

Infopapier

Medizinische Versorgungszentren

Was sind Medizinische Versorgungszentren?

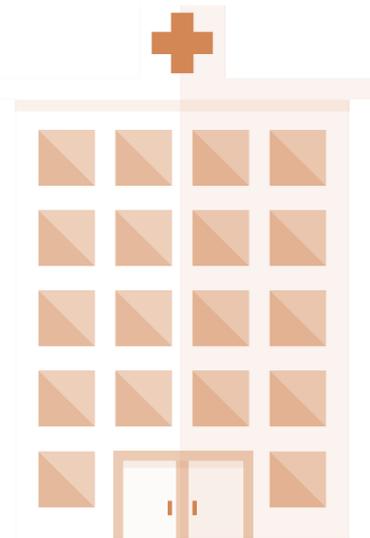
Im fünften Sozialgesetzbuch werden Medizinische Versorgungszentren (kurz: MVZ) definiert als

„ärztliche Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister [...] eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind.“ (§ 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V)

In ihnen können beliebig viele Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen im Angestelltenverhältnis unter Berücksichtigung der Bedarfsplanung arbeiten, was in regulären Praxen nur eingeschränkt möglich ist. Dies spricht insbesondere jüngere Ärzt*innen an, die die Selbstständigkeit in einer eigenen Praxis scheuen. Für die Gründung bedarf es mindestens eines Vertragsarztsitzes und mindestens zweier dort tätigen Ärzt*innen. Ursprünglich wurden MVZ im Jahr 2004 im Rahmen des GKV-Modernisierungsgesetzes eingeführt, um fachübergreifende Einrichtungen zu schaffen und so die Kooperation und Versorgung im Gesundheitswesen zu verbessern.

MVZ benötigen eine Zulassung durch den zuständigen Zulassungsausschuss der Gemeinsamen Selbstverwaltung.

Dadurch wird auch die Patientenvertretung nach §140 f SGB V mit MVZ konfrontiert. MVZ können nur dann zugelassen werden, wenn in der vertragsärztlichen Bedarfsplanung Kassenarztsitze frei sind und keine Überversorgung besteht.



Was unterscheidet MVZ von regulären Praxen?

Im Gegensatz zu Arztpraxen müssen die Träger*innen eines MVZ nicht selbst Leistungserbringer*innen sein, sie müssen aber ärztlich geleitet werden. Folgende Personen oder Institutionen können MVZ gründen:

- Ärzt*innen
- zugelassene Krankenhäuser
- Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen
- anerkannte Praxisnetze
- gemeinnützige Träger mit Zulassung oder Ermächtigung für die Versorgung
- Kommunen

Die GmbH ist eine mögliche Rechtsform für MVZ, die inzwischen mehrheitlich genutzt wird. Arztpraxen sind meist als GbR organisiert. Durch die GmbH lassen sich die Gesellschafteranteile beliebig verteilen, auch ist mit dem Tod von einzelnen Gesellschafter*innen bei einer GmbH diese nicht direkt gefährdet. Beim Verkauf von MVZ können zudem Gesellschafteranteile übertragen

werden, ohne dass ein Nachbesetzungsverfahren initiiert werden muss. Auch können in MVZ Vertragsärzt*innen und Zahnärzt*innen kooperieren.

Was ist seit der Einführung der MVZ passiert?

Zu Beginn war es auch Apotheker*innen und anderen in den Heilberufen Tätigen möglich, MVZ zu gründen bzw. zu betreiben. Dies wurde jedoch im Jahr 2012 durch das Versorgungsstrukturgesetz zurückgenommen, mit der Begründung, Finanzinvestor*innen aus der Versorgung zurückdrängen zu wollen. Der Gesetzgeber beschränkte darin auch die möglichen Rechtsformen, mit denen ein MVZ betrieben werden darf, auf GbR, e.G. und GmbH – zuvor gab es hierfür keine Begrenzungen, zum Beispiel waren gewinnorientierte Aktiengesellschaften bis 2012 möglich.

Seit 2015 können durch das Versorgungsstärkungsgesetz neben fachübergreifenden auch fachgleiche MVZ gegründet werden. Das Gesetz führte zudem die Kommunen als Gründer von MVZ auf; die öffentlich-rechtliche Rechtsform wurde damit zulässig. 2019 folgte mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz eine Ausweitung der Betreiber*innen auf anerkannte Praxisnetze. Bei den Gesetzesnovellen galt stets der Bestandschutz: Bereits gegründete MVZ mit entsprechenden Trägern konnten fortgeführt werden.



GbR sind Gesellschaften bürgerlichen Rechts, in denen sich mindestens zwei Rechtssubjekte als Gesellschafter*innen zusammenschließen. Sie sind die einfachste und allgemeinste Form der Personengesellschaft. Die **e.G.** sind als eingetragene Genossenschaften eine Mischung aus Verein und Kapitalgesellschaft. Die Gesellschaft mit beschränkter Haftung (**GmbH**) ist die in Deutschland häufigste Gesellschaftsform für Kapitalgesellschaften.

Wie stark sind MVZ in der Versorgung vertreten?

Ende 2021 gab es deutschlandweit 4.179 MVZ, ein Zuwachs von 9 Prozent im Vergleich zum Vorjahr – die Zahl von haus- und fachärztlichen Einzel- und Gemeinschaftspraxen war hingegen in den vergangenen Jahren rückläufig. In den MVZ sind durchschnittlich 6,2 Ärzt*innen tätig, wovon die überwiegende Mehrheit angestellt ist. Ende 2022 arbeiteten rund 24.000 Ärzt*innen in MVZ – in Einzelpraxen waren es 50.000, in Gemeinschaftspraxen über 90.000 Ärzt*innen. Gegründet werden sie vorwiegend von Krankenhäusern und Vertragsärzt*innen, die zugleich mehrheitlich die Trägerschaft der MVZ übernehmen. Beteiligte Fachgruppen sind insbesondere Hausärzt*innen, Chirurg*innen, Orthopäd*innen und fachärztliche Internist*innen.

Fokus: Finanzinvestoren in der MVZ-Landschaft

Finanzinvestor*innen nutzen die Möglichkeit, sich mit Arzt-, Zahnarzt- sowie Krankenhausketten als Betreiber*innen von MVZ aufzustellen. Im Frühjahr 2023 gab es

- 37 Arzt-Ketten (davon 8 für Radiologie (167 Standorte) und 6 für Augenheilkunde (464 Standorte) und
- 11 Zahnarzt-Ketten mit 273 Standorten,

die von Finanzinvestor*innen geführt wurden und insgesamt 24.500 Beschäftigte auf sich vereinen. Zudem befinden sich

- 6 Klinik-Ketten

mit ca. 32.000 Beschäftigten in der Eigentümerstruktur von Finanzinvestor*innen. Es fehlt derzeit an Daten, aus denen hervorgehen könnte, wie viele der MVZ in Deutschland von Finanzinvestor*innen geführt werden. Eine Vollerhebung für das Bundesland Bayern (Stand: März 2020) konnte exemplarisch festhalten, dass 10 Prozent der bayerischen MVZ von Finanzinvestor*innen verantwortet werden.

Hinter den Finanzinvestor*innen steht das sogenannte Private-Equity-Modell (deutsch: Privates Eigenkapital): eine Finanzanlage, die die Rendite direkt aus dem Unternehmenssektor generiert. Eine Private Equity Gesellschaft kontrolliert Fonds, in die z.B. Privatpersonen, Banken und Versicherungen einzahlen. Die Fonds investieren wiederum in Unternehmen, um Rendite zu erzielen. Ziel ist ein sogenannter „Exit“: Durch den Kauf und späteren Verkauf eines Unternehmens nach meist fünf bis sechs Jahren sollen Gewinne erzielt werden, die durch die Größenvorteile der Ketten und hierdurch mögliche Einsparungen erwartet werden.

Dass Finanzinvestor*innen zunehmend in der Versorgung Präsenz zeigen, liegt zum einen an den nun möglichen rechtlichen Strukturen und der politisch gewollten Öffnung des Marktes (s.o.). Global gesehen wird, teils auch von privaten Kapitalgebern, verstärkt in Fonds investiert. Die Fondsgesellschaften stehen unter hohem Anlage- und Renditedruck, verstärkt durch die zeitlichen Begrenzungen des „Buy-to-Sell“-Modells. Das Gesundheitswesen in Deutschland garantiert ihnen stabile, staatlich garantierte Einnahmen durch die Teilnahme an der Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten.



*MVZ mit radiologischer Ausrichtung sind bei den Finanzinvestor*innen aufgrund der Renditeerwartungen begehrt*

Die Risiken liegen insbesondere in dem Rendite-Modell: Durch den geplanten Verkauf der MVZ wird ökonomischer Druck auf die ärztlichen Einrichtungen erzeugt. Zwar sind operative Eingriffe in die Unternehmen und damit in die Versorgung durch die Private-Equity-Gesellschaften nur begrenzt in der Praxis gegeben; dennoch verhindert das Ziel der Gewinnmaximierung über einen begrenzten Zeitraum eine

gemeinwohlorientierte Ausrichtung des Gesundheitswesens. Die finanzstarken Investor*innen haben zudem beim Kauf von MVZ aufgrund ihrer finanziellen Ressourcen Wettbewerbsvorteile gegenüber anderen Interessent*innen, zum Beispiel jungen Ärzt*innen oder Kommunen. Die zunehmend erkennbare Monopolisierung durch Fusion der Ketten macht die Politik und Gesetzlichen Krankenkassen außerdem erpressbar. Es gewinnen Kräfte Einfluss auf die Versorgungslandschaft, die nicht an die Versorgungsregion oder an die organisierte Ärzteschaft als Körperschaften öffentlichen Rechts gebunden sind.

Um den Einfluss der Investor*innen im Gesundheitswesen einzudämmen, ist es rechtlich denkbar, Einschränkungen für Investor*innen auf der Ebene der Trägergesellschaft oder auf Ebene der MVZ einzuführen. Die Verfügungsgewalt in den MVZ durch Finanzinvestor*innen könnte zudem dadurch eingedämmt werden, dass Gesellschaftsanteile und Stimmrechte mehrheitlich für Vertragsärzt*innen sichergestellt werden. Kommunen könnten zukünftig stärker als Träger der MVZ in Erscheinung treten, um der kapitalgetriebenen Internationalisierung der regionalen Versorgung mit einem staatlichen Akteur entgegenzutreten. Dies macht ein entsprechendes Investitionsprogramm notwendig, das die Kommunen gegenüber den finanzstarken Wettbewerber*innen stärkt. Grundsätzlich braucht es auch mehr Transparenz: Ein entsprechendes Register könnte Gewinnflüsse und Inhaberstrukturen offenlegen. Denn die Komplexität der Eigentümerstruktur erschwert ein zielgerichtetes politisches Vorgehen: Die Private-Equity-Gesellschaften können zum Beispiel in den USA sitzen, die Fonds werden auf den Cayman Islands verwaltet, eine Zwischengesellschaft sitzt in Luxemburg – häufig sind nur die Leistungserbringer in Deutschland vertreten, wie auch die Versicherten, die das Gesundheitswesen mitfinanzieren.

Wie werden MVZ politisch diskutiert?



Gegenwärtig werden die MVZ insbesondere mit Blick auf die Rolle von Finanzinvestor*innen diskutiert. Ein von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) gefordertes Verbot von MVZ-Übernahmen durch Finanzinvestor*innen wird allerdings verfassungsrechtlich problematisiert. Daher steht nun eine stärkere Regulierung der MVZ im Mittelpunkt der Debatte. So forderte beispielsweise der Bundesrat in einer Entschließung ein MVZ-Register, eine Kennzeichnungspflicht an den Praxisschildern, ein

Kündigungsschutz für die ärztlichen Leitungen, geografische Grenzen für die Gründung von MVZ durch Krankenhäuser und Quoten für Haus- und Fachärzt*innen.

Quellen:

Deutsches Ärzteblatt (2023a): SPD-Gesundheitspolitiker Mende: Investoren-MVZ sollen reguliert, nicht verboten werden. Beitrag vom 24. Mai 2023. Aufgerufen auf <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/143437/SPD-Gesundheitspolitiker-Mende-Investoren-MVZ-sollen-reguliert-nicht-verbieten-werten?rt=dfda0d55bc1e90cb4b5e1ed70e958b2> (14. Juni 2023).

Deutsches Ärzteblatt (2023b): Bundesrat bekräftigt Forderung nach MVZ-Regulierungsgesetz. Beitrag vom 16. Juni 2023. Aufgerufen auf <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/143954/Bundesrat-bekraeftigt-Forderung-nach-MVZ-Regulierungsgesetz?rt=dfda0d55bc1e90cb4b5e1ed70e958b2> (19. Juni 2023).

Deutsches Ärzteblatt (2022a): Lauterbach will Finanzinvestoren den Kauf von Arztpraxen verbieten. Beitrag vom 27. Dezember 2022. Aufgerufen auf <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/139879/Lauterbach-will-Finanzinvestoren-den-Kauf-von-Arztpraxen-verbieten?rt=dfda0d55bc1e90cb4b5e1ed70e958b2> (14. Juni 2023).

Deutsches Ärzteblatt (2022b): Auch medizinische Versorgungszentren sind auf der Suche nach Personal. Beitrag vom 5. Dezember 2022. Aufgerufen auf <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/139384/Auch-medizinische-Versorgungszentren-sind-auf-der-Suche-nach-Personal?rt=dfda0d55bc1e90cb4b5e1ed70e958b2> (14. Juni 2023).

Scheuplein, Christoph (2023): Private-Equity-Übernahmen in der ambulanten Gesundheitsversorgung in Deutschland. Vortrag vom 5. Juni 2023 auf der digitalen Veranstaltung „MVZ: Innovativer Trend oder business as usual?“ der Koordinierungs- und Vernetzungsstelle Patientenbeteiligung NRW.

Schöneberg, Katharina; Vitols, Katrin (2023): Branchenanalyse Medizinische Versorgungszentren. Forschungsförderung Working Paper. Herausgegeben von Hans Böckler Stiftung. Düsseldorf. Aufgerufen auf <https://www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?produkt=HBS-008615> (14. Juni 2023).

Von der Osten, Ansgar (2023): Medizinische Versorgungszentren. Vortrag vom 5. Juni 2023 auf der digitalen Veranstaltung „MVZ: Innovativer Trend oder business as usual?“ der Koordinierungs- und Vernetzungsstelle Patientenbeteiligung NRW.

Koordinierungs- und Vernetzungsstelle der Patientenbeteiligung NRW

Mail: nrw@patientenbeteiligung.de
Tel.: 0221-276 29 62
Mobil: 0152-53548880
Erreichbar:
Montag-Donnerstag: 8:30-16:30 Uhr,
Freitag: 8:30-14:00 Uhr

Postanschrift:
Koordinierung und Vernetzung der Patientenbeteiligung in
NRW
c/o gesundheitsladen köln e.V.
Steinkopfstraße 2
51065 Köln-Mülheim