



© freshidea – stock.adobe.com

MVZ – (k)ein Heilsbringer?

Warum alles eine Frage der Perspektive ist und wie Mehrwerte von MVZ in der Debatte in ihr Gegenteil verkehrt werden

Von Susanne Müller

Mit viel Vorschusslorbeeren seitens der Politik in 2004 gestartet, wurde schnell klar, dass die bloße Umorganisation einer klassischen Niederlassungspraxis in ein MVZ kein Automatismus zu einer gleichmäßigeren Verteilung der ärztlichen Kapazitäten bedeutet. Vielmehr – und es hilft in jeder Perspektive, dieser Wahrheit ins Auge zu sehen – ist das MVZ, auf das Wesentliche reduziert, heute nicht mehr als eine Variante der ambulanten Praxisorganisation mit neuen gesellschaftsrechtlichen Möglichkeiten. Allerdings ist es gerade dieser gesellschaftsrechtlich andere Aufbau und die Zulässigkeit nicht-ärztlicher Träger, die – bei allen impliziten Risiken – nützliche Versorgungslösungen ermöglichen. Häufig verstellt die derzeit wieder aufgeregt, um nicht zu sagen polemisch, geführte politische Debatte um Kliniken und deren Investoren als MVZ-Gesellschafter jedoch die Sicht auf diesen wichtigen Aspekt.

Keywords: Ambulante Versorgung, MVZ, Strategie

Über die Jahre haben die verantwortlichen Parteien – in wechselnden Koalitionen waren das SPD, Grüne, FDP und CDU – das MVZ öffentlichkeitswirksam immer wieder

mit der Hoffnung verbunden, durch dessen bloße Existenz dem allgemeinen Ärztemangel abhelfen und insbesondere auch Versorgungslücken in den strukturschwachen Regionen schließen zu können. Ehrlicherweise ist zu sagen, dass beide Erwartungen, soweit sie als Automatismus gedacht wurden, eher Wunschdenken sind. Grund ist u.a., dass in der Perspektive eines jeden Trägers – einschließlich der Kommunen und Vertragsärzte – eine Praxis immer auch ein Wirtschaftsunternehmen ist, das sich tragen und refinanzieren muss. Folglich liegt nahe, dass es in den Regionen, die von Einzelärzten als unattraktiv für die Niederlassung empfunden werden, erst recht ein MVZ mit zwei, drei oder mehr Ärztinnen bzw. Ärzten schwer haben würde, sich wirtschaftlich zu behaupten. Auch die Suche nach Personal stellt sich in einem MVZ nicht grundsätzlich anders dar als für jede andere Praxis auch.

Allerdings verändert sich die Perspektive auf die wirtschaftliche Tragfähigkeit und personelle Attraktivität eines MVZ, wenn diese im Kontext eines sektorübergreifenden Versorgungsunternehmens oder als Teil eines größeren Filialnetzwerkes be-

trachtet wird. Denn in solchen Konstellationen kann wirtschaftlich tragfähig bereits bedeuten, kein negatives Betriebsergebnis zu haben, während ein Einzelarzt als Praxisbetreiber naturgemäß immer einen Überschuss erzielen muss, da dieser die (meist einzige) Quelle des Einkommens und Vermögens darstellt. Es mag vielleicht zynisch wirken, in einem Text über die Frage, was MVZ im Kern für die Gesellschaft leisten können, als erstes über betriebswirtschaftliche Aspekte zu sprechen und die Frage aufzuwerfen, ob eine Praxis auf dem Land oder in Problemvierteln ausreichend Gewinn abwirft. Allerdings wäre es noch fataler, diese Erörterung nicht voranzustellen. Denn sämtliche Verteilungsdisparitäten, die wir in Deutschland strukturübergreifend seit Jahren sehen, ohne sie wirksam ändern zu können, hängen stark damit zusammen, wie die Versorgung, ihr Leistungsgeschehen und die Honorar Ausschüttung organisiert sind. Und eines ist klar: Gute Medizin allein führt nicht unbedingt auch zu guten Zahlen, insbesondere nicht in den grundversorgenden Fächern und in Ecken mit weniger einkommensstarken Bevölkerungsschichten.

Nicht-ärztliche Träger bieten neue Lösungen

Es gehört daher auf jeden Fall zu den Aspekten des MVZ, die politisch als Erfolg zu werten sind, dass auf der Trägerebene neben den Ärzten, Zahnärzten und Psychologen insbesondere die Kliniken als nichtärztliche Akteure in das Verantwortungsgeflecht rund um die ambulante Versorgung eingebunden wurden. Denn die andere Gesellschaftsperspektive erlaubt diesen auch das Betreiben ambulanter Praxen, bzw. MVZ, die für sich genommen nicht rentabel sind (ca. 42 Prozent der Klinik-MVZ machen Verluste). Dieser für die Flächenversorgung eigentlich vorteilhafte Umstand ist jedoch vielfach Anlass für den Vorwurf, dass Krankenhaus-MVZ ambulante Versorgung „einfach nicht können“. Ein Argument, das von den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen oder den KVen genutzt wird, um gegen das Agieren der Klinik im MVZ-Bereich Stellung zu beziehen, das oft als unerwünschtes Eindringen in die ambulante Versorgung gewertet wird.

Die Frage ist jedoch, worin genau das Problem liegt: Ja, Krankenhäuser kalkulieren ihre Bilanz als Ganzes. Das heißt, ein isoliert betrachtet sich nicht selbst tragender Betriebsteil kann in der Gesamtbetrachtung durchaus zum positiven Ergebnis beitragen. Und dies ganz ohne Einweiserbindung oder Patientensteuerung, was ohnehin regelwidrig wäre. Es ist schlichtweg Teil der stationären Leistungserbringungskultur, Patientinnen und Patienten im Ärzteteam zu behandeln und unkompliziert mit allen Fachrichtungen und Fachberufen zusammenzuarbeiten. In dieser Selbstverständlichkeit der Kooperation liegt ja denn auch ein Mehrwert für Ärzte und Patienten, selbst wenn – oder besser, obwohl – diese Konstellation in der Wirtschaftsbetrachtung einzelner Betriebsteile auch mal negative Ergebnisse bedeuten kann. In der Gesamtkonzeption eines Krankenhauses kann das aufgrund der Größe des Betriebes toleriert werden. Diese Möglichkeit haben niedergelassene Ärztinnen und Ärzte mit ihren klein- bis mittelständischen Unternehmen schlichtweg nicht. Deshalb muss die Frage erlaubt sein, ob der mit der mangelhaften Wirtschaftlichkeit begründete Vorwurf, dass Krankenhaus-MVZ nicht in die ambulante Versorgung gehören und ohnehin nur als

„Staubsauger“ für das Trägerkrankenhaus dienen, nicht einfach auch das Gefühl der niedergelassenen Ärzte wiedergibt, hier im direkten Vergleich in ihren Möglichkeiten benachteiligt zu sein.

Natürlich drängt sich die Frage auf, wieso dann MVZ im Allgemeinen vor allem im städtischen Kontext gegründet werden, statt gerade von nicht-ärztlichen Trägern verstärkt auf dem Land? Allerdings ist es nur – Achtung! – eine vermeintliche Gewissheit, dass dem gerade nicht so ist. Zum einen weist die regelmäßige MVZ-Statistik der KBV aus, dass derzeit rund 15 Prozent aller MVZ, sprich 564 Häuser (Stand 31.12.2020) in ländlichen Gemeinden ihren Hauptsitz haben – was exakt dem Anteil der Bevölkerung entspricht, der in ländlichen Gemeinden lebt. Und warum sollten überproportional zur Bevölkerungsverteilung MVZ auf dem flachen, potenziell schlecht erreichbaren Land gegründet werden, wenn die Menschen mehrheitlich doch in den Klein-, Mittel- und Großstädten wohnen und vor allem dort auch arbeiten? Zum anderen ist von den Krankenhäusern schlechterdings zu erwarten, dass sie MVZ-Standorte in großer Zahl in weiter Entfernung zum Klinikstandort gründen, da dies dem kooperativen Gedanken und der Gewinnung sektorübergreifender Synergien zwischen MVZ und Trägerkrankenhaus widerspricht.

Zweigstellen werden nicht erfasst

Zum dritten fehlt aber auch eine differenzierte Auswertung zur Zahl der MVZ-Nebenbetriebsstätten, die betrieben werden. In sämtlichen Statistiken werden ausschließlich die Hauptbetriebsstätten betrachtet, sprich die Adresse, an der ein MVZ förmlich zugelassen ist. Jedoch weist eine leider nie detailliert veröffentlichte Statistik der KBV aus, dass 2020 von den insgesamt 3.846 MVZ zusätzlich auch 2.502 Zweigstellen betrieben wurden – d.h. statistisch gesehen weisen zwei von drei MVZ-Standorten nicht eine Betriebsstätte, sondern eben zwei auf – von denen im Übrigen fast jede vierte (=588) hausärztlich besetzt ist. Die gleichzeitig knapp 101 Tsd. Einzel- und Gemeinschaftspraxen kommen dagegen zusammen lediglich auf 3.952 Nebenstandorte. D.h. einerseits zent-

ralisieren MVZ naturgemäß durch ihren Einrichtungscharakter ein wenig die ambulante Versorgung. Andererseits sind sie in deutlich größerem Maße als die Vertragsärzteschaft in der Lage, davon ausgehend dezentrale Versorgungsnetzwerke aufzubauen, wie beispielsweise die Elblandkliniken in Sachsen (7 MVZ | 15 Standorte), das St. Vincenz-Krankenhaus Limburg (1 MVZ | 4 Standorte), die Kliniken Bad Salzungen (7 MVZ | 21 Standorte) oder der in Bayern beheimatete Klinikverbund Allgäu (5 MVZ | 9 Standorte) beispielhaft zeigen. Aber auch für die privaten Träger gilt, dass selbst diese – klischeehaft rein renditeorientierten – Unternehmen zu einer Flächenversorgung beitragen, die sichtbar über die Klinikstandorte hinausgeht. Das wird nur von keiner der regulären Statistiken erfasst. Beispielhaft sei der Helios-Konzern angeführt, der 89 Kliniken mit 130 MVZ mit wiederum 230 Standorten betreibt, also ambulant deutlich dezentraler präsent ist, als die Klinikstandorte zunächst vermuten lassen.

Dieser Grundgedanke gilt auch für sogenannte investorenassoziierte Klinikträger, die zunehmend stärker in den kritischen Fokus geraten. Die erst Anfang April 2022 erschienene Versorgungsanalyse der KV Bayerns zu MVZ weist für das vierte Quartal 2019 aus, dass in Bayern 536 MVZ an insgesamt 980 Standorten tätig waren (im Durchschnitt 1,82 Betriebsstätten pro MVZ) – bei MVZ mit Investorenbezug, die dort als PEG-MVZ bezeichnet werden, lag die Quote bei 2,27 Standorten. Jedes MVZ mit Investorenbezug betrieb also statistisch mehr Filialen als im Durchschnitt aller MVZ zusammen – und insbesondere natürlich mehr als die am ehesten vergleichbaren Gemeinschaftspraxen (=BAG), die auf eine Quote von 1,3 Standorten kommen (Quelle: IGES-Studie zu MVZ im Auftrag der KV Bayerns). Nur, dass im Kontext des Gutachtens dieses dezentrale Auftreten in der Fläche ausschließlich negativ ausgelegt wird, um die „krakenartige“ Ausbreitung der MVZ mit medizinischen Trägern zu untermauern. Das ist leider ein häufiges Muster in der MVZ-Debatte, dass eigentliche Vorteile oder positive Merkmale ausschließlich negativ interpretiert werden. ▶

Vorurteile gegen MVZ verhindern das Erkennen von Chancen

So heißt es häufig auch, in MVZ gäbe es keine persönliche Betreuung, da wechselndes ärztliches Personal ein vertrauensvolles Arzt-Patientenverhältnis verhindert. Aber zum einen ist es dem Konzept der Anstellung immanent, dass Ärztinnen und Ärzte die Möglichkeit zum unkomplizierten Wechsel ihres Arbeitsplatzes für sich nutzen – hier steht also die Jobfreiheit des ärztlichen Personals dem Wunsch des Patienten nach Dauerhaftigkeit unvereinbar gegenüber. Zum anderen sorgt der Institutionencharakter des MVZ dafür, dass jede freie Arztstelle, so schnell es geht, nachbesetzt wird. D.h., wenn ein Arzt oder eine Ärztin eine Praxis verlässt, liegt es im Interesse des Trägers, möglichst nahtlos die ärztliche Versorgung zu sichern – was wiederum Patientinnen und Patienten dient. In der Alternative der Einzelpraxis, gerade in nichtstädtischen Regionen, bedeutet das Ausscheiden mangels Nachfolger demgegenüber nicht selten auch die Aufgabe der Praxis. MVZ haben somit vielleicht oder ganz sicher mehr personelle Wechsel als die Niederlassungspraxis – aber sie sind standorttreu und ein Garant dafür, dass die Sitze auch am jeweiligen Ort neu besetzt werden. Je nach Perspektive kann man aber natürlich auch alles negativ sehen – oder eben den Mehrwert wahrnehmen, den die neue Variante unter den geänderten Rahmenbedingungen für die Gesellschaft mit sich bringt. Ähnlich ergeht es dem Thema, dass Patientinnen und Patienten auf wechselndes ärztliches Personal treffen, wenn sich in einem MVZ bis zu vier (Klinik-)Ärzte einen Sitz als sogenannte Viertelärzte teilen, was vor allem bei den operativen oder diagnostischen Fächern durchaus häufiger vorkommt. In diesen Fällen geht es ja aber zumeist gar nicht um eine andauernde Arzt-Patienten-Bindung, da hier Krankheiten eher punktuell behandelt werden. Aber selbst mit Blick auf die grundversorgenden Fächer, wie die Allgemeinmedizin oder die Gynäkologie, und gerichtet auf Strukturen, wo mehrere Vollzeitärzte desselben Faches innerhalb eines MVZ gemeinsam tätig sind, ist es schon paradox, dass dieser Vorteil der MVZ für Patientinnen und Patienten – nämlich die dadurch oftmals längeren Sprechzeiten größerer Einrichtungen – durch bewusst fehlerhafte Argumentationen in ihr Gegenteil

verkehrt werden: Denn der Umstand, dass ein MVZ durch die Aufteilung auf mehrere Ärztinnen und Ärzte zum Beispiel fünf Tage die Woche von 8 bis 18 Uhr eine hausärztliche Sprechstunde anbieten kann, ist für Patienten ausschließlich ein Vorteil. Da es eine feste Sprechstundenverteilung gibt, weiß der Patient zuverlässig, wann er seinen Hausarzt, und wann dessen Kolleginnen und Kollegen vorfindet. Und hat er oder sie zur falschen Zeit akute gesundheitliche Probleme, wird dennoch ein Arztkollege angetroffen, der Einblick in die Fallgeschichte hat. Die Alternative der Einzelpraxis hieße, dass der Patient außerhalb der Regelsprechzeit seines Arztes gar keinen Ansprechpartner vor Ort hat. Ob eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Bindung entstehen kann, hängt immer und in erster Linie von den menschlichen und fachlichen Fähigkeiten des Arztes oder der Ärztin ab. Eine Anstellung in einem MVZ steht dem jedenfalls nicht im Weg.

Fazit - MVZ sind keine Heilsbringer, aber ...

Von Beginn an wurde in MVZ-kritischen Kreisen zwischen „guten“ und „schlechten“ MVZ unterschieden. Akzeptiert werden in dieser Betrachtungsweise MVZ in Vertragsarztträgerschaft, die als inhabergeführt gelten. Im Umkehrschluss stehen nicht-inhabergeführte MVZ – also alle Zentren, bei denen sich ein zulässiger Träger oder ein Krankenhaus mit Hilfe von angestellten Ärzten in der ambulanten Versorgung engagiert – unter dem Generalverdacht, bloße Renditeobjekte zu sein, Sekundärinteressen zu verfolgen und/oder insgesamt die ordnungsgemäße Patientenversorgung zu gefährden. Aber die Verengung auf die Sichtweise, dass Klinik und/oder investorenassoziierte MVZ schlecht sind und diejenigen mit medizinischen Versorgungsakteuren als Träger zu den Guten zählen, wie sie aktuell in der politischen Debatte wieder überhand zu nehmen droht, wäre ein fataler Fehler. MVZ sind ganz sicher keine Heilsbringer. Aber sie sind Strukturen, die den geänderten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen Rechnung tragen und die offensichtlich für viele Ärztinnen und Ärzte – derzeit über 26.000, Tendenz steigend – attraktive Arbeitsplätze bieten. Gerade die Ärztinnen und Ärzte hätten, wenn es anders wäre, angesichts des Arbeitnehmermarktes, den die

ambulante Versorgung seit längerem darstellt, auch problemlos die Möglichkeit, mit den Füßen abzustimmen und andere Arbeitgeber zu wählen. Ebenso sieht es auf der Patientenseite aus, wo in den allermeisten Regionen und Fächern nach wie vor die Arztwahlfreiheit voll gegeben und auch nicht durch Erreichbarkeitsprobleme oder untragbare Wartezeiten eingeschränkt ist: Es gibt kaum Beschwerden, bzw. viele Patientinnen und Patienten suchen bewusst MVZ auf. Insofern müssen sich all diejenigen Akteure, die derzeit mit großer Vehemenz nach regulatorischer Einschränkung von Klinik-MVZ rufen, die Frage nach den Motiven gefallen lassen. Im Allgemeinen wird vorgebracht, dass es darum gehe, Patienten wahlweise vor Unter- oder Überbehandlung zu schützen, die Abwanderung von Versicherungsgeldern in Form von Unternehmensgewinnen ins Ausland zu verhindern, oder jungen Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit zu sichern, sich im begrenzten Markt der ärztlichen Zulassungen kostengünstig niederlassen zu können. Vielleicht ist es aber auch nur der zunehmend verzweifelte Abwehrkampf der bewährten Strukturen gegen ihre Verdrängung durch eine nachwachsende Ärztegeneration, für die das Leitbild der Niederlassung mit lebenslanger Entscheidung für einen Ort und einen Job nicht mehr attraktiv genug ist. Denn eines muss klar sein: Es sind in jeder Hinsicht die Ärztinnen und Ärzte selbst, die Treiber der Entwicklung zu immer mehr MVZ (bei allen Trägerschaften) sind. Welche Rolle die MVZ in der künftigen Versorgung spielen werden, folgt daher im Wesentlichen dem Handeln der Ärzteschaft, die theoretisch einfach aufhören könnte, die Anstellung im MVZ und/oder die Einbringung des eigenen Sitzes in ein solches attraktiv zu finden. Die weitere MVZ-Entwicklung wäre damit – ohne jedes politische Eingreifen – selbstlimitierend. Vielleicht ist es aber gerade aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte dann doch ein Segen, dass 2004 mit den MVZ eine Entwicklung angestoßen wurde, die ihre beruflichen Möglichkeiten zur Selbstverwirklichung deutlich erweitert hat. ■

Literatur bei der Verfasserin

Dipl. pol. Susanne Müller
Geschäftsführerin Bundesverband MVZ e.V.
susanne.mueller@bmvz.de