform der Leistungserbringung in der ambulanten Versorgung etabliert. Ende des Jahres 2015 arbeiteten dort mehr als 14.000 Ärzte – die große Mehrheit von ihnen als Angestellte – das sind also immerhin neun Prozent der Vertragsärzte. Allerdings hat sich die Zunahme der MVZ-Zahlen und der Arztzahlen in den letzten Jahren verlangsamt. Der in der Einzelpraxis, in der Praxisgemeinschaft oder in der Gemeinschaftspraxis niedergelassene Arzt ist zahlenmäßig nach wie vor der mit Abstand wichtigste Akteur der vertragsärztlichen Versorgung. Der wachsende Zuspruch, dessen sich MVZ unter Ärzten erfreuen, ist Ausdruck eines Werte- und Einstellungswandels vor allem in der jüngeren Medizinergeneration: des wachsenden Wunsches nach begrenzten, flexiblen Arbeitszeiten und der Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie der wachsenden Abneigung gegenüber den mit einer Niederlassung verbundenen finanziellen Risiken und administrativen Aufgaben.

MVZ werden zu jeweils 40 Prozent von Vertragsärzten und Krankenhäusern getragen. Die Krankenhäuser haben als MVZ-Träger in den letzten Jahren an Gewicht gewonnen. Dieser Prozess dürfte sich in den nächsten Jahren fortsetzen. Wichtige Motive für die Krankenhäuser sind die Einweiserbindung und die langfristige Sicherung des Klinikstandorts.

Der Gesetzgeber hat die Rahmenbedingungen für die MVZ wiederholt geändert. Von besonderer Bedeutung ist die seit dem Jahr 2015 bestehende Möglichkeit, auch arztgruppengleiche MVZ zu gründen und den Gebietskörperschaften den Betrieb eigener

Versorgungszentren zu gestatten. Über die praktischen Auswirkungen dieser Regelungen lassen sich noch keine Aussagen treffen.

Die von Politik und Wissenschaft an die MVZ gerichteten Erwartungen sind vielfältiger geworden. MVZ sollen nicht mehr nur die horizontale und vertikale Kooperation verbessern, sondern auch einen Beitrag zur Bewältigung bestehender oder sich ankündigender Versorgungsprobleme vor allem im ländlichen Raum leisten und als Impulsgeber für die Modernisierung der ambulanten Versorgung wirken.

So plausibel die an die MVZ gerichteten Erwartungen sind, so wenig Belastbares lässt sich gegenwärtig über die tatsächlichen Wirkungen der MVZ auf die Versorgungslandschaft sagen. Wie sich die ärztliche Kooperation in den MVZ gestaltet und ob sie den Erwartungen gerecht wird, bleibt noch weitgehend im Dunkeln. Auch valide Aussagen über die Ergebnisqualität der Versorgung lassen sich kaum treffen. Die multiprofessionelle, also auch andere Gesundheitsberufe einschließende Kooperation, in den MVZ führt offenkundig eher ein Schattendasein. Allerdings haben die MVZ ihre Kooperation mit externen Partnern, vor allem mit anderen niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern und Pflegeheimen, intensiviert. Darauf, dass MVZ schon einen substanziellen Beitrag zur Sicherstellung der Versorgung in ländlichen Räumen leisten, deutet bisher wenig hin. Perspektiven für die Weiterentwicklung von MVZ könnten in ihrem Ausbau zu multiprofessionellen Primärversorgungseinrichtungen bestehen.

Literatur

- Amelung, V. E. (2011): Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand. In: Amelung, V. E., Eble, S., Hildebrandt, H. (Hrsg.): *Innovatives Versorgungsmanagement*. Berlin. S. 3–16.
- Brunnett, R., Dieterich, A., Geene, R., Gerlinger, T., Hahn, D., Herrmann, M., Holst, J., Kümpers, S., Lenhardt, U., Ottovay, K., Stegmüller, K. (Hrsg.) (2015): *Primary Health Care*. Hamburg.
- Deutscher Bundestag (2003): Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG). Bundestagsdrucksache 15/1525 vom 8. September 2003.

- Deutscher Bundestag (2015): Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG). Bundestagsdrucksache 18/4095 vom 25. Februar 2015.
- Gibis, B., Hofmann, M., Armbruster, S. (2016): MVZ im Krankenhaus. In: Klauber, J., Gerardts, M., Friedrich, J., Wasem, J. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2016. Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus. Stuttgart. S. 111–125.
- Jacob, R., Kopp, J., Schultz, S. (2015): Berufsmonitoring Medizinstudenten 2014. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. Berlin. KBV.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung – KBV (2016a): Medizinische Versorgungszentren aktuell zum Stichtag 31.12.2015. Berlin. www.kbv.de/html/mvz.php.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung – KBV (2016b): Entwicklungen der Medizinischen Versorgungszentren. Berlin. www.kbv.de/html/mvz.php.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung – KBV (2016c): 4. MVZ-Survey der KBV. Medizinische Versorgungszentren in Deutschland. Berlin. KBV.
- Kuhn, B., Steinhäuser, J., Eberhard, S., Hufenbach, R., Amelung, V. E. (2017): Die Rolle von niedersächsischen Kommunen für die zukünftige ärztliche Versorgung – Eine Befragung der Bürgermeister und Landräte, in: Das Gesundheitswesen. DOI: 10.1055/s-0042-121602.
- Rieser, S. (2014): Medizinische Versorgungszentren: Chancen für ländliche Regionen. In: Deutsches Ärzteblatt 111 (22), Ausgabe A: 994–995.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen – SVR (2012): Sondergutachten 2012: Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Deutscher Bundestag, Bundestagsdrucksache 17/10323 vom 10. Juli 2012.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen – SVR (2014): Gutachten 2014: Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Deutscher Bundestag, Bundestagsdrucksache 18/1940 vom 26. Juni 2014.

