

# Medizinische Versorgungszentren und angestellte Ärzte – Versorgungsrelevant oder nur Geschäftsmodell?\*

PETER VELLING

Dr. med. Peter Velling ist Ärztlicher Leiter der MVZ der evang. Lungenklinik Berlin und Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes MVZ e.V.

Der ambulante Sektor befindet sich hinsichtlich seiner Strukturen ebenso im Fluss wie mit Blick auf die Eigenwahrnehmung und das Selbstverständnis seiner Akteure. Deshalb wird der Konsens zwischen Ärzteschaft, Politik und Gesellschaft beständig neu verhandelt werden müssen. Hierbei ist absehbar, dass auch künftig die MVZ eine umstrittene Stellung einnehmen werden, da sie in einer Art symbolhafter Zuspitzung schlichtweg alle Elemente vereinen, die das heutige Gesundheitswesen von dem der ‚guten, alten Zeit‘ unterscheiden. Ein Zwischenbericht.

Wir haben zu wenig Ärztinnen und Ärzte in der ambulanten Versorgung, um die schon betreuten Patienten auch in Zukunft zu versorgen, obwohl wir mit einer sogar zunehmenden Zahl von Patienten zu rechnen haben. Hinzu kommt, dass die Zahlen auf Ärzteseite auf ein hohes altersbedingtes Ausscheiden aus der Patientenversorgung hinweisen.

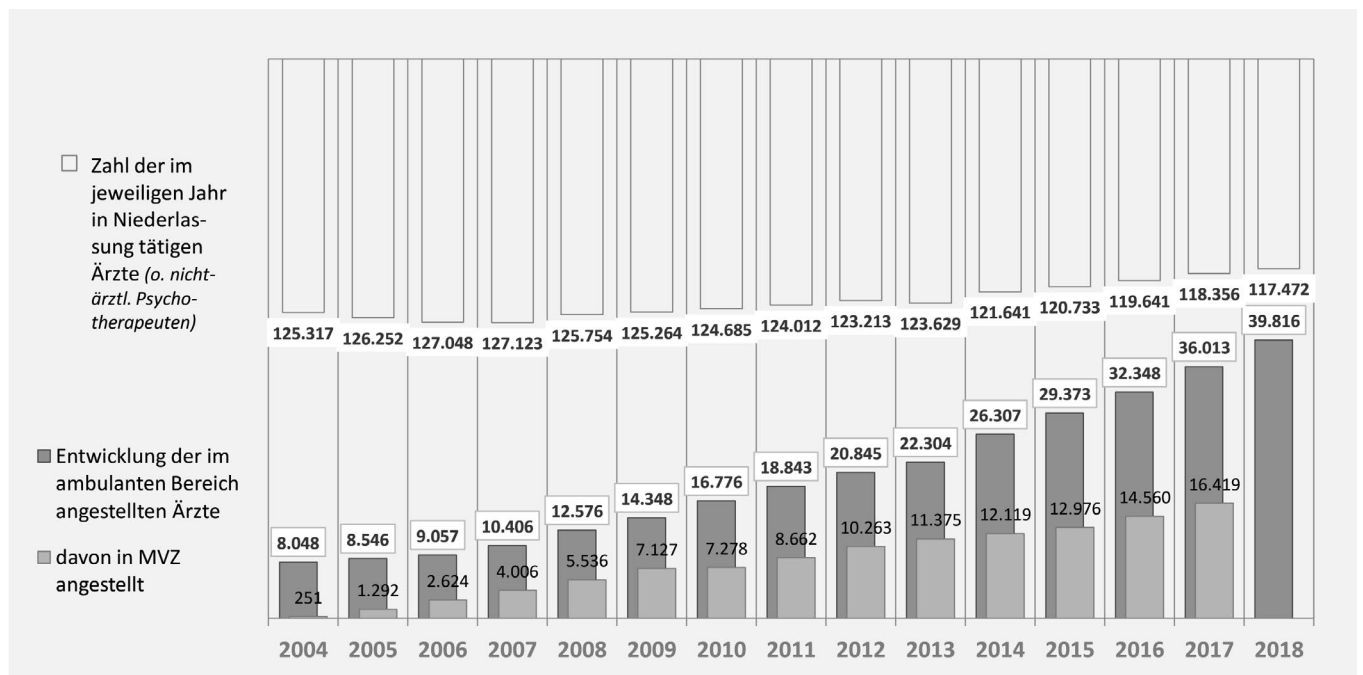
Vor diesem Hintergrund sind im Angestelltenstatus tätige Ärzte aus der ambulanten Versorgung nicht mehr wegzudenken. Ihre Etablierung vor gerade einmal sechzehn Jahren (GKV-GMG 2003) steht in unmittelbarem Zusammenhang mit der ‚Erfindung‘ der MVZ durch den Gesetzgeber. Bis dahin war die Option der Anstellung in der ambulanten Versorgung ausschließlich Ärzten in Weiterbildung sowie Entlastungs- oder Sicherstellungsassistenten vorbehalten.

Mit dem MVZ, als neue Versorgungsform erhielten Haus- und Fachärzte erstmalig die Gelegenheit, ohne eigene Nie-

derlassung vertragsärztlich arbeiten zu können. Eine zusätzliche Option, deren Vorteile von der Ärzteschaft ausgesprochen schnell erkannt und angenommen wurden. Tatsächlich erfolgte bereits im Jahr 2007 auf großem Druck der Ärzteorganisationen ihre Ausdehnung auf sämtliche Niederlassungsformen; infolge dessen die MVZ hier ihren Sonderstatus verloren.

\* Als ich den von den Herausgebern vorgeschlagenen Titel las, musste ich als Arzt in der Patientenversorgung erst einmal nachschlagen, was in der Wirtschaft unter einem ‚Geschäftsmodell‘ verstanden wird. Folgende Definition gibt das Gabler Wirtschaftslexikon: „Ein Geschäftsmodell (engl. Business Model) ist eine modellhafte Repräsentation der logischen Zusammenhänge, wie eine Organisation bzw. Unternehmen Mehrwert für Kunden erzeugt und einen Ertrag für die Organisation sichern kann.“ Jetzt verstehe ich die Abwertung „oder nur“ aber noch weniger. Ist ‚Mehrwert für Kunden‘ sprich den Patienten zu erzeugen, nicht das Ziel jedes Versorgers in der GKV? Und das gleichzeitig Ertrag benötigt wird, um die Organisation, sprich die Praxis zu sichern, ist doch auch klar. Oder?

Abbildung 1: Entwicklung der ambulanten ärztlichen Berufstätigkeit



Quelle: Eigene Darstellung

Aus diesem Grund hat sich der ursprünglich im MVZ beheimatete Trend zur ärztlichen Tätigkeit in Anstellung bereits vor Jahren davon entkoppelt und ist zu einem eigenständigen Trend der gesamten ambulanten Versorgung geworden. Daraus folgt:

(1) Das Thema ‚Angestellte Ärzte‘ und ihre Verankerung im Normenrahmen der ambulanten Versorgung hat eine Dimension, die weit über die Medizinischen Versorgungszentren hinausgeht. Die Frage des (künftigen) Umgangs mit angestellten Ärzten im und durch das KV-System ist deshalb keine gesonderte MVZ-Frage, sondern vielmehr ein wesentlicher Gestaltungsaspekt der Sicherstellung einer hochwertigen, wohnortnahen ambulanten Versorgung. Dabei ist es ebenso relevant, wie bezeichnend, dass angestellte Ärzte überwiegend Ärztinnen sind und somit das Thema auch eine nicht vernachlässigbare Geschlechterkomponente aufweist.

(2) Gleichzeitig gilt, dass MVZ als Strukturvariante des Praxisbetriebs ohne angestellte Ärzte nicht denkbar wären. Aus diesem Grund entfalten alle Fragen, die angestellte Ärzte betreffen, hier eine besondere Relevanz. Dies auch deshalb, weil das MVZ als Arbeitgeber – anders als der Vertragsarzt in seiner Arbeitgeberfunktion – keine direkte Beziehung

zur KV, als maßgebliches Ordnungs- und Gestaltungsorgan der ambulanten Versorgung, hat. Denn aufgrund der normativen Vorgaben sind zwar fast alle angestellten Ärztinnen und Ärzte Mitglied der KV, nicht aber das MVZ – als zulassungsrechtliches Gegenstück zum Vertragsarzt – als solches.

Für viele Ärzte ist die Anstellung eine ausgesprochen interessante Option. Das gilt altersübergreifend und wird sich aller Wahrscheinlichkeit auch demnächst nicht ändern. Aktuell ist es bereits jeder vierte ambulant tätige Arzt angestellt beschäftigt. Motive liegen einerseits im grundsätzlichen Einstellungswandel der Ärzte. Zum anderen ist die Anstellung häufig auch ein bloß temporärer Zwischenschritt zu Beginn einer ambulanten Arztkarriere oder ein Mittel, um am Ende des Berufslebens den Übergang in den Ruhestand zu gestalten. Dieser Trend korreliert mit der Tendenz zum Anstieg von Teilzeitarbeitsverhältnissen.

In der politischen Debatte wird dabei häufig ein grundsätzlicher Gegensatz zwischen selbständig niedergelassenen Ärzten und angestellt tätigen Kollegen konstruiert. Daher ist es notwendig zu unterstreichen, dass beide vertragsärztlich tätig sind, den Facharztstandard erfüllen und generell demselben Normenrahmen unterliegen.

Immer wieder hört und liest man in diesem Zusammenhang den Vorwurf, dass angestellte Ärzte weniger Patienten versorgen als die ausscheidende Generation und somit der Arztmangel trotz steigender ‚Zahl an Arztköpfen‘ durch den Anstellungstrend weiter verschärft wird. Dies ist auch nicht ganz verkehrt, denn tatsächlich setzt das Arbeitszeitgesetz hier für angestellte Ärzte deutlich engere Grenzen, gegenüber dem niedergelassenen Arzt, von dem zeitliche und tatsächliche ‚Selbstaussbeutung‘ im Grunde erwartet wird. Gerade diese ‚Selbstaussbeutung‘ und die ‚Knechtschaft‘ in Krediten sind es doch aber, die bisherige Krankenhausärzte von der Übernahme von Vertragsarzt-Einzelsitzen abschreckt. Außerdem haben wir in der Folgegeneration deutlich mehr Kolleginnen und Kollegen, die viel stärker und vor allem gemeinsam Fragen der Familienplanung und Kinderbetreuung einbeziehen, als es die ausscheidende, überwiegend männliche Arzt-Generation getan hat.

Sollte man darüber nun schimpfen, oder sich in der Planung auf diesen gesellschaftlichen Wandel einlassen? Oder muss man ihm nicht eher schon nachlaufen, um die vertragsärztliche Versorgung überhaupt auch in zehn Jahren noch vollumfänglich sichern zu

können? Vor diesem Hintergrund geht der Trend – ob man will oder nicht – zu gut angebundenen Kooperationen, im Idealfall mit Röntgen- und Laborversorgung, die komplexe Behandlungen ermöglichen, ohne das Gebäude verlassen müssen. Das gilt für Ärzte wie für Patienten. Voraussetzung ist eine gute Erreichbarkeit für Autofahrer und ÖPNV-Nutzer. Hier können Kommunen als Vermieter zum einen und Verkehrsplaner zum anderen die Aufgaben am besten lösen.

Aber auch das Umfeld ist wichtig für die Übernahme. Zwar ist die Präsenzpflicht am Praxisort schon spürbar gelockert (GKV-VStG 2011), trotzdem ist es wichtig, weiterführende Faktoren einzubeziehen und nicht nur auf den eigentlichen Praxisbetrieb zu schauen. Kann ich meine Familie adäquat unterbringen? Ist die Kinderversorgung vom Kitaplatz bis zur weiterführenden Schule gesichert? Findet meine Familie ansprechende Freizeitangebote? Solche Fragen sollten von zukünftigen „Landarztfamilien“ positiv beantwortbar sein. Gleichzeitig gilt, nur Standorte rechnen sich, wo zu den Öffnungszeiten überhaupt genügend Patienten zu versorgen sind. Schlafstädte in großstädtischen Randlagen etwa sind tagsüber ziemlich entvölkert, wenn die Familien insgesamt in ihre Mittel- oder

Oberzentren zu Arbeit und ‚Leben‘ fahren. Für weite Bereiche des ländlichen Raumes gilt ähnliches.

Daher ist eine berechnete Frage, was MVZ zu diesen Versorgungsfragen beitragen und welche Rolle sie bis dato und vor allem auch in der Zukunft dabei spielen.

Es wird niemand in Zweifel ziehen, dass MVZ bereits heute wesentlich zur Versorgung im ambulanten Sektor beitragen. Trotz aller politischer Differenzen und ideologischen Vorbehalte, die es zu diesem Thema nach wie vor gibt, kann daher die von der rot-grünen Regierung mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GKV-GMG) im Jahr 2003 angestoßene Entwicklung als unumkehrbar gelten. Dabei war der ‚Point of no Return‘ faktisch schon 2006 erreicht, als die schwarz-rote Nachfolgeregierung – die erste unter der Kanzlerschaft von Angela Merkel – mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (GKV-VändG) der Entwicklung zusätzlichen Schub verlieh.

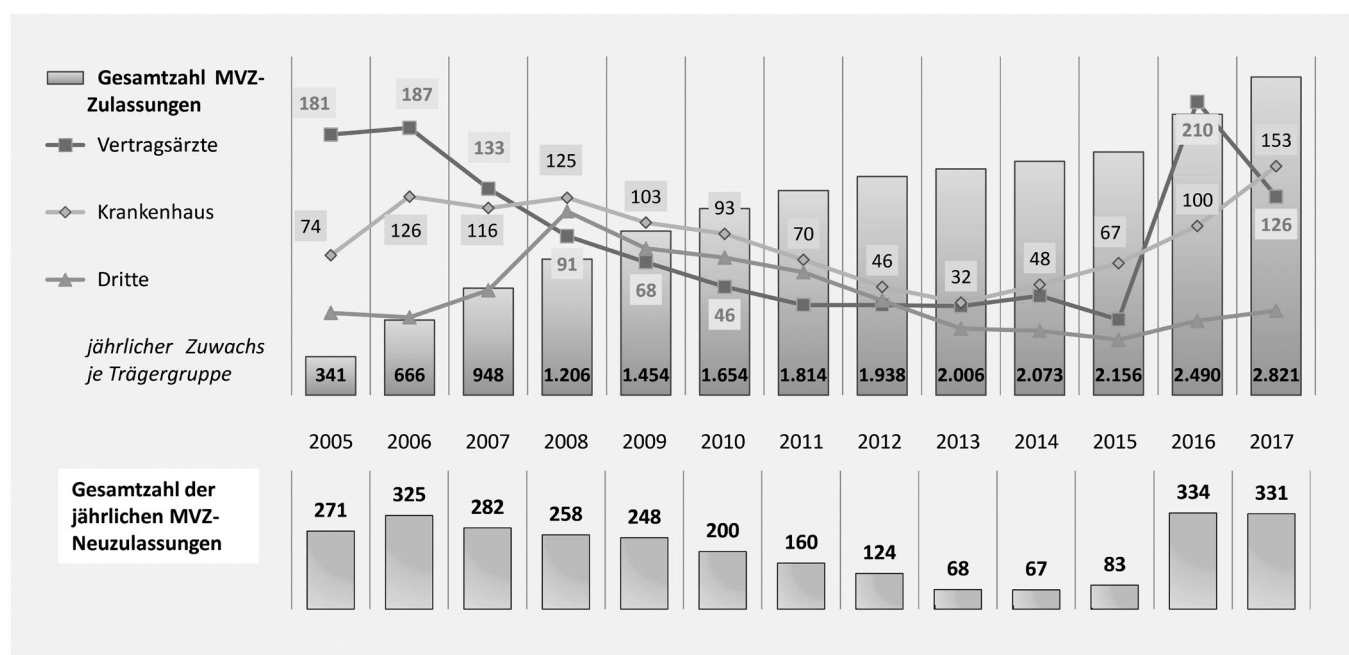
Maßgeblich war hierfür neben der Ermöglichung von Teilzeitanstellungen vor allem die Aufhebung der bis dahin gesetzlich verankerten Unvereinbarkeit von ambulanter und stationärer Tätigkeit. In Kombination beider Neuerungen, war es Krankenhausärz-

ten von 2007 an möglich, ihren Beruf gleichzeitig in Krankenhaus und MVZ auszuüben und so für den Patienten eine persönliche Brücke zwischen den Sektoren herzustellen. In den Gründungsstatistiken gut ablesbare Folge war, dass die Kliniken die Option, in eigener Trägerschaft mit einem MVZ an der ambulanten Regelversorgung teilzunehmen, verstärkt antizipierten und in den Folgejahren mit einer vergleichsweise beständigen Gründungsdynamik in praktisches Handeln umsetzten.

Die Jahre mit der insgesamt größten Gründungsaktivität waren 2005 bis 2007 mit im Schnitt rund 300 Neugründungen. Damit war die Anzahl der MVZ bereits vier Jahre nach ihrer Zulassung vierstellig – ein Erfolg, mit dem so niemand gerechnet hatten. Tatsächlich wird die zuständige Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) aus dem Jahr 2003 mit folgender Einschätzung zitiert: „Die Medizinischen Versorgungszentren kommen. Und wenn eines Tages die Überschriften in den Zeitungen lauten ‚500 MVZ in Deutschland‘ ... dann wurde auch ein weiteres Kapitel deutsche Einheit geschrieben.“<sup>1</sup> Dass

1 „Ein Stück Deutsche Einheit“ – Herausgeber: Bundesgesundheitsministerium, Berlin 2003

Abbildung 2: Dynamik der MVZ-Gründungen



Quelle: Eigene Darstellung

diese Marke schon im Laufe des Jahres 2006 deutlich gerissen wurde, führte zur Rücknahme der ursprünglich als Förderung der MVZ-Gründung gedachten Regelung, dass Ärzte nach fünf Jahren Tätigkeit in Anstellung anschließend eine eigene Zulassung erhalten. Sie hatte sich schlichtweg als unnötig herausgestellt.

## Der Gründungsboom von 2016 dürfte vor allem ein Phänomen auf der gesellschaftsrechtlichen Ebene der Praxisstrukturen sein.

Möglicherweise besteht darin ein kausaler Zusammenhang zu den danach beständig sinkenden Zahlen der jährlichen MVZ-Neuzulassungen. Allerdings wurden auch in 2010 noch zweihundert neue MVZ gegründet – das heißt, auch wenn dies weniger waren als zuvor: Es waren immer noch wirklich viele. Auffällig ist der beständig nachlassende Trend zwischen 2007 und 2014 natürlich dennoch, ohne dass sich hierfür eindeutige Gründe benennen lassen. Verfolgt man jedoch die Gründungsaktivitäten differenziert nach den einzelnen Trägerarten – von Beginn an unterschieden in Ärzte, Krankenhäuser und alle anderen (Dritte) – fällt auf, dass zunächst die Gruppe der Vertragsärzte die weitaus größte Aktivität entfaltet. Hierbei dürfte als ein Motiv in erheblichem Maße die neue Möglichkeit, legal Anstellungsverhältnisse begründen zu dürfen, die in Gemeinschaftspraxen bis dato versteckt vorhanden, aber eben nicht zulässig waren, ausschlaggebend gewesen sein.

Die Höhepunkte der Gründungsaktivitäten der beiden anderen Gruppen liegen dagegen um das Jahr 2008. Hier zeigt sich zum Einen der schon benannte Zusammenhang zum GKV-VändG. Zum Anderen ist klar auch festzuhalten, dass es für Vertragsärzte grundsätzlich unkomplizierter war, MVZ zu gründen. Das heißt, Krankenhäuser und die sogenannten dritten Träger brauchten einfach länger von der Idee bis zur Umsetzung.

Größtes Hemmnis war, dass wegen der Unterordnung der Versorgungszentren unter die allgemeinen Bedarfsplanungsrichtlinien zur Gründung eines

MVZs die Zulassungen in gesperrten Fachgebieten – also fast überall – erst ‘abgeworben’ oder ‘gekauft’ werden mussten. Dagegen gab es – wie damals zum Beispiel vom Deutschen Ärzteblatt unter der Überschrift *„Medizinische Versorgungszentren: Lockende Investoren, misstrauische Ärzte“* berichtet wurde – ein „erstaunlich großes Beharrungsvermögen“ seitens der niedergelassenen Ärzte, die sich *“zieren, Freiheiten aufzugeben“* und *“den wohlklingenden Versprechungen der Krankenhausmanager misstrauen.“*<sup>2</sup> Folge war – neben der allgemein später einsetzenden Gründungsaktivität – dass manch Krankenhaus-MVZ der ersten Jahre in seiner Fach-

zusammensetzung eher zufällig nach dem, was an Sitzen gerade verfügbar, zusammengestellt wurde. Dieser auch heute noch lebendige Vorwurf ist aber hinsichtlich seiner Berechtigung tatsächlich zeitgebunden und trifft auf die heutigen Gründungen in aller Regel nicht mehr zu. Nicht wenige Krankenhäuser haben für dieses frühe Engagement auch entsprechendes Lehrgeld zahlen müssen.

Dass dennoch der Anteil der krankenhausetragenen MVZ über die Jahre beständig gestiegen ist, zeigt, dass die Grundidee des MVZ am Krankenhaus, wo häufig auch die Ärzte in beiden Sektoren tätig sind, trägt, und dass vor allem auch hinsichtlich der Versorgungsleistung und der Akzeptanz bei den Patienten ein grundsätzlich positives Resümee zu ziehen ist.

In den Jahren ab 2012 war dann vielfach von einer ‚Sättigung des MVZ-Marktes‘ die Rede – wobei natürlich auch 68 (2013) oder 67 (2014) MVZ-Neugründungen bedeuten, dass weiterhin in nicht unerheblichem Maße zusätzliche MVZ entstanden sind. Dieser sich verlangsamen Trend wurde jedoch durch den Gesetzgeber abrupt unterbrochen, als er mit dem GKV-VSG, das am 23. Juli 2015 in Kraft trat, einen neuen Gründungsboom fachgleicher MVZ auslöste, der sich mit leichter Zeitverzögerung vor allem ab 2016 in der Statistik widerspiegelt und in 2017 erwartungsgemäß angehalten hat.<sup>3</sup>

Ursache war die Entscheidung des Gesetzgebers, die Vorschrift, dass ein MVZ zwingend fachübergreifend sein müsse, aus dem § 95 SGB V ersatzlos

zu streichen. Seitdem ist das MVZ in seinen Mindestanforderungen definiert als Einrichtung, in der mindestens zwei Ärzte zusammenarbeiten. Damit wurde das MVZ als Praxisorganisationsform auch für Ärzte und Träger interessant, denen der vorherige Zwang zu fachübergreifender Kooperation zu aufwändig, bzw. – wie vielen Hausärzten – faktisch unmöglich erschien. Es ist vor diesem Hintergrund nicht überraschend, dass entgegen der Trends der Vorjahre insbesondere die Vertragsärzte als Trägergruppe wieder in den Vordergrund traten. Tatsächlich waren sie es – mit allein 210 Neugründungen in 2016 – die für den besonders hohen Anstieg der Gründungsdynamik ursächlich waren. Es ist davon auszugehen, dass hier in großer Zahl bereits bestehende fachgleiche Gemeinschaftspraxen in entsprechende Medizinische Versorgungszentren umgewandelt wurden. Der Gründungsboom von 2016 dürfte damit vor allem ein Phänomen auf der gesellschaftsrechtlichen Ebene der Praxisstrukturen sein.

Ausweislich der letzten verfügbaren Statistik (*Stand 31.1.2.2017*) ist der Anteil der MVZ in Vertragsärztehand – also der Anteil der sogenannten inhabergeführten MVZ – mit 43 Prozent am größten. Danach folgen die Krankenhäuser mit 39 Prozent. Die dritten Träger, deren größte Untergruppe die Dialyseträger nach § 126 Absatz 3 SGB V sind, tragen gegenwärtig gut 18 Prozent aller MVZ, was Ende 2017 499 Einrichtungen entsprach.

Nicht erfasst werden in den hier abgebildeten und auf den Statistiken der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) beruhenden Zahlen die rein zahnärztlichen MVZ-Gründungen, deren Dynamik die der humanmedizinischen Gründungen seit dem GKV-VSG weit übertrifft. Die sogenannten Zahn-MVZ werden von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) erfasst, die deren Zahl zum Jahresende 2017 mit 437<sup>4</sup> angegeben hat. Geografisch ist diese Gründungswelle beinahe ausschließlich auf Westdeutschland begrenzt. Tatsächlich sind weniger als 8 Prozent der Z-MVZ (34 in absoluten Zahlen) in einem der fünf neuen Bundesländer ver-

2 Deutsches Ärzteblatt vom 03.06.2005

3 Die MVZ-Statistik für das Jahr 2018 liegt noch nicht vor.

4 KZBV-Jahrbuch 2018

ortet. Gleichzeitig zeigt die Statistik, die quartalsweise veröffentlicht wird, dass die Gründungswelle bereits dabei ist, sich nach einem absoluten Rekordjahr zwischen dem zweiten Quartal 2016 und dem Sommer 2017 nach spürbarer Abflachung auf ein Normalmaß in niedriger Höhe einzupegeln. Das war zu erwarten und spiegelt die Normalisierung der Entwicklung nach den Hochjahren 2005/06 im humanmedizinischen Bereich wider.

Betrachtet man die MVZ-Entwicklung als Ganzes, sind die separaten Zahlen der Zahnärzte unbedingt einzubeziehen. Gleichzeitig stellt der ‚Zahnarzt-Markt‘ einen sehr eigenständigen Bereich der ‚MVZ-Frage‘ dar, da er wegen seiner Eigenheiten sowie aufgrund der zwar vorhandenen, aber praktisch konsequenzlosen Bedarfsplanung andere Gründergruppen anzieht und spezifische Gründungsmotive bedingt. Während daher bis 2015 in gerade mal zwei Dutzend MVZ Zahnärzte integriert waren, sind allein 2016 etwa 200 Zahn-MVZ hinzugekommen; über 200 weitere in 2017.

Auch hierbei sind die mit Abstand größte Gründergruppe die Vertrags(zahn)ärzte. Unabhängig von der großen medialen Aufmerksamkeit, die zuletzt auf diesen Versorgungsbereich und den Aktivitäten medizinfremder Investoren lag, sind Letztere massiv in der Unterzahl. Tatsächlich sind überhaupt nur zwischen 2 und 3 Prozent aller Zahnärzte (sprich weniger als 2 Tausend) in einem MVZ tätig; 97 Prozent folglich in Einzelniederlassung oder Gemeinschaftspraxis. Von diesen 3 Prozent Zahn-MVZ liegen wiederum 90 % in zahnärztlicher Trägerschaft (= inhabergeführt).

Unabhängig von dieser notwendigen Relativierung stehen die Entwicklungen im Zahn-Bereich – in etwa umschreibbar mit den Schlagworten Shareholder Value, medizinfremdes Anlagekapital und Kettenbildung – zu Recht exemplarisch für eine Frage, die sich mit der Zulassung von MVZ im Jahr 2004 nach und nach aufgetan hat: Was bedeutet es für die ärztliche Versorgung, wenn neben Ärzten im Letzten nicht nur Krankenhäuser, sondern auch medizinfremde Dritte zulässigerweise direkt oder indirekt als Leistungserbringer agieren können? Wie kann sichergestellt werden, dass die Qualität und Sicherstellung der Versorgung nicht von Kapitalinteressen erdrückt wird? Und wäre es nicht besser,

dieser Entwicklung grundsätzlich einen normativen Riegel vorzuschieben?

Dies war eines der beherrschenden Themen während des Gesetzgebungsprozesses zum TSVG. Wesentliche Debatten drehten sich um die Frage, ob es nicht notwendig sei, Fremdkapital gesetzlich aus der Medizinversorgung heraus zu halten. Das ist aber schon lange nicht mehr möglich. Nicht nur, dass auch die klassische Praxisübernahme von einer ‚Arztperson‘ zur anderen weit überwiegend einer Kapitalaufnahme, bisher meist als Bankkredit, bedarf. Auch der Umstand, dass selbst von Ärzten immer größere Praxiseinheiten gebildet werden, verändert den Markt. Denn, wenn schon die Finanzierung einer einzelnen Praxisübernahme auf die junge Arztgeneration abschreckend wirkt, wer soll dann eigentlich die schon bestehenden vertragsärztlichen MVZ mit im Schnitt sieben Ärzten, aber auch die Zweier-, Dreier- (und größer) Gemeinschaftspraxen künftig übernehmen?

In dieser Debatte scheint eine gewisse Scheinheiligkeit zu bestehen. Basis ist die (unbewusste?) Annahme, dass das wirtschaftliche Interesse des selbständigen Vertragsarztes konfliktfrei mit dessen ethisch geleitetem Versorgungsauftrag für die Patientenbehandlung in Einklang gebracht werden könne. Dabei wird vorausgesetzt, dass niedergelassene Ärzte in ihrer Doppelfunktion als Arzt und Unternehmer – und anders als nicht-ärztliche Versorgungsträger – das wirtschaftlich Notwendige jederzeit und widerspruchsfrei mit dem ethisch Richtigen vereinen könnten. In dieser Sichtweise wird jedoch unterschlagen, dass alle früheren und gegenwärtigen Auseinandersetzungen um die Vergütung ärztlicher Leistungen ausschließlich von den wirtschaftlichen Interessen der ‚nicht-gewerblichen‘ Vertragsarztpraxen und dem Status eines jeden Praxisinhabers als Unternehmer geprägt sind.

Deshalb muss gerade in dieser Debatte immer wieder betont werden, dass Monetik, also das betriebswirtschaftliche Denken, auch in der traditionellen Niederlassungspraxis immer und prinzipiell in einem natürlichen Widerspruch zur Ethik steht und stand. Die wirtschaftlichen Interessen sind zwischen Arzt und MVZ entsprechend nicht grundsätzlich

unterschiedlich zu bewerten. Beide wollen und müssen vom Ertrag der ärztlichen Tätigkeit das eigene Leben finanzieren, Gehälter zahlen und die Refinanzierung der Praxisausgaben absichern können. In einem Versorgungsunternehmen wird dieser Konflikt durch die Arbeitsteilung der verschiedenen beteiligten Berufsgruppen (Kaufleute vs. Ärzte) nur auf verschiedene Ebenen aufgespalten und damit deutlich sichtbar.

Einen Unterschied allerdings gilt es zu beobachten, und auch hier sind die Zahnärzte vorweg: Bisher sind alle Kapitalflüsse in die ambulante Versorgung zur langfristigen Versorgungsplanung gedacht. D.h. der erwartete Ertrag soll durch eine langfristig angelegte, gute Patientenversorgung im Wettbewerb der Anbieter und unter den Vorgaben der Bedarfsplanung, erarbeitet werden. Neu und aufgrund der beschriebenen Besonderheiten überwiegend für den zahnärztlichen Bereich zu befürchten sind allerdings Praxisübernahmen, bei denen die Versorgungsleistung tatsächlich nur Mittel zum Zweck ist. Während der eigentliche Ertrag damit erzielt werden soll, dass die getätigten Investitionen nach einem ‚Aufhübschen der Braut‘ durch einen raschen Wiederverkauf potenziert werden sollen. Wie das der langfristig guten Patientenversorgung dienen soll, darf zu Recht bezweifelt werden.

## **Kernfrage ist nicht, wie man das Kapital aus dem Markt heraushalten, sondern wie Versorgungsqualität sichergestellt werden kann.**

Nicht jede der in den letzten Jahren entstandenen Zahn-MVZ-Ketten verfolgt allerdings dieses Modell. Und so ist die Kernfrage also nicht, wie man ‚das Kapital‘ möglichst aus dem Versorgungsmarkt raushalten kann, sondern wie die Qualität der Breitenversorgung unabhängig von der Trägerschaft grundsätzlich kontrolliert und sichergestellt werden kann. Ausgangspunkt entsprechender Überlegungen muss jedoch die Akzeptanz der Tatsache sein, dass die potentiellen Störungen zwischen dem wirtschaftlichen, bzw. dem monetären

Interesse auf der einen und der ethisch geleiteten Patientenversorgung auf der anderen Seite sowohl in der Einzelpraxis als auch in jedem größeren Versorgungsunternehmen grundsätzlich angelegt sind und nicht verhindert können.

Von daher sollte in der Debatte um nichtärztlich geführte MVZ und Versorgungsunternehmen weniger der monetäre Aspekt im Vordergrund stehen. Wichtiger ist vielmehr die Frage und Bewertung des Beitrages, den moderne Versorgungsstrukturen mit professioneller Arbeitsteilung zwischen Ärzten und Betriebswirten zur Sicherstellung der Versorgung leisten können. Diese arbeitsteilige Verantwortung ermöglicht dabei jeder Berufsgruppe, ihre Zeit und Fähigkeiten optimal einzusetzen und trägt dadurch dazu bei, die Versorgung der Patienten auch künftig effektiv und hochwertig sicherzustellen. Denn als Arbeitgeber bieten gerade die sogenannten, unternehmerisch aufgestellten ‚Versorger‘ den Ärzten gleich einen ganzen Strauß an Optionen, in individuell angepassten Beschäftigungsmodellen angestellt tätig zu sein und tragen damit auch für die Mediziner zu einer gesunden Pluralität im deutschen Gesundheitswesen bei. Dabei ist es gerade die vielfach kritisierte, andere ‚Perspektive‘ eines größeren Trägers, bei der naturgemäß die einzelne Arztpersönlichkeit aus dem Fokus rückt, die Chancen für eine moderne und effiziente Versorgung der Patienten bietet.

### Sind MVZ und angestellte Ärzte Teil der Lösung oder Teil des Problems?

Die (Verwaltungs-) Abläufe in den Vertragsarztpraxen werden nicht weniger, wie ich selbst jeden Tag erlebe. Bankberater als Kreditgeber, Rechtsanwälte als Vertragsgestalter und Steuerberater als Wirtschaftlichkeitsprüfer warnen vor dem Wechsel aus dem Krankenhaus in die Praxis immer mehr als Sprung ins flache, eiskalte Wasser. Ob zu Recht, ist fraglich – jedenfalls ausreichend erfolgreich, so dass immer weniger Ärzte den direkten Übergang vom Krankenhaus in die Niederlassung wählen. Zunehmend weisen Arztbiografien Zeiten als Angestellter in einer Praxis, BAG oder MVZ aus, was häufig gleichbedeutend ist mit einer Art Einarbeitungszeit, ehe man die Entscheidung trifft, die Hürden

in die Selbstständigkeit, bestehend aus Investitionsnotwendigkeiten, wirtschaftlichen Risiken und Personalverantwortung – überlegt anzunehmen oder auch nicht. Da die KVen (und noch weniger das Medizinstudium selbst) bisher keine „Fortbildung zum Vertragsarzt“ anbieten und „Learning-by-Doing“ ein bewährtes Konzept ist, überrascht dieser Trend nicht, und auch nicht die Tatsache, dass einige KVen genau diesen Schritt in die frei gewählte Selbstständigkeit fördern, z.B. durch für den angestellten Arzt mit Garantien versehene ‚Fahrschulpraxen‘, die später übernommen werden können.

Es ist davon auszugehen, dass mittelfristig bis zu 40 Prozent der KV-Ärzte angestellt sein werden. Dabei darf der Anteil älterer (55+) und alterer Ärzte (65+) keineswegs unterschätzt werden. Dem entgegen werden sich viele der heute angestellten jüngeren Ärzte in den nächsten Jahren niedergelassen. Denn die aktuelle Medizinergeneration lässt sich in der Tendenz eben nicht NICHT, sondern – nach Vorbereitung – nur später nieder. Aus diesem Grund ist anzunehmen, dass sich der momentan sehr rasche Anstieg bei den Zahlen der angestellten Ärzte mittelfristig mit etwas verringerter Dynamik fortsetzt. Positiv hervorzuheben ist hier die mit dem TSVG geschaffene Möglichkeit, dass nun auch angestellte Ärztinnen und Ärzte in MVZ den Gründerärzten bei deren Ausscheiden als Gesellschafter nachfolgen können.

Solange die Anstellung als Arzt nicht normativ unattraktiv gemacht wird – wie jüngst im Rahmen des TSVG mit der dann zurückgenommenen Absicht, Angestelltensitze bei jedem Arztwechsel unter eine zusätzliche Bedarfsprüfung zu stellen, versucht – werden die damit verbundenen Möglichkeiten, sich flexibel auszuprobieren oder als Teilzeitarzt im Alter weiterzuarbeiten, von der Ärzteschaft genutzt werden. Da es sich hierbei um einen Arbeitgebermarkt handelt, sich also die Ärzte aus der Vielzahl der Arbeitsplatzangebote den individuell besten aussuchen können, gewinnen die Strukturen, die besonders attraktive Arbeitsplätze vorhalten. Aspekte wie Praxisgröße, die Möglichkeit zur fachübergreifenden Kooperation oder besondere Ausstattung spielen hierbei

eine Rolle. Hier können MVZ-Ketten und komplexe Praxisstrukturen häufig punkten, und dies eben nicht nur in Städten.

Konsequenterweise sollte man in dieser Entwicklung zum MVZ – besser – allgemein zu größeren Strukturen mit angestellten Ärzten nicht den Versuch sehen, eine bisher bewährte Versorgungsform abzulösen. Vielmehr stellt sie eine Anpassung an gesellschaftliche Veränderungen dar, die den selbständigen Ärztin/Arzt nicht abschafft, aber real bestehende Nachfolgeprobleme mindert. Ähnliches gab es auch schon bei Juristen und Architekten – nur deutlich früher. Natürlich gibt es bei weit über drei tausend MVZ auch welche, deren Versorgungsbeitrag kritisch zu sehen ist. Aber es handelt sich eben um eine ziemlich kleine und auch nicht allgemeinfassbare Gruppe. Gerade deshalb

**Bei weit über dreitausend MVZ gibt es auch welche, deren Versorgungsbeitrag kritisch zu sehen ist.**

ist aber zu wünschen, dass alle an der Patientenversorgung Beteiligten hier zu einem gemeinsamen und jeweils regional angepassten Weg finden, ohne beim Thema M-V-Z mit der Durchsetzung einer restaurativen Gesetzgebung das Kind mit dem Bade auszuschütten.

Eine Alternative gibt es jedenfalls nicht. Denn der gesellschaftliche Wandel lässt sich nicht zurückdrehen. Zu hoffen, dass – wenn man nur den Gründerkreis für MVZ auf die Vertragsärzteschaft eingrenzt, sich Ärzte plötzlich wieder begeistert niederlassen und sich allesamt wie vor dreißig Jahren in 16-Stunden-Tagen selbstausbeuten, ist mehr als blauäugig. Im MVZ also ‚nur ein Geschäftsmodell‘ zu sehen, verleugnet die längst vorhandene Realität: Schon jetzt stellen MVZ mit ihren angestellten Ärzten zu einem nicht unwesentlichen Teil die ambulante Versorgung sicher. Deshalb ist vielleicht der größte Wunsch, den ich selbst als Ärztlicher Leiter eines grundversorgenden MVZ habe, aber auch die vielen MVZ-Mitarbeiter, die wir mit dem BMVZ vertreten, dass dieser Versorgungsbeitrag tatsächlich auch anerkannt und respektiert wird. ■