

Positionen zu Medizinischen Versorgungszentren (MVZ)

Vorwort und grundsätzliche Positionierung

Seit Aufnahme der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) in den Kreis der Einrichtungen für sozialrechtlich Leistungserbringende 2004 wird über den Beitrag der Zentren zur Versorgung sowie die Auswirkungen auf das System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) insgesamt diskutiert.

MVZ können von zugelassenen (Zahn-)Ärzt:innen, Psychotherapeut:innen, Krankenhausträgern, Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen, gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung bzw. Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder Kommunen gegründet werden. MVZ müssen zwingend eine ärztliche Leitung aufweisen, neben der ärztlichen Leitung sind zugelassene Vertragsärzt:innen und/oder angestellte Ärzt:innen tätig. Bis 2015 mussten MVZ fachübergreifend sein; seitdem sind sie auch fachgleich möglich.

Nachdem bereits im Koalitionsvertrag zwischen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP 2021-2025 festgeschrieben worden ist, dass die Gründung von kommunal getragenen MVZ und deren Zweigpraxen erleichtert und bürokratische Hürden abgebaut werden sollen, sind MVZ aktuell wieder Gegenstand der fachlichen Beratungen im Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach hat angekündigt, für MVZ einschränkende gesetzliche Regelungen auf den Weg zu bringen. Besonders betont er dabei die Einschränkungen für Finanzinvestoren. Konkret sind Regelungen zu MVZ noch 2023 im Versorgungsgesetz I und Versorgungsgesetz II angekündigt.

Die Anzahl der am Markt agierenden MVZ ist seit deren Einführung in die vertragsärztliche Versorgung stetig gewachsen. Nach Angaben des Bundesverbands der Betreiber medizinischer Versorgungszentren e. V. (BBMV) entspricht der Marktanteil von MVZ zurzeit 13 % an der gesamten vertragsärztlichen Versorgung, gemessen an der Anzahl ärztlicher Zulassungen. Mit steigender Zahl an MVZ – und das ist auffällig – hat sich auch die Komplexität der Trägerstrukturen stark erhöht.

In den letzten Jahren hat sich eine Entwicklung abgezeichnet, die im ambulant-ärztlichen Sektor der GKV ein Novum darstellt: Finanzinvestoren als Beteiligte der Trägergesellschaften dringen in den Markt. Obwohl Investoren in anderen Bereichen der Gesundheitswirtschaft, wie z. B. im stationären Bereich, längst etabliert und akzeptiert sind, wird diese Entwicklung im vertragsärztlichen Bereich kritisch verfolgt. In besonderer Weise stehen aktuell Investoren, die nicht primär der Gesundheitswirtschaft entstammen, in der öffentlichen Kritik. Nach Schätzungen des BBMV betrug der Anteil investorenbetriebener MVZ an der Gesamtzahl ärztlicher Zulassungen Ende 2021 ca. 1,3 %.

Eine evidenzbasierte Untersuchung sowohl in Bezug auf die Versorgungsqualität in MVZ als auch mit Blick auf investorenbetriebene MVZ fehlt. Vor dem Hintergrund der angespannten Situation im Gesundheitswesen – finanziell, aber auch hinsichtlich Über-, Unter- und Fehlversorgung – müssen gleichwohl etwaige Fehlentwicklungen durch MVZ ernstgenommen werden. Diesen Trends ist dann entgegenzuwirken.

Die IKK classic befürwortet grundsätzlich die Versorgung durch MVZ, da sich diese Leistungserbringerart im Markt etabliert hat, sie die Versorgung in der Region unterstützt und Vorteile, wie interprofessionelle Zusammenarbeit oder Synergieeffekte bei der Nutzung von technischer Infrastruktur, für die Versorgung mit sich bringen kann – wenngleich nicht alle

wissenschaftlich belegt sind. Darüber hinaus stellt das Modell mit der Möglichkeit zur Anstellung für Ärzt:innen aus unterschiedlichen Gründen eine Alternative zur Selbstständigkeit dar.

Auch lehnt die IKK classic Investoren in der Gesundheitswirtschaft nicht grundsätzlich ab. Einerseits können so Investitionen in besonders finanzträchtigen Leistungsarten sichergestellt werden, in denen es bereits heute einzelnen Ärzt:innen nicht möglich ist oder nicht die Bereitschaft besteht, die finanziellen Mittel aufzubringen bzw. das betriebswirtschaftliche Risiko zu tragen. Andererseits verfolgt jede:r Akteur:in im Gesundheitswesen eine gewisse Gewinnerzielungsabsicht, sodass erwirtschaftete Gewinne unabhängig vom Trägertyp das Gesundheitssystem verlassen.

Vor diesem Hintergrund plädiert die IKK classic mit Blick auf die sich verstetigende Kritik an MVZ und insbesondere an investorenbetriebenen MVZ dafür, nachstehenden Herausforderungen zu begegnen.

Herausforderungen und Lösungen

Fehlende Steuerung – Versorgung flächendeckend und bedarfsgerecht sicherstellen

Im zahnärztlichen Bereich erfolgt keine Bedarfsplanung analog dem ärztlichen Bereich, aus der sich Zulassungsbeschränkungen insbesondere in überversorgten Gebieten ergeben. Gleichzeitig fordern Kassenzahnärztliche Vereinigungen (KZVen) eine zusätzliche Finanzierung der Ansiedlung in schlechter versorgten Gebieten über den Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V.

Um diesem Umstand zu begegnen, sollte eine Bedarfsplanung analog zum ärztlichen Bereich und somit eine Zulassungsbeschränkung in überversorgten Bereichen eingeführt werden.

Fehlende Transparenz – Evidenz und Klarheit

Patient:innen haben neben ihrem grundsätzlichen Interesse auch in ihrem zivilrechtlichen Vertrag einen Anspruch, darüber Kenntnis zu erlangen, mit wem sie ein Rechtsverhältnis eingehen bzw. bei wem sie behandelt werden.

Daher ist der Gesetzgeber aufgefordert, sicherzustellen, dass Praxisinhabende und -träger, Investoren sowie ärztliche Angestellte auf dem Praxisschild sowie im Internetauftritt ausgewiesen werden.

Die Entwicklung und Etablierung von MVZ im Markt sowie grundsätzliche Vorteile der Zusammenarbeit allein sind nicht geeignet, Rückschlüsse auf den Einfluss und die Qualität von MVZ auf die Versorgung darzulegen und zu begründen. Eine Evaluation, welchen Einfluss MVZ auf die Versorgung haben, ist nicht nur sachgerecht, sondern auch notwendig, um aktuellen globalen und tiefgreifenden Herausforderungen zu begegnen. Darüber hinaus fördert eine unabhängige Evaluation die Akzeptanz aller Beteiligten, vermeidet Unsicherheit und belegt die grundsätzliche Notwendigkeit der Leistungserbringerart in der Versorgung. Um Versorgungsforschungen zu ermöglichen, bedarf es aus Sicht der IKK classic folgender gesetzlicher Regelungen:

Leistungserbringende sind in der Abrechnung entsprechend ihrer Art als Einzelpraxis, (überörtliche) Berufsausübungsgemeinschaft, Praxisgemeinschaft, MVZ gesondert zu kennzeichnen.

Es ist ein öffentlich zugängliches Register mit allen Praxisformen zu führen, in dem auch MVZ sowie ihre Betriebsstätten aufgelistet werden.

In diesem Register sind ebenfalls Gesellschafterstrukturen inkl. Beteiligungen an den Trägergesellschaften offenzulegen.

Marktbeherrschende Stellung – Trägervielfalt fördern, Wahlrecht stärken

In einigen Regionen Deutschlands sprechen Expert:innen von einer marktbeherrschenden Stellung durch MVZ. Besonders auffällig sind Entwicklungen großer MVZ-Gruppen, die zum Teil an der Börse agieren und in einigen Regionen bereits sämtliche Vertragsarztsitze aufgekauft haben. Beim Aufkauf von ärztlichen Zulassungen gehen diese MVZ-Gruppen sehr offensiv vor. Für Patient:innen, aber auch für das Versorgungsbild insgesamt, wird dies vor allem dann zur Herausforderung, wenn die Trägervielfalt durch eine solche marktbeherrschende Stellung eingeschränkt wird oder völlig verloren geht. Dann ist die Wahlmöglichkeit der Patient:innen, welchen Leistungserbringenden sie aufsuchen, wegen fehlender Alternativen sehr stark eingeschränkt. Damit einher geht die Gefahr, dass marktbeherrschende Leistungserbringende Sonderregelungen insbesondere im Rahmen der Vergütung von Kostenträgern fordern könnten. So würden die Grundsätze der vertragsärztlichen Abrechnung ausgehebelt und der Sicherstellungsauftrag der KV konterkariert werden.

Sollte eine marktbeherrschende Stellung absehbar sein, muss diese begrenzt werden. Der Gesetzgeber hat Zulassungsbeschränkungen vorzusehen, wenn ein Versorgungsgrad von mehr als 40 % durch einen MVZ-Träger absehbar ist. In diesem Fall sind ärztliche Leistungserbringende in Einzel- und Gemeinschaftspraxen oder Einrichtungen von Kommunen bei mehreren Bewerbern im Zulassungsverfahren zu bevorzugen.

Sind neben dem MVZ keine weiteren Bewerber in das Zulassungsverfahren involviert, sind KVen zum Betreiben von eigenen Einrichtungen zu verpflichten. Dies entspricht ihrem gesetzlichen Sicherstellungsauftrag. Sie besitzen notwendiges Know-how, sind als Körperschaft des öffentlichen Rechts geeignet und können darüber hinaus den Weg in die eigene Niederlassung ihrer Kolleg:innen fördern. Darüber hinaus sollten erwirtschaftete Einnahmen im Sinne der ärztlichen Interessen reinvestiert werden.

Daneben führen auch MVZ in kommunaler Trägerschaft, wie sie das BMG anstrebt, zu mehr Trägervielfalt und in der Folge zu mehr Wettbewerb in der Versorgung. Die IKK classic befürwortet daher ausdrücklich die im Koalitionsvertrag dargelegten Ziele, die Gründung kommunal getragener MVZ und deren Zweigpraxen zu ermöglichen, sowie bürokratische Hürden abzubauen.

Konzentration auf wirtschaftlich lukrative Leistungen – Fachübergreifende Versorgung

Der Gesetzgeber hatte mit Einführung der MVZ in den Kreis der Leistungserbringenden eine „Versorgung aus einer Hand“ angestrebt. Deshalb wurde zu Beginn das Kriterium „fachübergreifend“ als Voraussetzung eines MVZ aufgenommen. Mit Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) am 23.07.2015 wurde in § 95 Abs. 1 SGB V das Merkmal „fachübergreifend“ gestrichen. Dies hat zur Folge, dass nunmehr auch arztgruppengleiche MVZ gegründet werden können. Seither nehmen zum einen die Neugründungen von MVZ signifikant zu; zum anderen steigt auch die Anzahl fachgleicher MVZ im Vergleich zu fachübergreifenden MVZ überproportional. Das Erfordernis von (fachübergreifenden) Kooperationen ist ein wichtiger Baustein der vertragsärztlichen Versorgung. Mit dem Ziel, Versicherte strukturiert und ideal bei der Leistungsanspruchnahme durch das Gesundheitssystem zu steuern, sind (fachübergreifende) Kooperationen weiterhin zu fördern.

Um die Vorteile von MVZ für die Versorgung zu gewährleisten, ist das Kriterium „fachübergreifend“ als Voraussetzung für die Gründung und das Betreiben von Versorgungszentren wieder aufzunehmen.

Darüber hinaus sollte ein neues Kriterium „Netzwerk“ als Voraussetzung aufgenommen werden, um dem erklärten Ziel einer „Versorgung aus einer Hand“ Rechnung zu tragen. Bereits heute arbeiten viele Praxen, darunter auch MVZ, mit anderen Leistungserbringenden in der Gesundheitsversorgung zusammen. Patient:innen profitieren im Besonderen davon, weil sich die Versorgungsqualität aufgrund koordinierenden und kooperativen Austauschs erhöht.

Unvollständiges Leistungsangebot – Versorgungsqualität sichern

Zu beobachten ist, dass Investoren von MVZ-Trägern insbesondere an investitionsträchtigen, technischen Leistungsbereichen, die mit höherer Leistungsvergütung einhergehen, interessiert sind. Da einzelne Leistungserbringende heute kaum noch in der Lage sind, diese Investitionskraft in den angesprochenen Fachbereichen, bspw. der Radiologie, aufzubringen, sieht die IKK classic hier eine Chance, die ambulante Versorgung sicherzustellen. Dies darf jedoch nicht dazu führen, dass Versorgungszentren aufgrund von ökonomischen Anreizen vorrangig Leistungen erbringen, die höher vergütet werden, also ein unvollständiges Leistungsangebot anbieten. Grundsätzlich sind daher für alle Leistungserbringende konkretisierende Regelungen zum Leistungsangebot festzuschreiben.

Leistungserbringende sind stärker zu verpflichten, das vollständige Angebot vertragsärztlicher Kernleistungen im jeweiligen Zuständigkeitsbereich anzubieten. Insbesondere in Regionen, die von Unterversorgung geprägt sind, müssen Leistungserbringende das vollständige Leistungsangebot erbringen, wohingegen in Regionen, die gut versorgt sind, Schwerpunkte möglich wären.

Bei Leistungshäufungen ist eine Degression der Leistungsvergütung vorzusehen. Hierfür ist der Bewertungsausschuss durch den Gesetzgeber zur Prüfung und Regelung zu beauftragen.

Wirtschaftlichkeitsgebot – richtig anwenden

Um Versorgungsleistungen im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebots zu steuern, werden ökonomische Anreize gesetzt. Die ärztliche Leistungserbringung befindet sich mithin im Spannungsfeld zwischen Wirtschaftlichkeit und unabhängiger, medizinischer Indikation.

Kostenträger und einige Leistungserbringende plädieren für klare und einfache Abrechnungsregelungen, die keiner Auslegung bedürfen und keine Erweiterung von Indikationen ermöglichen. Die IKK classic setzt sich für eine ambulante Kodierrichtlinie ein, die diese Ansprüche aufgreift.

MVZ an Krankenhäusern können ambulante Leistungen erbringen, die ebenso Bestandteil einer stationären Versorgung sind. Insofern kann es zur Doppelfinanzierung kommen, wenn Leistungen ambulant erbracht und abgerechnet werden, die Leistung jedoch gleichermaßen Bestandteil der stationären Vergütungspauschale ist. Die IKK classic fordert, dass mögliche Doppelfinanzierungen ausgeschlossen werden.

Vor dem Hintergrund stockender Investitionen, z. B. bei der Digitalisierung, könnten übermäßige monetäre Überschüsse als Reinvestition die Versorgungsentwicklung beschleunigen. Mithin könnte die Beschränkung von Gewinnausschüttungen eine Maßnahme sein, um fokussierte Gewinnerzielungsmöglichkeiten zu begrenzen.

Sowohl im Krankenhausbereich als auch vermehrt in der vertragsärztlichen Versorgung werden Zielvereinbarungen zwischen Angestellten und Arbeitgebenden oder Vergütungsverträge mit niedrigem Fixgehalt und hohem variablem Anteil abgeschlossen. Wird dieses Instrument zur Leistungssteuerung eingesetzt, wird der Fokus in der Leistungserbringung auf Gewinnerzielung gelenkt und medizinische Indikation kann in den Hintergrund rücken. Vor diesem Hintergrund sind Zielvereinbarungen mit Bezug zu ärztlichen Leistungen auszuschließen. Zielvereinbarungen außerhalb der ärztlichen Leistungserbringung, z. B. hinsichtlich Energieeinsparungen oder Mitarbeiterzufriedenheit, sollen jedoch weiterhin möglich sein.

Beitrag zur Zukunft der Versorgung

Aus dem Sicherstellungsauftrag der vertragsärztlichen Leistungserbringenden kann die Mitwirkung an der Zukunftssicherung der ärztlichen Leistungserbringung abgeleitet werden. Größere Zusammenschlüsse wie MVZ sollten daher verpflichtet werden, praktische Ausbildungsmöglichkeiten in allen betroffenen Berufsgruppen anzubieten und so dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken.

Bestandsschutzregeln – Agilität erhöhen

Bestandsschutzregelungen sind ein sinnvolles und sachgerechtes Instrument, um Planungssicherheit, insbesondere auch bei kostenträchtigen Investitionen zu gewährleisten. Um auf die dynamische Versorgungsentwicklung adäquat reagieren zu können, hält es die IKK classic für notwendig, Bestandsschutzregelungen auf fünf Jahre zu begrenzen. Einerseits haben Leistungserbringende sodann die Möglichkeit auf Veränderungen zu reagieren, andererseits wird der Markt agiler und damit zukunftssicher.

Gez. Stab Politik, 21.03.2023

<p><u>Ansprechpartner:</u> Dr. Christian Korbanka Leiter Politik IKK classic Tel.: +49 2204 912-310011 Mobil: +49 160 96967971 mailto:christian.korbanka@ikk-classic.de</p>
--